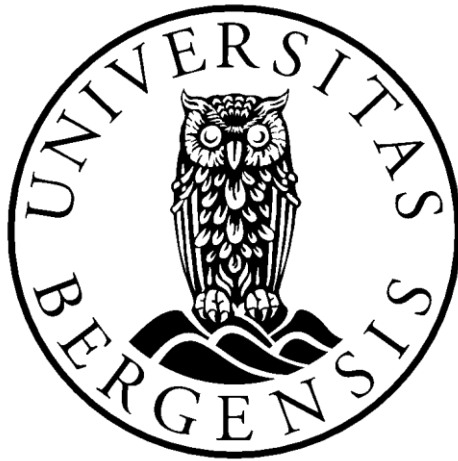


**Bekymringsmeldinger fra norsk helsesektor**

- *Hva kjennetegner meldingene som undersøkes, og hva konkluderer barnevernets undersøkelsesarbeid med?*

**Therese Süßmann-Nygaard**



MASTEROPPGAVE

Master i barnevern

Høst 2023

**Det psykologiske fakultet**

Institutt for helse, miljø og likeverd (Hemil)

Veileder: Sara Jahnke, Anette Iversen, Karen Havnen

## **Forord**

Som en del av et tverrfaglig team i spesialisthelsetjenesten, ønsket jeg å styrke kompetansen på det som omhandlet spesifikt skadelige omsorgssituasjoner og helsepersonells meldeplikt. Ved jobben i helsesektor har jeg ved flere anledninger opplevd at den obligatoriske meldeplikten til barnevernet kan by på utfordringer. Derfor ønsket jeg å fordype meg i et tema relatert til innvirkende faktorer og juridiske aspekter av obligatorisk meldeplikt og undersøkelsesarbeidet til barnevernet. Det har vært en lærerik, men også slitsom prosess. Jeg vil takke min familie og veileder Sara Jahnke som har støttet og heiet på meg i de tyngste motbakkene. Jeg hadde ikke kommet over målstreken uten dere. Jeg sender en ekstra takk til Øyvind Kalsaas. Du var tyngden på vektskålen som trengtes når motivasjonen var på bunn.

## Sammendrag

Forskningsgjennomgangen indikerer at obligatorisk rapportering og beslutninger i barnevernets undersøkelsesarbeid er komplekse, og påvirkes av ulike faktorer. Formålet med denne kartleggingsstudien er å skape innsikt i bekymringsmeldinger fra helsesektor. Det er formulert en overordnet problemstilling:

*«Hva kjennetegner bekymringsmeldinger til barneverntjenesten fra helsesektoren, og er det forskjeller på meldinger hvor det konkluderes med tiltak, og meldinger hvor det konkluderes med henleggelse?»* Problemstillingen belyses ved besvarelse av tre forskningsspørsmål:

*1) Er det forskjell på kjennetegn ved bekymringsmeldinger fra helsesektor og andre instanser? 2) Er det forskjell mellom helsesektor og andre instanser ved utfallmål i form av tiltak eller ikke tiltak (henleggelse) etter barnevernundersøkelsen? 3) Er det forskjell på kjennetegn ved meldingene fra helsesektor hvor barnevernundersøkelsen konkluderer med iverksatt tiltak, sammenlignet med meldingene henlagt?* Det teoretiske rammeverket utgjøres av beslutningsteoretiske perspektiver, skadelige omsorgssituasjoner og kompleksitetsteori. Det er benyttet kvantitativ metode basert på sekundærdata fra en tversnittundersøkelse relatert til 1365 bekymringsmeldinger, hvor det ble opprettet barnevernundersøkelse på 1123 av meldingene. Resultatene er basert på deskriptive analyser av sistnevnte ved krysstabeller og sammenligning av utvalgsgrupper ved frekvensfordelinger og khikvadrattest sannsynlighetsberegning. Funn viste flere signifikante forskjeller ved sammenligning av helsesektor ( $n=221$ ) og andre instanser ( $n=902$ ), slik som bekymring ved barnets psykiske helse, ikke møtt ved innkalling til helsetjeneste, foreldres psykiske helse og foreldres rusbruk. Det fremkom ikke signifikante forskjeller ved meldingene fra helsesektor og andre instanser etter barnevernundersøkelsen i form av iverksatt undersøkelse eller henleggelse av sak. En overvekt av meldingene fra helsesektor konkluderte med henleggelse (58.8%) eller hjelpetiltak (36.2%). Et fåtall resulterte i plasseringstiltak (5%). Fra helsesektor ( $n=221$ ) viste analysen flere signifikante forskjeller ved sammenligning av meldingene med iverksatt tiltak ( $n=91$ ) sammenlignet med meldingene henlagt ( $n=130$ ). De viktigste forskjellene med hensyn til effektstørrelse er barnets emosjonelle fungering, barnet utsatt for fysisk mishandling og foreldrenes følelsesmessige tilgjengelighet/evne til å forstå barnet.

**Nøkkelord: helsesektor, beslutningsøkologi, kompleksitetsteori, barnevern, helsepersonell, bekymringsmelding, meldeplikt**

### Abstract

The research review indicates that mandatory reporting challenges healthcare professionals, and that decisions in child welfare investigations are complex and influenced by various factors. The purpose of this study is to gain greater insight into reports that come from the health care sector. This study aims to describe characteristics of mandatory reports from the health sector in Norway, and whether there are differences in the reports where the child welfare investigation concludes with intervention, and in those where the conclusion is not to intervene. Three research questions will be answered: 1) *Is there a difference between the characteristics of reports from the healthcare sector and all other sectors?* 2) *Is there a difference between the health sector and other sectors when it comes to outcome measures of the child welfare investigation?* 3) *Are there differences between characteristics of reports from the health sector where the child welfare investigation concludes with interventions and those that do not?* The theoretical framework is decision theory perspectives, harmful care situations, and complexity theory. Quantitative methods and analyses are based on secondary data from a cross-sectional survey related to 1365 reports, where 1123 proceeded to investigation. Descriptive analyses by cross-tabulation and comparison of sample groups based on frequency distributions and chi-square test probability calculation.

The results indicate that the health sector differs from all other reporting sources in some areas. The characteristics are largely health-related concerns. No difference between the investigation outcomes. Analyses showed several significant differences when comparing the sample group health sector based on two categorized outcomes of the child welfare investigation. The effect size related to differences showed little effect. The conclusion in this study provides an indication of previous characteristics of reports from the health sector (2015-2017).

**Keywords:** healthcare sector, decision ecology, complexity theory, child welfare, healthcare personnel, mandatory reports

## Innhold

1	Introduksjon .....	1
	Helsepersonells melde- og opplysningsplikt.....	2
	Studiens tema, formål, betydning og avgrensning .....	3
	Problemstilling og forskningsspørsmål .....	5
	Videre oppbygging av oppgaven.....	6
2	Teoretiske perspektiver, modeller og begrepsavklaringer .....	6
	Skadelige omsorgssituasjoner .....	6
	Systematiske feilslutninger og beslutningsteori .....	8
	Feilslutninger ved beslutningstaking .....	8
	Systemisk perspektiv for barnevernets beslutningstaking .....	9
	Beslutningsøkologisk modell .....	9
	Beslutningsøkologisk modell som fortolkningsramme for helsepersonells rapporteringsadferd og barnevernets beslutninger .....	11
	Kompleksitetsteori .....	12
3	Juridiske føringer .....	13
	Meldings- og undersøkelsesarbeidet til barnevernet .....	14
	Barnevernloven før 2023 .....	14
	Barnevernloven etter januar. 2023.....	15
	Lovverk relatert til helsepersonell, barn og pasienter .....	16
4	Forskningsgjennomgang .....	17
	Søkestrategi .....	17
	Omfang av skadelige omsorgssituasjoner i sammenheng med ulike risikofaktorer	18
	Betydning av meldekilde.....	20
	Forskning på helsepersonells mistanke om barnemishandling, omsorgssvikt og rapporteringsbarrierer .....	21
	Betydningen av eksterne faktorer i form av juridiske føringer og lover .....	23
	Forskning på barnevernets arbeid med meldinger .....	25
	Forskning på barnevernets undersøkelsesarbeid og risikovurderinger .....	26
	Indikasjoner basert på forskningsgjennomgang .....	28
5	Metode .....	29
	Vitenskapsteori.....	29
	Forskningsdesign.....	31
	Data.....	32

Utvalg .....	33
Variabler .....	34
Variabler som beskriver bekymring .....	34
Bakgrunnsvariabler.....	35
Variabler som beskriver utfall av melding og barnevernsundersøkelsen.....	35
Analysemetode .....	36
Univariat analyse .....	36
Bivariate analyser og khikvadrattest.....	37
Hypotesetesting .....	39
Type 1 og Type 2 Feil.....	39
Kvalitet i kvantitativ forskning .....	41
Relabilitet.....	41
Validitet .....	42
Generalisering.....	43
Forskningsetiske hensyn .....	44
6 Resultat .....	46
Er det forskjell på kjennetegn ved bekymringsmeldinger som går videre til undersøkelse fra helsesektor sammenlignet med andre instanser? .....	46
Innhold relatert til barnet.....	47
Innhold relatert til foreldres omsorg.....	48
Innhold relatert til familie/miljø.....	49
Antall problemer ved de tre ulike kategoriene .....	51
Er det forskjell mellom helsesektor og andre instanser ved utfallmål i form av tiltak eller ikke tiltak (henleggelse) etter barnevernundersøkelsen? .....	51
Er det forskjell på kjennetegn ved meldingene fra helsesektor hvor konklusjonen er iverksatt tiltak sammenlignet med meldingene henlagt? .....	52
Innhold relatert til barnet.....	52
Innhold relatert til foreldrenes omsorg.....	53
Innhold relatert til familie/miljø.....	54
Antall problemer .....	55
7 Diskusjon .....	56
Forskningsspørsmål 1: Det ble funnet enkelte forskjeller på kjennetegn ved bekymringsmeldinger fra helsesektor og andre instanser .....	57
Bekymring relatert til barnet: Helsesektoren rapporterer mer helserelevante bekymringer sammenlignet med andre instanser .....	59

Foreldres omsorg: Helsesektor rapporterte hyppigere ikke møtt til helsetjeneste sammenlignet med andre instanser .....	61
Bekymring relatert til familie/miljø: Meldinger fra helsesektor skilte seg fra andre instanser ved risikofaktorer som foreldres psykiske helse og foreldres rusbruk. .66	
Forskningsspørsmål 2: Det er ikke funnet forskjell mellom helsesektor og andre instanser ved utfallmål eller med hensyn til hvilke tiltak som besluttes etter barnevernundersøkelsen.....	69
Sakskjennetegn i sammenheng med barnevernets beslutningsutfall .....	70
Barnevernets beslutningsutfall sett i sammenheng med andre mulige innvirkende faktorer.....	72
Forskningsspørsmål 3: Det ble funnet flere forskjeller på kjennetegn ved meldingene fra helsesektor hvor barnevernsundersøkelsen konkluderte med iverksatt tiltak sammenlignet med meldingene henlagt.....	75
Bekymring relatert til barnet: Barnets emosjonelle fungering og fungering i barnehage/skole var hyppigere beskrevet i meldingene med iverksatt tiltak. ....	75
Foreldres omsorg: Meldingene med iverksatt tiltak rapportert hyppigere om fysisk mishandling, foreldens grensesetting og foreldres følelsesmessige tilgjengelighet. ....	77
Bekymring relatert til familie/miljø: Konflikt mellom foreldre og foreldre slitne frekventerte hyppigere i meldingene med iverksatt tiltak .....	79
En beslutningsøkologisk tolkning av barnevernets undersøkelsesarbeid.....	81
Metodiske begrensninger og styrker .....	84
Studiens implikasjoner .....	86
8 Konklusjon.....	88
Litteratur .....	90
Vedlegg 1 .....	107
Vedlegg 2 .....	108
Vedlegg 3 .....	109
Vedlegg 4 .....	110

## 1 Introduksjon

Mishandling og omsorgssvikt av barn er en reell utfordring i høyinntektsland, der funn fra en studie indikerte at omtrent 4-16 % av barna har vært utsatte for fysisk mishandling, og 1 av 10 psykisk mishandlet eller utsatte for omsorgssvikt (Gilbert et al., 2009). En rekke forskere er samstemte i at mishandling, omsorgssvikt og seksuelle overgrep er et betydelig folkehelseproblem som kan ha en rekke uheldige konsekvenser for enkeltindividet og samfunnet (Foster et al., 2017; Kvello, 2015, s. 163; Magee, 2021; Kloppen et al., 2016). Dette er betydelig forbundet med økt risiko for blant annet psykisk uhelse (Thorsen et al., 2015), samt at flere barn dør globalt hvert år grunnet skadelige omsorgssituasjoner i form av mishandling og/eller omsorgssvikt (Wilson & Lee, 2021). Enkelte studier viser til at omsorgssvikt synes å ha fått mindre oppmerksomhet enn eksempelvis fysisk mishandling (Logan-Greene & Jones, 2018), og at denne form for fraværende barneomsorg er like skadelig som fysisk mishandling eller seksuelle overgrep (Gilbert et al., 2009; Geiger & Schelbe, 2021, s. 94). Det er omfattende forskning som indikerer forhøyet risiko for forekomst av psykiske lidelser, angstproblematikk, atferdsvansker, tilknytningsforstyrrelser, depresjon, senere rusmiddelbruk og lavt selvbilde hos barn som opplever eller har vært utsatte for mishandling (Kvello, 2015, s. 402; Thorsen et al., 2015). Forskning viser samtidig til at barn er mer eller mindre sårbare for risikoer, eksempelvis ved psykisk mishandling (Arslan, 2016). Dermed tåler de belastninger i ulik grad, blant annet ved at søsken som vokser opp under samme omsorgsbetingelser har ulike utfallsmål (Kvello, 2015, s. 239). En gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatte for mishandling, seksuelle overgrep og omsorgssvikt, viser at dødsfall også har forekommet som en konsekvens i enkelte saker i Norge (NOU: Svikt og svik 2017:12). Sistnevnte rapport beskriver at ulike deler av det norske tjenesteapparatet kommer i kontakt med barn i risiko, inkludert helsepersonell som har tilknytning til barn og familier, der det i noen tilfeller utøves utilstrekkelig omsorg for barna. Det fremgår også at fraværende praktisering av meldeplikten har ført til at barn som burde vært meldt inn ikke har vært rapportert (NOU: 2017:12). Derfor er det viktig å undersøke hvordan meldeplikten utøves, begrunnet med at det fremstår uklart hvordan plikten praktiseres og hvilke utfallsmål meldingene fører til for barna og familiene det gjelder. Flere påpeker at barnevernet avhenger av informasjon fra andre for å identifisere barn som lever under skadelige omsorgssituasjoner (Stang et al., 2013, s. 36; Homlong et al.,



2019). Samtidig beskriver rapporter at helsepersonell kan ha for høy terskel for å melde fra om bekymring (Helsetilsynet, 2014, s.46; NOU 2016: 16 Ny barnevernslov - Sikring av barnets rett til omsorg og beskyttelse).

### **Helsepersonells melde- og opplysningsplikt**

De første rapporteringslover ble vedtatte i USA, siden har de spredt seg globalt (Mctavish et al., 2017). Definisjonen av meldeplikt eller opplysningsplikt til barnevernet, er en bestemt type lover som pålegger yrkesgrupper eller individer å rapportere ved bekymring og/eller mistanke om ulike former for mishandling og/ eller omsorgssvikt av barn (Mctavish et al., 2017). Forskning viser til at ca. en av fem med rapporteringsplikt ikke rapporterer, på tross av mistanke om mishandling eller svikt (Wilson & Lee, 2021). En kan ikke si med sikkerhet at dette er representativt for den norske helsesektor. Ifølge veileder fra Helsedirektoratet (2019), fremgår det av opplysningsplikten til barnevernet, jf. helsepersonelloven § 33, at yrkesgruppen skal melde fra til barnevernet uten hinder av taushetsplikten når det er bekymring og grunn til å tro at et barn blir eller vil bli utsatt for mishandling og/eller alvorlig svikt i den daglige omsorg, i form av mangler eller andre former for skadelig barneomsorg. Omsorgssvikt inkluderer fysisk og psykisk omsorg. Det innbefatter mangel ved behandling eller oppfølging ved sykdom, inkludert barn som utviser alvorlig eller problemfylt atferd, kriminalitet, rusbruk eller annen vedvarende atferd på siden av det som er ansett som adekvat, jf. Helsepersonelloven § 33 andre og fjerde ledd. Videre ved mistanke om utnyttelse av barn i form av overgrep eller menneskehandel, jf. Helsepersonelloven § femte ledd, fremgår det av retningslinjer fra Helsedirektoratet (2019) at hvis ett av disse overnevnte vilkår er oppfylte, skal helsepersonell umiddelbart melde fra til barnevernet. Det beskrives av andre at det ved meldeplikten ikke kreves sikker kunnskap om mistanken, men det må begrunnes med mer enn vage antagelser (Ohnstad & Gudheim, 2019, s. 39). Ikke alle former for svikt eller bekymringer skal meldes. For eksempel utløses ikke meldeplikt nødvendigvis hvis et barn uteblir fra helsekontroll (KS, 2013, s. 30). Det som skiller helsepersonell med obligatorisk meldeplikt fra privatpersoner, er at disse ikke kan velge å melde ifra, samtidig som helsepersonell til en viss grad er bundet av taushetsplikten. Det tydeliggjøres at opplysningsplikten ikke bare er et ansvar på systemnivå, men at det også er en individuell og selvstendig plikt for helsepersonell (Helsedirektoratet, 2019). Det poengteres i *Veileder om Taushetsplikt og samhandling i kommunalt arbeid for barn* -

*ungdom – familie* (KS, 2013, s. 47) at i situasjoner der helsepersonell må utlevere informasjon til barnevernet utløst av meldeplikten, er det ofte en integrert del av samarbeidet med foreldrene at det informeres om overnevnte. Før det gjøres, kan eventuelt helsepersonell be om samtykke fra foreldrene. I praktiske råd for rapportering oppfordres helsepersonell til å informere foreldre om bekymringsmelding hvis det ikke står i motsetning til å beskytte barnet, for eksempel ved mistanke om overgrep eller vold fra omsorgsgiver (Helsedirektoratet, 2017).

Et relevant spørsmål, er om det er viktig at helsepersonell eller andre aktører i helsesektoren etterlever obligatorisk meldeplikt. Det fremheves at for å forhindre, samt stoppe pågående mishandling og/eller svikt, kreves det involvering av barnevernet, slik at instansen kan iverksette nødvendige tiltak (Helsedirektoratet, 2019). Det har de senere år vært et betydelig økt antall bekymringsmeldinger i Norge til barnevernet (Kvello, 2015, s. 32; Christiansen et al., 2019, s. 90). Det er ifølge flere ansatte i barnevernet problematisk, da meldingene overgår arbeidskapasitet eller tildelte ressurser, noe som gjør det utfordrende å gi gode og grundige utredninger (Kvello, 2015, s. 32). Nærmere 80 % av meldingene til barnevernet i Norge i 2014 ble undersøkt, der videre 42 % av sakene gjenstand for barnevernsundersøkelse endte med tilbud om tiltak i 2016 (Vis et al., 2019).

De ulike tiltakene barnevernet pålegger, kan være særlig inngripende, deriblant plassering utenfor hjemmet (Bartelink et al., 2018). Samtidig påpekes det at det kan være alvorlige konsekvenser for et barn som blir værende i et hjem med skadelig omsorgsutøvelse (Bartelink et al., 2018). Det kan tolkes dithen at både sendte meldinger og manglende rapportering kan ha alvorlige konsekvenser for både barna og familiene.

### **Studiens tema, formål, betydning og avgrensning**

Bekymringsmeldinger fra helsesektor kan være problematisk og utfordrende for helsepersonell, deriblant frykt for å skade den terapeutiske relasjonen (Magee, 2021). Det vises til flere omsyn når profesjonsutøvere må avvike taushetsplikten av hensyn til meldeplikten til barnevernet både i forhold til barnets rett til beskyttelse, og i forhold til det som omhandler vernet om privatliv (Andersen, 2008). Derfor er studier som undersøker kjennetegn ved meldinger fra en rapporteringspliktig meldekilde som helsesektoren viktige for den norske helsesektor og barnevernet. Temaet for denne masteroppgaven er helsepersonells obligatoriske rapportering til barnevernet i Norge, jf. Helsepersonelloven §

33. Det er behov for å avdekke hva som meldes fra helsesektor begrunnet med at forskningslitteraturen beskriver at helsepersonell kan være med på å avdekke skadelige omsorgssituasjoner (Liu & Vaughn, 2019; Homlong et al., 2019). Det fremstår samtidig uklart hvordan meldeplikten praktiseres. Det beskrives eksempelvis i en internasjonal studie at en stor andel av helsepersonell ikke alltid rutinemessig screener for mishandling (Foster et al., 2017), og at forskjellige former for omsorgssvikt synes å gi ulike rapporteringsutfall (Fraser et al., 2010). Det er lovfestet at det kun er ved alvorlig bekymring at meldeplikten utløses. Derfor bør overnevnte undersøkes, eksempelvis om det er alvorlig svikt og mishandling som kjennetegnes ved meldingene, og om kjennetegn skiller seg fra andre rapporteringskilder. Det er aktualisert av andre at meldinger sendes uten at de rettslige vilkår nødvendigvis er oppfylte (Ohnstad & Gudheim, 2019). Derfor er det et behov for studier som undersøker hva som kjennetegner meldingene fra en meldekilde, som i stor grad rammes inn av juridiske føringer og retningslinjer for praktisering. Hensikten er å utforske ved hjelp av eksplorativ testing, for å danne et utgangspunkt for hvilket innhold som beskrives i meldinger som undersøkes av barnevernet fra helsesektor ved tre hovedkategoriseringer av innholdsbeskrivelser gitt ved utvalgte kjennetegn relatert til:

- barnet
- foreldres omsorg
- familie/miljø
- enkelte bakgrunnsvariabler

For å avdekke om meldinger resulterer i tiltak for de barna som meldes fra helsesektor, er det behov for studier som undersøker utfallsmål etter barnevernundersøkelsen, som i denne studien. Sistnevnte baseres derimot på hypotesetesting. Det er valgt ut kjennetegn basert på oppgavens problemstilling og tidligere forskning. Jeg har valgt å avgrense oppgaven til de viktigste case factors(sakskjennetegn) og det er derfor ikke inkludert flere variabler. Studien baseres på datainnsamling fra et tidligere gjennomført prosjekt som kalles for «Barnevernets undersøkelsesarbeid – fra bekymring til beslutning». Jeg bruker benevnelsen hovedstudien når det refereres til sistnevnte, som jeg selv ikke har vært deltagende i. Hovedstudien er gjennomført på oppdrag av barne- og omsorgsdepartementet for en periode på fire år der datainnsamling er gjennomført år 2015-2017 (Vis et al.,2020). Denne studien baseres dermed på data innsamlet før oppdatert lovverk relatert til helsepersonells meldeplikt trådte i kraft i 2018. Endringen hadde blant annet til hensikt å tydeliggjøre lovpålagt meldeplikt (Helse- og

omsorgsdepartementet, 2018). Overnevnte oppdatering inkluderte en presisering om at bekymringsmelding også utløses ved grunn til å tro at barnet i nærliggende fremtid vil utsettes for alvorlig omsorgssvikt eller mishandling (Helsedirektoratet, 2018), samt at det er bekymring relatert til barnets situasjon og ikke nødvendigvis forhold i hjemmet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

### **Problemstilling og forskningsspørsmål**

Det er formulert en overordnet problemstilling:

«Hva kjennetegner bekymringsmeldinger til barneverntjenesten fra helsesektoren, og er det forskjeller på meldinger hvor det konkluderes med tiltak og meldinger hvor det konkluderes med henleggelse?»

Overnevnte problemstilling belyses ved besvarelsen at tre forskningsspørsmål:

1. *Er det forskjell på kjennetegn ved bekymringsmeldinger fra helsesektor og andre instanser?*
2. *Er det forskjell mellom helsesektor og andre instanser ved utfallmål i form av tiltak eller ikke tiltak (henleggelse) etter barnevernundersøkelsen?*
3. *Er det forskjell på kjennetegn ved meldingene fra helsesektor hvor barnevernundersøkelsen konkluderer med iverksatt tiltak sammenlignet med meldingene henlagt?*

Denne studien er en blanding av hypotesetesting og eksplorativ testing.

Det er formulert to hypoteser der variabelen meldekilde ,1) helsesektor og, 2) andre instanser) testes i sammenheng med barnevernets beslutningsutfall etter barnevernundersøkelsen.

Flere beskriver forhold som kan fungere som en barriere for at helsepersonell rapportere til barnevernet (Foster et al., 2017; Green, 2020), blant annet usikkerhet (Bjørkens et al., 2019).

Det tolkes til at når meldinger sendes fra denne sektoren, er det fordi helsepersonell er sikre i sine bekymringer. Derfor testes følgende hypoteser

*H<sub>1,1</sub>: Det er forskjell mellom helsesektor og andre instanser ved utfallsmål etter barnevernundersøkelsen i form av om meldinger henlegges eller fører til tiltak*

*H<sub>2,2</sub>: Det er forskjell på hvilke tiltak som besluttes etter barnevernundersøkelsen ved helsesektor og andre instanser (i form av hjelpetiltak eller plasseringstiltak).*

I eksplorativ testing er det i hovedsak inkludert variabler som beskriver kjennetegn av bekymring ved: 1) barnet, 2) foreldres omsorg, 3) familie/miljø

### **Videre oppbygging av oppgaven**

Jeg vil innledningsvis i Kapittel 2 beskrive sentral terminologi og teori som utgjør det teoretiske rammeverket for denne oppgaven. Lovverk relatert til problemstillingen er nærmere redegjort for i Kapittel 3 om juridiske føringer. Kapittel 4 er en forskningsgjennomgang som beskriver relevante norske og internasjonale studier, hvor det også gis enkelte teoretiske begrepsavklaringer. Kapittel 5 beskriver metodisk tilnærming for denne studien. I Kapittel 6 presenteres resultat av gjennomførte analyser, før hoveddel av oppgaven presenteres i Kapittel 7, som drøfter ovennevnte i sammenheng med forskningsspørsmålene, tidligere forskning og det teoretiske rammeverket. Avslutningsvis i Kapittel 7 gjennomgås metodiske begrensinger, styrker, studiens implikasjoner og behovet for videre forskning. Oppgaven avsluttes med en konklusjon/oppsummering på problemstillingen i Kapittel 8.

### **2 Teoretiske perspektiver, modeller og begrepsavklaringer**

Dette kapittelet vil redegjøre for teori og begreper sentralt for problemstillingen, samt enkeltstudier av relevans. Først beskrives ulike former for skadelige omsorgssituasjoner. Fortolkningsrammen i denne masteroppgaven er Fluke og kollega (2022) sin beslutningsøkologiske modell (DME), samt Munro (2005) sitt systemiske perspektiv som bygger på Tversky og Kahneman (1974, 2003) sine teoretiske bidrag for forståelse av ulike beslutningsskjevheter. Kompleksitetsteori blir avslutningsvis redegjort for som et tolkningsperspektiv, for å belyse at rapportering til barnevernet og barnevernets beslutninger i undersøkelsesarbeidet ofte skjer i sammenheng med komplekse og sammensatte problemstillinger.

#### **Skadelige omsorgssituasjoner**

Det er vanlig å inndele skadelig barneomsorg i forskjellige hovedformer: omsorgssvikt, fysisk mishandling, psykisk mishandling og seksuelle overgrep (Kvello, 2015, s. 213; Geiger & Schelbe, 2021, s. 83). Omsorgssvikt kan defineres som forhold hvor barnet lever under vilkår som frarøver barnet utviklingsmuligheter i form av mangler eller ved å ikke bli skjermet fra farer (Kvello, 2015, s. 318). For eksempel forekommer dette ved at barnet ikke får dekket sine grunnleggende fysiske behov (fysisk omsorgssvikt), slik som mat, varme, oppfølging av sykdom, eller ikke får dekket sine emosjonelle behov (emosjonell omsorgssvikt), i form av kjærlighet eller trygghet (Geiger & Schelbe, 2021, s. 90). Noen beskriver at omsorgssvikt er hendelser som opptrer ved gjentatte handlinger eller mønstre

som barnet utsettes for, og ikke enkelthendelser (Hafstad & Augusti, 2019, s. 79). Det beskrives av andre at det er utfordrende å definere en entydig grense for når og hvilke situasjoner som kan defineres som omsorgssvikt, der det også vises til at enkeltepisoder kan kategoriseres som omsorgssvikt, som barn som er i behov av helsehjelp grunnet alvorlig sykdom som ikke blir tatt til lege, eller overlatelse av små barn uten tilsyn over flere timer (Proctor & Dubowitz, 2014). Det er flere begreper som brukes når det refereres til omsorgssvikt, slik som forsømmelse, vannskjøtsel eller neglisjering. Kvello (2015, s. 319) beskriver fire kategorier av omsorgssvikt: *fravær av tilstrekkelig omsorg, fraværende beskyttelse mot farer, fravær av adekvat næring og fravær av adekvat stimuli*. Kvello (2015) inndeler overnevnte i forskjellige alvorlighetsgrader: *Alvorlig, Meget Alvorlig, Svært Alvorlig eller Særdeles alvorlig*.

Mishandling kan innebære fysisk eller psykisk vold, alternativt elementer av begge (Hafstad & Augusti, 2019; Kvello, 2015, s. 319). Fysisk mishandling er der omsorgspersoner skader, straffer eller på annen måte utøver vold mot barnet i form av å slå, sparke, dytte, stikke med gjenstander, filleriste eller annet som fysisk kan skade barnet (Kvello, 2015, s. 215, 216, 363). Oppdragervold er vold brukt i disiplineringssammenheng som en del av foreldreutøvelsen ovenfor barnet, eksempelvis fysisk avstraffelse (Myhre, 2010, s. 46). Familie vold omhandler vold i nære relasjoner, for eksempel partnervold hvor barnet ser og/eller hører volden, eller i en eller annen grad blir skadelidende av vold utøvd mellom eller ovenfor omsorgspersoner (Kvello, 2015, s. 363, s. 369). Psykisk mishandling, også referert til som emosjonell vold, innbefatter handlinger ovenfor barnet i form av trusler, maktmisbruk, latterliggjøring, avvising, fiendtlighet eller annet som kan krenke eller skader barnets psykiske velvære (Kvello, 2015, s. 393; Hafstad & Augusti, 2019, s. 68).

Overgrep og utnyttelse kan defineres ut ifra ulike kjennetegn. Seksuelle overgrep er upassende seksuell kontakt som krenker barnets seksuelle integritet, som innbefatter blant annet seksuelt utnyttelse av barn (Mathews & Collin-Vézina, 2019). Dette kan omfatte menneskehandel, prostitusjon, salg eller bortføring (Kvello, 2015, s. 275-276). Ifølge Hafstad og Augusti (2019, s. 80) kan en skille mellom uønsket seksuell oppmerksomhet og tilnærmelser der overgrep omfatter en maktubalanse mellom offer og utøver av den seksuelle atferden. Seksuelle krenkelser innebærer ikke nødvendigvis et ujevnt maktforhold. Det kan for eksempel også være uønskede seksuelle handlinger fra jevnaldrende. Det er vanlig å skille mellom incest og andre seksuelle overgrep/krenkelser. Incest defineres som seksuelle

overgrep og/eller krenkelser der overgriper har familiær tilknytning til offeret, for eksempel omsorgspersoner med foreldreansvar, foreldre, søsken eller besteforeldre (Borgen et al., 2011, s. 6). Det innebærer videre seksuell omgang mellom barn og nære familiemedlemmer i form av steforeldre, fosterforeldre/adoptivforeldre eller stesøsken (Kvelling, 2015, s. 275). Andre seksuelle overgrep/krenkelser er når overgriper ikke har en familiær tilknytning til barnet. Det kan være voksne, men inkluderer også barn som forgriper seg på andre barn eller ufrivillig seksuell kontakt mellom eller fra jevnaldrende (Hafstad & Augusti, 2019).

### **Systematiske feilslutninger og beslutningsteori**

De påfølgende avsnitt redegjør for teoretisk forståelse av beslutningsprosesser på individ- og systemnivå som utgjør et teoretisk rammeverk for diskusjonsdelen i denne oppgaven.

#### **Feilslutninger ved beslutningstaking**

Flere teorier dreier seg om feil som kan oppstå under beslutningsprosessen, for eksempel Tversky og Kahneman (1974; 2003) som beskriver ulike heuristikker og skjjevheter som benyttes når det vurderes risikoer og sannsynlighet for et utfall, representativitet, tilgjengelighet og forankring og justering (Adjustment and Anchoring). Heuristikker kan defineres som effektive og forenklete kognitive mekanismer for menneskelig beslutningstaking og sannsynlighetsvurdering (Tversky & Kahneman, 1974). Representativitet omhandler at en i stor grad gjør vurderinger utefra hvor typisk en kan kategorisere et tilfelle, det kan føre til at en glemmer det individuelle og låser individer til et bestemt utfall, ved A så B (Tversky & Kahneman, 1974, s. 1124). Representativitet kan eksempelvis være at helsepersonell i møte med foreldre med psykiske lidelser uforholdsmessig tolker forhøyet risiko for mishandling eller omsorgssvikt av barn sammenlignet med omsorgsgivere som har alvorlig somatisk lidelse. Sistnevnte vil da kunne medføre at helsepersonell oftere melder pasienter med foreldreansvar som strever psykisk til barnevernet, selv om det kan tenkes at somatiske syke pasienter med omsorgsansvar også utøver skadelig barneomsorg. Kahneman (2003) beskriver også emosjonelle faktorer (*Affektheuristikker*), som omhandler intuitive eller emosjonelle komponenter når sannsynligheten for et utfall vurderes ut ifra subjektive negative eller positive emosjoner vedrørende fenomenet. Et eksempel kan være helsepersonells holdninger til individer med rusavhengighet eller psykiske lidelser. Kahnemans og Tversky sine teorier belyser i denne

studien beslutningstagerfaktorer i sammenheng med helsepersonells beslutningstaking ved meldeplikt og individuelle faktorer ved saksbehandlere i barnevernets undersøkelsesarbeid, men vektet ikke i lik grad som beslutningsøkologisk teori.

### **Systemisk perspektiv for barnevernets beslutningstaking**

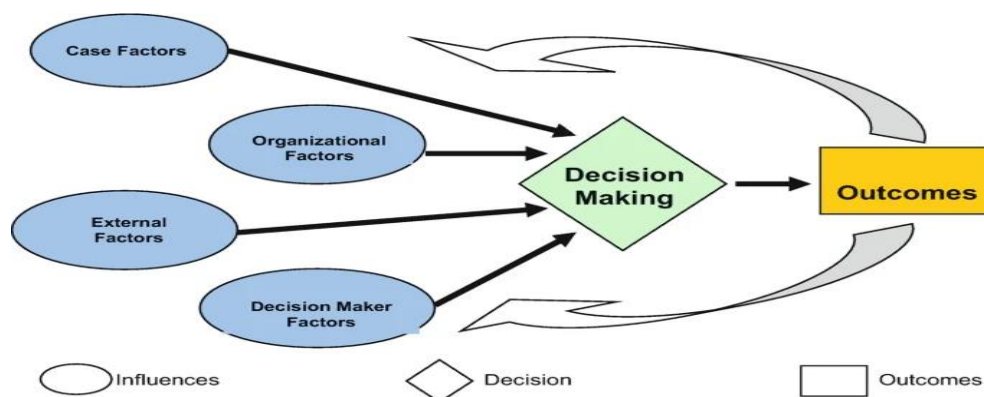
Munro (2005) presenterte en systemisk teori, som bygger på Tversky og Kahnemans sine teorier om systematiske feil i beslutningstaking, gruppert i tre kategorier som innvirker og påvirker beslutninger i barnevernet: 1) Individuelle faktorer - kunnskap, ferdigheter, erfaring som brukes når problemer skal løses, 2) Ressurser og begrensninger, 3) Institusjonelle faktorer, organisatorisk kontekst. Munroe (2005) beskriver kategori en som forhold hos den enkelte saksbehandler som kan påvirke arbeidet. Det kan defineres som beslutningstagerfaktorer. Kategori to om ressurser og begrensninger omhandler hvilke tjenester som er til stede for å hjelpe saksbehandler i sine beslutninger og vurderinger, som instrumenter for å hjelpe risikovurdering og beslutningstaking, eksempelvis bruk av vurderingsmaler (Munro, 2005). Vurderingsverktøy benyttes i ulik grad i barnevernets undersøkelsesarbeid, også i Norge, og kan defineres som en forhåndsbestemt standardisert undersøkelsesmetode eller utredningsmal for vurdering av eksempelvis risikofaktorer for skadelig barneomsorg (Rød & Heggdalsvik, 2016, s. 82). Kategori tre om institusjonelle/organisatoriske faktorer kan omfatte støttesystemer, opplæring eller andre kontekstuelle forhold, eksempelvis ytre forhold som regjeringspolitik (Munroe, 2005). Munros (2005) systemiske teori gis mindre plass i denne oppgaven, men benyttes for å belyse beslutningstaking i barnevernet.

### **Beslutningsøkologisk modell**

I denne masteroppgaven skal derimot den beslutningsøkologiske modellen vektlegges fordi det er saksfaktorer som testes i undersøkelsen. Den beslutningsøkologiske tilnærmingen har vært et velbenyttet rammeverk for å forklare og forstå ulike beslutningsutfall i barnevernet (Kedell, 2021). Derfor fremstår den som et naturlig teoretisk rammeverk for denne oppgaven, som er relatert til beslutninger ved bekymringsmeldinger og undersøkelsesarbeidet til barnevernet. Beslutningsøkologisk teori ble utviklet på 1990-tallet som en videreutvikling av Bronfenbrenners økologisk teori (Regehr et al., 2021). Beslutningsøkologi viser til at psykologiske prosesser både innvirker og påvirker enkeltindividets beslutninger innenfor ulike kontekster, og at konteksten ikke kan adskilles



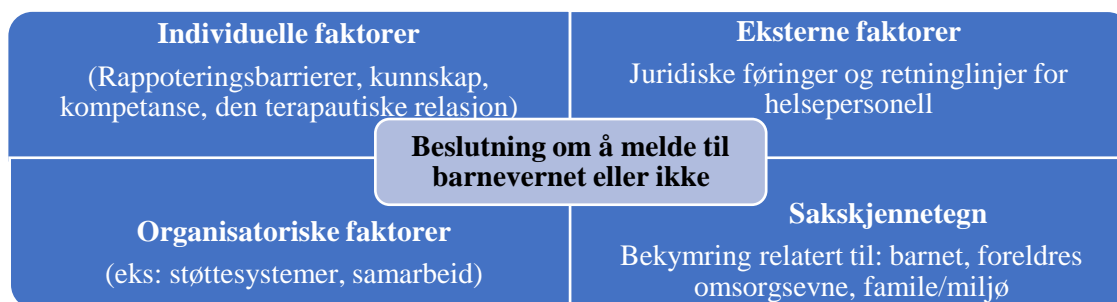
fra individet (Fluke et al., 2022). Formålet med modellen er i stor grad et forsøk på å gi en forståelse av både konteksten og prosessen ved beslutningstaking, for å kunne forutsi atferd og handlinger (Fluke et al., 2022). Ifølge Fluke og kollegaer (2022), er beslutninger relatert til mishandling og omsorgssvikt sårbare for falske positive og falske negative, der det også poengteres at risikofaktorer ikke nødvendigvis predikerer mishandling. Det beskriver at DME (Decision-Making Ecology), tar utgangspunktet i heuristikker og skjevheter (biases), samt at beslutningstaking må sees i sammenheng med kontekst (Fluke et al., 2022). Det viser til at beslutninger i barnevernet både kan være komplekse og sammensatte (Fluke et al., 2022). Den systemiske kontekst innbefatter flere ulike faktorer som innvirker, som ikke kan skilles fra hverandre som enkeltdeler, men som må sees som en del av beslutningsprosessen. De forskjellige elementene viste i Figur 1.1 viser saksfaktorer, eksterne faktorer, organisatoriske faktorer og beslutningstagerfaktorer, der disse samlet sett innvirker på beslutning og utfall. Basert på kompleksiteten i beslutninger ved meldeplikt og undersøkelsesarbeidet, samt at tidligere studier indikere at flere forhold utover saksfaktorer (case factors) er av betydning (Bjørknes et al., 2019; Magee, 2021; Yildiz & Tanriverdi, 2018; Kuruppu et al., 2022; Bartelink et al., 2018) benyttes de andre faktorene for å vise til at rapportering fra lovpålagte meldere og beslutninger i barnevernet skjer i sammenheng med kontekst (Munroe, 2005; Fluke et al., 2022).



**Figur 1.1:** «Decision-making» - modell, Beslutningsøkologisk-modell (funnet i Fluke et al., 2022), (tillatelse fra opprinnelig kilde).

## Beslutningøkologisk modell som fortolkningsramme for helsepersonells rapporteringsadferd og barnevernets beslutninger

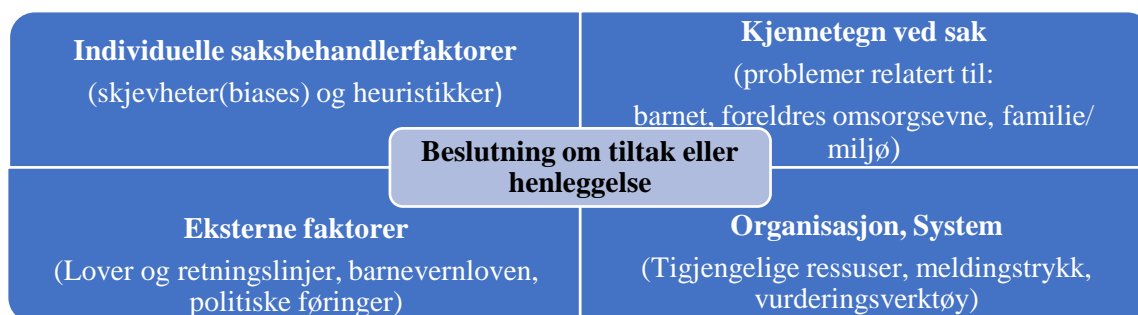
I denne studien er hensikten å avdekke hva som kjennetegner meldingene fra helsesektor. Beslutningsøkologisk teori er i andre studier benyttet for å forstå hvordan helsepersonell vurderer risiko for at klienter vil skade seg selv eller andre (Regehr et al., 2021). Det beskrives at eksterne faktorer i form av juridiske hensyn som taushetsplikten innvirker på rapportering til barnevernet (Andersen, 2008), samt at ulike saksfaktorer da med henblikk på forskjellige former for skadelige barneomsorg, eksempelvis psykisk mishandling medfører ulik terskel for å melde til barnevernet sammenlignet med fysisk mishandling (Fraser et al., 2010). I en norsk studie beskrives det også beslutningstagerfaktorer i form av helsepersonells usikkerhet ved egen vurdering innvirker på om det meldes ved mistanke om omsorgssvikt eller mishandling (Bjørknes et al., 2019). Beslutningsøkologi fremstår av overnevnte grunner som et adekvat rammeverk i sammenheng med helsepersonells beslutninger om å melde eller ikke melde til barnevernet da det er trolig at andre kontekstuelle forhold er av betydning utover kjenntegn ved sak (case factors). Selv om denne studien fokuserer på en del av modellen benyttes de andre faktorene i modellen som en samlet fortolkningsramme. Med utgangspunkt i de beskrevne perspektiv på kognitive feil, og den beslutningsøkologiske modellen, illustrerer Fig. 1.2 hvilke faktorer som trolig kan påvirke helsepersonells beslutningstaking når det gjelder meldinger til barnevernet.



**Figur 1.2:** Anvendt beslutningsøkologisk modell for påvirkningsfaktorer innvirkende på beslutningstaking for utøvelsen av meldeplikt til barneverntjenesten

Den anvendte modellen for barnevernets beslutning om tiltak eller henleggelse, er vist i Figur 1.3. Kjennetegn ved sak omfatter de samme kategoriene som beskrevet i overnevnte avsnitt. Utvelgelsen av variabler baseres på en vurdering av hvilke som samlet sett kan gi mest mulig informasjon om sakskjennetegn. Det er som nevnt sakskjennetegn (case factors)

sammen med utfallet av barnevernundersøkelsen som testes i denne studien. De andre faktorene benyttes for å forklare medvirkende årsaker for beslutningsutfall i barnevernundersøkelsen. Individuelle saksbehandlerfaktorer omfatter ulike beslutningsskjevheter, som forskning indikerer at kan være av betydning for beslutningsutfallet ved saksbehandling i barnevernet (Munro, 1999, 2005). Eksterne faktorer omfatter barnevernloven (retningslinjer) og politiske intensjoner. Eksempelvis hvis meldingene som har ført til iverksatt tiltak kjennetegnes av bekymring ved barnets adferd kan funnene sees i sammenheng med kontekst, eksempelvis lovverk som eksplisitt beskriver at barn som utviser vedvarende problemfylt atferd fyller vilkåret om barnevernstiltak jf. Barnevernloven § 4-24(gammel lov). Med utgangspunkt i de presenterte perspektivene på kognitive feil, Munroes (2005) systematiske perspektiv og den beslutningsøkologiske modellen, illustrerer Fig. 1.3 hvilke faktorer som påvirker beslutningsprosessen til barnevernet når det gjelder beslutninger i undersøkelsesarbeidet



**Figur 1.3:** Anvendt modell for innvirkende faktorer for beslutningstaking i barnevernets undersøkelsesarbeid.

### Kompleksitetsteori

Kompleksitetsteori er et naturlig perspektiv i denne studien, begrunnet med at flere beskriver at meldeplikt utfordrer helsepersonell (Bjørknes et al., 2019; Fraser et al., 2010; Kuruppu et al., 2022), og at beslutninger i barnevernet kjennetegnes av kompliserte og komplekse problemstillinger (Fauske et al., 2017). En tidligere rapport påpeker også at de tidligere juridiske føringer relatert til taushetsplikt og meldeplikt er komplekse og uoversiktlige (NOU 2016: 16). Kompleksitet kan defineres som uforutsigbar sammenheng mellom interagerende variabler, der komplekse systemer ikke følger kausale forbindelser, slik at det ikke er mulig å redusere til enkeltdeler for å avdekke informasjon (Langsrud et al., 2020). Kompleksitetsteorien ble utformet av Rittel og Webber (1973), som beskriver at

problemer kan inndeles i to kategorier: «wicked» og «tame» problemer. «Wicked problems» oversettes til «gjenstridige problemer». Ifølge Rittel og Webber (1973, s. 160), er gjenstridige problemer kjennetegnet ved at det ikke finnes klare eller tydelige løsninger. De beskriver flere karakteristikk ved gjenstridige problemer:

- Det er ikke er en klar problemformulering
- Løsninger kan vurderes som gode eller dårlige, men ikke nødvendigvis absolutte
- Tidligere løsninger på tilsvarende problem er ikke nødvendigvis en adekvat løsning på fremtidige problem
- Hvert problem må vurderes som særegent og unikt
- Et problem kan vurderes som en konsekvens av et underliggende problem
- Det er ikke et sett med alternative løsninger
- Problemet må håndteres ved prøving og feiling
- Det er heller ingen test som kan avklare eller gi det rette svar på problemløsning

(Rittel & Webber, 1973, s. 161-164).

«Tame problems» kjennetegnes derimot av at det finnes løsninger som kan gjennomføres. Deriblant kan det utarbeides en problemformulering som inneholder all den informasjonen nødvendig for å forstå og løse problemet, samtidig som løsninger brukt på tilsvarende problemer sannsynligvis vil kunne passe (Rittel & Webber 1973, s. 161, s. 165). Det påpekes eksempelvis at minimering av feil ved beslutningstaking ikke nødvendigvis bare omhandler avdekking av beskyttende faktorer eller risiko, der beslutningstaking i barnevernet er mer kompleks enn dette (Fluke et al., 2022). Kompleksitetsteori blir i denne studien benyttet som et teoretisk perspektiv for å belyse komplekse og sammensatte problemstillinger, eksempelvis barnevernets beslutning om å tiltak eller henleggelse.

### **3 Juridiske føringer**

Dette kapitlet redegjør for juridiske føringer relatert til problemstillingen i denne oppgaven. Enkelte setter barnets rett til omsorg i et menneskerettighetsperspektiv, og viser til at de lover som krever at fagpersoner rapporterer ved bekymring om omsorgssvikt og/eller mishandling er av betydning for å ivareta barnets grunnleggende rettigheter (Wekerle, 2012). Lovverk relatert til helsepersonells meldeplikt innrammes av både Helsepersonelloven § 33 og Barnevernloven § 13-2 (ny Barnevernlov, 2023). Videre er lovverk relatert til barnevernets mulighet til å pålegge helsepersonell å utlevere opplysninger tydeliggjort i

Helsepersonelloven § 33 tredje ledd. Dette er videre lovhjemlet i Barnevernloven § 13-4 (ny Barnevernlov, 2023). Opplysningsplikten etter pålegg fra barnevernet ligger ikke hos helsepersonell å beslutte. Det er barnevernet som vurderer om vilkårene for opplysningsplikten foreligger, samt at helsepersonell må vurdere og beslutte hvilke opplysninger som skal utleveres etter forespørsel fra barnevernet (Helsedirektoratet, 2019).

### **Meldings- og undersøkelsesarbeidet til barnevernet**

Barnevernloven er endret/oppdatert etter at bekymringsmeldingene som utgjør datamaterialet for denne studien er sendt og undersøkt av barnevernet (2015-2017). Redegjør av den grunn for daværende juridiske føringer og påfølgende oppdatert/endret lovverk.

#### **Barnevernloven før 2023**

Tiltak skal være til det beste for barnet, jf. *Barnevernloven Kapittel 4. Særlige tiltak § 4-1*, hvor det fremheves stabil og god barneomsorg av vedvarende karakter. Hva som skjer etter mottak av en melding, fremgår av Barnevernloven § 4-3 som beskriver barneverntjenestens plikt til innen en uke å gjennomgå innkomne meldinger. Ved henleggelse skal det begrunnes skriftlig. Beslutninger i meldingsarbeidet om å henlegge eller undersøke, preges ifølge Kojan og kollegaer (2016, s. 69) av faglig skjønn og de rettslige rammene. Faglig skjønn kan defineres som informasjon om et fagområde, der skjønnsmessige vurderinger omhandler at individer tar vurderinger basert på sin kunnskap og erfaring alene om et spesifikt område eller spørsmål, uten andre hjelpemidler (Kirkebøen, 2013, s. 27). Barnevernet kan innhente opplysninger fra melder, i den grad det er behov for å oppklare utydigheter i en melding, men ikke opplysninger fra andre før det eventuelt er startet opp undersøkelse (KS, 2013, s. 34). Tidligere juridisk ramme for undersøkelse beskrives i Barnevernloven § 4-3, som tiliser at hvis en kan anta at et barn er i behov av tiltak etter vilkår fra loven, skal barnevernet starte undersøkelse. Den skal gjennomføres på en skånsom og minst mulig inngripende måte.

Konklusjonen på barnevernundersøkelsen ble basert på to utfall: henleggelse eller tiltak. De ulike hjelpetiltakene beskrives i § 4-4. *Hjelpetiltak for barn og barnefamilier*. Her inkluderes foreldreveiledning og flere støttetiltak, som for eksempel barnehage og fritidsaktivitet. Frivillige plasseringstiltak rammes også inn av overnevnte, der det beskrives at barneverntjenesten kan formidle plass i fosterhjem, institusjon eller omsorgssenter for mindreårige når andre hjelpetiltak ikke synes hensiktsmessige. Ved adferdsrelaterte

utfordringer kan barnet plasseres i institusjon etter vedtak fra og vurdering hos fylkesnemnda, jf. § 4-24. Omsorgsovertagelse kan bli nødvendig ved manglende ivaretagelse av barnet, omsorgssvikt eller mishandling som er til skade for eller hemmer barnets utvikling § 4-12. Videre er det ved særlige grunner, eksempelvis at det er overveiende sannsynlig at foreldrene er varig ute av stand til å gi barnet adekvat omsorg, mulig for fylkesnemnda å fatte vedtak om fratagelse av foreldreansvar, jf. 4-20. *Adopsjon*. Midlertidige vedtak om plassering i akutt situasjoner fremgår av § 4-6, deriblant akutt plasseringer/vedtak, § 4-6, 1. ledd, der barnet står uten omsorgsgiver og ved akutt plassering på grunn av forhold i hjemmet, der barnet står i fare for å bli skadelidende § 4-6, 2. ledd *Plasseringstiltak*, hvor foreldrene selv plasserer utenfor hjemmet jf. § 4-7, *Akutt plassering* grunnet ulike atferdsvansker fremgår av § 4-25, 2. ledd jf. § 4-24 om hvilke vilkår som stilles.

### **Barnevernloven etter januar. 2023**

Loven beskriver fremdeles at tiltak skal være til det beste for barnet, jf. Lov om barnevern (Barnevernloven) Kapittel 1. § 1-1. § 1-3 om hensynet til barnets beste og § 1-5. barnets rett til omsorg. Den oppdaterte Barnevernloven har ikke endret juridiske føringer for meldingsarbeidet om barneverntjenestens plikt. Innen en uke gjennomgås innkomne meldinger, jf. § 2-1, for å vurdere om det er behov for å iverksette undersøkelse etter Barnevernloven § 2-2. Hvis meldingen henlegges, skal det begrunnes skriftlig med unntak av grunnløse meldinger § 2-1. Rett og plikt for barneverntjenesten til å foreta undersøkelser fremgår nå av Barnevernloven § 2-2, som beskriver at hvis en kan anta at et barn er i behov av tiltak etter vilkår fra loven, skal barnevernet starte undersøkelse. Fremdeles skal undersøkelser gjennomføres på en skånsom og minst mulig inngripende måte. Nytt lovverk har også gitt mulighet for at barnevernet kan starte opp ny undersøkelse etter at den er henlagt, før det har gått påfølgende 6 måneder. Når barnevernet undersøker, har juridiske føringer for utfall endret seg. Undersøkelsen skal avsluttes med ett av følgende utfall: *vedtak om henleggelse, henleggelse med mulighet for ny undersøkelse etter tredje ledd, vedtak om iverksettelse av tiltak, oversendelse av sak med begjæring om tiltak til barneverns- og helsenemnda*, jf. Barnevernloven Kapittel 2 § 2-5. De ulike tiltakene kan grovt sett inndeles i to hovedkategorier: hjelpetiltak/støttetiltak og plasseringstiltak (akutt plassering, begjæring om omsorgsovertagelse og frivillig plassering). Den juridiske rammen for hjelpetiltak fremgår av Barnevernloven Kapittel 3. Hjelpetiltak, som inkluderer både frivillig tiltak §3-1

og Pålegg om hjelpetiltak § 3-4. Plasseringstiltak fremgår dels av Kapittel 3 § 3-2, der barnet frivillig kan plasseres i fosterhjem eller institusjon, og Kapittel 4 om akutttiltak § 4-2 akuttvedtak om omsorgsovertagelse på grunn av forhold i hjemmet. Ved barn som utviser alvorlig problemfylt atferd, vedvarende avhengighetsproblematikk eller kriminalitet, kan det fremmes akutt plassering etter § 4-4. De to sistnevnte må godkjennes av barneverns- og helsenemnda. Begjæring om omsorgsovertagelse relatert til forhold i hjemmet eller foreldreutøvelse fremgår av Kapittel 5. jf. § 5-1. Vedtak om omsorgsovertakelse. Begjæring om plassering etter problemfylt adferd relatert til barnet er nærmere beskrevet i Barnevernloven Kapittel 6.

### **Lovverk relatert til helsepersonell, barn og pasienter**

Profesjonen helsepersonell innbefatter flere yrkesgrupper, 27 som kan få autorisasjon som helsepersonell, der de som involverer barn ofte er helsesøstre, psykiatriske sykepleiere, jordmødre, psykologer, leger, vernepleiere og tannleger, samt omsorgsarbeidere, hjelpepleiere, samtlige omfattes av taushetsplikten, inkludert ufaglærte som yter helsehjelp (KS, 2013, s. 29). Juridiske føringer for helsepersonell er beskrevet nærmere i Helsepersonelloven Kapittel 5 § 21, som tilsier at yrkesgruppen skal hindre at andre får kjennskap om personlig forhold eller annet som yrkesgruppen har fått tilgang til i form av sitt yrke. Det kan likevel gis denne formen for opplysning hvis det er innhentet samtykke fra den det gjelder, jf. Helsepersonelloven Kapittel 5 § 22. Når det gis opplysninger i melding til andre samarbeidende instanser eller andre, skal det nedtegnes i journal, jf.

Pasientjournalforskriften § 7.b. I de tilfeller hvor barn eller omsorgsgiver er pasient, inntretr Pasient- og brukerrettighetsloven (Pbrl), som gir rett til innsyn i egen eller barns journal, jf. § 5-1, *Rett til innsyn i journal*. Det kan i særlige tilfeller settes restriksjoner hvis det kan påføre direkte skade eller medføre overhengende fare ved innsyn. Pårørendes rett til innsyn kommer frem av Pbrl § 11 og etter Helsepersonelloven § 41. Helsedirektoratets veileder for pårørende fremhever særlig barn som en prioritering, og viser til Helsepersonelloven § 10a:

*«Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn kan ha som følge av at barnets forelder eller søsken er pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade» (Helsedirektoratet, 2018).*

Spesialisthelsetjenesten i Norge er blant annet pliktig å ha nødvendig barneansvarlig personell, jf. Lov om spesialisthelsetjenesten Kap. 3§ 3-7 a. Om barneansvarlig personell. Det gis tydelige føringer på at helseinstitusjoner som loven gjelder skal ha tilstrekkelig ressurser og kompetanse for å ivareta barn (Helsedirektoratet, 2018). Meldeplikt utløses ut fra den kjennskap helsepersonell selv har til barnets situasjon, og hvor det er grunn til å tro at barnet lever under en betydelig skadelig omsorgssituasjon. Det er ikke nok med en bekymring som gir grunn til å tro at barnet eller familien har behov for hjelpetiltak i hjemmet. Det er bekymring som gir grunn til å tro vilkår om for eksempel omsorgsovertagelse er til stede, hvis ikke gjelder taushetsplikten (Ohnstad & Gudheim, 2019, s. 36). Hva som ansees som betydelig, er ifølge veileder (KS, 2013, s. 30) ikke tydelig definert, og det er opp til helsepersonell å avgjøre. Flere beskriver at barnets beste veier tyngst, og plikten til å melde fra til barnevernet går foran taushetsplikten (Helsedirektoratet, 2019; Helsetilsynet, 2014, s. 16). Det kan ved tvil konfereres anonymt med barneverntjenesten eller ved annet helsepersonell for råd eller eventuell veiledning (Helsedirektoratet, 2018).

#### **4 Forskningsgjennomgang**

Dette kapittelet er en forskningsgjennomgang av norske og internasjonale studier som vurderes å være av betydning og nærliggende for problemstillingen i denne oppgaven. Det redegjøres for metodisk søkestrategi for innhenting av relevant litteratur. Ved de utvalgte artikler presenteres blant annet problemstilling, benyttet metode, funn, årstall, sted og relevans for denne studien.

##### **Søkestrategi**

Metode for innhenting av relevant litteratur i denne masteroppgaven, er ved søk i utvalgte databaser og tidsskrifter som er vurdert å være relevante for barnevernfeltet og helsesektor, med søkeord på engelsk og norsk. I de norske tidsskriftene Idunn, Tidsskrift for Den norske legeforening og Fontene forskning, er det gjennomført søk ved bruk av ulike kombinasjoner av søkeord for å spisse søket: *meldeplikt*, *bekymringsmelding*, *helsepersonell*, *barnevern* og *uriktig bekymringsmelding*. Internasjonale studier er innhentet fra søk fra PsycINFO, Web of Science og Campbell Systematic Reviews, med blant annet søkeord; *mandatory report*, *child protection*, *healthcare professionals*. Jeg gjennomførte påfølgende et søk etter relevant forskning relatert til det teoretiske rammeverket: *beslutningsteori (decision theory, Decision-Making Ecology (DME))*, *kompleksitetsteori* og *skadelige*



*omsorgssituasjoner*. Jeg benyttet videre snøballmetoden, som i denne sammenheng baserer seg på siteringssøk ved kryssreferanser og litteraturliste av artikler som kan defineres som en strategisk form for utvelgelse (Grønmo, 2004, s. 102)

### **Omfang av skadelige omsorgssituasjoner i sammenheng med ulike risikofaktorer**

Det er et omfattende nasjonalt og internasjonalt forskningsgrunnlag relatert til forekomsten av mishandling og omsorgssvikt av barn. Ifølge Hafstad og Augusti (2019, s. 62) sin nasjonale undersøkelse av ungdom fra 12-16 år, viser deres rapport basert på et utvalg fra den norske populasjonen at ca. 1 av 5 har opplevd fysisk vold fra en av foreldrene minst en gang. Videre har ca. 1 av 10 vært utsatt for denne formen for mishandling gjentatte ganger i løpet av oppveksten. Videre er psykisk vold i form av gjentatte verbale krenkelser rapportert hos 1 av 5 i undersøkelsen (Hafstad & Augusti, 2019, s. 68). Det er et mindre antall, ca. 1 av 20, som har blitt utsatt for grov vold, slik som å bli banket opp eller sparket (Hafstad & Augusti, 2019, s. 62). Overnevnte studie indikerer at få barn opplever fysisk omsorgssvikt, der 8 % rapporterte at de ikke hadde følt seg verdsatte av sin egen familie. 14 % rapporterte at de hadde opplevd fysisk eller psykisk omsorgssvikt vedvarende under oppveksten, der psykisk svikt oftere ble rapportert enn fysisk.

Foreliggende forskning indikerer at kjennetegn relatert til familie og miljø korrelerer med forekomsten av mishandling, eksempelvis Janson og kollegaer (2011) sin landsomfattende undersøkelse i Sverige vedrørende fysisk avstraffelse og kroppskrenkelser i barneoppdragelse ved hjelp av rapportering fra foreldre og barn. Det beskrives at den sterkeste indikatoren på vold i familien er relatert til sosioøkonomiske faktorer, der det er høyere forekomst av fysisk avstraffelse mot barn i ressursvake familier. Det er ikke ensbetydende med at barn som kommer fra vanskeligstilte familier utsettes for mishandling, men det er en sammenheng (Janson et al., 2011, s. 7). Undersøkelsen gir også en oversikt av den historiske utviklingen basert på undersøkelser gjennomført fra og med 1950, inklusive resultater basert på deres foreldrestudie gjennomført i 2011. Foreldrestudien besto av 1358 deltagere, der 30 % rapporterte at de hadde kalt barnet for «dum» eller lignende det seneste året (Janson et al., 2011, s. 82). En stor andel, ca. 75 %, av foreldre var negative til å bruke fysisk avstraffelse ovenfor barnet. For barn under 2 år var hele 83 % negativt innstilte til denne formen for avstraffelse (Janson et al., 2011, s. 87). Overnevnte sier muligens noe om tanker rundt fysisk avstraffelse, og deres studie beskriver at den positive innstillingen til

fysisk avstraffelse av barn har gått ned siden 1960-tallet og ligger på ca. 7-10 %. Den reelle forekomsten av fysisk avstraffelse vises ved foreldrenes rapportering, der 1 av 3 (ca. 30 %) tilbakemeldte at de hadde puffet, tatt tak i eller røsket i barnet under konflikter (Janson et al., 2011, s. 97). Derimot var det et fåtall som rapporterte alvorlig mishandling, slik som slag med knyttet hånd, spark og lignende (2.9 %). Ingen oppga at de hadde utøvd denne formen for mishandling mer enn 10 ganger det siste året.

Omfang av seksuelle overgrep mot barn i de nordiske land beskrives av Kloppen og kollegaer (2016) sin litteraturstudie, der resultatene indikerer at 3-23 % av gutter og 11-36 % av jenter har vært utsatte/opplevd en eller annen form for seksuell krenkelse. Det inkluderte alle former for krenkelser og handlinger, og ikke bare kontaktmisbruk. De fant videre at overgrep i ungdomsskolealder kom fra en betydelig andel jevnaldrende. Når studier inndeler forskjellig i forhold til hva som omfattes som overgrep, kan det være forklarende for den store usikkerhetsmarginen relatert til forekomst beskrevet av Kloppen og kollegaer (2016).

Det er i enkelte studier beskrevet at det på verdensbasis er nærmere en fjerdedel av voksne (22.6 %) som har blitt utsatte for fysisk mishandling i barndommen, en tredjedel av voksne (36.3 %) har opplevd psykisk mishandling 16.3 % av voksne har opplevd omsorgssvikt og 18 % av kvinnene og 7.6 % av mennene har vært utsatte for seksuelle overgrep/krenkelser i barndommen (Mctavish et al., 2017). Studier beskriver at omsorgssvikt har fått mindre fokus i forskningslitteraturen, sammenlignet med andre former for mishandling eller overgrep (Logan-Greene & Jones, 2018). Sistnevnte innhentet data fra 2074 enheter i en middels stor by i USA. Hensikten var å undersøke kartleggingsverktøy i sammenheng med vedvarende omsorgssvikt. Funn fra studien indikerte at familier med kronisk omsorgssvikt var yngre, hadde flere barn og hadde høyere grad av vold i nære relasjoner, psykiske problemer og kognitiv svikt. Det beskrives i forskningslitteratur at skadelig barneomsorg opptrer hyppig i sammenheng med omsorgspersoners rusmiddelbruk (Maina et al., 2021), men at barn er mer eller mindre sårbare for slike risikofaktorer (Austin et al., 2020; Park et al., 2015). Det er skandinaviske studier som indikerer negative helseutfall hos ungdom i sammenheng foreldres alkoholkonsum (Wahlström et al., 2023). Det er samstemmende med en nyere kunnskapsgjennomgang som beskriver en rekke negative konsekvenser for barn av foreldre med rusproblemer (Selbekk et al., 2019, s. 4).

Oppsummert indikere flere studier at flere barn utsettes for mishandling, seksuelle overgrep og omsorgssvikt i oppveksten (Mctavish et al., 2017; Kloppen et al., 2016, Hafstad

& Augusti, 2019; Mossige & Stefansen, 2007), som kan ha negative utfallsmål for barna (Hafstad & Augusti, 2019; Hillis et al.,2017). Det fremtrer også at overnevnte ofte korrelerer med ulike risikofaktorer som omsorgsgiver rusmiddelbruk (Maina et al.,202) og foreldres psykiske problemer (Logan-Greene & Jones, 2018).

### **Betydning av meldekilde**

Ifølge Nøkleby og kollegaer (2021) sin kartleggingsoversikt, gjennomført med systematiske søk i flere internasjonale databaser, avhenger oppdagelse og rapportering av barnemishandling i stor grad av kontakt med ulike samfunnstjenester, slik som skolehelsetjeneste, skole, fritidsklubber og lignende. Studien ble gjennomført i sammenheng med Covid-situasjonen, og resultatene deres ga en indikasjon på at innrapporterte og igangsatte barnevernundersøkelser hadde en tydelig nedgang etter Covid-19. Nøkleby og kollegaer (2021) poengterer at det ikke er kartlagt om denne trenden gjelder for Norge. Deres gjennomgang indikerer at det ikke er nedgang i mishandling av barn, men nedgang i bekymringsmeldinger. Overnevnte kan tolkes til at eksterne faktorer er innvirkende på rapportering.

Det er indikatorer på at meldekilde er av betydning for utfallet av meldingen (Ho et al., 2017). Resultatene fra Ho og kollegaer (2017) sin studie er fremkommet ved hjelp av sekundær dataanalyse, med bruk av multilevel logistiske regresjoner av et utvalg av 204 414 barn i USA undersøkt i 2013, basert på data fra National Child Abuse and Neglect Data System. Resultatene antydte at færre enn ett av syv barn som det ble meldt bekymring om, ble bekreftet å ha vært offer for misbruk. Samtidig viste studien at profesjonelle med obligatorisk meldeplikt underbygget og begrunnet meldinger i større grad enn ikke-profesjonelle (Ho et al., 2017). Ifølge Gregoire-Labrecque og kollegaer (2020), indikerer deres studie, gjennomført fra 2016-2018 med fokusgruppediskusjoner i de to største byene i provinsen Quebec, Canada, at ulike fagpersoner vurderer omsorgssvikt ulikt. Respondentene ble rekrutterte fra ulike tjenestetilbydere i kontakt med barn og ungdom, deriblant rektorer, lærere, rådgivere, sosialtjenesten, politibetjenter og andre fra helsesektoren. Generelt ga studien en indikasjon på at forskjellige profesjonelle gjør ulike vurderinger rundt omsorgssvikt, både basert på egen profesjon og at egne personlige erfaringer innvirket. Sett i sammenheng med sistnevnte studie, er det derfor naturlig å anta at ulike individuelle beslutningstagerfaktorer er av betydning for rapportering, og dermed hva som kjennetegner

meldinger fra eksempelvis helsesektor. Lauritzen og kollegaer(2019, s .51) sin studie basert på Norske forhold bekrefter at det er forskjeller om meldinger resultere i undersøkelse og at disse ulikheten kan tilskrives meldekilde, eksempelvis ved at meldinger fra politi henlegges oftere sammenlignet med meldinger fra barnehage og skole Oppsummert basert på overnevnte forskning (Lauritzen et al.,2019; Gregoire-Labrecque et al.,2020; Nøkleby et al.,2021), relatert til meldekilde, kan en anta at ulike deler av det norske tjenesteapparatet, eksempelvis helsesektor, er av betydning for hva som rapporteres og muligens utfallet av meldingen.

### **Forskning på helsepersonells mistanke om barnemishandling, omsorgssvikt og rapporteringsbarrierer**

Sykepleiere er en sentral yrkesgruppe i norsk helsesektor, slik at studier som undersøker deres rolle og erfaring med å avdekke og rapportere barnemishandling er vurdert å være av særlig betydning for denne studien. Det er et omfattende forskningsgrunnlag relatert til helsepersonell i sammenheng med meldeplikt, der nasjonale og internasjonale studier beskriver ulike barrierer som innvirker på rapporteringsatferd. En studie av tannhelsepersonell i Norge indikerer at det oppstår komplekse problemstillinger ved mistanke av mishandling, hvor rapporteringsbarrierer innvirker på håndtering av mistanken (Bjørknes et al., 2019). Respondentene i overnevnte studie rapporterte hyppigst at årsaken til ikke meldt mistanke/bekymring var «usikkerhet på egen vurdering». Totalt 90,4 % av utvalget svarte delvis/helt sant på dette. Videre indikerte overnevnte at opplæring ikke synes tilstrekkelig, og betydelig ofte besvarte respondenten at de ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om mishandling eller om rapportering av barn (Bjørknes et al., 2019). Det er også europeiske studier som beskriver at legers involvering og praksis når det gjelder mistanke om barnemishandling ikke er godt nok kartlagt (Otterman et al., 2017). Sistnevnte studie er basert på kvantitativ metode, via en nettbasert undersøkelse med et utvalg av leger fra 28 medlemsland i EU eller EØS, inkludert Island, Norge og Sveits mellom 2012 og 2013. Undersøkelsen kartla hvordan leger håndterer og inkluderes ved mistanke om barnemishandling, obligatorisk rapportering, opplæring og tverrfaglige undersøkelser, der studien konkluderte med at det er store variasjoner i Europa på håndtering av barnemishandling. Det fremheves at de juridiske rammene er sentrale og av betydning (Otterman et al.,2017).

En internasjonal systematisk kunnskapsoversikt relatert til foreliggende kunnskapsgrunnlag vedrørende sykepleieres rolle og erfaringer med å avdekke barnemishandling og omsorgssvikt, konkluderte med at sykepleiere blant annet manglet kunnskap og ofte følte at de ikke hadde ferdigheter eller støtte til å gripe inn på hensiktsmessig vegne av barn ved risiko for mishandling eller omsorgssvikt (Lines et al., 2017). Selv ved innførsel av rapporteringslover, er det ifølge enkelte internasjonale studier omtrent en femtedel av personell med rapporteringsplikt som ikke rapporterer, til tross for mistanke om omsorgssvikt og mishandling av barn (Wilson & Lee, 2021). Det beskriver også over halvparten av respondentene ved et utvalg helsepersonell ikke rapporterte til barnevernet til tross for mistanke (Zusman & Saporta-Sorozon, 2022). Andre internasjonale studier viser til at meldeplikten og opplysningsplikten er et overordnet og grunnleggende ansvar for helsepersonell som utfordrer (Fraser et al., 2010). Sistnevnte undersøkelse fant at å rapportere følelsesmessig aspekter av omsorgssvikt opplevde sykepleier som utfordrende, eller følte seg mindre selvsikker i å rapportere til barnevernet. Derimot var de mer trygge i å rapportere fysisk mishandling og seksuelle overgrep sammenlignet med psykisk mishandling og omsorgssvikt (Fraser et al., 2010). En studie utført i USA beskriver også andre innvirkende faktorer, slik som at helsepersonell er bekymret over barnevernets evne til å følge opp og iverksette tiltak (Foster et al., 2017). Sistnevnte studie indikerer at opplæring i helsesektoren er av betydning for rapportering og identifisering av barnemishandling, der studien aktualiserer mangel på adekvate rutiner for helsepersonell og at yrkesgruppen vet for lite om samfunnets hjelpetilbud for barn.

Det er flere kvalitative studier av helsepersonell som beskriver ulike utfordringer ved håndtering av mistanke og ved utøvelsen av meldeplikt, deriblant en intervjustudie basert på et utvalg helsesøstre i Canada (Jack et al., 2021). Studien hadde til hensikt å skape innsikt i helsesøstres erfaringer med å forebygge og avdekke mistanke om barnemishandling. Den inkluderte 47 respondenter, der studien konkluderte med at helsesøstre brukte klinisk skjønn og vurderinger ved indikasjoner på mishandling. Samtidig var det viktig å bevare relasjonen til mødre eller foreldre etter rapportering.

Det er sammenfallende internasjonal forskning som beskriver ulike utfordringer som oppstår ved rapportering ((Schwab-Reese et al., 2022; MvTavish et al., 2017; Green, 2020; Kuruppu et al., 2022; Magee, 2021, Talsma et al., 2015; Wilson & Lee, 2021), eksempelvis at

det ikke alltid er samsvar mellom faglige etiske retningslinjer og plikten til å melde til barnevernet (Kuruppu et al., 2022). Funnene i overnevnte studie indikerer også at emosjonelle påkjenninger inntreffer for både leger og sykepleiere i sammenheng med rapportering. Overnevnte er i tråd med annen forskning, som indikerte at å svikte den terapeutiske relasjonen skaper ubehag hos personell omfattet av obligatorisk meldeplikt. Eksempelvis beskrives det at faggruppen psykologer, strever med identifikasjon, der hensynet til den terapeutiske relasjonen innvirker på håndtering av bekymring (Magee, 2021). Den terapeutiske relasjonen kan defineres som et samarbeidsforhold mellom eksempelvis pasient og helsepersonell (Laconi et al., 2015). Det er beskrevet samstemmende funn i en systematisk kunnskapsoversikt, der sistnevnte barriere sammen med manglende kompetanse, mistillit til barnevernets håndtering av overgrepundersøkelser og unnlattelse av helsepersonells subjektive ansvar, fungerer som barrierer ved rapportering (Green, 2010). Det er korresponderende internasjonale systematiske kunnskapsoversikter som konkluderer med at sykepleiere mangler kompetansen som trengs for å vurdere omsorgssvikt og overgrep (Yildiz & Tanriverdi, 2018). Oppsummert indikerer flere av de overnevnte studiene funn som støtter en beslutningsøkologisk modell om flere faktorer, eksempelvis individuelle beslutningstagerfaktorer som mangelfull kompetanse (Bjørknes et al., 2019; Magee, 2021; Yildiz & Tanriverdi, 2018) og eksterne faktorer som retningslinjer (Kuruppu et al., 2022) er av betydning for helsepersonells beslutning om å melde, og hvilke kjennetegn (case factors) av bekymring som eventuelt meldes (Fraser et al., 2010).

### **Betydningen av eksterne faktorer i form av juridiske føringer og lover**

Det er i senere tid rettet fokus mot bruken av bekymringsmeldinger, og i hvilken grad meldinger sendes på riktig rettslig grunnlag. Overnevnte eksemplifiseres i Ohnstad og kollegaer (2021) sin eksplorative artikkel som gjennomgår rettskilder og relevant litteratur og forskning for å belyse i hvilken grad rettssikkerhet er ivaretatt ved urettmessige eller ubegrunnede meldinger til barnevernet. Det beskrives at det er en forutsetning at offentlige lovpålagte meldere bundet av taushetsplikten vurderer om de rettslige vilkårene for meldingen er til stede (Ohnstad et al., 2021). Ohnstad og kollegaer (2021) påpeker at familier kan bli skadelidende ved uriktige bekymringsmeldinger til barnevernet, som sendes på bakgrunn av at melder feiltolker regelverket og den juridiske rammen for obligatorisk meldeplikt. Stang og kollegaer (2013), på oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet,

presenterer en kartleggingsrapport som omhandler rettsoppfatninger og praktisering av bestemmelser om taushetsplikt, opplysningsplikt og opplysningsrett i Norge. Det fremgår at regelverket er komplekst og uoversiktlig, og mangelfull juridisk kompetanse kan føre til stor variasjon mellom lovgivers intensjon og reell praksis (Stang et al., 2013, s. 13).

Taushetsplikten omhandler i stor grad personvern og retten til privatliv, der Stang og kollegaer (2013, s. 26) påpeker at dette kan komme i konflikt med andre hensyn. Sistnevnte forskningsrapport indikerer at det er individuelle forskjeller på hvordan regelverket som gjelder taushetsplikt og opplysningsplikt brukes og tolkes (Stang et al., 2013, s. 33).

Et tidligere utvalg utarbeidet et forslag om at taushetsplikt og opplysningsplikten tydeliggjøres. Der beskrives det blant annet at bestemmelsene er komplekse og uoversiktlige, og at det derfor kan være utfordrende for de som jobber i de ulike tjenestene å få god oversikt over reglene (NOU 2016: 16). Utvalget problematiserte hvordan taushetsplikten kunne være utfordrende når den står i motsetning til opplysningsplikt etter loven. Det synes å fungere som en rapporteringsbarriere som hindrer folk fra å melde til barnevernet ved å være redde for å ikke ha rett i sine bekymringer. Samtidig er det ikke et brudd på taushetsplikten hvis det viser seg at barnets situasjon er mindre alvorlig eller bekymring er avkrefte (NOU 2016: 16).

Det er internasjonal forskning, både kvalitative og kvantitative, som beskriver at det juridiske lovverket relatert til meldeplikt er av betydning for å avdekke mishandlede barn, og kan være hensiktsmessig for identifisering (Schwab-Reese et al., 2022; Kruse & DeLong-Hamilton, 2015). Ifølge Kruse og DeLong-Hamilton (2015) sin studie gjennomført i USA beskriver at omtrent 50 % av bekymringsmeldingene omhandler omsorgssvikt, 30 % inkluderer flere former for mishandling, mens 13 % utelukkende beskriver mistanke om fysisk mishandling. Samtidig påpekes det negative elementer ved rapportering, der eksempelvis respondenter opplever at obligatorisk rapportering kan skade den terapeutiske relasjonen, og kan være for inngripende og påtrengende for familiene det gjelder (Kruse & DeLong-Hamilton, 2015). Det aktualiseres andre type utfordringer ved meldeplikt i internasjonale studier relatert til lovverket, der rapportering av ulike typer for skadelige omsorgssituasjoner som fysisk mishandling, seksuelle overgrep, psykisk mishandling, fysisk omsorgssvikt, og emosjonell omsorgssvikt ikke fremstår problemfritt (Liu & Vaughn, 2019). Sistnevnte studie påpeker at når lovverk ikke fremtrer tydelig definert, forårsaker det uklarheter for personell omfattet av obligatorisk rapportering. Det vises eksempelvis til uheldige utfall, slik som uriktige arrestasjoner, feilaktige anklager og manglende

etterforskning av pågående barnemishandling (Liu & Vaughn, 2019). Det konkluderes i andre studier at bruk av retningslinjer er av betydning og kan virke som en barriere for rapportering når de fremstår utydelige (Rønneberg et al., 2019). Oppsummert indikerer forskning at lovverk er av betydning for rapportering. Forskningslitteraturen indikerer at juridiske føringer kan skape usikkerhet, og at individuelle fortolkninger av regelverket innvirker på rapportering (Schwab-Reese et al., 2022; Stang et al., 2013, s. 33; Krase & DeLong-Hamilton, 2015).

### **Forskning på barnevernets arbeid med meldinger**

En rapport fra Helsetilsynet viser urovekkende funn i forhold til meldinger og det videre arbeidet med meldinger (Helsetilsynet, 2017). Deriblant beskrives det at meldinger som etter vilkår oppfyller kravet om undersøkelse er blitt henlagt. Det beskrives i rapporten fra Helsetilsynet (2017, s. 12) at det fremstår for høy terskel i enkelte tjenester for å starte opp undersøkelser. Innenfor en barnevernstjeneste var henleggelsesraten på én av tre meldinger mottatt i løpet av seks måneder, noe som betydelig oversteg det landsdekkende gjennomsnittet på nærmere 20 %. Rapporten fra Helsetilsynet viser til at det i flere tilfeller ikke ble gjort barnevernsfaglige vurderinger eller dokumenterte vurderinger før meldinger ble henlagte (Helsetilsynet, 2017, s. 14). Samtidig viser funn fra delprosjektet gjennomført av Lauritzen og kollegaer (2019) at det er stor variasjon mellom kommuner i andel henlagte meldinger og det videre undersøkelsesarbeidet. Der viste resultatene 17.7 % (n=242), henlegges og 82.3 % (n=1123) går videre til undersøkelse. Det er stor variasjon mellom kommuner. Det beskrives at henleggelsesraten varierte mellom 4% og 43.9 % (Lauritzen et al., 2019, s. 2). Journalgjennomgangen av 1365 meldinger til barnevernet i 16 ulike barneverntjenester undersøkte kjennetegn som fremkom av meldingene. Rapporten viser til at 56 % av meldingen inkluderte barn som tidligere har hatt hjelpetiltak, og 9 % har vært under barnevernets omsorg (Lauritzen et al., 2019, s. 3). Resultatene fra Lauritzen og kollegaer (2019) sin studie viser at kommuner med høyt meldingstrykk oftere henlegger meldinger der bekymringen vektlegger familie- og miljøbelastninger. Ellingsen og kollegaer (2015, s. 5) undersøkte ulike utfall av saksbehandlingsprosesser i barnevernet. Utvalget bestod av seks bydelar og en kommune i Norge. Hensikten var å avdekke forskjeller vedrørende ulike terskler som omhandler igangsettelse av undersøkelse, og terskel for beslutning om tiltak eller henleggelse ved igangsatte barnevernsundersøkelser, og når meldinger henlegges uten



undersøkelse. Ellingsen og kollega (2015, s. 98) antyder at ulikheter kan omhandle at det i storbyen ser ut til at tjenestene er et kjernebarnevern som vektlegger risiko- og beskyttelsesfaktorer. Hvis meldingen ikke omhandler barn i risiko, eller meldingen er uklar, henlegges disse i større grad. Samtidig anerkjennes det svakheter ved datagrunnlaget fra studien. Derfor er det ikke en entydig konklusjon om ulik saksbehandling fra de ulike barneverntjenestene. Samtidig er det samsvarende funn fra andre studier relatert til forskjeller ved henleggelse av meldinger, hvor det beskrives lignende henleggelsestendenser hos de ulike barneverntjenestene på mellom 12-40 % (Lauritzen et al., 2019). Det antydes i overnevnte litteratur at eksterne forhold som meldingstrykk kan være årsaksforklarende for forskjeller ved saksbehandling. Oppsummert indikerer studiene beskrevet i dette avsnittet at det er variasjoner på barnevernets melding- og undersøkelsesarbeid. Det kan trolig vise seg i form av ulike henleggelsesrater.

### **Forskning på barnevernets undersøkelsesarbeid og risikovurderinger**

Det er ulike perspektiver på barnevernets håndtering av bekymringsmeldinger, som nå vil bli redegjort for. Det er en del forskning på barnevernets undersøkelsesarbeid. En undersøkelse gjennomført ved tematisk analyse av Sletten og kollegaer (2021) bekrefter at skjønnsutøvelse preger barnevernsarbeidet i praksis. Observasjon, klientdokumenter og semistrukturerte intervjuer med barnevernsarbeidere i førstelinjen og ledere ved to barnevernskontorer ble undersøkt, der resultatene fra studien indikerte at arbeid med meldinger kan være sårbare for feil i beslutningsprosessen (Sletten et al., 2021). Empiriske studier beskriver at risikovurdering er sentralt for å forebygge barnemishandling og identifikasjon av barn i risiko som er i behov av barnevernstiltak (Van der Put et al., 2017). Når det gjelder risikovurderinger er det ikke en forskningsmessig samstemthet om hvilken tilnærming som er best egnet for barnevernets risikovurderinger (Keddell, 2019; McAfferty et al., 2021; Heggdalsvik et al., 2018), eksempelvis mellom skjønnsmessige vurderinger eller bruk av standardiserte vurderingsverktøy. Munro (1999) beskriver i en studie fra Storbritannia at beslutninger i undersøkelsesprosessen er sårbare for flere feilslutninger, som i stor grad skyldes feil ved risikovurderinger. Det er også systematiske kunnskapsoversiker som gjennomgår ulike former for vurderingsinstrument for å vurdere barnesikkerhet. Én studie sammenlignet ulike vurderingsinstrumenter for barnesikkerhet som brukes av ansatte i barnevernet for å kartlegge om et barn er i umiddelbar fare, og om akutte tiltak er nødvendige

(Vial et al., 2020). Sistnevnte konkluderte med at denne formen for verktøy er et viktig skritt for at vurderingsprosedyrer i barnevernet blir så nøyaktige som mulig. Det påpekes et mangelfullt område ved slike verktøy, eksempelvis barn utsatte for partnervold (Vial et al., 2010). De beskriver samtidig svakheter, eksempelvis ved at det ikke fremkommer en klar kategorisering av «umiddelbar fare», der flere instrumenter og manualer ikke definerer hva «umiddelbar» innebærer.

Arruabarrena og kollegaer (2017) beskriver i sin internasjonale studie at saksbehandlere som brukte et strukturert instrument viste høyere grad av nøyaktighet ved risikovurderinger. Metoden som ble brukt var to «case-vignetter» av barnemishandling presentert for 405 saksbehandlere i barnevernet og 169 studenter i sosialt arbeid og psykologi. Studien indikerer at bruk av strukturerte verktøy kan redusere potensielle skjevheter. Andre internasjonale studier indikerer at flere faktorer innvirker på beslutning om intervensjon i form av plasseringsbeslutninger, eksempelvis beslutningstakers risikovurdering, arbeidserfaring og holdninger til plassering (Bartelink et al., 2018). Metoden brukt i sistnevnte var case-vignetter, og utvalget besto av 214 fagpersoner og 381 studenter fra Nederland. Data ble analysert ved regresjonsanalyse. Deltakerne ble presenterte for en vignett som beskrev et tilfelle av påstått barnemishandling. De ble bedt om å vurdere blant annet risiko og anbefale en intervensjon. Deltakernes holdninger til plassering ble kartlagte ved hjelp av et strukturert spørreskjema, der resultatene i undersøkelsen indikerer at forhold ved beslutningstager er av betydning. Tidligere forskning indikere at rusmiddelbruk hos foreldre har en sammenheng med barnevernets beslutninger (Wolf et al., 2019). Sistnevnte benyttet en «mixed» metode ved nettundersøkelse av 562 deltagere relatert til barnevernsfaglig arbeid og hvordan foreldres rusmiddelbruk påvirket beslutninger som gjelder undersøkelser om omsorgssvikt og mishandling.

Det er kjente risikofaktorer i sammenheng med mishandling som foreldres rusmiddelbruk og foreldres psykiske lidelser (Park et al., 2015; Hafstad & Augusti, 2019)., samtidig vises det til at forskning ikke er entydig på at psykisk uhelse medfører mishandling av barn (Geiger & Schelbe, 2021, s. 97-98). Derfor er det naturlig å anta at kjennetegn ved meldt bekymring kan være av betydning for barnevernets beslutningsutfall. Det beskrives blant annet at de hyppigst frekventerte begrunnelsene for tiltak i Norge når det gjelder de minste barna (0-5 år) er relatert til foreldres psykiske helse, foreldres rusbruk eller foreldres

manglende omsorgsevne (Clausen & Valset, 2012). Det er også andre kjennetegn av bekymring som er aktualisert i sammenheng med barnevernets vurderinger, slik som vold i nære relasjoner. En internasjonal studie tok sikte på å bedre forståelsen rundt de beslutninger som tas i barnevernet når det gjelder barn eksponert for partnervold (Black et al., 2020). Resultatene fra sistnevnte beskrev at antall begrunnede undersøkelser for eksponering for emosjonell vold økte betydelig mellom 2008 og 2013. Deriblant viste data en økning fra 4,21 undersøkelser per 1000 barn til 7,16 undersøkelser per 1000 barn. Overnevnte er en indikasjon på at emosjonell omsorgssvikt, i form av å ikke skjerme et barn fra å se eller høre vold, blir vektlagt i større grad enn tidligere.

Oppsummert er det motstridende perspektiver på hvilken tilnærming som egner seg best ved risikovurderinger i barnevernet (Van der Put et al., 2017). Studier aktualiserer fordeler og ulemper, både ved skjønnsmessige vurderinger og ved vurderingsverktøy (Heggdalsvik et al., 2018) som indikerer at ulike tilnærminger er av betydning, og at ulike saksfaktorer som foreldres manglende omsorgsevne eller foreldres psykiske utfordringer (Clausen & Valset, 2012), samt foreldres rusbruk (Wolf et al., 2019), kan føre til forskjellige beslutningsutfall i barnevernet.

### **Indikasjoner basert på forskningsgjennomgang**

Forskningsgjennomgangen indikerer at det er flere individuelle faktorer som innvirker på helsepersonells beslutning om å melde til barnevernet (Bjørknes et al., 2019; Magee, 2021; Yildiz & Tanriverdi, 2018). Overnevnte kan kategoriseres som beslutningstagerfaktorer som omfatter forhold ved den enkelte yrkesutøver i helsesektor. Lovverk relatert til meldeplikt og retningslinjer kan kategoriseres som eksternt innvirkende faktorer på rapporteringsadferd som det beskrive er av betydning for rapporteringsadferd (Schwab-Reese et al., 2022; Stang et al., 2013, s. 33; Krase & DeLong-Hamilton, 2015, eksempelvis Helsedirektoratets føringer relatert til praktisering for helsepersonell. Det er derfor inkludert en variabel om det beskrives i melding at foreldre er informerte om bekymringsmelding. Det er et behov for å undersøke om internasjonale studier som beskriver at helsepersonell strever med å identifisere omsorgssvikt og psykisk mishandling gjenspeiler situasjonen i Norge (Fraser et al., 2010; Magee., 2021). Det er derfor valgt ut variabler som kan belyse kjennetegn ved sak (case factors), som eksempelvis variabler som beskriver bekymring relatert til ulike former for

mishandling og andre kjennetegn ved foreldrenes omsorg. Det juridiske lovverk beskriver at ulike forhold ved barnet, som barnets problematiske adferd, rusmisbruk eller funksjonsnedsettelse som ikke ivaretas av omsorgsgiver kan utløse meldeplikten jf. Helsepersonelloven § 33. Det er derfor valgt ut flere variabler som beskriver ulike bekymringsfulle kjennetegn ved barnet. Forskningsgjennomgangen indikere også et kunnskapshull når det gjelder rapportert bekymring ved foreldres somatiske helse. Tidligere forskning basert på Norske forhold beskriver at en av de tre hyppigste begrunnelsen for tiltak ved småbarn er foreldres psykiske helse, foreldres rusbruk eller manglende omsorgsevne (Clausen & Valset, 2012). Det er derfor valgt ut flere variabler som kan belyse om slike familie/miljø faktorer kjennetegner meldingene hvor det iverksettes tiltak, med en vektlegging av kjennetegn som er kjente risikofaktorer, eksempelvis foreldres rusbruk og psykiske lidelser.

## 5 Metode

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for den vitenskapsteoretiske tilnærmingen som er relevant for denne studien. Deretter presenterer jeg valgt forskningsdesign. Det gis beskrivelse av datamateriale, kjennetegn ved utvalget og ulike variabelers målnivå og hvordan disse er operasjonaliserte for å besvare forskningsspørsmålene. Jeg beskriver videre analyser jeg har benyttet, og jeg redegjør for kvalitetskriterier i forskning relatert til denne studien. Avslutningsvis presenteres forskningsetiske retningslinjer og hvordan disse er ivarettatte i denne undersøkelsen og hovedstudien datamaterialet er hentet fra. Vi skiller hverdagskunnskapen fra vitenskapelig kunnskap. Førstnevnte er antagelser vi intuitivt stoler på, uten videre refleksjoner, basert på egne forestillinger og erfaringer (Thomassen, 2006, s. 46). Vitenskapelig kunnskap er derimot fremkommet ved hjelp av systematiske metoder (Grønmo, 2004, s. 27).

### Vitenskapsteori

Vitenskapsteori kan defineres som systematiske refleksjoner og vurderinger rundt hva som er og utgjør vitenskapelig virksomhet (Grimen, 2004, s. 173). Hva som defineres som vitenskap, er kjernen i vitenskapsfilosofi og benevnes som demarkasjonsproblemet (Grimen, 2004, s. 177-178). En naturlig plassering av denne masteroppgaven, er innenfor et postpositivistisk kunnskapssyn, som ifølge Creswell (2014, s. 6) er ett av fire veletablerte kunnskapssyn som rammer inn samfunnsvitenskapelig forskning, sammen med det

pragmatiske, konstruktivistiske og transformative. Postpositivismen har vokst ut ifra én av de to vitenskapsfilosofiske retningene som de fleste vitenskaper har sine røtter fra: positivismen og hermeneutikk. Førstnevnte stammer opprinnelig fra naturvitenskapene (Thomassen, 2006, s. 144). Posivismen i samfunnsvitenskapen er et perspektiv som fremholder at vitenskapelig kunnskap studeres og begrunnes på faktiske forhold i samfunnet. Viten baseres på den sansbare erfaring (Grønmo, 2004, s. 9). Retningen kjennetegnes ved et grunnsyn om at vitenskapen skulle være verdifritt og fritt for fortolkning basert på naturlover (Park et al., 2020). Eneste metode som kunne gi sann viten, var ansett å være den hypotetisk-deduktive metode, der formålet var å avdekke kausale, universelle årsaksforbindelser med en vektlegging av avstand til studert fenomen, for å ivareta objektivitet (Grimen, 2004, s. 65; Park et al., 2020).

Karl Popper (1981, s. 24) utleder: *«kriteriet for at en teori skal ha vitenskapelig status er at den er falsifiserbar, at den er gjendrivar, at den er prøvbar»*. Popper stiller seg kritisk til at hypoteser som testes gjennom observasjoner for å bekrefte en antagelse gir sann vite (logisk positivisme). Overnevnte er en induktiv tilnærming, hvor teori søkes bekreftet på bakgrunn av empiri, også kalt verifikasjon (Thomassen, 2006, s. 67). Poppers deduktive tilnærming beskriver at det er nok med ett tilfelle hvor en har bekreftet at hypotesen ikke er sann. Eksempelvis en påstand om at meldinger fra helsesektor oftere resultere i tiltak sammenlignet med andre instanser kan en teste ved å se etter tilfeller som avkrefter påstanden for å se om påstanden er usann. Ved å se etter tilfeller som bekrefter påstanden baseres det på verifikasjon. Derimot er det nok med et tilfelle som falsifiserer påstanden som er utgangspunktet for hypotetisk-deduktiv-metode. Deler av denne studien forsøker å få innsikt i bekymringsmeldingene som er gjenstand for barnevernundersøkelse, uten klare hypoteser. Det er forenelig med en induktiv tilnærming, der empiriske funn utleder teoretiske antagelser. Der det er benyttet hypotesetesting, er det derimot en deduktiv tilnærming. Det er i sistnevnte utformet presise antagelser på forhånd, der teori prøves ved hjelp av empiri. At det er og har vært forskjellige grunnsyn på hva som utgjør vitenskapelig kunnskap, kan beskrives i form av ulike perspektiver, der eksempelvis samfunnsforskning kan inndeles i ulike paradigmer. Et paradigme kan defineres som en teoretisk ramme for hva som utgjør kunnskap, og forskningsstrategier i form av metoder som egner seg for vitenskapelig praksis, som skaper en felles vitenskapelig tradisjon for problemløsning (Thomassen, 2006, s. 106).

Postpositivismen et velbenyttet kunnskapssyn som har enkelte likheter med positivismen, men forkaster ikke andre former for kunnskapstilnærming (Thomassen, 2006). Postpositivismen vektlegger også metoder hvor hypoteser kan testes ved hjelp av målbare verktøy og kvantitative data (Thomassen, 2006, s. 145). Postpositivismen anerkjenner derimot at vitenskapelige metoder som benytter for eksempel selvrappporter, intervjuer og spørreskjemaer kan produsere kunnskap, men at enhver metode kan innebære ulike feilkilder, og i motsetning til positivismen fremholder postpositivismen at det ikke er mulig å ha total avstand til det studerte fenomen (Park et al.,2020; Tanlaka et al.,2019). Data i dennes studie baseres eksempelvis på et kvantitativt tallmateriale fra en innholdsanalyse av tekstmateriale som har krevd analyse av tekstinnhold. Det vurderes at total objektiv avstand for forsker og datamaterialet utarbeidet i hovedstudien er lite trolig begrunnet med at det gjøres subjektive fortolkninger av et tekstmateriale. Overnevnte implisere at data benyttet i denne studien er forenelig med en postpositivistisk tilnærming. Jeg vil nå redegjøre for benyttet undersøkelsesdesign.

### **Forskningsdesign**

Denne studien undersøker kjennetegn ved blant annet prosentfordelingene av utvalgte variabler, slik at kvantitativ metode er å foretrekke når store mengder data skal beskrives. Ifølge Bukve (2021, s. 85-86), er denne tilnærmingen reduksjonistisk, hvor en dekomponerer fenomener en undersøger til variabler som kan analyseres. Det er vanlig å skille mellom to hovedtyper forskningsdesign innenfor samfunnsvitenskapelig forskning: kvantitative og kvalitative. Disse er systematiske og metodiske rammeverk for hvordan en problemstilling skal studeres og besvares (Grimen, 2004, s. 237; Grønmo, 2004). Ifølge flere, utelukker ikke den ene metoden den andre, men begge kan tilføre innsikt når de brukes hensiktsmessig sammen (Bryman et al., 2008; Nairn, 2019). Ifølge Grimen (2004, s. 238), er forskningsdesign noe annet enn data, slik at en må skille mellom kvantitative design, som omhandler den forskningsmetodiske fremgangsmåten, og kvantitative data, som omhandler analyseenheter som er kvantifiserbare. Kvalitative data uttrykkes ofte i form av tekst eller bilder, til forskjell fra kvantitative data, som vil være i form av tall eller mengdeenheter som egner seg for statistiske analyser (Grønmo, 2004, s. 33). Problemstilling og forskningsspørsmål er av betydning for valg av hensiktsmessig metode. Denne oppgaven er basert på kvantitativ metode og gjenbruksdata.

Denne undersøkelsen benytter et kvantitativt design, med en blanding av eksplorativtesting og hypotesetesting. Det er flere begreper som benyttes, eksempelvis forskningsopplegg, forskningsdesign eller undersøkelsesdesign, som er en strategisk framdriftsplan som rammer inn alle deler av undersøkelsen (Grimen, 2004, s. 239). Jeg har valgt et undersøkelsesdesign begrunnet med at designet kan belyse forskningsspørsmålene i denne studien. Jeg vil påfølgende redegjøre for datamateriale og utvalg.

### **Data**

Datamaterialet i denne undersøkelsen er hentet fra prosjektet «Barnevernets undersøkelsesarbeid-fra bekymring til beslutning», som ble gjennomført på oppdrag fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Christiansen et al., 2019). Prosjektet benyttet et mixed method design, som inkluderte kvalitativ metode ved en intervjustudie og kvantitativ metode ved en journalstudie. Datamaterialet fra sistnevnte er benyttet i denne undersøkelsen. Datamaterialet er derfor gjenbruksdata/sekundærdata. Journalstudien baseres på et utvalg av meldinger til barneverntjenesten fra de seks største byene, fem mellomstore kommuner og fire mindre kommuner (under 20 000 innbyggere) i tidsrommet 2015-2017. Ingen kommuner med innbyggertall under 5000 er inkluderte (Vis et al., 2020, s. 9). Innholdsanalysen i journalstudien er utført ved gjennomlesning av tekst og koding av dokumenter i undersøkelser som omhandlet meldinger om 1123 barn i fra 16 barneverntjenester, og hva som kjennetegner barna og familiene i disse sakene (Christiansen et al., 2019, s. 3). I journalstudien ble barnevernjournals hvor alle dokumenter fra melding var mottatt til saken var undersøkt og konkludert gjennomgått av forskere og vitenskapelige assistenter og kodet om til variabler og lagt inn i SPSS. I journalstudien var både mappe og elektronisk tilgang benyttet med bakgrunn i at ikke all informasjon var tilgjengelig eller beskrevet i begge (Lauritzen et al., 2019, s. 28). Det beskrives av Lauritzen og kollegaer (2019, s. 28) at skriftlig materiale ble gjennomlest av forskerne på det aktuelle kontoret, da det ikke var gitt dispensasjon til å ta med seg dette ut av kontoret. Datainnsamlingen måtte derfor gjennomføres på hvert enkelt kontor, ved at koder utfylte et elektronisk kodeskjema for hver sak. Kodeskjemaet besto av 100 spørsmål med ulike underkategorier.

I denne studien ble kodeskjemaet gjennomgått for å velge ut egnede variabler for å besvare problemstillingen. Utvalgte variabler besto av kjennetegn ved bakgrunn, slik som kjønn, alder, hvem barna bodde med, om barnet tidligere var meldt om, og om det framgikk i

melding at foreldrene hadde kjennskap til meldingen. Samtlige variabler som beskrev ulike aspekter ved bekymring, ble valgt ut. Disse var inndelt i tre hovedkategorier, basert på om bekymring beskrev kjennetegn ved, 1) barnet, 2) foreldres omsorg 3) familie/miljø. Hvilken type meldekilde og deler av undersøkelsesarbeidet til barnevernet, eksempelvis konklusjon på melding og konklusjon etter barnevernundersøkelsen ble også inkludert. Jeg fikk påfølgende et separat datasett med utvalgte variabler fra overnevnte studie som utgjør datamaterialet for denne studien.

### **Utvalg**

I denne undersøkelsen består utvalget av 1123 meldinger som undersøkes av barnevernet.

Hvem som meldte, besto opprinnelig av 29 meldekilder. Meldekilde var rekodet til 7 hovedkategorier: 1) private meldere (n=240, 21.4 %), 2) skole- og barnehagesektor (n=231, 20.6%), 3) sosialsektor (n=71, 6.3 %), 4) Justis/Politi(n=158, 14.1%), 5) Helsesektor (n=221, 19.7%), 6) Barnevernet (n=173, 15.4%), 7) Andre (n=29, 2.9%)

Meldinger som ble gjenstand for barnevernundersøkelse fra helsesektor (n= 221) innbefattet seks ulike helsetjenester: 1) lege/sykehus/tannhelse (n=67, 6%), 2) Skolehelsetjeneste/helsestasjon (n=61, 5.4 %) 3) Psykisk helsevern for barn og unge (PHBU)(N=36, 3.2% ), 4) Psykisk helsevern for voksne (n=37, 3.3 % ), 5) Instans for oppfølging av rusproblem/rusvern(n=10, 0.9%) 6) Legevakt/ambulans (n=10, 0.9 % )

Utvalget i journalstudien ble basert på åtte forhåndsdefinerte kriterier: 1) Ulik størrelse på kommunen, 2) Geografisk spredning på fire ulike barnevernsregioner, 3) Tjenester med og uten bruk av Kvellomalen, 4) Tjenester med ulike henleggelsesrate, 5) Minimum 50 meldinger per år, 6) Tjenester som benyttet Familia eller Acos system, 7) Kommuner med variasjon i levekårsprofil, 8) Tjenester fra to bydeler ved de tre største kommune i Norge (Christiansen et al., 2019, s. 49). Selve utvelgelsen av inkluderte kommuner var basert på et strategisk utvalg (Lauritzen et al., 2019, s. 117), der videre utvelgelsesstrategi i kommunene ble gjort ved et tilfeldig trukket utvalg (Christiansen et al., 2019, s. 51). Den tilfeldige trekningen ble basert på løpenummer i kommunens journalsystem, flere meldinger fra større kommuner enn mindre kommuner med en variasjon på mellom 50-150 trukne meldinger (Lauritzen et al., 2019).



## Variabler

En forutsetning for måling av ulike fenomener i kvantitative studier er at det utformes operasjonelle definisjoner av teoretiske begreper, der operasjonalisering av variabler kan sees som bindeleddet mellom abstrakte definisjoner og konkrete data (Midtbø, 2016, s. 27). En variabel i kvantitative design kan defineres som kjennetegn eller egenskaper ved en analyseenhet i et utvalg hvor enhetene er uttrykt med en verdi (Grønmo, 2004, s. 114). Midtbø (2016, s. 32) beskriver at det i statistiske og kvantitative metoder vises og måles variasjon i form av variabler, og at variabelen beskriver hva som undersøkes, mens enhetene sier noe om hvem som undersøkes. En skiller mellom fire ulike målnivå på variabler, der variabler på nominalnivå er gjensidig utelukkende kategorier (Grønmo, 2004, s. 114). For eksempel kan variabelen *meldingsinstans* i dette datasettet ha verdiene *helsesektor* eller *andre instanser*, og variabelen *kjønn* kan ha verdiene *gutt* eller *jente*. I dette datasettet er flest variabler kategoriske, som tilsvarer nominalnivå. Variabler på ordinalnivå innebærer at verdiene er gjensidig utelukkende og ordnet i en bestemt rekkefølge, som for eksempel inndeling av ulike aldergrupper. Det siste målnivå er metriske variabler (Midtbø, 2016, s. 35) som kommer i to former. Første er intervallnivå, som er ordnet slik at avstanden mellom hver enkelt verdi er lik. Ved ulike tallverdier er altså differansen mellom hver enkelt av disse lik. Den andre formen er variabler på forholdstallsnivå, som i tillegg har et naturlig nullpunkt. De to sistnevnte er ikke relevante i denne undersøkelsen, begrunnet med variablenes målnivå.

Flere variabler i denne studien er på nominalnivå, og samtidig dikotome. Det er variabler med to gjensidig utelukkende kategorier, eksempelvis *meldekilde*, som i denne studien er operasjonalisert til en variabel med verdiene, 1=helsesektor (n=221) og 0= alle andre instanser/meldekilder (n=902). Hvilke bekymringer som var beskrevet i melding i denne studien, er gitt ved tre hovedkategorier av meldingsinnhold bestående av ulike bekymringer (nominale variabler).

### Variabler som beskriver bekymring

Meldingsinnhold relatert til barnet består i SPSS av 10 ledd (variabler) med to kategorier: 1 = ja, 0 = nei. Innhold i melding relatert til foreldrenes omsorg 11 ledd: 1 = ja, 0 = nei. Innhold i meldingen relatert til familie 15 ledd: 1 = ja, 0 = nei. Det siste leddet i hver av kategoriene meldingsinnhold, kartla om det var innhold relatert til kategorien som helhet, for eksempel

meldingsinnhold relatert til barnet: Ledd 11: Innhold i meldingen relatert til barnet: Ingen, gitt med verdien 1 = ja, 0 = nei.

I denne studien undersøkes kjennetegn ved meldingene. Av denne grunn vil de tre hovedkategoriene av meldingsinnhold vektlegges vesentlig i analysen og diskusjonsdelen. Basert på hvilke kjennetegn som fremsto relevante for forskningsspørsmålene, samt at de innledende analyser viste at frekvensfordelingen var særlig lav, ble enkelte variabler i de tre hovedkategoriene ekskluderte fra resultatdelen (redegjort for under avsnitt om univariate analyser. s. 37). Basert på de tre variablene om meldingsinnhold, ble det konstruert tre nye variabler: 1) antall problemer relatert til barnet, 2) antall problemer relatert til forelders omsorgsevne og 3) antall problemer relatert til familie og miljø med verdiene: 0 = ingen problem, 1 = et problem, 2 = to problemer, 3 = tre eller flere problemer. Antall problemer vektlegges mindre, og benyttes for å belyse at én og samme melding kan beskrive flere bekymringsfulle saks kjennetegn.

### **Bakgrunnsvariabler**

Bakgrunnsvariabler i denne studien inkluderte alder, bosted, kjønn, om barnet var meldt tidligere og om det var beskrevet at foreldre hadde kjennskap til at melding var sendt. De to førstnevnte hva ordinale variabler Barnets alder på meldingstidspunktet hadde fem verdier: 1 = 0-1 år, 2 = 2-5 år, 3 = 6-12 år, 4 = 13-15 år, 5 = 16-18 år. Alder var kategorisert i aldersgrupper, som fremstår hensiktsmessig hvis en skal sammenligne med tall fra SSB. Variabelen «bosted på barna» hadde fem verdier: 0 = plassering utenfor hjemmet, 1 = mor og far, 2 = mor/far alene, 3 = delt bosted mor/far, 4 = mor/far/partner og 5 = utenfor foreldrehjem. Barnets kjønn hadde to verdier: 1 = jente og 2 = gutt. Om barnet var meldt tidligere: 1 = ja og 2 = nei/vet ikke. Om det framgikk at foreldrene kjente til at melding var sendt kategorisert: 1 = ja og 2 = nei.

### **Variabler som beskriver utfall av melding og barnevernsundersøkelsen**

Utfall av meldingen var kodet ut ifra undersøkelse iverksatt eller ikke, gitt ved nominal variabel *Hva var konklusjon på meldingen* 1 = Henlagt uten undersøkelse og 2 = Undersøkelse iverksettes. Variabelen «Hva var beslutning etter undersøkelsen» med nominalt målnivå, var inndelt i seks kategorier: 1 = saken henlegges, 2 = hjelpetiltak, 3 = begjæring om omsorgsovertagelse, 4 = begjæring om å pålegge av hjelpetiltak, 5 = akutt plassering, 6 = frivillig plassering. For å teste om utfall etter undersøkelsen skilte seg mellom helsesektor og

andre instanser, ble overnevnte variabel rekonstruert, på bakgrunn av at et fåtall av meldingene fordelte seg ved akutt plassering, omsorgsovertagelse og ved frivillig plassering. Rekodet til tre kategorier: 1 = 1 saken henlegges, 2 = 2 hjelpetiltak, de tre kategoriene med plasseringstiltak (3 = 3 begjæring om omsorgsovertagelse, 5 = 3 akutt plassering, 6 = 3 frivillig plassering ble slått sammen. En enkeltmelding fordelte i journalstudien ved kategori 4 = pålegg om hjelpetiltak, og var kategorisert som hjelpetiltak 4 = 1 (Christiansen et al., 2019, s. 133). Det var også operasjonalisert en nominal variabel basert på to utfallsmål av barnevernundersøkelsen, ut ifra iverksatt beslutning om tiltak eller ikke, 1 = ja, 2 = nei/henlagt.

### **Analysemetode**

I denne studien gjennomføres analyser ved bruk av statistikk og analyseprogrammet SPSS. Analysemetoden som er benyttet er valgt på bakgrunn av at variablene er på nominalnivå, noe som setter begrensninger for enkelte analyser. Analysedelen er en særskilt fase av forskningsopplegget i kvantitative studier, der en del av analysene identifiserer kjennetegn og trender ved datamaterialet (Grønmo, 2004, s. 267). Det er i denne oppgaven gjennomført deskriptiv statistikk av de inkluderte variabler ved frekvenser, presentert ved hyppighetstabeller som sier noe frekvens ved bakgrunnsvariabler, variabler knyttet til meldekilde, meldingsinnhold og konklusjonen på undersøkelsesarbeidet. Det er benyttet khikvadrattest for å undersøke om det er signifikante forskjeller mellom grupper, eksempelvis mellom helsesektor og andre instanser. For å besvare første og andre forskningsspørsmål ble utvalgsgruppen helsesektor og andre instanser inkludert i analyser. Det tredje forskningsspørsmålet besvares ved analyser av utvalgsgruppen helsesektor (n=221). Jeg gjennomførte påfølgende analyser med krysstabeller, med to hovedkategorier fra helsesektor som var gjenstand for barnevernsundersøkelse ved variabel «konklusjon er tiltak», gitt ved to kategorier: 1. ja iverksatt tiltak(n=91) eller 2. nei/henlagt(n=130).

### **Univariat analyse**

I denne studien er det benyttet univariate analyser for å undersøke fordelingen ved enkeltvariabler. Frekvensen av verdien, og hvordan den er fordelt, er omtalt som den univariate analyse (Grønmo, 2004, s. 274). Det er en av de mindre komplekse former for analyse som benyttes, for å gi en oversikt over data, uten at en tar hensyn til samvariasjon eller forsøker å avdekke årsaksforklaringer. Det er analyser som beskriver kjennetegn,

eksempelvis ved variabelen kjønn i dette datasettet, der frekvenstabeller viser hvor stor andel av utvalget som er gutter og jenter. Det kan brukes til at en eksempelvis får oversikt frafall/missings. Missings er enheter der det ikke kommer frem en respons/verdi. Eksempelvis viste bosted på barna i dette datasettet helsesektor 5, andre instanser 4, der bosted er den eneste variabelen med missings.

Innledende analyser viste at enkelte variabler hadde en frekvensfordeling i mindre enn 5 % av bekymringsmeldingene fra helsesektor, tre variabler relatert til barnet, to variabler relatert til foreldres omsorgsevne og ni variabler relatert til familie/miljø. Av overnevnte grunner, sammen med oppgavens begrensede omfang, ble det funnet hensiktsmessig å ekskludere disse fra presentasjonen, unntatt barnets kriminalitet/rusbruk, om barnet var utsatt for seksuelle overgrep, foreldres somatiske helse, foreldres kriminalitet og foreldres økonomi. Foreldres kriminalitet og økonomi er kjente risikofaktorer som opptrer i sammenheng med utilstrekkelig barneomsorg. Barn som utviser vedvarende rusbruk/kriminalitet kan fylle vilkåret om barnevernstiltak, jf. (ny) Barnevernloven § 4-4. Foreldres somatiske helse inkluderes på bakgrunn av retningslinjer fra Helsedirektoratet, som beskriver at barn som pårørende ved blant annet somatisk sykdom skal identifiseres av helsetjenesten. Inklusjon/eksklusjon av variabler er basert på relevans til problemstilling/forskningsspørsmål.

### **Bivariate analyser og khikvadrattest**

Bivariate analyser har til hensikt å undersøke i hvilken grad to variabler samvarierer. De forteller noe om det empiriske forholdet mellom to variabler, mens ved tre eller flere benevnes det som multivariate (Grønmo, 2004, s. 291). I dette datasettet er det flest variabler på nominalnivå. For å avdekke sammenhenger på dette målnivå, er tabellanalyser å foretrekke. Tabellanalyser er best egnet på variabler med få verdier, der antallet variabler er to eller tre (Grønmo, 2004, s. 293). Tabellanalyser baseres på betingede fordelinger som vises ved hjelp av krysstabeller. Bivariate gruppeforskjeller i denne studien undersøkes ved khikvadrattest, begrunnet med at flere av variablene er kategoriske, der det ikke er mulig å beregne forskjell på gjennomsnittlig verdi for å avdekke gruppeforskjeller. Det er en ikke-parametrisk test, fordi den ikke er avhengig av antagelser om dataenes fordeling (Pallant, 2015). Khikvadrattest er hensiktsmessig når en skal undersøke om det finnes en statistisk signifikant sammenheng mellom variabler på nominalnivå eller ordinalnivå (Grønmo, 2004).

Khikvadratverdien er summen av kvadratet av forskjellen mellom O (observerte) og F (forventende), dividert med F (Aalen et al., 2018, s. 138). Gitt ved formelen

$$\chi^2 = \sum \frac{(\text{Observert} - \text{forventet})^2}{\text{Forventet}}$$

Frihetsgrader beregnes ut ifra antall koloner og baseres på gitte parametre. Denne formen for test er en velbenyttet test i statiske undersøkelser (Aalen et al., 2018, s. 139). Nullhypotesen er en forutsetning for vitenskapelig forskning, som vektlegger et kritisk blikk og en tvil på enhver påstand (Midtbø, 2016, s. 20). Nullhypotese H0 er motsatt av en alternativ hypotese H1.

Det betyr at hvis en ikke finner statistisk signifikans, forkastes den alternative hypotesen til fordel for null-hypotesen. Det formuleres derfor motstridende hypoteser.

*H<sub>0,1</sub>: Det er ingen forskjell mellom helsesektor og andre instanser ved utfallsmål etter barnevernundersøkelsen i form av om meldinger henlegges eller fører til tiltak*

*H<sub>0,2</sub>: Det er ikke forskjell på hvilke tiltak som besluttes etter barnevernundersøkelsen ved helsesektor og andre instanser (i form av hjelpetiltak eller plasseringstiltak).*

Forkastningsområdet er i samfunnsvitenskapelig forskning satt til minimum 5 % ( $p < .05^*$ ). I denne studien er signifikante verdier markert med stjerner \*, som utgjør signifikansnivå 5 % ( $p < .05$ ) 1 % ( $p < .01^{**}$ ) og 1 promille ( $p < .001^{***}$ ). Ved  $p < .05$  er det signifikante gruppeforskjeller. Forutsetning for å benytte denne test er uavhengighet mellom de enkelte enheter, samtidig som antallet ikke kan være for lite. Det bør være minimum fem enheter i hver celle i tabellen (Aalen et al., 2018; Campbell, 2007). Enkelte variabler ble av overnevnte grunn rekodet, som for eksempel antall problemer og plasseringstiltak. Ved signifikante funn av variabler med flere enn to kategorier ble det konstruert variabler med kun to kategorier, slik at en kunne finne ut hvor forskjellen lå, eksempelvis barnets alder 1 = 0-1 år og 2 = alle andre, 1 = 2-5 år og 2 = alle andre, osv, og sammenlignet så parvis (Vedlegg 4). Innledende analyser for å avdekke forskjeller mellom gruppen meldinger der utfallet er iverksatt tiltak og gruppen meldinger som henlegges fra helsesektor, viste khikvadrattest at flere av de utvalgte variabler hadde færre forventede tellinger ( $< 5$ ) enn det som er anbefalt (Aalen et al., 2018). En variabel ved bekymring relatert til barnet: barnets kriminalitet/rusbruk, en variabel relatert til foreldrenes omsorgsevne: barnet utsatt for seksuelle overgrep, tre variabler relatert til familie/miljø: foreldres somatiske helse, foreldres kriminalitet og familiens økonomi. De nevnte variablene viste en frekvensfordeling som beskrev tilstedeværelse av

innholdsbeskrivelsen i mindre enn 4 %. De overnevnte variabler ble derfor etter en samlet vurdering ekskludert fra den avsluttende resultatdelen ved sammenligning av utvalgsgruppene fra helsesektor (n=221).

I denne oppgaven beskrives effektstørrelse ved å vise til Phi koeffisienten ( $\phi$ ), som sier noe om størrelsen på sammenhengen mellom variabler. Korrelasjonskoeffisienten måler mellom 0-1 med negativt eller positivt fortegn, der .10 angir liten effekt, .30 angir middels effekt, mens .50 angir stor effekt (Pallant, 2015, s. 228). I tabeller som er større enn 2x2 med flere frihetsgrader eksempelvis alder og bosted i denne studien benyttes Cramers  $V(\phi_c)$  effektstørrelse som beregnes ved å ta kvadratroten av kji-kvadratstatistikken delt på prøvestørrelsen og den minste dimensjonen minus 1. Tolkning av verdier baseres på antall frihetsgrader. Eksempelvis to kategorier: liten effekt: =.01, moderat =.30, høy effekt=.50, tre kategorier: liten effekt=.07, moderat=.21, stor effekt=.35, med fire kategorier: liten effekt=.06, moderat=.17, stor effekt=.29 (Pallant, 2015, s. 228).

### **Hypotesetesting**

Statistiske sannsynlighetsberegninger er verktøy for å skape oversikt over tall og usikkerhet, der estimering og hypotesetesting er velbenyttet. Ved sistnevnte benyttes en matematisk beregnet sannsynlighet, gjengitt ved begrepet signifikansnivå (P-verdi) (Aalen et al., s. 13, s.100). Hypoteser er presise formuleringer som er foreløpige antagelser, som kan besvares først etter at empiriske data er analyserte (Midtbø, 2016, s. 20). Hypotesetesting er i denne studien benyttet for å besvare forskningsspørsmål to. Det er som tidligere nevnt, forenelig med Poppers hypotetisk deduktive-metode. Hensikten med undersøkelsen er å avdekke kjennetegn ved meldingene fra helsesektor, ved hjelp av et relativt stort antall analyser, der det ikke er tydelige antagelser om hva empirien vil vise. Det blir derfor ikke benyttet hypotesetesting ved de to andre forskningsspørsmålene.

### **Type 1 og Type 2 Feil**

Ved statiske analyser og tolkning av resultater, vises det til to ulike former for feil som gjelder hypotesetesting: type 1-feil og type 2- feil. Førstnevnte er sjansen for å forkaste en riktig nullhypotese. Dette betyr at en forkaster nullhypotesene når nullhypotesen er riktig. Det kan påvirkes av valgt signifikansnivå. Type 2-feil er derimot når en fremholder at det for eksempel ikke er noen forskjell mellom utfall av barnevernsundersøkelsen ved helsesektor og andre instanser når det faktisk er det. Det beskrives som sannsynligheten for å ikke avvise

nullhypotesen når den faktisk er feil. Det er av flere vurdert å være mer alvorlig med type 1 feil enn type 2 feil (Grønmo, 2004). Det innebærer eksempelvis at man sier at det er en sammenheng mellom utfall av barnevernsundersøkelsen ved helsesektor og andre instanser når det ikke er det. Det er vanlig i forskning at resultater ikke presenteres som enten eller, men ved å vise til signifikansverdi fremkommet fra analysen som i denne undersøkelsen. Derfor er det ønskelig med lavt signifikansnivå  $p < .05$ , som innebærer at 5 av 100 ganger vil en avvise nullhypotesen, selv om den er korrekt (Midtbø, 2016, s. 65; Grønmo, 2004).

Når det undersøkes flere hypoteser i en enkelt studie, kan det medføre høyere sannsynlighet for å begå en type I-feil (Lydersen, 2021). Signifikante funn kan ved multipl testing være misvisende fordi hver test har sin egen sannsynlighet for å være falsk positiv. Dette betyr at de må tolkes med forsiktighet og bekreftes i nye hypotesetestende studier. I denne studien er det et stort antall av variabler som undersøkes, der det ikke er utformet klare hypoteser om forskjeller ved utvalgsgruppene ved sammenligning av de tre innholdskategoriene, 1) barnet, 2) foreldres omsorg, 3) familie/miljø). Det medfører en mulig begrensning for å konkludere på forskningsspørsmål én og tre. Signifikante funn kan ved multipl testing være misvisende fordi hver test har sin egen sannsynlighet for å være falsk positiv. Dette betyr at de må tolkes med forsiktighet og bekreftes i nye hypotesetestende studie. Begrunnelsen for at en ikke benytter hypotesetesting, er at hovedhensikten er å skape innsikt i bekymringsmeldinger fra helsesektor, for å kunne avdekke mulige indikasjoner på alternative hypoteser som formodentlig kan testes i andre studier. Derfor er det vurdert at multipl testing ikke utgjør en risiko ved første og siste forskningsspørsmål. Derimot er det benyttet hypotesetesting på forskningsspørsmål to, som undersøker om det framtrer forskjeller på helsesektor og alle andre instanser på utfallsvariablene etter barnevernundersøkelsens konklusjon om tiltak eller henleggelse, samt tre ulike kategoriserte beslutningsutfall (henleggelse, hjelpetiltak og plasseringstiltak). For å dempe risikoen ved multipl testing og sikre at den ikke overskrider den forhåndsdefinerte terskelen på signifikansnivå 5 %, velges en mye brukt metodikk, Bonferroni-korreksjonen (Lydersen, 2021). Denne teknikken innebærer å multiplisere p-verdiene med det totale antallet hypoteser, før en sammenligning med signifikansnivået gjennomføres. For å korrigere for risikoen for å gjøre type en feil, justeres signifikansnivå ved å multiplisere med antall hypoteser, som i dette tilfellet er to, forutsatt at det kom frem signifikante verdier. Ved verdier  $> 5\%$  tolkes ikke resultatene som signifikante, og behov for å justere fremstår i så

tilfelle ikke som nødvendig. Begrensninger ved Bonferroni-korreksjonen er at den samtidig reduserer statistisk styrke, som kan føre til en type to feil, som innebærer en forkastning av den alternative hypotese, selv om den er sann (Lydersen, 2021).

### **Kvalitet i kvantitativ forskning**

Kvalitet i datainnsamling defineres som fravær av feil, der datakvalitet i stor grad omhandler i hvilken grad data er egnet til å besvare en gitt problemstilling (Eikemo & Clausen, 2012, s. 19; Grønmo, 2004, s. 217). I kvantitative undersøkelser fremheves høy grad av validitet og relabilitet som kvalitetskriterier som styrker studiens troverdighet (Grønmo, 2004, s. 221; Midtbø, 2016, s. 25).

#### **Relabilitet**

Begrepene replikerbarhet, pålitelighet og konsistens er i hvilken grad en får de samme resultatene hvis studien skulle gjentas (Morse, 2015; Bryman et al., 2008). Derfor er relabilitet sentralt når en vurderer denne studiens kvalitet. Både metoden og forskningsverktøyet kan være mer eller mindre pålitelig. En kan kategorisere tre former for relabilitet, gitt ved begrepene ekvivalens, stabilitet og intern konsistens (Bolarinwa, 2015). Ekvivalens omhandler samsvar mellom data som er innsamlet på samme tidspunkt, med eksempelvis bruk av ulike forskere (Grønmo, 2004, s. 223). For eksempel er det som nevnt i journalstudien benyttet ulike kodere ved kategorisering av innholdsanalysen. Kategorisering av svaralternativer ved den kvantitative innholdsanalysen i hovedstudien, er ifølge Christiansen og kollegaer (2019, s. 52) opplysninger som i stor grad kunne identifiseres direkte i journalene, der noe var avhengig av tolkning av skriftlig materiale. Det kan innebære en svakhet, ved at tolkninger skiller seg for ulike kodere. Det er metodiske verktøy for å undersøke svakheter ved relabiliteten, eksempelvis inter-raterrelabilitetsjekk (Grønmo, 2004, s. 224). Hovedstudien har benyttet sistnevnte i utarbeidelsen av kodeskjemaet. 20 saker ble dobbeltkodet av to forskere, for å undersøke samsvar mellom koderne. Det fremgår at interrater enighet var 90,8 % for meldingsinnhold og 88,8 % for innhold i undersøkelsesrapporter, noe som vurderes som adekvat interrater-enighet (Christiansen et al., 2019, s. 52). Det tolkes dithen at relabiliteten er god. Grønmo (2004, s. 225) bekrefter at denne formen for relabilitetsjekk egner seg godt for kvantitativ innholdsanalyse. Sett i sammenheng med datamaterialet benyttet i denne studien, vil for eksempel målefeil kunne være upresis koding av tekstmaterialet som ville svekket relabiliteten. I denne studien er det



ikke utformet eksempelvis eget spørreskjema slik at en må lene seg på hovedstudiens vurdering av reliabilitet. Stabilitet refererer til i hvilken grad en vil få det samme resultatet hvis en gjennomfører studien på nytt ved to separate anledninger, der verktøy for å avdekke dette refereres til som test-retest pålitelighet eller test-retest-korrelasjon, som gir en indikasjon på stabilitet over tid (Bolarinwa, 2015). Intern konsistens er et mål på i hvilken grad forskjellige deler av data måler samme underliggende konstrukt og samsvarer adekvat sett i sammenheng med hverandre og datamaterialet som helhet (Revicki, 2014; Grønmo, 2004, s 230). Sistnevnte er mindre relevant i denne studien siden det eksempelvis ikke benyttes skalaer. Datamaterialet benyttet i studien endrer seg ikke ved ulike måletidspunkter begrunnet med et stabilt standardisert datamaterialet, der analyser er utført ved hjelp av et standardisert analyseprogram (SPSS). Det er derfor mulig for andre forskere å etterprøve funnene som presenteres.

### **Validitet**

Validitet kan defineres som at studien undersøker og måler det den er intendert eller eksplisitt uttrykker å måle (Yilmaz, 2019). Det beskrives ulike former for validitet i kvantitative forskningsopplegg, slik som facevalidity, som refererer til at de innsamlede data fremstår for forsker og eksterne som hensiktsmessige for å besvare studiens problemstilling, og vurderes uten nærmere undersøkelser (Bolarinwa, 2015). Begrepene intern og ekstern validitet er ofte benyttet i kvantitative studier (Grønmo, 2004, s. 322; Aalen et al., 2018, s. 246). Intern validitet gjelder hvis resultatene fra analysen gjenspeiler populasjonen den søker å beskrive, og er korrekte og gyldige for utvalget som er undersøkt (Aalen et al., 2018, s. 246). Ekstern validitet baseres på intern validitet, da det omhandler om en kan generalisere fra utvalget til å gjelde andre utenfor utvalget (Midtbø, 2016, s. 27; Aalen et al., 2018, s. 246, s. 226). Datamaterialet i denne studien vurderes til å ha noe svak ekstern validitet, begrunnet med at enkelte av de ulike helsetjenester i utvalgsgruppen helsesektor er særlig lav eksempelvis er det kun 10 enheter fra instans for oppfølging av rusproblem/rusvern( 0.9%) og legevakt/ambulans ( 0.9 % ).

Definisjonsmessig validitet kan inndeles i kriterievaliditet, begrepsvaliditet og innholdsvaliditet (Grønmo, 2004, s. 232; Bolarinwa, 2015). Innholdsvaliditet omhandler i hvilken grad den operasjonelle definisjonen er treffende for det teoretiske begrepet (Grønmo, 2004, s. 232). En forutsetning for sistnevnte er at innholdsanalysen i hovedstudien har

utformet presis kategorisering og avdekket innhold relatert til ulike begrepene. Et eksempel på teoretiske begrep er omsorgssvikt. Adekvat innholdsvaliditet er eksempelvis at de ulike kategorier måler ulike deler av fenomenet mishandling og omsorgssvikt, samt at kjennetegn ved meldingsinnhold fanger ulike aspekter av bekymring. Det påpekes av andre at omsorgssvikt kan være utfordrende å måle (Hafstad & Augusti, 2019, s. 79). Det er av overnevnte grunn vurdert at funn relatert til foreldres omsorg bør tolkes med forsiktighet og at ikke alle deler av bekymring ved foreldres omsorg nødvendigvis er et mål av omsorgssvikt. Rapporten fra hovedprosjektet beskriver at resultater som gjelder henleggelse, meldingsinstans, iverksettelse av tiltak og konklusjon på undersøkelse i stor grad er sammenfallende med tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) (Christiansen et al., 2019). I denne studien vurderes datamaterialet å ha adekvat validitet ved SSB som referansepunkt relatert til alder på barna. Eksempelvis sammenligning av andel av undersøkelser i aldergruppen 6-12 år har tall fra denne studien tilnærmet lik prosentfordeling, sammenlignet med tall fra SSB år 2017 (SSB, 2013-2022).

### **Generalisering**

Ett av formålene til kvantitative studier, er å kunne generalisere funn til å kunne gjelde andre deler av en populasjon (Yilmaz, 2013; Aalen et al., 2018, s. 225), og at det kun er mulig ved et tilfeldig og stort nok utvalg (Field, 2018, s. 54; Grønmo, 2004, s. 321). Begrepet representativitet er i hvilken grad en kan trekke slutningen om funn fra et utvalg kan sies å gjelde utover utvalgsenheterne (Aalen et al., 2018, s. 226). Utvalgsstørrelsen er innvirkende, og små utvalg kan være sårbare for feilmarginer. Generalisering av meldinger fra helsesektoren er muligens utfordrende med bakgrunn av antall som inngår i utvalget. I journalstudien er det trukket et utvalg ved hjelp av et dataprogram som skulle fremme et tilfeldig og representativt utvalg på bekymringsmeldinger fra tidsrommet 2015-2017 (Christiansen et al., 2019, s. 50-51). Det muliggjør generalisering av resultater i denne studien, begrunnet med at datamaterialet er trukket ved hjelp av et sannsynlighetsutvalg ved de inkluderte kommuner. Ikke alle kommuner i Norge har vært inkludert i denne trekningen. Det er en svakhet ved utvalget hvis resultater skal kunne generaliseres på landsbasis for barnevernspopulasjonen og være representativt for meldinger fra helsesektor. Det er et fåtall fra de ulike tjenestene i helsesektor slik at studien kan ikke generalisere til å gjelde

eksempelvis instans for rusoppfølging eller legevakt < 2 % av meldingene kom fra disse instansene.

Statistisk generalisering bygger på matematiske prinsipper som benytter sannsynlighetsberegning for å predikere i hvilken grad for eksempel en bekreftet hypotese skyldes tilfeldigheter og ved statiske analyser benyttes ofte feilmargin (Grønmo, 2004, s. 86). Adekvat feilmargin i vitenskapelige sammenheng er ofte satt til 5 %. Den kan settes lavere eller høyere, og dette avhenger av hvor nøyaktig resultat en ønsker. I denne studien er < 5 % satt som minimum akseptert feilmargin. Hensikten med tilfeldig trukket utvalg, er at det skal være representativt for alle enhetene som inngår i et fenomen. Ifølge Aalen og kollegaer (2018, s. 226), er generalisering bare mulig i den grad utvalget er representativt for populasjonen en ønsker å si noe om. En form for avvik kan være frafall, ved for eksempel at enheter som inngår i utvalget ikke inkluderes i analysen, der frafall under datainnsamling innebærer at enhetene som inngår i den videre analysen avviker fra det opprinnelige utvalget. Det er da ikke lenger nødvendigvis et representativt tilfeldig utvalg, som også kan gjøre seg gjeldende ved innholdsanalyser (Grønmo, 2004, s. 322). Det er kun variabelen bosted det er manglende data ved 9 av meldingene undersøkt. Det er under 5 % og medfører derfor ikke risiko for redusert statistisk styrke (Lydersen, 2019). I forhold til datamaterialet i denne studien, kan det være slik at journalstudien ikke har fått tilgang til alle deler av barnevernjournaler eller at mapper ikke er komplette.

### **Forskningsetiske hensyn**

Forskningsetikk kan defineres som et sett av gjeldene regler og normer som det er bred konsensus i forskerfellesskapet om at er med å sikre at vitenskapelige undersøkelser blir gjennomførte på en moralsk forsvarlig måte (Grønmo, 2004, s. 27). Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) arbeider rådgivende for at forskning gjennomføres etisk forsvarlig (NESH, 2021, s. 42). Deler av de etiske aspekter og hensyn ved forskning rammes inn av lovverket, jf. Lov om organisering av forskningsetisk arbeid (Forskningsetikkloven, 2017). Ved databehandling i sammenheng med vitenskapelig forskning i Norge, gir Norsk senter for forskningsdata (NSD/Sikt) råd og veiledning for å sikre ivaretagelse av data. Det juridiske rammeverket og utfyllende regler om behandling av personopplysninger er beskrevet i Personopplysningsloven Kap. 3. Unntaksbestemmelser og tillatelser fremgår dels av Personopplysningsloven, jf. § 7 som

beskriver at Datatilsynet kan gi tillatelse i særlige tilfeller til å behandle personopplysninger, og § 9 jf. Personopplysningsloven som beskriver at personopplysninger kan være unntatt bestemmelsen om samtykke, hvis formålet er i allmenhetens interesse og tilknyttet vitenskapelig forskning. Hovedstudien har fått tilgang til taushetsbelagte opplysninger. Det er begrunnet med relevans og viktighet av at informasjon fra studien kan være av særlig betydning for et stort antall barn i Norge (Christiansen et al., 2019, s. 59, s. 61). Forskere ble av Barne-, ungdoms og familiedirektoratet gitt innsyn i barnevernets arkiv med hjemmel i Forvaltningsloven § 13, første ledd. Det beskrives at ved NSDs involvering i prosjektet ble journalstudien videresendt fra NSD til Datatilsynet for vurdering av konsesjonsplikt etter Personopplysningsloven, der Datatilsynet satte flere vilkår for konsesjon (Christiansen, 2019, s. 60). Datainnsamlingen i hovedstudien er gjennomført etter de konsesjonsvilkår gitt av Datatilsynet (Christiansen et al., 2019, s. 259). Derfor kan en anta at innhenting av data er gjennomført på en akseptabel måte. Data som er benyttet i hovedstudien er anonymisert (Christiansen et al., 2019, s. 51, s. 52). Rapporten fra hovedstudien beskriver at studien også er blitt fremlagt for Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), som konkluderte med at dette ikke var ansett som helseforskning, og derfor ikke er vurderingspliktig i REK (Christiansen et al., 2019, s. 60). Det ligger en implisitt antagelse om at hovedstudien har ivaretatt forskningsetiske retningslinjer og personvern, der videre resultater presentert i hovedstudiens ulike delrapporter er troverdige. Det er etter gjennomgåelse av de ulike rapportene at jeg har vurdert at forskningsetiske retningslinjer og prosedyrer er ivaretatt ved gjennomføring av journalstudien som data er hentet fra.

Journaldata for barnevern kan en vurdere til å være av særlig sensitiv karakter, da det ofte omhandler personlig og privat informasjon om barn og deres familier. Gjennomgåelse av slike dokument innebærer innsyn i personlig opplysninger, slik at personvern bør ivaretas ved analyser og ved presentasjon for å ivareta anonymisering. Denne studien vektlegger en sektor som tidligere er nevnt å være av betydning for å avdekke mishandling og svikt av barn, slik at formålet er i allmenhetens interesse. Datamaterialet som er benyttet er ikke vurdert å være en risiko fare for den enkeltes personvern, fordi det ikke fremkommer personopplysninger som kan knyttes til enkeltindivider i selve datasettet. Derfor vurderes det at både personvern og anonymisering er ivaretatt i denne undersøkelsen.

## 6 Resultat

Dette kapittelet presenterer resultater fra statistiske analyser gjennomført i SPSS ved tekst og i tabeller.

### Er det forskjell på kjennetegn ved bekymringsmeldinger som går videre til

#### undersøkelse fra helsesektor sammenlignet med andre instanser?

Tabell 1 viser utvalgte bakgrunnsvariabler. To av fem bakgrunnsvariabler var signifikant forskjellige ved sammenligning av helsesektor og andre instanser, disse var: om det var beskrevet at foreldre kjente til meldingen, en høyere andel fra helsesektor, og barnets alder. Ved parvis sammenligning av aldergrupper viste forskjellene seg ved aldersgruppen 0-1 år og 2-5 år (vedlegg 4). De resterende variablene viste ikke signifikant forskjell mellom helsesektor og andre instanser. En stor andel av meldingene fra helsesektor omhandlet barn tidligere meldt til barnevernet, og meldingene omhandlet flest barn som bodde med begge foreldre eller alenemor/ far .  $\phi$  og  $\phi_c$  effektstørrelse viste enten veldig liten eller liten effekt ved de inkluderte variabler. Tolkning av  $\phi$  med en frihetsgrad: .10 angir liten effekt, .30 angir middels effekt, mens .50 angir stor effekt (Pallant, 2015, s. 228).

**Tabell 1**

*Bakgrunnsvariabler: Meldinger som undersøkes fra helsesektor og andre instanser*

Variabler	Helsesektor (n = 221)		Andre Instanser (n= 902)		Hele utvalget (N =1123)		$\chi^2$ -tester		
	n	%	n	%	n	%	p	$\chi^2(df)$	$\phi/ \phi_c$
Kjønn							.347	0.78(1)	.027
Gutt	123	55.7%	472	52.3%	595	53%			
Jente	98	44.3%	430	47.7%	528	47%			
Alder***							<.001	20.48(4)	.135
0-1	30	13.6%	64	7.1%	94	8.4%			
2-5	29	13.1%	203	22.5%	232	20.7%			
6-12	82	37.1%	374	41.5%	456	40.6%			
13-15	46	20.8%	155	17.2%	201	17.9%			
16-18	34	15.4%	106	11.8%	140	12.5%			
Barnets Bosted <sup>a</sup>							.393	4.09(4)	.061
Mor og Far	94	43.5%	367	40.9%	461	41.4%			
Mor/ Far alene	70	32.4%	317	35.3%	387	34.7%			
Delt bosted mor/far	22	10.2%	75	8.4%	97	8.7%			
Mor/Far/ Partner	28	13%	113	12.6%	141	12.7%			
Utenfor Foreldrehjem	2	0.9%	26	2.9%	28	2.5%			
Barnet tidligere meldt							.113	2.51(1)	.047
Ja	92	41.6%	429	47.6%	521	46.4%			
Nei/vet ikke	129	58.4%	473	52.4%	602	53.6%			
Foreldres kjennskap til melding***							<.001	12.42(1)	-.105
Ja	97	43.9%	283	31.4%	380	33.8%			
Nei	124	56.1%	619	68.6%	743	66.2%			

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$   $df$ =antall frihetsgrader,  $\phi$ =Effektstørrelse phi koeffisient  $\phi_c$ =Cramers V, <sup>a</sup> Bosted (9) missing)

## Innhold relatert til barnet

Innhold i meldingen relatert til barnet er vist i Tabell 2. Over halvparten av meldingene fra helsesektor beskrev ikke innhold relatert til barnet (siste kolonne), og det viste seg ikke signifikant forskjellig sammenlignet med andre instanser. Begge meldekilder meldte hyppigst bekymring om barnets emosjonelle fungering, barnets psykiske problem/ lidelse og barnets atferd. Fem av åtte variabler relatert til barnet viste signifikante forskjeller ved sammenligning av meldinger fra helsesektor og andre instanser: Helsesektoren meldte signifikant oftere bekymring ved barnets nedsatte funksjonsevne/sen utvikling, barnets psykiske problem/lidelse og bekymring ved barnets relasjoner til voksne (tilknytningsvansker /samspillet med omsorgspersoner. Andre instanser meldte signifikant oftere bekymring relatert til barnets atferd og barnets fungering i skole / barnehage.  $\Phi$  effektstørrelse viste enten veldig liten ( $<.10$ ) eller liten ( $<.30$ ) effekt ved de inkluderte variabler.

**Tabell 2**

*Innhold i meldinger relatert til barnet: helsesektor og andre instanser*

	Helsesektor (n =221 )		Andre Instanser (n =902)		Hele utvalget (N = 1123)		$\chi^2$ -tester		
	n	%	n	%	n	%	p	$\chi^2(df)$	$\phi$
Barnet har nedsatt funksjonsevne/ sen utvikling (ligger etter for alder) *							.025	4.99(1)	.067
Ja	17	7.7%	37	4.1%	54	4.8%			
Nei	204	92.3%	865	95.9%	1069	95.2%			
Barnets psykiske problem/ lidelse***							<.001	15.10(1)	.116
Ja	36	16.3%	70	7.8%	106	9.4%			
Nei	185	83.7	832	92.2%	1017	90.6%			
Barnets kriminalitet/ rusbruk							.117	2.45(1)	-.047
Ja	6	2.7%	47	5.2%	53	4.7%			
Nei	215	97.3%	855	94.8%	1070	95.3%			
Barnets atferd*							.024	5.11(1)	-.068
Ja	28	12.7%	173	19.2%	201	17.9%			
Nei	193	87.3%	729	80.8%	922	82.1%			
Barnets fungering i skole / barnehage**							.006	7.43(1)	-.081
Ja	17	7.7%	132	14.6%	149	13.3%			
Nei	204	92.3%	770	85.4%	974	86.7%			
Barnets emosjonelle fungering							.062	3.49(1)	.056
Ja	34	15.4%	98	10.9%	132	11.8%			
Nei	187	84.6%	804	89.1%	991	88.2%			
Barnets relasjoner til voksne (tilknytningsvansker/samspillet med omsorgspersoner) *							.013	6.13(1)	.074
Ja	21	9.5%	46	5.1%	67	6%			
Nei	200	90.5%	856	94.9%	1056	94%			
Ingen							.439	0.59(1)	-.023
Ja	126	57%	540	59.9%	666	59.3%			
Nei	95	43%	362	40.1%	457	40.7%			

\*p <.05, \*\*p < .01, \*\*\* p < .001, df=antall frihetsgrader,  $\phi$ =Effektstørrelse phi koeffisient

### **Innhold relatert til foreldres omsorg**

Innhold relatert til foreldres omsorg er vist i Tabell 3. Omtrent en tredjedel av meldingene fra helsesektor (33.5 %) og andre instanser (33.1 %) hadde ingen innhold relatert til foreldenes omsorg. Bekymring relatert fysisk mishandling, psykisk mishandling og seksuelle overgrep viste samsvarende fordeling ved sammenligning av meldingene fra helsesektor og andre instanser. Bekymring om barnet var utsatt for fysisk mishandling var ofte meldt fra helsesektor. Under 10 % av meldingene uavhengig av meldekilde hadde innhold om barnet utsatt for psykisk mishandling. Svært få meldinger beskrev bekymring om at barnet var utsatte for seksuelle overgrep. Bekymring hyppig meldt fra helsesektor omhandlet forelderens grunnleggende omsorg, foreldrenes stimulering/veiledning/ grensesetting og forelderens følelsesmessige tilgjengelighet/evne til å forstå barnet. En av ti variabler relatert til foreldres omsorg viste seg statistisk signifikant forskjellig, der helsesektor var mer sannsynlig å melde bekymring om ikke møtt ved innkalling til helsetjeneste sammenlignet med andre instanser.  $\Phi$  effektstørrelse viste enten veldig liten ( $<.10$ ) eller liten ( $<.30$ ) effekt ved de inkluderte variabler.

**Tabell 3**  
*Innhold i melding relatert til foreldrenes omsorg: helsesektor og andre instanser*

	Helsesektor (n=221)		Andre Instanser (n=902)		Hele utvalget (N=1123)		$\chi^2$ -tester		
	n	%	n	%	n	%	p	$\chi^2(df)$	$\phi$
Barnet utsatt for fysisk mishandling							.444	0.58(1)	-.023
Ja	33	14.9%	154	17.1%	187	16.7%			
Nei	188	85.1%	748	82.9%	936	83.3%			
Barnet utsatt for psykisk mishandling							.543	0.37(1)	-.018
Ja	17	7.7%	81	9%	98	8.7%			
Nei	204	92.3%	821	91%	1025	91.3%			
Barnet utsatt for seksuelle overgrep							.478	0.50(1)	-.021
Ja	7	3.2%	38	4.2%	45	4%			
Nei	214	96.8%	864	95.8%	1078	96%			
Manglende oppfølging/ avbrutt kontakt med annen tjeneste							.302	1.06(1)	.031
Ja	16	7.2%	49	5.4%	65	5.8%			
Nei	205	92.8%	853	94.6%	1058	94.2%			
Ikke møtt ved innkalling til helsetjeneste***							<.001	50.98(1)	.213
Ja	18	8.1%	5	0.6%	23	2%			
Nei	203	91.9%	897	99.4%	1100	98%			
Foreldrenes stimulering /veiledning/ grensesetting av barnet							.987	0.00(1)	.000
Ja	32	14.5%	131	14.5%	163	14.5%			
Nei	189	85.5%	771	85.5%	960	85.5%			
Foreldrenes grunnleggende omsorg							.050	3.84(1)	-.059
Ja	34	15.4%	192	21.3%	226	20.1%			
Nei	187	84.6%	710	78.7%	897	79.9%			
Foreldrenes følelsesmessige tilgjengelighet/evne til å forstå barnet							.187	1.74(1)	.039
Ja	26	11.8%	80	8.9%	106	9.4%			
Nei	195	88.2%	822	91.1%	1017	90.6%			
Foreldrenes beskyttelse av barnet							.628	0.23(1)	-.014
Ja	22	10%	100	11.1%	122	10.9%			
Nei	199	90%	802	88.9%	1001	89.1%			
Ingen							.924	0.00(1)	.003
Ja	74	33.5%	299	33.1%	373	33.2%			
Nei	147	66.5%	603	66.9%	750	66.8%			

\*p <.05, \*\*p <.01, \*\*\* p <.001, df=antall frihetsgrader,  $\phi$ =Effektstørrelse phi koeffisient

### **Innhold relatert til familie/miljø**

Analyse av innhold som beskriver bekymringsfulle sakskjennetegn relatert til familie/miljø er vist i Tabell 4. Rundt en tredjedel av meldingene hadde ikke bekymring relatert til familie/miljø og det gjaldt uavhengig av meldekilde, ingen signifikant forskjell mellom helsesektor og andre instanser. Uavhengig om det var signifikante forskjeller mellom helsesektor og andre instanser var det de mest frekventerte bekymringer fra helsesektor: foreldres psykiske helse, foreldres rusbruk, konflikt mellom foreldre og vold i hjemmet/barnet vitne til vold i nære relasjoner. Av de ni variablene viste fem statistiske



signifikante gruppeforskjeller ved khikvadrattest. Helsesektor sammenlignet med andre instanser meldte signifikant oftere bekymring relatert til foreldres psykiske helse og foreldres rusbruk. Andre instanser rapporterte signifikant oftere bekymring av vold i hjemmet /barnet vitne til vold i nære relasjoner, foreldres kriminalitet og familiens økonomi. Ingen forskjell mellom helsesektor og andre instanser ved bekymring relatert til foreldres somatiske helse som var beskrevet i svært få meldinger. De resterende variabler relatert til familie/miljø viste ikke signifikante forskjeller.  $\Phi$  effektstørrelse viste enten veldig liten (<.10) eller liten (<.30)effekt ved de inkluderte variabler.

**Tabell 4**

*Innhold i meldingen relatert til familie og miljø: helsesektor og andre instanser (n)1123*

	Helsesektor (n=221)		Andre Instanser (n=902)		Hele utvalget (N=1123)		$\chi^2$ -tester		
	n	%	N	%	N	%	p	$\chi^2(df)$	$\phi$
Foreldres somatiske helse							.894	0.18(1)	.004
Ja	8	3.6%	31	3.4%	39	3.5%			
Nei	213	96.4%	871	96.6%	1084	96.5%			
Foreldres psykiske helse***							<.001	38.10(1)	.184
Ja	64	29%	110	12.2%	174	15.5%			
Nei	157	71%	792	87.8%	949	84.5%			
Foreldres rusbruk*							.035	4.43(1)	.063
Ja	49	22.2%	146	16.2%	195	17.4%			
Nei	172	77.8%	756	83.8%	928	82.6%			
Foreldres kriminalitet*							.016	5.82(1)	-.072
Ja	5	2.3%	58	6.4%	63	5.6%			
Nei	216	97.7%	844	93.6%	1060	94.4%			
Forelder er slitne/utslitt							.080	3.06(1)	.052
Ja	18	8.1%	46	5.1%	64	5.7%			
Nei	203	91.9%	856	94.9%	1059	94.3%			
Konflikt mellom foreldre							.190	1.71(1)	-.039
Ja	36	16.3%	182	20.2%	218	19.4%			
Nei	185	83.7%	720	79.8%	905	80.6%			
Vold i hjemmet/barnet vitne til vold i nære relasjoner*							.029	4.75(1)	-.065
Ja	30	13.6%	180	20%	210	18.7%			
Nei	191	86.4%	722	80%	913	81.3%			
Familiens økonomi*							.032	4.62(1)	-.064
Ja	7	3.2%	64	7.1%	71	6.3%			
Nei	214	96.8%	838	92.9%	1052	93.7%			
Ingen							.614	0.25(1)	.015
Ja	69	31.2%	266	29.5%	335	29.8%			
Nei	152	68.8%	636	70.5%	788	70.2%			

\*p <.05, \*\*p < .01, \*\*\* p < .001, df=antall frihetsgrader,  $\phi$ =Effektstørrelse phi koeffisient

### **Antall problemer ved de tre ulike kategoriene**

Om meldingene beskrev flere bekymringer ved de tre hovedkategoriene visst i Tabell 5 (Vedlegg 1). Analyse viste at 62 % av meldingene fra helsesektor visste ingen problemer knyttet til barnet, en av seks (16.7 %) rapporterte om ett problem, en av åtte rapporterte to (11.8 %) og en av ti rapporterte om tre eller flere problemer (9.5 %). Andre instanser skilte seg ikke signifikant fra helsesektor. Ved antall problemer relatert til foreldres omsorgsevne viste tilnærmet to av fem meldinger fra helsesektor enten ingen problemer eller et problem. En lavere andel (17.6 %) beskrev to, og et fåtall av meldingen beskrev tre eller flere problemer (6.3 %). Det var ingen signifikante forskjeller ved sammenligning av helsesektor og andre instanser. Samme tendens ved antall problem knyttet familie/miljø. Hoveddelen av meldingene fra helsesektor beskrev enten ingen eller et problem relatert til familie og miljø. En lavere andel beskrev to problemer (18.1 %). Færre rapporterte om tre eller flere problemer (11.8 %) Analyser viste ikke signifikante forskjeller mellom helsesektor og andre instanser.  $\phi$ c (Cramers V) effektstørrelse viste veldig liten effekt ( $<.06$ ) ved de inkluderte variabler.

### **Er det forskjell mellom helsesektor og andre instanser ved utfallmål i form av tiltak eller ikke tiltak (henleggelse) etter barnevernundersøkelsen?**

Det var ingen signifikante forskjeller mellom helsesektor og andre instanser ved barnevernsundersøkelsen i form av om meldingene medførte iverksatt tiltak eller om meldingen ble henlagt vist i Tabell 6. Av de 221 meldingene fra helsesektor konkluderte 41.1 % med tiltak, samme tendens fra andre instanser 39.4 %. Analyse av de tre rekonstruerte kategorier av beslutningsutfall viste ingen forskjell mellom helsesektor og andre instanser. Når beslutningen var tiltak, ble de fleste ble tilbudt hjelpetiltak, svært få av barnevernsundersøkelsene besluttet plasseringstiltak (akutt plassering, begjæring om omsorgsovertagelse eller frivillig plassering). Det er ikke funnet støtte for de alternative hypotesene om forskjell på utfallsmål etter barnevernsundersøkelsen ved helsesektor og andre instanser.  $\Phi$  og  $\phi$ c effektstørrelse viste veldig liten effekt ved de inkluderte variabler.

**Tabell 6***Utfall av barnevernsundersøkelsen ved gruppen helsesektor og andre instanser*

	Helsesektor (n=221)		Andre instanser (n=902)		Hele utvalget (N=1123)		$\chi^2$ -tester		
	n	%	n	%	n	%	p	$\chi^2(df)$	$\phi/\phi_c$
Vedtak om tiltak							.620	0.24(1)	-.015
Ja	91	41.2%	355	39.4%	446	39.7%			
Nei henlagt	130	58.8%	547	60.6%	677	60.3%			
Hvilke beslutninger							.822	0.39(2)	.019
Henleggelse	130	58.8%	547	60.6%	677	60.3%			
Hjelpetiltak	80	36.2%	317	35.1%	397	35.4%			
Plasseringstiltak (frivillig plassering, akutt plassering og begjæring om omsorgsovertakelse)	11	5%	38	4.2%	49	4.4%			

\*p < .05, \*\*p < .01, \*\*\*p < .001, df=antall frihetsgrader,  $\phi$ =Effektstørrelse phi koeffisient,  $\phi_c$ =CramersV

### **Er det forskjell på kjennetegn ved meldingene fra helsesektor hvor konklusjonen er iverksatt tiltak sammenlignet med meldingene henlagt?**

Tabell 7 (Vedlegg 2) viste ingen signifikante forskjeller mellom meldingene med iverksatt tiltak og meldingene henlagt. En stor andel av meldingene omhandlet barn tidligere meldt uavhengig om beslutningen var iverksatt tiltak (45.1 %) eller henleggelse (39.2 %). Under halvparten av meldingene beskrev at foreldrene kjente til at meldingen var sendt ved gruppene Analyse viste en jevn kjønnsfordeling, litt over halvparten var gutter fra begge gruppene. Det var en overvekt av barn i alderen 6-12 år. Færrest barn i alderen 2-5 år. Den største andelen av barna bodde enten sammen med mor og far eller hos mor/far. Det var kun rapportert om ett tilfelle som bodde utenfor foreldrehjemmet hos begge gruppene.  $\Phi$  og  $\phi_c$  effektstørrelse viste veldig liten effekt ved de inkluderte variabler.

### **Innhold relatert til barnet**

Innhold som beskrev sakskjennetegn relatert til barnet er vist i Tabell 8. Tre av syv variabler relatert til barnet viste signifikante forskjeller ved meldingene hvor beslutningen var iverksatt tiltak sammenlignet med meldingen henlagt. De signifikante som hyppigere frekventerte i meldingen med iverksatt tiltak var: bekymring ved barnets emosjonelle fungering som omtrent var beskrevet i en fjerdedel av meldingene med tiltak mot tilnærmet en av ti ved gruppen henlagt og barnets fungering i skole / barnehage som omtrentlig var beskrevet tre ganger så ofte i meldingene med tiltak sammenlignet med gruppen henlagt. Kun en variabel var signifikant oftere beskrevet i meldingene henlagt: det var at meldingene ikke

hadde innhold relatert til barnet (siste kolonne) (63.1 %), færre i gruppen tiltak (48.4 %). De resterende fire variabler av innhold relatert til barnet viste ikke signifikante gruppeforskjeller.  $\Phi$  effektstørrelse viste enten veldig liten eller liten effekt ved de inkluderte variabler.

**Tabell 8**

*Innhold i meldinger relatert til barnet: helsesektor gruppert etter utfall på undersøkelsen*

	Konklusjon tiltak(n=91)		Konklusjon henlagt(n=130)		Hele utvalget (n=221)		$\chi^2$ -tester		
	n	%	n	%	n	%	p	$\chi^2(df)$	$\phi$
Barnet har nedsatt funksjonsevne/ senutvikling (ligger etter for alder)							.305	1.05(1)	-.069
Ja	9	9.9%	8	6.2%	17	7.7%			
Nei	82	90.1%	122	93.8%	204	92.3%			
Barnets psykiske problem/ lidelse							.663	0.19(1)	-.029
Ja	16	17.6%	20	15.4%	36	16.3%			
Nei	75	82.4%	110	84.6%	185	83.7%			
Barnets atferd							.310	1.03(1)	-.068
Ja	14	15.4%	14	10.8%	28	12.7%			
Nei	77	84.6%	116	89.2%	193	87.3%			
Barnets fungering i skole / barnehage*							.040	4.21(1)	-.138
Ja	11	12.1%	6	4.6%	17	7.7%			
Nei	80	87.9%	124	95.4%	204	92.3%			
Barnets emosjonelle fungering**							.002	9.18(1)	-.204
Ja	22	24.2%	12	9.2%	34	15.4%			
Nei	69	75.8%	118	90.8%	187	84.6%			
Barnets relasjoner til voksne (tilknytningsvansker /samspillet med omsorgspersoner)							.118	2.44(1)	-.105
Ja	12	13.2%	9	6.9%	21	9.5%			
Nei	79	86.8%	121	93.1%	200	90.5%			
Ingen*							.030	4.73(1)	.146
Ja	44	48.4%	82	63.1%	126	57%			
Nei	47	51.6%	48	36.9%	95	43%			

\*p < .05, \*\*p < .01, \*\*\*p < .001, df=antall frihetsgrader,  $\phi$ =Effektstørrelse phikoeffisient

### **Innhold relatert til foreldrenes omsorg**

Innhold som beskrev kjennetegn av bekymring relatert til foreldrenes omsorg er vist i Tabell 9. Fem av ni variabler relatert til foreldrenes omsorg viste statistiske signifikante gruppeforskjeller ved sammenligning av meldingene med iverksatt tiltak og meldingene henlagt. De signifikante hyppigst beskrevet ved gruppen tiltak var: bekymring relatert til at barnet var utsatt for fysisk mishandling, foreldrenes stimulering /veiledning/grensesetting av barnet og foreldrenes følelsesmessige tilgjengelighet/evne til å forstå barnet. De signifikante som viste seg hyppigere i meldingene henlagt sammenlignet med gruppen tiltak var:

bekymring relatert til manglende oppfølging/avbrutt kontakt med annen tjeneste et fåtall ved gruppen tiltak, tilnærmet fem ganger så mange ved gruppen henlagt, og samme tendens ved ikke møtt ved innkalling til helsetjeneste Ved de resterende fire variabler relatert til foreldrenes omsorg fremkom det ikke statistisk signifikant gruppeforskjeller.  $\Phi$  effektstørrelse viste enten veldig liten eller liten effekt ved de inkluderte variabler.

**Tabell 9**

*Innhold i melding relatert til foreldrenes omsorg: helsesektor gruppert etter utfall på undersøkelsen*

	Konklusjon tiltak(n=91)		Konklusjon henlagt(n=130)		Helse utvalg Helsesektor(n=221)		$\chi^2$ -tester		
	n	%	n	%	n	%	p	$\chi^2$ (df)	$\phi$
Barnet utsatt for fysisk mishandling**							.001	10.40(1)	-.217
Ja	22	24.2%	11	8.5%	33	14.9%			
Nei	69	75.8%	119	91.5%	188	85.1%			
Barnet utsatt for psykisk mishandling							.608	0.26(1)	-.035
Ja	8	8.8%	9	6.9%	17	7.7%			
Nei	83	91.2%	121	93.1%	204	92.3%			
Manglende oppfølging/ avbrutt kontakt med annen tjeneste*							.016	5.85(1)	.163
Ja	2	2.2%	14	10.8%	16	7.2%			
Nei	89	97.8%	116	89.2%	205	92.8%			
Ikke møtt ved innkalling til helsetjeneste**							.001	10.26(1)	.216
Ja	1	1.1%	17	13.1%	18	91.9%			
Nei	90	98.9%	113	86.9%	203	8.1%			
Foreldrenes stimulering /veiledning/ grensesetting av barnet*							.024	5.11(1)	-.152
Ja	19	20.9%	13	10%	32	14.5%			
Nei	72	79.1%	117	90%	189	85.5%			
Foreldrenes grunnleggende omsorg							.449	0.57(1)	-.051
Ja	16	17.6%	18	13.8%	34	15.4%			
Nei	75	82.4%	112	86.2%	187	84.6%			
Foreldrenes følelsesmessige tilgjengelighet/evne til å forstå barnet**							.002	9.57(1)	-.208
Ja	18	19.8%	8	6.2%	26	11.8%			
Nei	73	80.2%	122	93.8%	195	88.2%			
Foreldrenes beskyttelse av barnet							.347	0.88(1)	.063
Ja	7	7.7%	15	11.5%	22	10%			
Nei	84	92.3%	115	88.5%	199	90%			
Ingen							.892	0.19(1)	.009
Ja	30	33%	44	33.8%	74	33.5%			
Nei	61	67%	86	66.2%	147	66.5%			

\*p < .05, \*\*p < .01, \*\*\*p < .001, df=antall frihetsgrader,  $\phi$ =Effektstørrelse phi koeffisient

### **Innhold relatert til familie/miljø**

Sakskjennetegn som beskrev innhold relatert til familie/miljø vist i Tabell 10. To av seks variabler viste statistisk signifikante gruppeforskjeller. De som hyppigere var beskrevet i meldingene med tiltak sammenlignet med meldingene henlagt var: forelder er slitne/utslitt og

bekymring relatert til konflikt mellom foreldre. To variabler viste noe forskjellig prosentfordeling, men ikke statistisk signifikante. Det var bekymring relatert til foreldres rusbruk, en lavere prosentfordeling ved gruppen tiltak enn ved gruppen henlagt og bekymring relatert til vold i hjemmet/barnet vitne til vold i nære relasjoner som frekventerte oftere i meldingene med tiltak. De resterende variabler relatert til familie/miljø viste ikke signifikante forskjeller.  $\phi$  effektstørrelse viste enten veldig liten eller liten effekt ved de inkluderte variabler.

**Tabell 10**

*Innhold i meldingen relatert til familie og miljø: helsesektor gruppert etter utfall på undersøkelsen*

	Konklusjon tiltak (n=91)		Konklusjon henlagt(n=130)		Helsesektor (n=221)		$\chi^2$ - tester		
	n	%	N	%	n	%	p	$\chi^2(df)$	$\phi$
Foreldres psykiske helse							.683	0.16(1)	.027
Ja	25	27.5%	39	30%	64	29%			
Nei	66	72.5%	91	70%	157	71%			
Foreldres rusbruk							.089	2.90(1)	.115
Ja	15	16.5%	34	26.2%	49	22.2%			
Nei	76	83.5%	96	73.8%	172	77.8%			
Forelder er slitne/utslitt*							.022	5.25(1)	-.154
Ja	12	13.2%	6	4.6%	18	8.1%			
Nei	79	86.8%	124	95.4%	203	91.9%			
Konflikt mellom foreldre*							.022	5.22(1)	-.154
Ja	21	23.1%	15	11.5%	36	16.3%			
Nei	70	76.9%	115	88.5%	185	83.7%			
Vold i hjemmet/barnet vitne til vold i nære relasjoner							.064	3.43(1)	-.125
Ja	17	18.7%	13	10%	30	13.6%			
Nei	74	81.3%	117	90%	191	86.4%			
Ingen							.677	0.17(1)	.028
Ja	27	29.7%	42	32.3%	69	31.2%			
Nei	64	70.3%	88	67.7%	152	68.8%			

\*p < .05, \*\*p < .01, \*\*\*p < .001, df=antall frihetsgrader,  $\phi$ =Effektstørrelse phi koeffisient

### Antall problemer

Antall problemer/kjennetegn ved de tre innholdskategoriene vist i Tabell 11 (Vedlegg 3). Kun antall problem ved barnet viste seg signifikant forskjellig ved sammenligning av meldinger med iverksatt tiltak og de som ble henlagt. Problem knyttet til barnet viste en moderat effektstørrelse(df=3),  $\phi_c = .208$ , basert på Cramers V( $\phi_c$ ). Cramers V( $\phi_c$ ) tolkning ved fire kategorier: liten effekt=.06, moderat=.17, stor effekt=.29 (Pallant, 2015, s. 228). I meldingene med tiltak beskrev halvparten ingen problemer knyttet til barnet, en femtedel inneholdt et problem, en sjettedel inneholdt to og tilsvarende for tre eller flere problemer. En

høy andel av meldingene henlagt beskrev ingen problemer (70 %), en mindre andel beskrev ett problem (14.6 %), færre viste to, og et fåtall viste tre eller flere problemer. Antall problemer knyttet til foreldrenes omsorgsevne viste samsvarende prosentfordeling ved meldingene med tiltak og ved meldingene henlagt. Prosentfordelingen ved tre eller flere problemer viste seg noe ulik fordeling, meldingene med tiltak 11 % mot 3.1 % ved meldingene henlagt. Forskjellene var ikke signifikante.  $\chi^2$  effektstørrelse viste veldig liten effekt. Antall problemer knyttet til familie/miljø viste samsvarende fordeling fra begge gruppen. Ved tre eller flere problemer viste prosentfordelingen noe forskjell, der en av seks av meldingene med tiltak, mot omtrentlig en av ti ved gruppen henlagt. Forskjellene var ikke statistisk signifikante.  $\chi^2$  effektstørrelse viste veldig liten effekt.

## **7 Diskusjon**

### **Formål med denne studien og kort oppsummering av funn**

Formålet med studien har vært å kartlegge hva som kjennetegner meldingene fra Norsk helsesektor, og hvilke utfallmåls som framkom etter barnevernsundersøkelsen av meldingene, samt om kjennetegn ved meldingene fra helsesektor som resulterte i tiltak skilte seg fra meldingene som ble henlagt. Hypotesen om at meldinger fra helsesektoren har større eller mindre sannsynlighet for å føre til tiltak enn andre meldinger, kunne heller ikke bekreftes fordi det ikke viste seg signifikante forskjell med hensyn til utfallsmål. Eksplorative tester viste totalt sett få forskjeller mellom bekymringsmeldingene fra helsesektoren sammenlignet med de resterende sektorene, det var forskjeller knyttet til helserelevante variabler. Videre viste eksplorative tester enkelte forskjeller mellom meldinger fra helsesektoren som resulterte i tiltak sammenlignet med meldingene henlagt. Funn basert på eksplorative tester tolkes med varsomhet.

### **Fremtidig forskning**

En ren kartlegging sånn som i den nåværende studien oppklarer ikke om vi burde være «bekymret» for helsesektorens omgang med bekymringsmeldinger sammenlignet med de andre meldekildene. Videre forskningen trengs for å 1) bekrefte funn basert på eksplorative analyser og 2) gi oss svar på *hvorfor* det finnes forskjell (eller ikke forskjell) på helsesektoren og andre meldekilder med hensyn til kjennetegn og utfallsmål og *hvorfor* noen meldinger fra helsetjenesten har større sjans til å føre til tiltak enn andre. For å svare på disse spørsmålene kunne vi bruke den beslutningsøkologiske modellen for å formulere hypoteser. Denne studien har ikke undersøkt andre faktorer enn sakskjennetegn, og det medfører at det

er utfordrende å konkludere hvordan andre faktorer kan innvirke på praktisering av meldeplikten. For å kunne benytte den som en helhetlig forklaringsmodell for helsepersonells praktisering av meldeplikten er det behov for ytterligere studier som undersøker faktorer som innvirker på rapporteringsadferd, og om det innvirker på når, eller hva helsepersonell rapporterer som bekymringsfullt. Videre forskning kunne sette søkelys på 1) eksterne faktorer som retningslinjer eller gjeldende lovverk, 2) individuelle beslutningstagerfaktorer (Kuruppu, et al., 2022; Bjørknes et al., 2019), deriblant kunnskap (Bjørknes et al., 2019), kompetanse (Lines et al., 2017; Yildiz & Tanriverdi, 2018) og personlige erfaringer (Gregoire-Labreque et al., 2020), og 3) organisatoriske forhold, som støtteapparat helsepersonell har rundt seg ved beslutning om å melde (Wilson & Lee, 2021; Nouman et al., 2020), sammenlignet med andre sektorer.

Disposisjon: det drøftes resultater for forskningsspørsmål 1, 2 og 3 ut ifra et beslutningsteoretisk blikk.

### **Forskningsspørsmål 1: Det ble funnet enkelte forskjeller på kjennetegn ved bekymringsmeldinger fra helsesektor og andre instanser**

Dette kapittelet vil drøfte resultatene relevant for besvarelsen av 1 forskningsspørsmål. Kapittelet inndeles i fire undertemaer: bakgrunnsvariabler, bekymring relatert til barnet, bekymring relatert til foreldrenes omsorg, bekymring relatert til familie/miljø. De kommende avsnittene forsøker å belyse deler av den overordnede problemstillingen i studien, om hva som kjennetegner meldingen fra helsesektor. Det er flere kontekstfaktorer som kan ha betydning for helsepersonells vurdering og beslutninger ved bekymringsmeldinger og de påfølgende avsnitt vil også drøfte slike kontekstfaktorer. Det vil i tillegg belyst utfordrende aspekter i sammenheng med rapportering utfra et kompleksitetsteoretisk perspektiv.

Av de fem bakgrunnsvariablene, viste to seg signifikant forskjellig fra helsesektor ved sammenligning med andre instanser, det var alder, samt om det var beskrevet at foreldre kjente til at meldingen var sendt. De ikke signifikante var barnets bosted, barnets kjønn eller om barnet tidligere var meldt til barneverntjenesten. Det påfølgende avsnitt setter søkelys på de signifikante forskjellene og tolkes i lys av relevant teori og andre empiriske studier, med vektlegging av meldekilde og juridiske retningslinjer. To av fem meldinger omhandlet barn i aldergruppen 6-12 år fra helsesektor og andre instanser. Funn viser at helsesektor og andre instanser viste signifikante forskjeller ved prosentfordeling ved aldergruppen 0-1 år og 2-5 år.



En tolkning som stemmer med en eldre empirisk studie er at helsesektor kan ha en sentral rolle for å sørge for at de minste barna blir fanget opp (Tommyr et al.,2010), også begrunnet med at enkelte helsetjenester ofte har flere naturlige kontaktpunkter med foreldre og barn i de første leveår frem til skolestart (NOU 2017:12). Det påpekes at de minste barna har forhøyet (0-5 år) risiko for å bli utsatt for mishandling, begrunnet med barnas manglende evne for selvivaretagelse og at foreldre opplever ulike belastninger i møte med denne aldergruppen (Geiger & Schelbe, 2021, s. 97).

Helsesektor beskrev oftere i melding at foreldre kjente til at bekymringsmelding var sendt sammenlignet med andre instanser. Når helsepersonell sender bekymringsmelding tilsier retningslinjer at det skal nedtegnes i journal jf. pasientjournalforskriften § 7 b, der det beskrives at pasienter har rett til innsyn i egen helsejournal, både voksne og barn over 16 år, samt at pårørende av yngre barn har innsynrett på vegne av barnet (Helsedirektoratet, 2018). Pårørende med omsorgsansvar vil derfor ha tilgang til barnets journal hvis det er barnet som er i kontakt med helsevesenet mens pasienter med foreldreansvar har innsyn i egen helsejournal. Praktiske retningslinjer for håndtering av bekymring beskriver også at helsepersonell bør informere omsorgsgiver og innhente samtykke til å informere barnevernet, så lenge det ikke står i motsetning til barnets beste (Helsedirektoratet, 2017). En tolkning er at helsepersonell meddeler foreldre om melding da retningslinjer vektlegger det som viktig (KS, 2013; Helsedirektoratet,2017), og understreker betydningen av tydelige retningslinjer. Av overnevnte grunn kan det være vanlig praksis å informere foreldre og beskrive det i meldingen. En alternativ tolkning er at det er vurdert at den aktuelle bekymring ikke er relatert til mishandling eller overgrep utøvd av omsorgsgiver, og at det derfor er naturlig å informere foresatte. Det forutsetter muligens at det er gjort individuelle vurderinger av helsepersonell om det er til fare for barnet. Det kan være at det i overnevnte meldinger er bekymring relatert til omsorgssvikt eller andre familie/miljø faktorer som ikke nødvendigvis omhandler vold eller overgrep. Det kan tenkes at andre meldekilder informerer foreldre muntlig uten at det eksplisitt beskrives i meldingen. På den andre siden er det trolig at enkelte meldekilder inkludert i kategorien andre instanser ikke informere foreldre, eksempelvis private melder som kan velge å melde anonymt (Bufdir, u.å). Overnevnte funn antyder at eksterne faktorer som juridiske føringer og retningslinjer kan være av betydning for praktisk gjennomføring av bekymringsmeldinger i helsesektor.

## **Bekymring relatert til barnet: Helsesektoren rapporterer mer helserelevante bekymringer sammenlignet med andre instanser**

Det ble funnet flere forskjeller på helsesektor sammenlignet med andre meldeinstanser i forhold til bekymringer som ble rapportert om barn. Fem av åtte variabler relatert til barnet viste seg signifikant forskjellig. I vid betydning kunne man si at alle fem av disse variablene indikerer helserelevante problemer, som barnets har nedsattfunksjonsevne/ senutvikling (ligger etter for alder) eller barnets atferd. De variabler som ikke viste seg signifikant var barnets emosjonelle fungering, barnets kriminalitet/ rusbruk og om det ikke var beskrevet bekymring relatert til barnet i meldingen. Uavhengig om det fantes en forskjell sammenlignet med andre instanser viste de fleste rapporter som omhandlet bekymring ved barnet at helsesektor hyppig rapporterte bekymring relatert til barnets psykiske problem/ lidelse, barnets emosjonelle fungering og barnets atferd.

Det finnes ulike hypotetiske forklaringer for disse funnene som blir drøftet nå. Som tidligere nevnte gjaldt en stor andel av meldingene fra helsesektor helserelevante bekymring. En kan anta at foreldre og barn oppsøker helsesektor eller er i kontakt med tjenestene av overnevnte grunn. En alternativ forklaring er at helsepersonell i større grad har spisskompetanse på fysiske eller psykiske utfordringer. Funn stemmer med en eldre internasjonal studie som beskriver at helsepersonell er mer sannsynlig å rapportere om barnets funksjon, sammenlignet med ikke-helsepersonell (Tommyr et al.,2010). Lovverket er en mulig innvirkende faktor for at det bekymring relatert til barnets adferd meldes i en av åtte meldinger fra helsesektor, begrunnet med at barn som utviser alvorlige atferdsvansker, jf. helsepersonelloven § fjerde ledd, skal rapporteres til barnevernet. Funn som indikerer at lovverk kan være innvirkende for hva som meldes er at bekymring relatert til at barnet har nedsatt funksjonsevne (sen utvikling) var dobbelt så ofte beskrevet i meldinger fra helsesektor (7.7 %) sammenlignet med andre instanser (4.1 %). Lovverket tydeliggjør at hvis barn har et særlig behov, eksplisitt hvis barnet har nedsatt funksjonsevne som ikke ivaretas av omsorgsgiver, skal det meldes til barnevernet jf. Helsepersonelloven 33 tredje ledd. Der er en begrensning at denne studien ikke har testet eksplisitt lovverkets innvirkning slik at overnevnte bør tolkes med forsiktighet.

Funn viste forskjell ved bekymring relatert til barnets psykiske lidelse, som hyppigere var rapportert fra helsesektor sammenlignet med andre instanser. I rapporten svikt og svik

(2017:12) er det beskrevet saker hvor fysiske eller psykiske utfordringer/diagnoser har blitt identifisert hos barnet i sammenheng med ulike deler av det norske tjenesteapparatet, inkludert helsetjenesten, der det senere er avdekket at barna har vært utsatt for omsorgssvikt eller vold uten at det er stilt spørsmål om førstnevnte kan ha sammenheng med skadelig barneomsorg. Det er studier som beskriver at barn med kroniske lidelser har forhøyet risiko for å bli utsatt for fysisk mishandling (Svensson et al., 2011; Jaudes & Mackey-Bilaver, 2008). Helsepersonell er i en unik posisjon for å avdekke utilstrekkelig barneomsorg (Myhre, 2010, s. 47), men til tross for muligheten for å identifisering av barna meldes det ikke tilstrekkelig til barnevernet (Homlong et al., 2019; Wilson & Lee, 2021). Ulike symptomer hos barnet som eksempelvis barnets adferd, rusbruk, psykisk utfordringer, emosjonell dysregulering og depressive symptomer kan opptre i sammenheng med utilstrekkelig barneomsorg, eller som et utfallsmål av omsorgssvikt eller mishandling (Jaschek et al., 2016; Eckenrode & Paul, 2015; Dvir et al., 2014; Geiger & Schelbe, 2021, s. 93; Youun et al., 2023). Det er derfor naturlig å anta at bekymring relaterte til barnet i form av ulike symptomer kan være en indikator på bakenforliggende årsaker i barnet oppvekstvilkår.

Funn fra denne studien viser at bekymring ved barnets fungering i skole og barnehage sjeldent rapporteres fra helsesektor i motsetning til andre instanser hvor det ble rapportert dobbelt så ofte. Det kan muligens skyldes at meldekilden skole og barnehagesektor er inkludert i andre instanser. Andre empiriske studier beskriver at kontakten med ulike samfunnstjenester er en innvirkende faktor for innrapportering og opprettelsen av undersøkelser (Nøkleby et al., 2021). At meldekilde er av betydning for hva som meldes støttes også av annen forskning som konkluderer med at ulike profesjoner vurderer omsorgssvikt forskjellig (Gregoire-Labrecque et al., 2020). Sistnevnte studie beskriver at vurderinger påvirkes av fagtilhørighet sammen med individuelle erfaringer. En tolkning er at individuell fagkompetanse eller fagtilhørighet innvirker på hvilke bekymringer som beskrives i melding. Det kan være en medvirkende årsak til at kjennetegn ved meldt bekymring relatert til barnet fremkommer i ulik grad fra helsesektor sammenlignet med andre instanser. Som redegjort for, viste flere kjennetegn av bekymring relatert til barnet seg signifikant forskjellig sammenlignet med andre instanser. Sett i sammenheng med første forskningsspørsmål er overnevnte funn en indikator på at helsesektor skiller seg fra andre instanser når det gjelder bekymring relatert til barnet. Samtidig må det tas i betraktning at analysene kun viser små effektstørrelser slik at det er ikke tale om de store forskjellene mellom helsesektor og andre

instanser når det gjelder bekymring ved barnet. Det kan være at meldinger som beskriver bekymring ved barnet korrelerer med mishandling eller omsorgssvikt. Det har ikke denne studien nærmere undersøkt. Dette avsnittet aktualisere et behov for å undersøke om rapportert bekymring ved barnet fra helsesektor opptrer i sammenheng med skadelig foreldreutøvelse. Det bør i framtidige studier undersøkes om helsepersonell melder bekymring ved selve barnet begrunnet med bakenforliggende mistanke omsorgssvikt eller mishandling.

### **Foreldres omsorg: Helsesektor rapporterte hyppigere ikke møtt til helsetjeneste sammenlignet med andre instanser**

Det ble funnet liten forskjell på helsesektor sammenlignet med andre meldeinstanser i forhold til bekymring rapportert om foreldres omsorg. Det var kun ikke møtt ved innkalling til helsetjeneste som viste seg signifikant forskjellig, der analysen viste en liten effekt størrelse. De ikke signifikante var barnet utsatt for fysisk mishandling, barnet utsatt for psykisk mishandling, barnet utsatt for seksuelle overgrep, manglende oppfølging/ avbrutt kontakt med annen tjeneste, foreldrenes stimulering /veiledning/grensesetting av barnet, foreldrenes grunnleggende omsorg, foreldrenes følelsesmessige tilgjengelighet/evne til å forstå barnet, foreldrenes beskyttelse av barnet og om meldingen ikke beskrev noen bekymring relatert til foreldrenes omsorg. Av de overnevnte var bekymring relatert til at barnet var utsatt for fysisk mishandling, foreldrenes stimulering /veiledning/grensesetting av barnet og foreldrenes grunnleggende omsorg meldt hyppigst. De overnevnte funnene vil nå tolkes i lys av juridiske rammer og drøftes i sammenheng med andre studier som viser til forekomst av ulike former for mishandling og omsorgssvikt. Det vil også drøftes i hvilken grad barriere muligens kan innvirke på rapportering fra helsesektor.

Det er ikke slik at alle forhold eller bekymring utløser meldeplikt. Eksempelvis beskrives det at bekymringsmeldinger som sendes på feilaktig grunnlag er en problemstilling som kan utfordre barnas og foreldres grunnleggende rettsikkerhet (Ohnstad et al., 2021). Analyseresultatene gir støtte for at en andel av meldingene beskriver bekymring som ikke fyller lovens vilkår. For eksempel meldingene som beskriver bekymring om ikke møtt til helsetjeneste. Ikke møtt til helsetjeneste ble beskrevet tretten ganger så ofte i meldingene fra helsesektor sammenlignet med andre instanser Det påpekes av flere at overnevnte ikke medfører meldeplikt (KS, 2013; Ohnstad & Gudheim, 2019). På den andre siden kan det være slik at helsepersonell har kjennskap til at barnet er i behov av helserelatert behandling. En kan

anta at helsesektor hyppigere melder om sistnevnte da helsepersonell vil ha større innsikt i om barn møter til helserelevante tjenester enn andre meldekilder. En alternativ tolking er at lovverket innvirker på beslutning om å melde, ved at det eksplisitt beskrives at helsepersonell plikter å melde til barnevernet når det er grunn til å tro at barn med livstruende sykdom eller skade ikke for nødvendig helsehjelp, eksempelvis ikke møter til undersøkelse for behandling av overnevnte jf. helsepersonelloven § 33 andre ledd. Det er ikke mulig å konkludere at overnevnte meldinger omhandler mangelfull nødvendig medisinsk oppfølging, da innholdsbeskrivelsen er formulert som bekymring om ikke møtt til helsetjeneste. En alternativ tolking er at bekymringer kun omhandler at barnet ikke har møtt til helsetjeneste uten at det foreligger behov for medisinsk helsehjelp, sistnevnte derimot utløser ikke nødvendigvis meldeplikten (KS, 2013).

Funn i denne studien underbygger tidligere forskning om at helsepersonell ikke rapportere psykisk mishandling i lik grad som fysisk mishandling (Fraser et al., 2010). Det står i kontrast til internasjonale og nasjonale studier som beskriver at omfanget av psykisk mishandling er høyere enn for fysisk mishandling (Mctavish et al., 2017; Hafstad & Augusti, 2019). For eksempel viser studien gjennomført av Hafstad og Augusti (2019) til at en av fem har vært utsatt for psykisk mishandling i form av eksempelvis verbale krenkelser vedvarende i løpet av oppveksten, sammenlignet med fysisk mishandling som en av ti barn har vært utsatt for gjentatte ganger i Norge. Samtidig beskrives det en av fem barn har vært utsatt enkelthendelser med fysisk mishandling (Hafstad & Augusti, 2019). Begrunnet med sistnevnte kan det derfor være at helsesektor rapportere om enkeltepisodes av fysisk mishandling og det er årsaken til at det rapporteres hyppigere enn psykisk mishandling. Denne studien har ikke undersøkt om hvilke vurderinger som ligger bak helsepersonells beslutning om å melde, men det kunne vært nyttig og inkludert variabelen som kartlegger om det dreide seg om episode eller bekymring over tid når det gjelder rapportert bekymring for fysisk mishandling. At det ikke fremkom forskjell ved fysisk eller psykisk mishandling mellom helsesektor og andre instanser korresponderer ikke med funn fra en eldre studie som beskriver at helsepersonell oftere rapportere om psykisk mishandling og fysisk skade på barnet sammenlignet med ikke-helsepersonell (Tommyr et al., 2010).

Når funnen viser at under 10 % av meldingene fra helsesektor hadde bekymring relatert psykisk mishandling kan det indikere at helsesektor i mindre grad klarer å identifisere denne typen mishandling sammenlignet med fysisk mishandling. På den andre siden kan det

være at kjennetegn ved sak i form av fysisk mishandling førere til naturlige kontaktpunkter mellom familien og helsetjenestene, eksempelvis ved fysisk mishandling som har medført behov om helsehjelp og at det er medvirkende til at meldinger fra helsesektor hyppigere omhandler sistnevnte. Synlige skader som blåmerker, brudd, brennmerker eller andre skader kan dessuten være synlige symptomer på fysisk mishandling (Geiger & Schelbe, 2021, s. 85) som er enkelt å identifisere og beskrive for helsepersonell (Homlong et al., 2019). Det indikeres i andre studier at mengden bevis, deriblant barnets troverdighet, innvirker på beslutning om rapportering ved mishandling (Pris & Kehn, 2023). Overnevnte kan være enn innvirkende faktor for at helsesektor i større grad rapportere mistanker om fysisk mishandling enn mindre synlige former for mishandling. Identifikasjon av psykisk mishandling kan trolig vanskeligjøres fordi det også mangler en entydig definisjon (DeJong et al., 2022; Hibbard et al., 2012). Tolkningen støttes også av Bjørknes og kollega (2019) sin studie som beskriver at flere av respondentene følte at det ikke hadde tilstrekkelig kunnskap eller opplæring relatert til skadelig barneomsorg.

Det fremstår lignende utfordring relatert til identifikasjon av omsorgssvikt. Hvis omsorgssvikt kun omfatter gjentatte handlinger eller fravær av handlinger (Hafstad & Augusti, 2019), er det muligens utfordrende for helsepersonell å avgjøre om barnet lever under skadelige forhold. Det kan tenkes at de ulike helsetjenestene, eksempelvis sykehus, har få kontaktpunkter med foreldre eller barn der det kanskje ikke mulig for tjenestene å ha innsikt i om det dreier seg enkelthendelser eller forhold som barnet utsette for over tid. Samtidig hvis det avdekkes alvorlige episoder som barnet har vært utsatt for kan det ifølge Proctor og Dubowitz (2014) også defineres som omsorgssvikt, som da følgelig utløser helsepersonells meldeplikt. Det er derfor trolig at ulike kjennetegn ved bekymring medfører ulike beslutninger av helsepersonell i form av å melde eller ikke melde. En tolkning er at overnevnte innvirker på rapporteringsutfall i form av å melde eller ikke-melde, men det er utfordrende å vektlegge en årsak fremfor en annen, begrunnet med at det ikke testes direkte i denne studien. Overnevnte eksemplifisere utfordrende aspekter ved meldeplikt når det ikke er en klar entydig definisjon av omsorgssvikt eller psykisk mishandling (DeJong et al., 2022; Hibbard et al., 2012; Proctor & Dubowitz, 2014).

Når forskning indikerer at barn oftere utsettes for omsorgssvikt og psykisk mishandling, bør helsepersonell også identifisere mindre åpenlyse former for skadelige omsorgssituasjoner. Funn som taler for at helsesektor klarer å avdekke omsorgssvikt er at en

av seks meldinger inneholdt bekymring relatert til foreldrenes grunnleggende omsorg, som kan innbefatte mangelfullt stell, mat, klær, hygiene og kan inkludere mangelfull ivaretagelse av barnets helsemessige behov. Sistnevnte kan muligens i større grad være lettere å avdekke for helsepersonell. En svakhet ved dette datamaterialet, er at det ikke er entydig hva grunnleggende omsorg innbefatter slik at det er vanskelig å tolke hva funnene beskriver. Resultatene viser at andre aspekter av bekymring ved foreldres omsorg, som tolkes til å falle innunder begrepet omsorgssvikt, eksempelvis foreldrenes beskyttelse av barnet, var beskrevet i en av ti meldinger, samt at bekymring relatert til forelders stimulering /veiledning/grensesetting av barnet var rapportert i en av syv meldinger fra helsesektor. Overnevnte indikere at helsesektor også melder bekymring om at barn utsettes for omsorgssvikt. Samtidig viste over 10% av meldingene fra helsesektor bekymring relatert til foreldrenes følelsesmessige tilgjengelighet/evne til å forstå barnet, og av denne grunn fremstår det til at helsesektor også rapportere om følelsesmessige aspekter som kan kategoriseres som emosjonell omsorgssvikt. Andre studier viser til at en overvekt av meldinger som sendes omhandler omsorgssvikt, en tredjedel omhandler flere former for mishandling mens et fåtall utelukkende er fysisk mishandling (Krase & DeLongHamilton, 2015). Det er derfor utfordrende å konkludere hvorfor det i mindre grad meldes om psykisk mishandling fra helsesektor enn andre former for omsorgssvikt eller fysisk mishandling.

Forskningslitteraturen viser til at helsepersonell føler at de mangler den nødvendige kompetanse og kunnskap og strever med å avdekke mishandling eller omsorgssvikt (Lines et al., 2017; Yildiz & Tanriverdi, 2018; Green, 2020; Magee, 2021; Fraser et al., 2010; Foster et al., 2017). Derimot viser en nylig studie gjennomført i Danmark til at mange fastlegger følte seg trygge i å rapportere til barnevernet, samtidig fremkom det at en tredjedel hadde latt være å rapportere selv om det forelå mistanke (Milidou et al., 2023). Overnevnte indikerer at forskningslitteraturen viser noe sprikende funn relatert til rapporteringsadferd. På den andre siden kan det være slik at ulike faggrupper innenfor helsesektor har ulik kompetanse eller trygghet vedrørende mandatet som følge rapporteringsplikten. En systematisk kunnskapsoversikt beskriver at identifisering av mishandling har store variasjoner på tvers av profesjoner innenfor helse, der spesielt tannleger ser ut til å ha lav rapporteringsfrekvens (Bragança-Souza et al., 2023). Det fremheves av andre at en bør styrke metoder slik at en kan identifisere og reagere på barn utsatt for mishandling (McTavish et al., 2017). At helsepersonell mangler rutiner for avdekking av mishandling og omsorgssvikt, støttes av

andre som beskriver at helsepersonell ikke alltid rutinemessig kartlegger mishandling og føler seg ukomfortabel med å diskutere mishandlingshistorikk (Foster et al., 2017), samt at personell med obligatorisk meldeplikt strever med å både avdekke og respondere på mindre åpenbare former for barnemishandling (McTavish et al., 2017). Når helsepersonell velger eller føler seg forpliktet til å sende bekymringsmelding, er enkelte skeptisk til barnevernets evne til å følge opp meldt bekymring (Foster et al., 2017). Det kan muligens være en innvirkende barriere for praktisering av meldeplikt. Det er samsvarende med annen forskning, som indikerer at manglende tillit til systemets evne til å følge opp meldt bekymring innvirker på rapporteringsatferd (Green, 2020). Overnevnte eksemplifiserer utfordrende aspekter ved meldeplikt og at helsepersonells vurderinger rundt disse kan sees som et komplekst problem som kan være vanskelig å tilskrive kun sakskjennetegn. Denne studien kan ikke besvare om det har forelagt barriere eller hvilke vurdering som ligge til grunn for beslutningen om å rapportere og aktualisere et behov for ytterligere studier som undersøker dette.

Et fåtall av meldingene i dennes studie hadde innhold relatert til barnet utsatt for seksuelle overgrep fra helsesektor og andre instanser. Funnene er samsvarende med resultater fra andre studier som indikerer at forekomsten av seksuelle overgrep er mindre enn omsorgssvikt, fysisk og psykisk mishandling (McTavish et al., 2017). Gilbert og kollegaer (2012) stiller spørsmål om registrerte tilfeller av mishandling er en reell indikator på forekomsten av fenomenet, eller om det kan skyldes tilfeldigheter. Sett i sammenheng med sistnevnte funn, der et fåtall av meldingene beskriver bekymring om seksuelle overgrep, er ikke det ensbetydende med lav forekomst. Samtidig beskrives det samsvarende funn i nyere studie av helsesøstres erfaring med mishandling og overgrep i Sverige, at fysisk eller psykisk mishandling oftere er en bekymring enn seksuelle overgrep (Sundler et al., 2021).

Datamaterialet i denne studien inndeler ikke ulike kategoriseringer av seksuelle overgrep, slik at det er vanskelig å konkludere om meldingene beskriver bekymring om overgrep fra nære relasjoner, jevnaldrende, tillitsperson eller anden ukjent overgriper. Det er studier relatert til ofrenes alder og relasjon til overgriper som antyder at jevnaldrende i ungdomsårene står for mange av de seksuelle overgrepene som skjer i ungdomsårene (Kloppen et al., 2016). Nytt lovverk relatert til helsepersonell beskriver at det ikke nødvendigvis er forhold knyttet til hjemmet som utløser meldeplikten, men at det er forhold relatert til barnets situasjon (Helsedirektoratet, 2018), der tidligere lovverk gjeldende for dette datamaterialet beskriver at



det er bekymring relatert til forhold i hjemmet (Helsetilsynet, 2014, s 16). Det er derfor trolig at funnen relatert til meldt bekymring ved seksuelt overgrep omhandler forhold barnet utsettes for i hjemmet. Samtidig er det ikke direkte undersøkt i denne studien slik at en kan ikke konkludere entydig med at det er bekymring relatert til seksuelle overgrep fra omsorgsgiver eller andre i nære relasjoner. Oppsummert antyder funn at kjennetegn ved bekymring relatert til forelderens omsorg fra helsesektor i liten grad skiller seg fra andre instanser.

Flere påpeker at lovverket før 2018 fremsto uoversiktlig og komplekst, og førte til variasjon av praktiseringen av både taushets- og opplysningsplikten (Stang et al., 2013; NOU 2016:16). En reel barriere på beslutning om rapportering er at helsepersonell er usikre eller nøler ved mistanke (Bjørkens et al., 2021; Joh-Carnella et al., 2023). En tydeliggjøring i lovverket som presiserer at barnet ikke må ha vært utsatt for mishandling eller omsorgssvikt, der det istedenfor vektlegges risiko for fremtidig skadelig barneomsorg, kan muligens minske helsepersonells usikkerhet, begrunnet med at melder ikke må sannsynliggjøre at barnet lever under pågående skadelige forhold uten at det nødvendigvis fremstår med entydige bevis. Det er trolig at det er flere innvirkende faktorer på beslutningstaking i forbindelse med bekymringsmeldinger (McTavish et al., 2017; Foster et al., 2017; Pris & Kehn, 2023). Meldeplikten til barnevernet vurderes som et gjenstridig problem som sannsynlig utfordrer helsepersonell sett i sammenheng med at helsepersonell i utgangspunktet er bundet av taushetsplikt (Stang et al., 2013), og at Norske studier indikere at helsepersonell strever med identifikasjon av barnemishandling og omsorgssvikt (Bjørknes et al., 2019; Midtsund et al., 2023).

### **Bekymring relatert til familie/miljø: Meldinger fra helsesektor skilte seg fra andre instanser ved risikofaktorer som foreldres psykiske helse og foreldres rusbruk.**

Fem av ni variabler var signifikant forskjellig sammenlignet andre instanser. De signifikante var foreldres psykiske helse, foreldres rusbruk, foreldres kriminalitet, vold i hjemmet/barnet vitne til vold i nære relasjon og familiens økonomi. De ikke-signifikante var foreldres somatiske helse, forelder er slitne/utslitt, konflikt mellom foreldre, og ingen beskrevet bekymring relatert til familie og miljø. Av de overnevnte var konflikt mellom foreldre og vold i hjemmet sammen med forelders psykiske lidelse og rusbruk hyppigst beskrevet i meldinger fra helsesektor. Funnene tolkes i lys av annen relevant forskning. De

overnevnte funnene blir videre drøftet i sammenheng med innvirkende eksterne faktorer på helsepersonells rapporteringsadferd og beslutningstagerfaktorer ved risikovurdering. Vold i hjemmet/barnet vitne til vold frekventerte i en av syv meldinger fra helsesektor, og var betydelig oftere beskrevet i meldinger fra andre instanser (en av fem). Det samsvarer med en eldre internasjonal studie som beskriver at helsepersonell rapportere mindre vold i nære relasjoner sammenlignet med ikke-helsepersonell (Tommyr et al.,2010). Et kjennetegn utpekte seg ved meldingene fra helsesektor, der bekymring ved foreldres psykiske helse var beskrevet i 29 % av meldingene mot en betraktelig lavere andel fra andre instanser (12.2 %). Psykisk helsevern er en av tjenestene som inngår i utvalgsgruppen helsesektor, slik at en naturlig tolking er at denne sektoren kommer i kontakt med pasienter med psykiske lidelser som det kan tenkes innehar omsorgsansvar for barn. Det kan som tidligere nevnt indikere at meldekilde kommer i kontakt med barn og/eller forelder på bakgrunn av sitt virke. Det er trolig at helsepersonell i større grad har kjennskap til foreldres psykiske helse, og derfor er det et kjennetegn som oftere fremtrer fra helsesektoren. Bekymring ved foreldres rusbruk var beskrevet i overkant av en av fem meldinger fra helsesektor mot en av seks fra andre instanser. Sett i sammenheng med retningslinjer fra Helsedirektoratet (2018) om at barn som pårørende av psykisk syke eller rusmiddelavhengige, skal identifisere og få adekvat oppfølging er funn relatert til foreldres psykiske lidelser eller rusbruk muligens en effekt av tydelige retningslinjer. Det er ikke ensbetydende med at det skal meldes til barnevernet, men kan være en medvirkende årsak til at bekymring relatert til foreldres psykiske helse er et sakskjennetegn som er meldt hyppigst fra helsesektor. En annen tolkning er at helsepersonell antar at foreldres psykiske uhelse og rusbruk innvirker negativt på barneomsorg og derfor sender bekymringsmelding relatert til overnevnte i større grad enn andre meldekilder. Når funn i denne studien viste at en stor andel av meldingene fra helsesektor inneholder beskrivelse relatert til foreldres psykiske lidelse/helse, kan en anta at helsesektor fyller en viktig rolle i å avdekke barn i risiko, og er av betydning for at barna fanges opp av systemet. Det beskrives i en nyere empirisk studie av ungdom gjennomført i Danmark at foreldresykdom er sterkt korrelert med på negativ livstilfredshet hos barna (Jørgensen et al., 2022). Retningslinjen fra Helsedirektoratet (2018) inkluderer somatisk sykdom, psykiske lidelser og avhengighetsproblematikk. Det skal avdekkes om pasienter har foreldreansvar, og spesifikt i spesialisthelsetjenesten tydeliggjøres dette ansvaret, jf. Spesialisthelsetjenesten §3-7a om barneansvarligpersonell. Psykisk uhelse hos omsorgspersoner er sterkt korrelert med

negative utfallmål hos barn (Reupert et al., 2012; Schepman et al., 2011; Kamis, 2021). Psykisk uhelse øker ifølge Hafstad og Augusti (2019, s. 103,112) sannsynligheten for å ha hatt andre volds- og overgrepserfaringer, der det også beskrives at foreldres rusmiddelbruk, kriminalitet og familieøkonomi er kjente risikofaktorer. Resultatene i denne studien indikerer derimot at sosioøkonomiske faktorer i form av familiens økonomi i liten grad er representert som bekymring i meldingene fra helsesektor (3.2 %). En alternativ tolkning er at helsepersonells kompetanse på faktorer som kan innvirke negativt på barneomsorg er større enn hos andre meldekilder. Det står i kontrast til forskning som viser til at helsepersonell mangler kunnskap og kompetanse, og strever med å identifisere og rapportere om ulike former for mishandling og/eller omsorgssvikt (Magee, 2021; Yildiz & Tanriverdi, 2018; Green, 2020; Fraser et al., 2010; Foster et al., 2017). De sistnevnte studier omhandler direkte identifikasjon av mishandling og omsorgssvikt, funnen i denne studien indikere at helsesektor muligens er bedre på å avdekke risikofaktorer for mishandling og omsorgssvikt, eksempelvis foreldres psykiske lidelse eller foreldres ruslidelse.

Funn fra denne studien viste at bekymring ved foreldres somatiske helse i liten grad er beskrevet i meldingene, uavhengig av meldekilde. Det er noe overraskende basert på retningslinjer fra Helsedirektoratet (2018), som påpeker at barn som pårørende bør identifiseres i sammenheng med foreldresykdom. Det er også uventet at resultatene viste tilnærmet lik prosentfordeling ved både helsesektor og andre instanser begrunnet med en antagelse om at helsesektor i større grad kommer i kontakt med foreldre som har ulike alvorlighetsgrader av somatiske lidelser. Det er eksempelvis årlig 3500 barn som opplever at en foreldre for en kreftdiagnose (Kreftregisteret, 2012), der forskning beskriver at foreldre med en kreftdiagnose kan påvirke barn i negativ retning (Faccio et al., 2018). Ved den lave frekvens relatert til somatikk, kan det fremstå som at somatiske lidelser ikke vurderes som bekymringsfullt i samme grad som rus og psykiske lidelser. Det er nylig gjennomført en studie som indikere at identifikasjon av barn som pårørende i større grad følges av personell i helsetjenestene når det er rus og psykisk sykdom hos foreldre, men i mindre grad når barn er pårørende ved omsorgsgivers fysiske lidelser (Stavnes et al., 2022). Sett i sammenheng Tversky og Khanemans (1974; 2003) anerkjente teoretiske bidrag om beslutningsskjevheter kan høy rapporteringsfrekvens av bekymring relatert til forelders psykiske lidelser og rusbruk i denne studien skyldes effektive tommelfingerregler som brukes av helsepersonell ved beslutning om å melde til barnevernet. Det beskrives at sykepleiernes holdning til

rapportering spiller en vesentlig rolle for rapportering (Zusman & Saporta-Sorozon,2022). En tolkning er at beslutningstagerfaktorer innvirker på hva som meldes. For eksempel at helsepersonells subjektive følelser eller holdninger til individer med psykiske lidelser eller ruslidelser påvirker urimelig ved vurdering av risiko for skadelig barneomsorg i form av beslutningsskjevheter. Det er empiriske studier som støtter at helsepersonell benytter seg av skjønsmessige vurderinger når det kommer til bekymringsmeldinger (Jack et al., 2021). Funn i denne studien, som kan være en indikasjon på beslutningsskjevheter, er den lave andelen av meldingene som rapporterte bekymring ved foreldres somatiske helse. Dette på tross av at forskning indikere at foreldres somatiske sykdom medfører risiko for eksempelvis omsorgssvikt (Chiang et al, 2020). Det er studier som beskriver at barn med kronisk syk forelder har høyere risiko for problemadferd sammenlignet med andre barn (Sieh et al., 2010) også ved somatiske lidelser (Sieh et al., 2012; Kaasbøll et al.,2012). Eksempelvis er det beskrevet at barn som er pårørende av MS-syke (multippel sklerose) blir overlatt med for mange omsorgsoppgaver og ansvar som ikke er tilpasset barnets alder (Bjorgvinsdottir, 2014).

Oppsummert tolke funn relatert til forskjeller mellom helsesektor og andre instanser ved bekymring relatert til familie/miljø muligens kan tilskrives at meldekilder har ulik innsikt og tilgang til slike familie/miljø kjennetegn. Resultatene viser at når det er signifikante ulikheter mellom helsesektor og andre instanser at det kun er tale om små effektforskjeller, det tas i betraktning at flertallet av meldekilder inkludert i andre instanser også rammes inn av obligatorisk meldeplikt, unntatt private og andre meldere.

**Forskningsspørsmål 2: Det er ikke funnet forskjell mellom helsesektor og andre instanser ved utfallmål eller med hensyn til hvilke tiltak som besluttes etter barnevernundersøkelsen**

Det var antatt at meldinger fra helsesektor i større grad resulterte i tiltak enn andre meldekilder, begrunnet med at de har tilgang til helserelaterte opplysninger, og mer informasjon om eksempelvis foreldres psykiske lidelser og ruslidelser, eller skader hos barnet som kan ha oppstått på grunn av mishandling enn andre meldekilder. Enkelte studier indikerer at meldinger fra medisinske yrker viser høyere grad av begrunnelser sammenlignet med andre grupper med obligatorisk rapporteringsplikt, eksempelvis at leger dokumentere fysiske utfall av mishandling (Otterman et al., 2017). Av overnevnte grunner var det forventet

å finne støtte for de alternative hypotesene om at helsesektor skiller seg fra andre instanser ved barnevernsundersøkelsens beslutningsutfall. Resultatene viste derimot at helsesektor ikke i større grad enn andre instanser sannsynliggjør at beslutningen er tiltak, ingen signifikant forskjell på utfall etter barnevernsundersøkelsen, analysen viste hyppigst beslutning om hjelpetiltak eller beslutning om henleggelse. Det var et fåtall som resulterte i plassering av barnet i form av frivillig plassering, akutt-plassering eller begjæring om omsorgsovertagelse. Sistnevnte viser til at de inngripende tiltak som beskrevet av Bartelink og kollegaer (2018) sjeldent er et beslutningsutfall etter barnevernsundersøkelser i det Norske barnevern. Funnene er samsvarende med annen forskning som beskriver at hjelpetiltak er den vanligste tilbudte hjelp fra barnevernet i Norge (Fauske et al., 2017).

En forklaring for at det ikke kom frem forskjell på helsesektor og andre instanser, kan være at flertallet av de andre meldekildene inkludert i andre instanser også rammes inn av obligatorisk meldeplikt, unntatt som tidligere nevnt eksempelvis private og andre meldere. Andre studier hevder at sektorer med lovpålagt meldeplikt i større grad begrunner bekymring i melding enn for eksempel private meldere (Ho et al., 2017). Private melder uten meldeplikt representerer tilnærmet en av fem meldinger undersøkt, slik at det er interessant at utfallsmål ikke skiller seg ved de to gruppene. Samtidig er det trolig at helsesektor spiller en avgjørende rolle når det vises til at nærmere en av fem meldinger i totalutvalget kommer fra denne sektoren. En kan anta at meldingene er av betydning for de barn som får tiltak. Det er barn som muligens er identifisert på grunn av meldinger fra helsesektor. Funn som derimot taler imot at helsesektor er avgjørende for identifisering av barna, er at en stor andel av meldingene gjelder barn hvor andre tidligere har vært bekymret for barnets situasjon. Av sistnevnte grunn er det trolig at andre også tidligere har vurdert at barna er i behov av hjelp. Det gjaldt for 41.6 % av meldingene fra helsesektor, hvor andre instanser viste samme tendens.

### **Sakskjennetegn i sammenheng med barnevernets beslutningsutfall**

Påfølgende avsnitt vil sette søkelys på kjennetegn ved sak som en innvirkende faktor på beslutningsutfallet. Funn relatert til konklusjonen på barnevernets undersøkelsesarbeid vil også drøftes i lys av kompleksitetsteori og andre empiriske studier. Barnevernets meldingsarbeid i Norge preges av ulike beslutninger (Kojan et al., 2016, s. 64-65), deriblant er det lovhemlet å fatte beslutninger om undersøkelse hvis det er sannsynlig at barnet er i

behov av barneverntiltak, jf. Barnevernsloven §2-2(gammel Barnevernlov § 4-2 og § 4-3). At resultatene i denne studien ikke fant støtte for *H<sub>1.1</sub>, Det er forskjell mellom helsesektor og andre instanser ved utfallsmål etter barnevernsundersøkelsen* eller *H<sub>2.2</sub>, Det er forskjell på hvilke tiltak som besluttet etter barnevernsundersøkelsen ved helsesektor og andre instanser* overrasker sett i sammenheng med funn relatert til forskjeller ved kjennetegn. For eksempelvis signifikante forskjeller mellom helsesektor og andre instanser relatert til saks kjennetegn som i utgangspunktet er kjente risikofaktorer, som foreldres psykiske helse, som var beskrevet i omtrent en av tre meldinger fra helsesektor. Andre studier beskriver at saks kjennetegn er av betydning for om det iverksettes undersøkelse (Rustad et al., 2022). Funnene indikere at på tross av at barnevernet vurderer at kjennetegn av bekymring beskrevet i meldinger fra helsesektor fyller vilkår om undersøkelse, medfører ikke det nødvendigvis at beslutningsutfallet etter barnevernsundersøkelsen er tiltak. Det tolkes til at selv om helsesektor identifiserer barna, er det ikke ensbetydende med at det resulterer i tiltak. Samtidig er ikke konklusjon om henleggelse etter undersøkelsesarbeidet til barnevernet ensbetydende med at barnet ikke er i behov av hjelp. Som det eksemplifiseres i rapporten svikt og svik (2017:12), der det beskrives enkeltsaker hvor det har vært sendt tosfrede antall av bekymringsmeldinger relatert til uholdbare omsorgsforhold, uten at barneverntjenesten har intervenert, er det trolig at barn som burde fått hjelp ikke nødvendigvis for det. Det er problematisk med tanke på den forhøyede risiko for negative utfallsmål det kan ha for barn som blir utsatt for belastende oppvekstvilkår (Kvello, 2015; Thoresen et al., 2015).

En alternativ forklaring er at beskrevet bekymring i meldinger uavhengig av meldekilde, er utfordrende for barneverntjenesten å bekrefte og av samme grunn ikke godt nok for avdekket om barnet er i behov av tiltak. Det støttes av andre som argumenterer for at undersøkelsesarbeidet til barnevernet er komplekst, og at beslutninger skal baseres på analyser av all saksinformasjon som er innhentet (Rød & Heggdalsvik, 2016, s. 86). Spratt og Devaney (2009) aktualiserer utfordringen barnevernet står i, ved at barnevernets beslutninger er både komplekse, og familiers problemer er sammensatte, der barnemishandling kan sees som et «wicked problem», som kan virke vanskelig å finne løsningen på. En forklaring på den høye henleggelsesrate, er at meldt bekymring blir avkreftet i undersøkelsen. Det er av andre forskere fremmet et behov for forskning som ser på effektivitet av opplæring og kompetanseprogrammer som kan bedre identifisering og rapportering av mistenkt barnemishandling (Ho et al., 2017). Det påpekes i sistnevnte studie at yrkesgrupper bundet av

obligatorisk meldeplikt bør sende bekymringsmeldinger i større grad på hva som utgjør det juridiske lovverket og en forståelse av hvilke beviser som trengs for å underbygge misbruk. Enkelte viser til betydningen av tydelige juridiske føringer, og at tilrettelegging for standardisering og objektivitet kan føre til mer nøyaktige meldinger om reell barnemishandling (Liu & Vaughn, 2019). Det er internasjonal forskning som viser til at rapportert bekymring om eksempelvis mishandling ikke nødvendigvis blir bekreftet av barnevernsundersøkelsen (Ho et al., 2017). Overnevnte kan tolkes til at selv om meldinger fremstår med sakskjennetegn relatert til overgrep eller mishandling som i denne studien, er det ikke ensbetydende med at barnevernstjenesten undersøkelsesarbeid bekrefter mistanken.

### **Barnevernets beslutningsutfall sett i sammenheng med andre mulige**

#### **innvirkende faktorer**

Funn relatert til barnevernets undersøkelseskonklusjon vil sees i lys av andre mulige innvirkende faktorer på beslutningsutfallet i form av juridiske føringer, helsefaglige retningslinjer og beslutningstagerfaktorer. Som nevnt i forskningsgjennomgangen poengteres det av flere at lovverket relatert til opplysningsplikten og taushetsplikt kan oppleves uoversiktlig og er en innvirkende faktor for praktisering av meldeplikten (NOU: 2016:16; Stang et al., 2013). Sett i sammenheng med den relativt store andelen av barnevernsundersøkelser som funn i den studien konkludere med henleggelse er det utfordrende å fastslå en enkelt årsaksforklaring, da også med henblikk på hvilke variabler som er testet. Det beskrives at politiske faktorer er av betydning, deriblant intervensjonspolitik (Gilbert, 2012), samt at yrkesgrupper som omfattes av lovverket for obligatorisk meldeplikt er sentrale og av betydning for å forhindre overgrep mot barn og de skadelige konsekvenser det kan ha (Liu & Vaughn, 2019). Barnevernets hensikt er å sørge for at barn får den nødvendige hjelp når livsbetingelsene truer deres optimale utvikling. Internasjonal forskning indikerer derimot av mishandlingsrater ikke nødvendigvis har gått ned etter innførsel av intervensjonspolitik (Gilbert et al., 2012). Det taler muligens imot at bekymringsmeldinger forebygger mishandling. Lovpålagt rapportering og undersøkelsesarbeidet til barnevernet fremstår derfor som utfordrende og sammensatt. Det blir i flere retningslinjer påpekt ansvaret helsepersonell har for å ivareta barn og melde videre ved alvorlig bekymring (Helsedirektoratet, 2018; Helsetilsynet, 2014). Føringer fra Helsedirektoratet er tydelige på at barn som pårørende skal være en prioritering, slik at

muligens helsepersonell ikke vektlegger lovgrunnlaget om alvorlig svikt eller mishandling og i større grad melder om mindre alvorlige former for uheldig barneomsorg, bekymring ved barnet eller ulike familie/miljø risikofaktorer.

Enkelte stiller spørsmål om meldinger sendes på riktig rettslig grunnlag (Ohnstad et al., 2021). Når et stort antall av meldingene i denne undersøkelsen konkluderer med henleggelse, er en naturlig tolkning at meldinger sendes for ofte. Flere poengterer at det er et alvorlig inngripende i privatlivet, og at det kan være direkte belastende for familien og barnet som blir gjenstand for undersøkelsen (Ohnstad et al., 2021; Andersen, 2008; Schwab-Reese et al., 2022). Det er derfor utfordrende å konkludere med at det er til barnets beste hvis meldinger sendes og barnevernets undersøkelsesarbeid avdekker at det ikke er forhold som samsvarer med sendt bekymring eller bekymring som ikke fyller vilkår etter loven. Sistnevnte er en trolig tolkning basert på funn fra hovedstudien der det beskriver at 30 % av undersøkelsene henlagt hadde begrunnelse relatert til at det ikke var grunnlag for tiltak etter Barnevernloven (Christiansen et al., 2019, s. 148). Det var ved beslutning om henleggelse i sistnevnte studie, mulig med flere samtidige begrunnelser i en og samme melding, slik at en kan ikke nødvendigvis konkludere med at henleggelse kun var basert på mangelfullt juridisk grunnlag for tiltak.

Det er av overnevnte grunner trolig at eksterne faktorer i form av juridiske føringer kan være innvirkende, både på det som gjelder helsepersonell beslutning om å melde, og det videre undersøkelsesarbeidet til barnevernet. Eksempelvis viser en gjennomgang av tall fra SSB (2013-2022) at helsestasjon og skolehelsetjeneste, lege/sykehus og tannlege en økning i antall meldinger ved sammenligning av tall fra 2017 og de påfølgende årene. Overnevnte er ikke representativ for den ellers synkende trenden når det gjelder rapporteringstendenser etter 2017 (Dyrhaug, 2023). Det kan tolkes til at meldinger fluktuerer over tid og eksemplifiserer av funn basert på tverrsnittstudier som denne bør tolkes med forsiktighet, i hvert fall hvis hensikten er å predikere sendere tendenser. En alternativ tolkning er at rapporteringstrender avhenger av meldekilde, der eksterne forhold som endring i lovtekst for helsepersonell (2018) har medført en økning i antall meldinger fra enkelte av helsetjenestene. Sistnevnte eksemplifiserer hvordan juridiske faktorer kan være av betydning. Beslutningsøkologisk modell som fortolkningsramme vektlegger at når faktorer i økologien endrer seg, interagerer det med beslutningsprosessen og utfallet (Fluke et al., 2022). Sett i sammenheng den anvendte beslutningsøkologisk modell som en ekstern juridisk innvirkende faktor, er



overnevnte ikke en usannsynlig tolkning, og aktualisere behovet for videre studier for å kunne konkludere om presisering i lovtekst har hatt en effekt på utøvelsen av meldeplikt i enkelte av helsetjenestene.

Når funnene i denne studien viser at en overvekt av meldingene henleggelse, kan det støtte en oppfatning om at meldinger ikke har effekt hvis den tiltenkte hensikt er at meldinger skal resultere i barnevernstiltak. Flere støtter at en reell barriere for rapportering er manglende tiltro til systemets evne til å følge opp meldt bekymring (Foster et al., 2017; Green, 2020). I utgangspunktet faller opplysningsplikt inn hvis det er grunn til å tro at barnet er utsatt for mishandling eller alvorlig omsorgssvikt der helsepersonell skal sende melding ut fra den kunnskapen de har om foreldre eller barnet (Helsetilsynet, 2014). Det er kun tilfeller hvor det er grunn til å tro at omsorgsovertagelse eller andre inngripende tiltak kan være nødvendig av hensyn til barnets beste. Det kan være at helsepersonells vurdering av om barnet lever under pågående svikt eller mishandling er utfordrende å ha direkte innsikt i. Det er trolig at enkelte meldinger sendes på feil rettslig grunnlag, som påpekt av andre at eksempelvis ikke møtt til helsetjeneste nødvendigvis utløser meldeplikt (Gudheim & Ohnstad, 2019). En tolkning er at helsepersonell ikke har nok kunnskap om lovverket eller hvilke vilkår som utløser meldeplikten. På den andre siden kan det være at barnet eller foreldrenes/omsorgsgiver sin situasjon er uoversiktlig eller uavklart og bekymringsmelding sendes for å være på den sikre siden. For eksempel beskriver Regehr og kollegaer (2021) at når usikkerheten er høy synes arbeidstaker å stole mere på personlig erfaringer og holdninger og at da kan ulike beslutning skjevheter (biases) gjøre seg gjeldende. Andre konkluderer med at forståelse rundt slike skjevheter og heuristikker er viktige for å minimere systematiske feil (Munroe, 2005; Tversky & Khaneman, 1974, s. 1131; Khaneman, 2003). Overnevnte eksemplifiser at det kan være flere forhold som innvirker i sammenheng med helsepersonells meldeplikt og av den grunn hva som rapporteres, Sistnevnte er i tråd med annen forskning som viser til flere faktorer som kan være av betydning for helsepersonells rapporteringsadferd, eksempelvis holdninger (Zusman & Saporta-Sorozon, 2022), personlige erfaringer (Gregoire-Labrecque et al., 2020) eller organisatoriske faktorer (Lines et al., 2020).

Resultatene i denne undersøkelsen indikerer at vurderingen av barnets situasjon i flertallet av meldingene har ført til et beslutningsutfall om henleggelse. Det betyr ikke at det nødvendigvis er rett beslutning. Munroe (2019) beskriver at vurderinger av barnets situasjon preges av usikkerhet, og at denne usikkerheten er unngåelig i barnevernets

undersøkelsesarbeid. Det er et solid forskningsgrunnlag som indikerer at individuelle beslutningstakerfaktorer innvirker på beslutningstaking i barnevernet (Munroe, 1999; Enosh et al., 2014; Arruabarrena et al., 2017; Fluke et al., 2022, Bartelink et al., 2018). En studie beskriver eksempelvis at oppfattet fare for barnet synes å øke sannsynligheten for at det anbefales plassering (Bartelink et al., 2018). Samtidig beskrives det at omtrent en av fem barnevernsundersøkelser som henleggelse er begrunnet med at foreldre takker nei til tiltak (Ellingsen et al., 2015, s. 56; Christiansen et al., 2019, s. 156). Sistnevnte indikere at beslutning om henleggelse avhenger av flere faktorer utover beslutningstagere i barnevernet, og aktualiserer at det kan være at flere av meldingene som henlegges gjelder barn som er i behov av hjelp, men at barnets situasjon ikke er av en slik alvorlighetsgrad at barnevernet benytter tvangsinngrep. Oppsummert er det utfordrende å tolke funnen som viser til studiens begrensninger, men sett i lys av andre studier er det trolig at andre faktorer utover sakskjennetegn, innvirker på barnevernets beslutningstaking om intervensjon eller henleggelse.

**Forskningsspørsmål 3: Det ble funnet flere forskjeller på kjennetegn ved meldingene fra helsesektor hvor barnevernsundersøkelsen konkluderte med iverksatt tiltak sammenlignet med meldingene henlagt**

Denne delen av diskusjonen vil nå drøfte resultatene relevant for besvarelsen av tredje forskningsspørsmål. Analysen viste at enkelte kjennetegn ved meldingene med iverksatt tiltak (n=91) viste seg signifikant forskjellig sammenlignet med meldingene som ble henlagt (n=130) fra helsesektor. Ingen av bakgrunnsvariablene viste seg forskjellig og blir derfor ikke videre drøftet. Kapittelet inndeles i fire underkategorier: bekymring relatert til barnet, bekymring relatert til foreldrenes omsorg, bekymring relatert til familie/miljø. Avslutningsvis drøftes funnene i lys av en beslutningsøkologisk fortolkningsramme for barnevernets beslutningstaking.

**Bekymring relatert til barnet: Barnets emosjonelle fungering og fungering i barnehage/skole var hyppigere beskrevet i meldingene med iverksatt tiltak.**

Det ble funnet flere forskjeller på meldingene som førte til tiltak sammenlignet med meldingene som ble henlagt i forhold til bekymringer rapportert om barnet. Av de syv analyserte variablene, viste tre seg signifikant forskjellig, analysen viste liten effektstørrelse.

De signifikante var barnets fungering i barnehage/skole, barnets emosjonelle fungering, og om det ikke var beskrevet bekymring relatert til barnet. De ikke-signifikante var barnet har nedsatt funksjonsevne/ sen utvikling (ligger etter for alder), barnets psykiske problem/lidelse, barnets atferd og barnets relasjoner til voksne (tilknytningsvansker/samspeillet med omsorgspersoner)

De overnevnte funn vil nå drøftes i sammenheng med barnevernets undersøkelsesarbeid og relevant teori.

Meldingene med tiltak beskrev hyppigere bekymring relatert til barnets fungering i skole/barnehage og barnets emosjonelle fungering sammenlignet med gruppen av meldinger som ble henlagt etter barnevernsundersøkelsen. Funnt fra denne studien viste ikke at innhold som var relatert til barnets fysiske eller psykiske helse kjennetegnet meldingen med iverksatt tiltak. En signifikant høyere andel av meldingene henlagt (63.1 %) sammenlignet med meldingen med iverksatt tiltak (48.4 %) rapporterte ingen kjennetegn av bekymring relatert til barnet. En tolkning er at meldinger som beskriver innhold relatert til barnet er en indikator på at barnets strever på en eller annen måte, og med tanke på hva som er barnevernets mandat er det kanskje en sannsynliggjøring av at barnet er i behov av hjelp. En forklaring for overnevnte funn, er at barnevernet i større grad vurderer at barnet er i behov av tiltak når meldinger beskriver bekymringsfulle faktorer relatert til barnet. Det er omfattende forskningslitteratur som viser til en rekke negative symptomer hos barnet som opptrer i sammenheng med skadelig barneomsorg (Jaschek et al., 2016; Eckenrode & Paul, 2015; Dvir et al., 2014). Derfor er det ikke usannsynlig at barnevernundersøkelsen avdekker omsorgssvikt eller mishandling når meldinger beskriver overnevnte bekymringer. Samtidig blir ikke dette undersøkt direkte i dennes studie slik at en kan ikke konkludere med at overnevnte opptrer i sammenheng med bekymring relatert til barnet. En alternativ tolkning er at det ved barnevernets informasjonsinnhenting blir bekreftet barnets utfordringer, eksempelvis mangelfull fungering i skole eller barnehage bekreftes av andre informasjonskilder og at barnevernet derfor konkludere med barna er i behov av tiltak. Overnevnte understreker behovet for ytterligere studier med datamateriale som gjenspeiler dagen situasjon som undersøker slike samvarierende saksfaktorer.

### **Foreldres omsorg: Meldingene med iverksatt tiltak rapportert hyppigere om fysisk mishandling, foreldens grensesetting og foreldres følelsesmessige tilgjengelighet.**

Det ble funnet flere forskjeller ved meldingene hvor beslutningen var iverksatt tiltak sammenlignet med meldingene henlagt når det gjaldt bekymringer ved foreldres omsorg. Av de ni variablene viste fem seg signifikant forskjellig, det var kun liten effektstørrelse. De signifikante var barnet utsatt for fysisk mishandling, manglende oppfølging/avbrutt kontakt med annen tjeneste, ikke møtt ved innkalling til helsetjeneste, foreldrenes veiledning/stimulering /grensesetting og foreldrenes følelsesmessige tilgjengelighet/evne til å forstå barnet. De ikke signifikante var barnet utsatt for psykisk mishandling, foreldrenes grunnleggende omsorg, foreldrenes beskyttelse av barnet og at det ikke var beskrevet bekymring relatert til foreldres omsorg. Overnevnte funn blir drøftet i sammenheng med teori, med søkelys på de signifikante forskjellene og funn som overrasket sett i sammenheng med andre studier.

Det fremkom ikke støtte for at gruppeforskjeller om det var beskrevet barnet var utsatt for psykisk mishandling. Det er empiriske støtte for at overnevnte utgjør en betydelig risikofaktor for barns ved og vell (Eckenrode,2015; Arslan, 2016; Scott et al.,2023). Det er derfor naturlig å anta at hvis barnevernsundersøkelsen bekrefter bekymring av overnevnte at det konkluderes med tiltak. Det kan være en indikator på at barnevernet ikke klarer å avdekke psykiske mishandling og det kan forklares med at det fremtrer skjult og uten entydige bevis. En av fire meldinger i meldingene med iverksatt tiltak beskrev bekymring om barnet utsatt for fysisk mishandling mot en signifikant lavere andel ved meldingene henlagt (en av tolv). Flere studier indiker at helsepersonell er tryggere i å rapportere denne formen for mishandling enn andre former for mishandling eller svikt (Fraser et al., 2010). En tolkning er at helsepersonell er sikrere i sakene relatert til fysisk mishandling og at de da i større grad rapportere saker som fyller vilkår etter loven ved overnevnte kjennetegn. Denne studien sannsynliggjør at når fysisk mishandling beskrives i melding er det trolig at barnevernet konkludere med tiltak. Det kan være en indikasjon på at barnevernsundersøkelser bekrefter bekymring som rapporteres ved fysisk mishandling og at det er medvirkende til at barnevernskonklusjonen er tiltak ved meldingene som fremtrer med slike kjennetegn. På den andre siden kan det være at det er flere bekymringsfulle forhold som samlet sett øker sannsynligheten for tiltak. Analyseresultatene av antall problemer indikere at en og samme

melding kan beskrive flere bekymringsfulle kjennetegn. Det er av sistnevnte grunn vanskelig å forklare undersøkelsesutfallet med et enkelt kjennetegn som viser begrensinger ved valgt metodisk tilnærming da med henblikk på analysemetode benyttet. En alternativ tolkning er at det fremkommer andre opplysninger under barnevernets undersøkelsesarbeid, som tidligere nevnt, datamaterialet i denne studien ikke redegjør for.

Langsrud og kollega (2020) beskriver at barneverntjenesten er et system hvor komplekse og sammensatte problemstillinger utfordrer den videre problemløsning og viser til at kompleksitetsteori kan utgjøre en hensiktsmessig forståelsesramme. Ved et slikt perspektiv vil gjenstridige problemer kjennetegnes av at det ikke nødvendigvis er en rett løsning. Det kan i noen tilfeller innebære å velge mellom to alternativer hvor det ikke er åpenbart hvilket alternativ som er rett. For eksempel valget mellom å henlegge eller sette inn tiltak. Sett i sammenheng med meldinger hvor det beskrives fysisk mishandling kan det muligens i større grad fremtre en rett løsning. Det kan muligens være at meldinger som beskriver fysisk mishandling fremstår med entydig bevis for barnet utsattes for skadelig barneomsorg og derfor fyller vilkår etter loven om barnevernstiltak, forutsatt at mishandling blir bekreftet av barnevernsundersøkelsen. Som tidligere nevnt kjennetegnes disse problemene av at det finnes en problemløsning. En kan tolke resultatene til at når meldinger kjennetegnes av fysisk mishandling fremstår det som overveiende sannsynlig for at barnet vil være i behov av tiltak og at det derfor påvirker beslutningsutfallet til barnevernet. Sett i sammenheng eksterne faktorer det med henblikk på den juridiske rammer for barnevernsarbeid, der det blant annet eksplisitt beskrives at barn usatt for mishandling fyller vilkår om tiltak etter loven, tolkes funn til å kunne være en effekt av et tydelig lovverk. Overnevnte eksemplifiserer hvordan eksterne faktorer som beskrevet i anvendt modell for barnevernet beslutningstaking muligens innvirker på beslutningsutfallet.

Kjennetegn hyppigere beskrevet i meldingene med iverksatt tiltak sammenlignet med meldingene henlagt var innhold relatert til foredlerens følelsesmessige evne til å forstå barnet og forelderens grensesetting/ stimulering /veiledning. Det tolkes til at følelsesmessige aspekter i form av emosjonell omsorgssvikt også er et kjennetegn som heller beslutningen i retning tiltak. En forståelse av overnevnte funn er at ulike aspekter av omsorgssvikt som for eksempel mangelfull grensesetting eller evne til å forstå barnet er av betydning for undersøkelsesutfallet. Overnevnte tolkes til å være en form for manglende omsorgsevne.

Funn er samsvarende med tidligere studier der det beskrives at manglende omsorgsevne er en hyppig begrunnelse for tiltak i barnevernet (Clausen & Valset, 2012).

Resultatene i denne studien indikerer at et lite utvalg av meldingene omhandler ikke møtt til helsetjenestene. En tolkning er at ikke møtt til helsetjeneste innebærer at barnet ikke får adekvat helsemessige oppfølging. Barnevernet kan som nevnt ikke fatte beslutning om undersøkelse hvis ikke vilkåret i loven er til stede (jf. Barnevernsloven § 4-3, ny § 2-2.). En kan derfor anta at det har kommet frem av meldingene som går videre til undersøkelse andre bekymringsfulle kjennetegn enn ikke møtt til helsetjeneste begrunnet med iverksatt barnevernsundersøkelse. Det eksemplifiserer at sakskjennetegn kan være av betydning for vurdering av melding og den videre undersøkelsesprosessen. Det var en overvekt av overnevnte kjennetegn ved meldingene henlagt (13.1 %) mot en enkeltsak (1.1 %) ved meldingene med iverksatt tiltak. Samme tendens ved manglende oppfølging/ avbrutt kontakt med annen tjeneste. Sistnevnte var hyppigere beskrevet i meldingene henlagt (10.8 %) sammenlignet med meldingene med iverksatt tiltak (2.2 %). Overnevnte underbygger en antagelse om at ikke møtt til innkalling til helsetjeneste eller manglende oppfølging/ avbrutt kontakt med annen tjeneste er sakskjennetegn sannsynliggjør at barnevernet konkludere med henleggelse. Det kan trolig begrunnet med, som tidligere nevnt, at det er bekymring som ikke nødvendigvis fyller vilkåret om barnevernstiltak.

#### **Bekymring relatert til familie/miljø: Konflikt mellom foreldre og foreldre slitne frekventerte hyppigere i meldingene med iverksatt tiltak**

Det ble funnet få forskjeller på meldingene der beslutningen var iverksatt tiltak sammenlignet med meldingene henlagt når det gjaldt bekymringer relatert til familie/miljø. Av de seks variablene var to statistisk signifikant forskjellige og her som ved de fleste andre signifikante forskjellene viste analysene liten effektstørrelse. De signifikante var: forelder er slitne/utslitt og konflikt mellom foreldre. De ikke-signifikante var: foreldres psykiske helse, foreldres rusbruk, vold i hjemmet/barnet vitne til vold i nære relasjoner og om det ikke var beskrevet bekymring relatert til familie/miljø. De overnevnte funnene blir drøftet i lys av andre studier på kjente risikofaktorer som rusmiddelbruk og foreldres psykiske problemer. Det blir videre sett i sammenheng med barnevernets beslutninger og risikovurderinger som gjelder barnets situasjon.

Det er trolig at sakskjennetegn i form av bekymring relatert til konflikt mellom foreldre sannsynliggjør at barnevernets beslutning er iverksatt tiltak. At saksbehandlere i barnevernet i Norge vurderer høy grad av konflikt mellom foreldre til å kunne være negativt for barnet samsvarer med andre studier basert på Norsk kontekst (Sudland,2023). Bekymring relatert til vold i hjemmet/barnet vitne til vold i nære relasjoner frekventerte ofte i meldingene med tiltak (18.7 %) mot (10 %) i meldingene henlagt, men ikke statistisk signifikant forskjeller. Det er studier som indikerer at vold i nære relasjoner opptrer i sammenheng med skadelig barneomsorg i form av vedvarende omsorgssvikt, fysisk og psykisk barnemishandling (Grasso et al.,2016; Logan-Green & Jones, 2018). En tolkning er at barnevernet vurderer barnets situasjon til å være under risiko ved vold i nære relasjoner. Eksempelvis beskrives det i en studie Canada at opprettede undersøkelser begrunnet med at barnet var eksponert for partnervold i stor grad har vært økende fra 2008-2013 (Black et al., 2020). Det å la et barn bli utsatt for overnevnte kan kategoriseres som emosjonell omsorgssvikt, der barnet ikke skjermes fra å se eller høre atferd som kan skade barnets psykiske velvære, selv om vold ikke er direkte rettet mot barnet. Derfor er det overraskende at resultatene viser at meldinger som beskriver vold i nære relasjoner ikke var signifikant forskjellig i meldingene med tiltak sammenlignet med meldingene henlagt.

Det er studier som indikere at foreldres bruk av rusmidler innvirker på barnevernets vurdering av barnets omsorgssituasjon, der det beskrives at en overrepresentert grunn for tiltak i Norge tidligere har vært relatert til foreldres rusmiddelbruk/rusutfordringer (Clausen & Valset,2012). En tolkning basert på overnevnte studie er at barnevernet vurderer sistnevnte som negativt for barnet utvikling. Det er samsvarende forskning som støtter at overnevnte kan ha en rekke negative utfallsmål for barn (Kufås et al., 2017; Silva et al., 2021). Denne studien viser derimot at bekymring ved foreldres rusbruk ikke var signifikant hyppigere beskrevet i meldingene med iverksatt tiltak (16.5%) sammenlignet med meldingene henlagt (26.2%). Det er interessant at flertallet helte i retning henlagt. Det kan en tolke dithen at foreldres bruk av rusmidler ikke nødvendig sannsynliggjør beslutning om tiltak. Det er annen forskning som indikere at stoffets lovlighet, bruken rundt barn innvirket på barnevernets beslutningstaking og saksbehandling (Wolf et al.,2019). Det er av overnevnte, grunn mulig at ulike rusmidler eller bruken av disse fører til ulike risikovurderinger.

Når en stor andel av meldingene, omtrent en tredjedel har innhold relatert til foreldres psykiske helse er det muligens utfordrende for barnevernet å vurdere risiko for omsorgssvikt

eller mishandling, og viser til kompleksiteten ved barnevernets beslutninger. Reupert og kollega (2012) sin systematiske gjennomgang viser til at 1 av fem barn lever med en forelder som strever psykisk slik at omfanget er relativt stort. Overnevnte studie beskriver at forskjellige psykisk diagnoser kan ha ulik innvirkning på barna, der det indikeres en sterk korrelasjon mellom ulike uheldige utfallsmål hos barn og det å ha vært under omsorgen av en psykisk syk person. Selv om studier indiker at psykiske lidelser hos foreldre er en risiko (Reupert et al., 2012; Kamis, 2021) er det ikke ensbetydende med at barn lever under skadelige oppvekstvilkår hvis omsorgsgiver har en psykisks lidelse (Torvik et al., 2011). Det er flere studier som beskriver at foreldres psykiske uhelse sammen med andre miljøfaktorer kan medfører risiko for mishandling eller overgrep der familieøkonomi, vold i nære relasjoner, forelders rusbruk er kjente risikofaktorer for barnet (Hafstad & Augusti, 2019, s. 103, s. 106; Gilbert et al, 2012 Kvello, 2015; Thorsen et al., 2015; Logan-Greene & Jones, 2018). En eldre studie beskriver at omsorgsgivers psykiske lidelse en av tre mest frekventerte begrunnelser for tiltak basert på aldersgruppen små og spebarn (Clausen & Valset,2012). Det kan derfor antas at barnevernet også vurdere faktorer relatert til familie/miljø, eksempelvis foreldres psykiske lidelser, som adekvat begrunnelse for tiltak. Det er i kontrast ikke funnet støtte i denne undersøkelsen for at meldinger med bekymring relatert til forelders psykiske helse hyppigere var beskrevet i meldingene med iverksatt tiltak sammenlignet meldingene henlagt. Det er noe overraskende sett i sammenheng med det omfattende forskningsgrunnlaget som beskriver forhøyet risiko for negative utfallsmål for barn som lever med en psykisk syk forelder (Reupert et al., 2012; Kamis,2021).

### **En beslutningsøkologisk tolkning av barnevernets undersøkelsesarbeid**

Beslutningsøkologisk teori og andre empiriske studier vil nå benyttes som fortolkningsramme for å belyse funn relatert til tredje forskningsspørsmål. Det en kan tolke funnene i denne undersøkelsen til, er at ulike sakskjennetegn/bekymringer medfører ulike risikovurderinger og derfor resulterer i forskjellige beslutningsutfall. Det er samsvarende med beslutningsøkologisk teori (Fluke et al., 2022), og de beskrevne faktorer i den anvendte modell (Figur 1.3), der sakskjennetegn vektlegges som en av de innvirkende faktorene på beslutningstaking. Undersøkelsesarbeidet til barnevernet er ifølge flere preget av saksbehandlers faglige skjønn (Christiansen & Kojan, 2015; Sletten et al., 2021), der beslutningstagere i barnevernet står i utfordrende dilemmaer ved sine vurderinger og



beslutninger relatert til mishandling av barn (Bartelink et al.,2015). Selv om bruken av systematiske vurderingsmaler er økende (Kedell, 2019), er det ikke bred konsens om hvilken av metodene som er best egnet ved barnevernets undersøkelsesarbeid (Bartelink et al., 2015; van der Put et al ., 2017;Sletten et al.,2021; Heggdalsvik et al.,2018). Forskning viser at ulike beslutningsskjevheter kan påvirke vurdering av risiko og alvorlighet. For eksempel ved mishandling er det undersøkelser som indikerer at det fremstår høyere grad av nøyaktighet hos dem som benytter en vurderingsmal fremfor de som ikke benytter slike (Arrubarrena et al., 2017). Andre empiriske studier støtter at beslutninger om tiltak eller inngripen påvirkes av saksbehandler som fatter beslutningen (McCafferty et al., 2021). Som tidligere nevnt er det forskningsmessig belegg for å anta at kognitive og emosjonelle faktorer ved beslutningstager kan føre til systematiske feil (Tversky & Khanman,1974; Khanman, 2003), og at arbeidet med meldinger kan være sårbare for feil i beslutningsprosessen (Sletten et al., 2021). Det er av overnevnte grunner mulig at faktorer ved saksbehandlere involvert i undersøkelsesarbeidet er av betydning for beslutningsutfallet i form tiltak eller henleggelse.

Når det gjelder systematiske feilslutninger konkluderte Arruabarrena og kollega (2017) med at barnevernsarbeider og studenter som ikke brukte et strukturert vurderingsinstrument for å vurdere mishandlingens alvorlighetsgrad, hadde en tendens til å undervurdere alvorlighetsgraden for foreldres manglende evne til å kontrollere barns atferd, og å overvurdere det for fysisk mishandling. Sett i sammenheng med funn fra denne undersøkelsen kan sistnevnte være en medvirkende årsak til at barnevernet beslutter om tiltak ved meldinger kjennetegnet ved fysisk mishandling, og at det overnevnte sakskjennetegn innvirke urimelig på barnevernets vurdering av risiko. Det er samtidig ikke undersøkt effekten av hverken beslutningstagerfaktorer eller hvilken arbeidsmetodikk som er benytte i selve undersøkelsesarbeidet til barnevernet slik at det utfordrende å tolke funnene og aktualisere behovet for ytterlige forskning.

Sosioøkonomiske forhold har også viste seg å kunne påvirke uforholdsmessig i hvilken grad saksbehandlere heller mot plasseringstiltak, der saksbehandlere ved en studie gjennomført i Israel vurderte barn fra vanskeligstilte familier til å være i høyere risiko enn ved barn som kommer fra moderat høy sosioøkonomisk status når det var kontrollert for reel risiko (Enosh et al., 2014). Overnevnte studie beskriver at når det saker framstår med entydige bevis gjør slike biases(skjevheter) og heuristikker seg mindre gjeldende, og at påfølgende beslutninger da fremstår mer rasjonelle. Sett i lys av funn fra denne studien kan

det være medvirkende til at bekymring for fysisk mishandling oftere resultere i tiltak. En alternativ tolkning er at fysisk mishandling i større grad fremstår med entydige bevis og gir mindre rom for feilslutninger i beslutningsprosessen. Ifølge en nylig studie gjennomført av Vis og kollegaer (2023) beskrives det at kjennetegn ved sak resultere i ulike henleggelsesrater. Sistnevnte studie indikere at variasjon ved henleggelse i stor grad kan tilskrives innholdet i meldinger(saksfaktorer). Det beskrives at mengden av alvorlig saker og ulike terskler for anerkjennelse av problemer innvirker på beslutningstaking (Vis et al., 2023). Overnevnte eksemplifiserer at saksfaktorer er av betydning for utfallet av barnevernsundersøkelsen. Det er samsvarende forskning, eksempelvis er det beskrevet av Lauritzen og kollega (2018) at når meldinger beskriver innhold om foreldres rusmisbruk eller fysisk skader i form av synlige skader på barnet predikerer det at undersøkelse iverksettes, men at det er meldinger som beskriver bekymring relatert til seksuelle overgrep eller fysisk mishandling som sannsynliggjør at barnevernundersøkelsen resultere i tiltak. Sistnevnte studie viser til at når det gjelder meldinger som beskriver omsorgssvikt og psykisk mishandling innvirker saksfaktorer i mindre grad på tiltaksbeslutning og beslutningstagerfaktorer da gjør seg mer gjeldende, eksempelvis saksbehandlers vurdering av risiko. Overnevnte indikerer at det samlet sett er flere faktorer som innvirker på beslutning om tiltak eller henleggelse, men at enkelte bekymringer medfører høyere sannsynlighet for tiltak, eksempelvis saksfaktorer som fysisk mishandling. Samtidig viser resultatene i denne studien at når det er signifikante ulikheter ved kjennetegn (case factors) beskrevet i meldinger med iverksatt tiltak sammenlignet med meldinger henlagt at det kun er tale om små effektforskjeller. Det betyr at selv om kjennetegn er av betydning for utfallet er denne effekten liten. Det er derfor mulig at andre faktorer også innvirke på barnevernet beslutningsutfall, og viser til denne studiens begrensinger.

Barnevernets risikovurderinger og beslutninger relatert til barnets situasjon kan en derfor tolke dithen til å være sammensatt og komplekst. Det er i et beslutningsøkologisk perspektiv vanskelig å konkludere med at en årsak til at enkelte kjennetegn (saksfaktorer) viser seg hyppigere i meldingene med tiltak eller henlagt, begrunnet med at det er sannsynlig at flere faktorer interagerer og påvirker beslutningsutfallet (Munro,2005,1999; Fluke et al.,2022), noe denne studien ikke får avdekket.

## Metodiske begrensninger og styrker

Datamaterialet fra journalstudien er innsamlet for å svare på gitte problemstillinger slik at den statlige institusjon Barne-og omsorgsdepartementet har satt agenda for hva som er relevant samfunnsforskning. Selv om oppdragsgivere setter agenda for forskning og problemstillinger kan de utgangspunktet ikke bestille bestemte konklusjoner (Grønmo,2004, s. 13). Problemstillingen i denne masteroppgaven er derfor til en viss grad påvirket av kontekst, derimot er resultatene fremkommet fritt og uavhengig av eksterne aktører.

Når en studie baseres på gjenbruksdata, er ikke datamaterialet nødvendigvis utformet optimalt for besvarelsen forskningsspørsmålene. Jeg har ikke bidratt til utformingen av kategorier eller deltatt under utarbeidelse av kodeskjema. For eksempel er det ikke entydig om bekymring relatert til seksuelle overgrep omhandler forhold i hjemmet. Det vurderes som en svakhet ved datamaterialet da det blir utfordrende å tolke. En annen begrensning relatert til bruk av gjenbruksdata er at jeg ikke har kunnet selv kvalitetssikre datainnsamling. Bruk av gjenbruksdata vurderes samtidig til å kunne være kostnadsbesparende og nyttig da det kan danne et grunnlag for fremtidige studier. Tversnittstudier som denne har, fordeler og ulemper. En fordel er at det vurderes som kostnadseffektivt og kan gi direkte innsikt i øyeblikksbilder av samfunnsfenomener, men de er ofte begrenset til å kunne gi informasjon om korrelasjoner mellom begivenheter, men kan ikke alltid direkte gi en årsaksforklaring (Toon et al.,2021). Sistnevnte forutsetter at det kan direkte vises til at den ene begivenheten opptrer før et utfall (Toon et al.,2021). I forhold til denne studien vet en eksempelvis at bekymringsmeldinger kommer før barnevernets undersøkelsesarbeid og beslutningsutfall, slik at en kan fastslå retning, og det gir derfor mening å kunne antyde at ulike bekymringer fra helsektor muligens medfører ulike risikovurderinger i barnevernet. Overnevnte er derfor ikke en begrensning for dette datamaterialet. En begrensning ved denne studien er at deskriptive analyser gjør det utfordrende å tolke funnen, eksempelvis rapportere helsektor oftere psykiske lidelser fordi de har mer kontakt med barn eller foreldre som strever psykisk? Eller er det fordi helse har bedre kompetanse på psykiske lidelser sammenlignet med andre instanser? Eventuelt kan det være en effekt av begge de overnevnte?

Helsesektor består av et relativt lite utvalg og de seks ulike helsetjenestene som inngår i utvalget er organisert på ulike måter, eksempelvis er sykehus organisert ulikt en skolehelsetjeneste, men de representere begge helsesektorer. . En kan vurdere at de to

kategoriserte meldekildene helsesektor og alle andre meldekilder medfører at analysen ikke fikk undersøkt nyanser ved de ulike meldekildene, eksempelvis meldinger fra de ulike helsetjenestene. Samtidig er problemstillingen å belyse meldinger fra helsesektor der utvalgsstørrelsen i enkelte av helsetjenestene var av en slik art at en inndeling ville begrenset mulighet for sammenligning ved khikvadrattest. Det vurderes som en svakhet ved at de ulike tjenestene er særlig ulikt representert og påvirker i hvilken grad en kan generalisere resultater til å gjelde utover utvalget. Resultatene fra analysen tolkes med forsiktighet og det er et behov større utvalg og datamateriale av nyere art hvis en skal kunne fastslå at resultatene er representative for helsesektor. En svakhet ved studien er at flere av variablene relatert til innholdskategoriene ble ekskludert fra resultatdelen. Enkelte av de ekskluderte variablene er samtidig vurdert å være mindre relevant for å kunne belyse problemstillingen. derimot er eksklusjon av relevante variabler begrunnet med at de visste færre en fem forventede tellinger ved khikvadrattest. Derfor kan det være at en fikk ikke i stor nok grad undersøkt hvordan alle kjennetegn fordelte seg ved eksempelvis meldingene med tiltak og meldingene henlagt, som bekymring om barnet er utsatt for seksuelle overgrep. En kunne løst overnevnte ved å inkludere alle former for overgrep, fysisk, psykiske og seksuelle overgrep til en samlet variabel, eksempelvis en overordnet kategori om mishandling og overgrep. På den andre siden tolkes seksuelle overgrep som noe annet enn fysisk og psykisk mishandling, og ved en sammenslåing av overnevnte ville forskjellene som kom frem relatert til fysisk mishandling og psykisk mishandling ikke blitt avdekket. Derfor er valget om å ikke slå sammen overnevnte vurdert hensiktsmessig i denne studien. Et større utvalg av bekymringsmeldinger kunne muligens avdekket om bekymring ved seksuelle overgrep frekventert i mindre eller større grad i meldingene henlagt sammenlignet med meldingene med iverksatt tiltak.

I denne studien er det ikke undersøkt om bekymring både ved barnet, foreldres omsorg og familie/miljø opptrer i en og samme melding. Det er derfor ikke mulig å konkluder i denne studien med at flere samtidige enkeltbeskrivelser i bekymringsmeldingene representere helsesektor eller opptrer i en og samme melding når barnevernets beslutning er tiltak eller henleggelse. En slik analyse ville muligens kunne gitt nyttig informasjon om meldinger fra helsesektor og barnevernets vurderinger av disse meldingene. En svakhet ved studien er det store antall variabler analysert fordi multippel testing medfører sannsynlighet for falske positive (Lydersen, 2021). Hensikten har på samme tid vært å skape en større oversikt og innsikt i meldingen fra helsektor fremfor å årsaksforklaringer slik at formålet med

studien er i stor grad oppfylt. Studien gir mer et preg av en forundersøkelse der funn fra denne studien kan benyttes som utgangspunkt for fremtidig forskning og eventuelle testbare hypoteser. Derfor er det vurdert at eksplorativ testing som i denne egner seg basert på at en forsøker å avdekke noe nytt, eller utarbeide nye testbare hypoteser (Swedberg, 2020)

Rapporteringsplikten i dagens lovtekst inkludere bekymring relatert til fremtidig svikt eller mishandling. Det gjorde det ikke på tidspunktet når datamaterialet for denne studien ble innsamlet. Resultatene fra undersøkelsen kan være en indikator for rapporteringstrend før 2018. En bør derfor utvise forsiktighet med å konkludere med at funn er gjeldene på nåværende tidspunkt. Det kan tolkes som en svakhet ved denne undersøkelsen at det ikke blitt benyttet datamateriale av nyere art hvis hensikten er å kunne generalisere til dagens rapporteringstrender fra helsesektor. Datamaterialet i denne studien for ikke belyst hvordan den beslutningsøkologiske modellen samlet sett kan være forklarende for helsepersonells rapporteringsadferd eller barnevernets beslutningsutfall. Sistnevnte aktualisere behovet for ytterligere studier. Det kunne vært nyttig å videre benyttet data som kunne belyst hvilke begrunnelser som ble gitt for utfallet av barnevernsundersøkelsen, samt om det dreide seg om episodemeldinger eller bekymring over tid.

### **Studiens implikasjoner**

Denne studien fant at 8.1 % av meldingene fra helsektor beskrev bekymring relatert til ikke møtt til helsetjeneste. For helsesektoren fremstår det av overnevnte grunn et mulig behov for kunnskap/kompetanseheving, eventuelt opplæring, fordi funnene kanskje indikere feilaktig beslutning og praktisering av meldeplikten. Denne studien kan ikke entydig konkluderes med at det var feil å melde bekymring siden denne studien ikke har testet eksempelvis årsak for henleggelse av overnevnte meldinger. Taushetsplikten rammer inn deling av informasjon som gjelder pasienter som helsepersonell for kjennskap til gjennom sitt yrke. Meldere bundet av taushetsplikt kan ikke tilsidesette denne uten at vilkårene for meldeplikten er oppfylt (Ohnstad & Gudheim, 2019, s .45). Det er derfor mulig at taushetsplikten fungere som en barriere og trolig kan innvirke på terskelen for å melde. Sistnevnte kunne vært nærmer undersøkt ved en kvalitativ intervjustudie av helsepersonell. Funn implisere et behov for videre forskning på hvordan lovverk og juridisk veiledning er tilgjengelig for helsepersonell, der det er behov for ytterligere studier for hvordan helsepersonell tolker nåværende lovverk. Det er behov for data som kan belyse om

helsepersonell benytter juridisk veiledning internt i egen organisasjon ved mistanke, og om det innvirker på beslutningen å melde eller ikke melde. Overnevnte begrunnes med det store antall meldinger som henlegges etter barnevernsundersøkelsen, og at svært få meldinger beskriver psykisk mishandling. Det kunne vært utforsket ved kvantitative studier for å avdekke i hvilken grad helsepersonell benytter juridisk veiledning ved mistanke om barnemishandling eller omsorgssvikt, eksempelvis ved hjelp av spørreskjema metoden ved et tilfeldig trukket utvalg av helsepersonell som har tatt beslutninger relatert til mistanke.

Sett i sammenheng med funnene er det rimelig å anta at det er et behov for hypotesetestende studier for å avdekke om det er et behov for å styrke helsepersonells kunnskap. Sistnevnte kunne vært belyst ved en kvalitativ tilnærming for å nærmere forstå hvordan helsepersonell tolker eller definere alvorlig omsorgssvikt og psykisk mishandling. Denne studien fant at <4% av meldingene rapporterte om bekymring ved foreldres somatiske helse, mens en av tre meldinger omhandlet foreldres psykiske problem/lidelse. Ytterligere studier bør undersøke hvilke vurderinger som ligger til grunn når helsepersonell melder eller ikke melder bekymring relatert til foreldres psykiske eller somatiske lidelser. Det fremstår som et kunnskapshull når det gjelder praktisering av meldeplikten ved somatiske lidelser hos omsorgsgiver. Det var vanskelig å finne andre studier relatert til rapporteringsbarriere ved foreldres somatiske lidelser. Det kan tyde på at feltet ikke er grundig utforsket. Sistnevnte aktualisere et behov for å undersøke hvorfor det meldes sjelden bekymring relatert til foreldres somatiske helse, begrunnet med at studier indikere at det medfører forhøyet risiko for barnet (Kaasbøl et al.,2012; Faccio et al.,2018; Sieh et al., 2012).

Datamaterialet i denne studien er som tidligere nevnt innsamlet før presisering i lovteksten (2018) om at omsorgssvikt eller mishandling også inkluderer framtidige handlinger, slik at kanskje vil tidligere rapporteringstrender fra helsesektor endre seg når eksterne faktorer endrer seg. Framtidige studier, begrunnet med endringer i lovverk, bør undersøke hvordan helsepersonell vurderer risiko for fremtidig mishandling eller omsorgssvikt, eksempelvis ved foreldres psykiske helse. Det er derfor behov for kvalitative studier som undersøker hvilke vurderinger som ligger til grunn når helsepersonell melde bekymring (eller ikke melder) etter at lovendring relatert til helsepersonell tredd i kraft i 2018.

Når en stor andel av meldingene resultere i henlegges er det et behov for å undersøke om barneverntjenestene belastes med unødvendige meldinger som ikke fyller vilkår etter

loven basert på dagens situasjon. Det kan som tidligere nevnt være en reel utfordring både for familien og barna som utsettes for undersøkelse og for barneverntjenesten som antageligvis påvirkes av meldingstrykk og kanskje av den grunn ikke for gjort grundige nok undersøkelser (Kvello, 2015, s. 32; Ellingsen et al., 2015). Hvis funn er en effekt av at barnevernstjenesten ikke har nok ressurser kan det være at meldinger fra helsesektor sendes på riktig grunnlag, men at barnevernet ikke for avdekket eller undersøkt grundig nok bekymringer rapportert. Overnevnte understreker behovet for ytterlige studier som undersøke om forhold på organisasjonsnivå innvirker på barnevernets vurdering av meldinger fra helsesektor. Det er aktualisert et behov for å kompensere for beslutningsskjevheter der bruk av strukturerte beslutningsverktøy er fremhevet som en tilnærming i barnevernets arbeid som kan bidra til å forbedre konsistens, pålitelighet og forsvarlighet ved beslutningstaking (McCafferty et al., 2021). En kvalitativ tilnærming om hvilke vurderinger som legges til grunn når barnevernet henlegger saker der meldingene er relatert til foreldres rusbruk eller psykiske helse, kunne muligens gitt dypere innsikt i hvorfor slike kjente risikofaktorer ikke nødvendigvis medfører beslutning om tiltak. I denne studien er det ikke nærmere undersøkt hvilken arbeidsmetodikk som er benyttet i undersøkelsesarbeidet, men som nevnt kan anta at flere faktorer påvirker utover ulike kjennetegn av bekymring beskrevet i melding. En bør derfor undersøke om slike vurderingsverktøy er av betydning for beslutningsutfallet ved barnevernets undersøkelsesarbeid.

## **8 Konklusjon**

Resultatene tolkes med forsiktighet, men funn indikerer at helsesektor skiller seg på noen områder, men i stor grad er helsesektor og andre instanser lik på kjennetegn ved bakgrunnsvariabler, meldingsinnhold og antall problemer. Resultatene viser små effektstørrelser, slik at selv om det er indikasjoner på ulikhet er det ikke tale om store forskjeller mellom helsesektor og andre instanser når det gjelder kjennetegn ved barnet, foreldres omsorg og familie/miljø. Av de ti variablene relatert til foreldres omsorg var det kun ikke møtt til helsetjeneste som viste seg signifikant forskjellig, mens flertallet av variablene ved bekymring relatert til barnet og familie/miljø viste seg signifikant forskjellig ved sammenligning av helsesektor og andre instanser. Helsesektor rapportere ofte kjennetegn som befinner seg nærliggende fagområde helse for eksempel barnets og foreldres psykiske helse eller andre helsereelatert kjennetegn. I sammenheng med andre empiriske studier er det

trolig at rapporteringsadferd påvirkes av flere faktorer på individnivå og den kontekstuelle arena for beslutningen eksempelvis i form av organisasjon eller juridiske føringer. For å kunne konkludere entydig med innvirkende faktorer på meldeplikten forutsettes fremtidige hypotesetestende studier. Sett i sammenheng med andre studier indikeres det at opplysningsplikten er utfordrende for ansatte i helsesektor og at flere interagerende faktorer innvirker på hva som meldes og understreker behovet for å ytterligere undersøkelser på hvordan opplysningsplikten praktiseres og forstås i helsesektor. Funn fra denne studien viste at meldingene resulterte i henleggelse for ca. to tredjedeler etter endt barnevernsundersøkelse uavhengig av meldekilde. Av meldingene som resulterte i tiltak var overvekten beslutning om hjelpetiltak. Et fåtall av barnevernsundersøkelsene konkluderte med plasseringstiltak.

Når det gjaldt forskjeller mellom meldingen med iverksatt tiltak sammenlignet med meldingen henlagt var det et fåtall av variablene når det gjaldt bekymring relatert til barnet og familie/miljø som viste seg signifikant forskjellig. Derimot var flertallet av variablene relatert til foreldres omsorg signifikant forskjellig, eksempelvis barnet usatt for fysisk mishandling var oftere beskrevet i meldingene med iverksatt tiltak sammenlignet med meldingene henlagt. Forskning beskriver at helsepersonell er tryggere i å rapportere sistnevnte kjennetegn enn andre former for omsorgssvikt eller mishandling. Barnevernet skal i undersøkelsesarbeid fatte beslutninger basert på flere informasjonskilder, samt i hvilken grad barnets situasjon fyller vilkår om tiltak etter loven. Det en kan si er at kjennetegn som i utgangpunktet ikke fyller vilkår om tiltak etter loven var i større representert ved meldingene henlagt som ikke møtt til helsetjeneste og manglende oppfølging/ avbrutt kontakt med annen tjeneste. De signifikante forskjellene mellom meldingene med iverksatt tiltak og meldingen henlagt når det gjelder kjennetegn viser små effektstørrelser slik at funnene er ikke entydig i at barnevernet beslutningsutfall kun kan tilskrives sakskjennetegn. Oppsummert sett i sammenheng med annen forskning vurderes det at barnevernets undersøkelsesarbeid i et beslutningsøkologisk perspektiv er utfordrende å forklare, begrunnet med at det trolig er komplekse og sammensatte problemstillinger som er i gjensidig interaksjon med kontekstuelle forhold.



### Litteratur

- Aalen O, Frigessi, A, Moger TA, Scheel I, Skovlund E & Veierød B M(2018). Statistiske metoder i medisin og helsefag (2. utg., p. 351). Gyldendal akademisk.
- Andersen, N. I. W. (2008). Melde- og opplysningsplikt overfor barnevernstjenesten. *Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernrettslige spørsmål*, 6(1), 27-49. doi:10.18261/ISSN0809-9553-2008-01-03
- Arruabarrena, I., de Paul, J., Indias, S., & Garcia, M. (2017). Racial/ethnic and socio-economic biases in child maltreatment severity assessment in Spanish child protection services caseworkers. *Child & Family Social Work*, 22(2), 575-586.
- Arslan, G. (2016). Psychological maltreatment, emotional and behavioral problems in adolescents: The mediating role of resilience and self-esteem. *Child Abuse & Neglect*, 52, 200–209. doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.09.010
- Austin, A.E, Lesak, A.M. & Shanahan, M.E. (2020). Risk and Protective Factors for Child Maltreatment: a Review. *Current Epidemiology Reports*, 7, 334–342. doi.org/10.1007/s40471-020-00252-3
- Bradt, L., Roets, G., Roose, R., Rosseel, Y., & Bouverne-De Bie, M. (2014). Poverty and decision making in child welfare and protection: Deepening the bias–need debate. *The British Journal of Social Work*, 45(7), 2161-2175. doi:10.1093/bjsw/bcu086
- Bartelink, C., Knorth, E. J., Lopez, M. L., Koopmans, C., ten Berge, I. J., Witteman, C. L. M., & van Yperen, T. A. (2018). Reasons for placement decisions in a case of suspected child abuse: The role of reasoning, work experience and attitudes in decision-making. *Child Abuse & Neglect*, 83, 129-141. doi:10.1016/j.chiabu.2018.06.013
- Bartelink, C., van Yperen, T. A., & ten Berge, I. J. (2015). Deciding on child maltreatment: A literature review on methods that improve decision-making. *Child Abuse & Neglect*, 49, 142-153. doi:10.1016/j.chiabu.2015.07.002
- Black, T., Fallon, B., Nikolova, K., Tarshis, S., Baird, S., & Carradine, J. (2020). Exploring subtypes of children's exposure to intimate partner violence. *Children and Youth Services Review*, 118. doi:10.1016/j.chilyouth.2020.105375
- Bragança-Souza, K. K., Lopes de Lisboa, J., Silva-Oliveira, F., Soares Nunes, L., Ferreira E Ferreira, E., Gomes, V. E., & Zarzar, P. M. P. A. (2023). Health Professionals:

- Identifying and Reporting Child Physical Abuse-a Scoping Review. *Trauma, violence & abuse*, 15248380221150949. Advance online publication.  
doi: 10.1177/15248380221150949
- Borgen, G., Dyb, G., Hafstad, G. S., Jensen, T. K., Langballe, Å., Myhre, M. Øverlien, C. et al. (2011). *Seksuelle og fysiske overgrep mot barn og unge*. Kunnskapsstatus. Revidert 2011.
- Bjørknes, Iversen, A. C., Nordrehaug Åstrøm, A., & Vaksdal Brattabø, I. (2019). Why are they reluctant to report? A study of the barriers to reporting to child welfare services among public dental healthcare personnel. *Health & Social Care in the Community*, 27(4), 871–879. doi.org/10.1111/hsc.12703
- Bjorgvinsdottir, K., & Halldorsdottir, S. (2014). Silent, invisible and unacknowledged: experiences of young caregivers of single parents diagnosed with multiple sclerosis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(1), 38-48. doi.org/10.1111/scs.12030
- Bryman, A., Becker, S., & Sempik, J. (2008). Quality criteria for quantitative, qualitative and mixed methods research: A view from social policy. *International Journal of Social Research Methodology: Theory & Practice*, 11(4), 261–276.  
doi.org/10.1080/13645570701401644
- Bolarinwa ,OA (2015) Principles and methods of validity and reliability testing of questionnaires used in social and health science researches. *Niger Postgrad Med J*; 22: 195 - 201.
- Bufdir, (u.å), Melde fra til barnevernet som privatperson hentet fra :  
<https://www.bufdir.no/barnevern/melde-fra-privatperson/>
- Chiang, C.-J., Jonson-Reid, M., & Drake, B. (2020). Caregiver physical health and child maltreatment reports and rereports. *Children and Youth Services Review*, 108, 104671. doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104671
- Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Campbell, I. (2007), Chi-squared and Fisher–Irwin tests of two-by-two tables with small sample recommendations. *Statist. Med.*, 26: 3661-3675. doi.org/10.1002/sim.2832
- Christiansen, i., & Kojan, B. H Edgar Marthinsen. (2016). Beslutninger i meldingsarbeidet kap 4 : I Christiansen, i., & Kojan, B. H. *Beslutninger i barnevernet*. Oslo: Universitetsforl.

- Christiansen, Havnen, K. J. S., Iversen, A. C., Fylkesnes, M. K., Lauritzen, C., Nygård, R. H., Vis, S. A., & Jarlby, F. (2019). Barnevernets undersøkelsesarbeid *Når barnevernet undersøker, delrapport 4*. NORCE.
- Clausen, S.E & Valset, K(2012): Spedbarn og småbarn med tiltak fra barnevernet 1995 - 2008: Utbredelse av omsorgssvikt og risikofaktorer. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 2012, s. 643-648 hentet fra: <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2012/07/spedbarn-og-smabarn-med-tiltak-fra-barnevernet-1995-2008-utbredelse-av>
- DeJong, M., Wilkinson, S., Apostu, C., & Glaser, D. (2022). Emotional abuse and neglect in a clinical setting: challenges for mental health professionals. *BJPsych bulletin*, 46(5), 288–293 doi.org/10.1192/bjb.2021.90
- Dyrhaug, T (2023) Færre barn og unge med tiltak frå barnevernet. Statistisk sentralbyrå hentet fra: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/barne-og-familievern/statistikk/barnevern/artikler/faerre-barn-og-unge-med-tiltak-fra-barnevernet>
- Dvir, Ford, J. D., Hill, M., & Frazier, J. A. (2014). Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harvard Review of Psychiatry*, 22(3), 149–161. doi.org/10.1097/HRP.0000000000000014
- 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 & Youth Services Review*, 31(6), 635–641. doi.org/10.1016/j.chilyouth.2008.12.003.
- Paul E., Eckenrode J. (2015). Childhood psychological maltreatment subtypes and adolescent depressive symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 47, 38–47
- Enosh, G., & Bayer-Topilsky, T. (2014). Reasoning and Bias: Heuristics in Safety Assessment and Placement Decisions for Children at Risk. *The British Journal of Social Work*, 45(6), 1771-1787. doi:10.1093/bjsw/bct213
- Ellingsen, D., Pettersen, K.S., Andersen, L., & Viblemo, T.E. (2015). Terskler i Barnevernet. Rapport. FoU-resultat. *Utgitt av Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) ved Høgskolen i Oslo og Akershus*.
- Eikemo, & Clausen, T. H. (2012). Kvantitativ analyse med SPSS : en praktisk innføring i kvantitative analyseteknikker (2. utg., p. 356). Tapir akademisk forl.

- Faccio, F., Ferrari, F., & Pravettoni, G. (2018). When a parent has cancer: How does it impact on children's psychosocial functioning? A systematic review. *European journal of cancer care*, 27(6), e12895. doi.org/10.1111/ecc.12895
- Fauske, H; Kvaran, I; Lichtwarck, W (2017) Hjelpetiltak i barnevernet: Komplekse problemer og usikre virkninger, *Fontene forskning.*, (2), 45-58.
- Fraser J. A., Mathews B., Walsh K., Chen L., & Dunne M. (2010). Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: A multivariate analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 47(2), 146–153.
- Fluke, J.D., Bauman, D.J., Dagleish, L.I., Kern, H.D. (2022). Decisions to Protect Children: A Decision-Making Ecology. In: Krugman, R.D., Korbin, J.E. (eds) *Handbook of Child Maltreatment. Child Maltreatment, vol 14. Springer, Cham.*  
doi.org/10.1007/978-3-030-82479-2\_31
- Foster, R. H., Olson-Dorff, D., Reiland, H. M., & Budzak-Garza, A. (2017). Commitment, confidence, and concerns: Assessing health care professionals child maltreatment reporting attitudes. *Child Abuse Negl*, 67, 54-63. doi:10.1016/j.chiabu.2017.01.024
- Forskrift om pasientjournal (pasientjournalforskriften) § 7. Opplysninger om informasjon og informasjonsutveksling, reservasjoner og samtykkekompetanse, hentet fra:  
<https://lovdata.no/forskrift/2019-03-01-168/§7>
- Forskrift om pasientjournal (pasientjournalforskriften) § 11. Rett til innsyn  
hentet fra: <https://lovdata.no/forskrift/2019-03-01-168/§11>
- Field, A. (2018): The SPINE of statistics. I: Andy Field (red.). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics*. SAGE, s. 48-93
- Geiger, J.M & Schelbe, L. (2021). Identifying Child Maltreatment. In: *The Handbook on Child Welfare Practice*. Springer, Cham. doi.org/10.1007/978-3-030-73912-6\_4
- Grasso, D. J., Henry, D., Kestler, J., Nieto, R., Wakschlag, L. S., & Briggs-Gowan, M. J. (2016). Harsh Parenting As a Potential Mediator of the Association Between Intimate Partner Violence and Child Disruptive Behavior in Families With Young Children. *Journal of interpersonal violence*, 31(11), 2102–2126.  
doi.org/10.1177/0886260515572472
- Grimen.H (2004). Samfunnsvitenskapelige tenkemåter (3. utg., p. 469). Universitetsforl.
- Grønmo S. (2004). Samfunnsvitenskapelige metoder (5. utg p. 440). Fagbokforl.

- Gilbert, Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373(9657), 68–81. doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7
- Gilbert, R., J. Fluke, M. O'Donnell, A. Gonzalez-Izquierdo, M. Brownell, P. Gulliver, S. Janson and P. Sidebotham (2012). Child maltreatment: variation in trends and policies in six developed countries. *Lancet* 379(9817): 758-772.
- Gregoire-Labrecque, G., Lafantaisie, V., Trocme, N., Lacharite, C., Li, P., Audet, G., . . . Ruiz-Casares, M. (2020). 'Are We Talking as Professionals or as Parents?' Complementary views on supervisory neglect among professionals working with families in Quebec, *Canada. Children and Youth Services Review*, 118. doi:10.1016/j.childyouth.2020.105407
- Green M.(2020) Nurses' Adherence to Mandated Reporting of Suspected Cases of Child Abuse. *J Pediatr Nurs*
- Hafstad G. S. & Augusti E. M. (2019). Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten: En nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år. (Rapport 4/2019).
- Helsetilsynet (2014)Helsepersonells opplysningsplikt til barnevernet : oppsummering av kunnskap fra tilsyn mv. (Vol. 2/2014, p. 60)..
- Helsetilsynet (2017). Bekymring i skuffen. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 og 2016 med barnevernets arbeid med meldinger og tilbakemelding til den som har meldt. Vol. 1/2017. Rapport fra Helsetilsynet hentet fra: [https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2017/helsetilsynetrapport\\_1\\_2017.pdf](https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2017/helsetilsynetrapport_1_2017.pdf)
- Helsedirektoratet (2017). Hvordan melde fra: Helsepersonell skal selv vurdere hvilke opplysninger som skal inngå i en bekymringsmelding [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 11. november 2019) hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/fellesdel-opplysningsplikt/hvordan-melde-fra-helsepersonell-skal-selv-vurdere-hvilke-opplysninger-som-skal-innga-i-en-bekymringsmelding>
- Helsedirektoratet (2019). Opplysningsplikt til barnevernet [nettdokument]. Oslo: hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/taushetsplikt-og-opplysningsplikt/opplysningsplikt/opplysningsplikt-til-barnevernet>

- Helsedirektoratet (2018). § 41. Plikt til å gi pasienter innsyn i journal [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 28. juni 2018) Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/dokumentasjonsplikt/-41.plikt-til-a-gi-pasienter-innsyn-i-journal>
- Helsedirektoratet (2018). § 33. Opplysningsplikt til barnevernet [nettdokument]. Oslo: hentet fra : <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/opplysningsplikt-m.v/-33.opplysningsplikt-til-barnevernet>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2018) Brev | Dato: 21.06.2018 Orientering om ikrafttredelse av endringer i bestemmelsene om opplysningsplikt til barnevernet - særlig om endringene i helsepersonelloven § 33
- Heggdalsvik, I. K., Rod, P. A., & Heggen, K. (2018). Decision-making in child welfare services: Professional discretion versus standardized templates. *Child & Family Social Work*, 23(3), 522-529. doi:10.1111/cfs.12444
- Hibbard, R., Barlow, J., Macmillan, H. (2012). Clinical Report: Psychological Maltreatment. *Pediatrics*.130(2):372–378. (2012) doi.org/10.1542/peds.2012-2269 Psychological maltreatment. *Pediatrics*, 130(2), 372–378. doi.org/10.1542/peds.2012-1552
- Ho, G. W. K., Bettencourt, A., & Gross, D. A. (2017). Reporting and identifying child physical abuse: How well are we doing? *Res Nurs Health*, 40(6), 519-527. doi:10.1002/nur.21818
- Homlong, L., Fredheim, G., & Knudsen, H. (2019). Helsepersonell har plikt til å melde til barnevernet. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 139(15). doi.org/10.4045/tidsskr.19.0276
- Hillis, S. D., Mercy, J. A. & Saul, J. R. (2017). The enduring impact of violence against children. *Psychology, Health & Medicine*, 22(4), 393–405. doi.org/10.1080/13548506.2016.1153679
- Janson, S., C. Jernbro and B. Långberg (2011). Kroppslig bestraffning och annan kränkning av barn i Sverige. En nationell kartläggning.
- Jack, S. M., Gonzalez, A., Marcellus, L., Tonmyr, L., Varcoe, C., Van Borek, N., . . . Waddell, C. (2021). Public Health Nurses' Professional Practices to Prevent, Recognize, and Respond to Suspected Child Maltreatment in Home Visiting: An Interpretive Descriptive Study. *Glob Qual Nurs Res*, 8, 2333393621993450. doi:10.1177/2333393621993450

- Jaudes, P. K., & Mackey-Bilaver, L. (2008). Do chronic conditions increase young children's risk of being maltreated? *Child abuse & neglect*, 32(7), 671–681.  
doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.08.007
- Jaschek, G., Carter-Pokras, O., He, X., Lee, S., & Canino, G. (2016). Association of child maltreatment and depressive symptoms among Puerto Rican youth. *Child abuse & neglect*, 58, 63–71. doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.06.016
- Jørgensen, S. E., Thygesen, L. C., Andersen, A., Due, P., & Michelsen, S. I. (2022). Parental Illness and Life Satisfaction among Young People: A Cross-Sectional Study of the Importance of School Factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2719. doi.org/10.3390/ijerph19052719
- Joh-Carnella, N., Livingston, E., Kagan-Cassidy, M., Vandermorris, A., Smith, J. N., Lindberg, D. M., & Fallon, B. (2023). Understanding the roles of the healthcare and child welfare systems in promoting the safety and well-being of children. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1195440. doi.org/10.3389/fpsy.2023.1195440
- Kamis, C. (2021). The Long-Term Impact of Parental Mental Health on Children's Distress Trajectories in Adulthood. *Society and Mental Health*, 11(1), 54–68.  
doi.org/10.1177/2156869320912520
- Kaasbøll J, Lydersen S, Indredavik MS.(2012) Psychological symptoms in children of parents with chronic pain—the HUNT study. *Pain*.153:1054–62.
- Kahneman, D. (2003). A perspective on judgment and choice: Mapping bounded rationality. *American Psychologist*, 58(9), 697–720. doi.org/10.1037/0003-066X.58.9.697
- Keddell, E. (2019). Algorithmic Justice in Child Protection: Statistical Fairness, Social Justice and the Implications for Practice. *Social Sciences-Basel*, 8(10).  
doi:10.3390/socsci8100281
- Kreftregisteret (2012).Antall barn med kreftsyke foreldre er kartlagt,  
hentet fra: <https://www.kreftregisteret.no/generelt/nyheter/antall-barn-med-kreftsyke-foreldre-er-kartlagt/>
- Kirkebøen. G(2013, kan vi stole på fagfolks skjønn? (s .27-43) I Molander, & Smeby, J.-C. *Profesjonsstudier : 2 (Vol. 2, p. 183)*. Universitetsforlaget
- Kommunenes Sentralforbund (KS) (2013): Veileder: Taushetsplikt og samhandling i kommunalt arbeid for barn – ungdom – familier

- Kloppen, Haugland, Svedin, Mæhle og Breivik (2016). Prevalence of Child Sexual Abuse in the Nordic Countries: A Literature Review. *Jornal of Child Sexual abuse*, 25 (1), 37-55.
- Kojan, B. H., & Christiansen, Ø. (2016). Å fatte beslutninger i barnevernet. *I Beslutninger i barnevernet*, red. Øivin Christiansen og Bente Heggem Kojan. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kuruppu, J., Humphreys, C., McKibbin, G., & Hegarty, K. (2022). Tensions in the therapeutic relationship: emotional labour in the response to child abuse and neglect in primary healthcare. *Bmc Primary Care*, 23(1). doi:10.1186/s12875-022-01661-7
- Krase, K. S., & DeLong-Hamilton, T. A. (2015). Comparing reports of suspected child maltreatment in states with and without Universal Mandated Reporting. *Children and Youth Services Review*, 50, 96-100. doi.org/10.1016/j.chilyouth.2015.01.015
- Kvello, Ø. (2015). Barn i risiko: Skadelige omsorgssituasjoner (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kjær, B. (2017). Fra profesjonelt skjønn til strukturerte maler i barnevernundersøkelser. *Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernrettslige spørsmål*, 4, 305–328. doi.org/10.18261/issn.0809-9553-2017-04-04
- Kufås, E., Billehaug, I., Faugli, A., & Weimand, B. (2017). Når lyset knapt slipper inn – en studie av Chat samtaler med barn og ungdom som har foreldre med rusmiddelproblemer. Rapport til Helsedirektoratet mai 2017].
- Laconi, S., Cailhol, L., Pourcel, L., Thalamas, C., Lapeyre-Mestre, M., & Chabrol, H. (2015). Relationship between defense mechanism and therapeutic alliance. *Encephale-Revue De Psychiatrie Clinique Biologique Et Therapeutique*, 41(5), 429-434. doi:10.1016/j.encep.2014.10.021
- Langsrud, E., Lichtwarck, W., & Fauske, H. (2020). Barneverntjenestens problemfragmentering i lys av kompleksitetsteori. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 23(2), 113-125. doi:10.18261/issn.0809-2052-2020-02-0
- Lauritzen, C, Vis, SA, Fossum, S. (2018) Factors that determine decision making in child protection investigations: A review of the literature. *Child & Family Social Work*; 23: 743–756. doi.org/10.1111/cfs.12446
- Lauritzen, C, Vis, S A, Ulset, G, Tjelflaat, T, Rustad, K B (2019) Barnevernets undersøkelsesarbeid - fra bekymring til beslutning. Delrapport 3. Meldinger til



- barnevernet Barnevernets undersøkelsesarbeid - fra bekymring til beslutning.  
Delrapport 3. Meldinger til barnevernet. (bufdir.no)
- Lines, L. E., Hutton, A. E., & Grant, J. (2017). Integrative review: nurses' roles and experiences in keeping children safe. *Journal of Advanced Nursing*, 73(2), 302-322. doi:10.1111/jan.13101
- Lines, L. E., Grant, J. M., & Hutton, A. (2020). Nurses' perceptions of systems and hierarchies shaping their responses to child abuse and neglect. *Nurs Inq*, 27(2), e12342. doi:10.1111/nin.12342
- Liu, B. C. C., & Vaughn, M. S. (2019). Legal and policy issues from the United States and internationally about mandatory reporting of child abuse. *International Journal of Law and Psychiatry*, 64, 219-229. doi:10.1016/j.ijlp.2019.03.007
- Li, S., Zhao, F., & Yu, G. (2022). Childhood emotional abuse and depression among adolescents: Roles of deviant peer affiliation and gender. *Journal of interpersonal violence*, 37(1-2), NP830-NP850.
- Lov 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester (barnevernloven). LOV-1992-07-17-100
- Lov 18. juni 2021 nr. 97 om barnevern (barnevernsloven) LOV-2021-06-18-979
- Lov om barnevern (barnevernsloven) Kapittel 2. Bekymringsmelding og undersøkelse LOV-2021-06-18-97
- Lov om endringer i barnevernloven mv. (bedre rettssikkerhet for barn og foreldre) LOV-2018-04-20-5
- Lov om barnevern (barnevernsloven) Kapittel 13. Taushetsplikt, opplysningsplikt og adgang til å gi opplysninger LOV-2021-06-18-97
- Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) Kapittel 6. Opplysningsplikt m.v. LOV-1999-07-02-64
- Lov om helsepersonell kap Kapittel 8. Dokumentasjonsplikt § 41 LOV-1999-07-02-64
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) Kapittel 3. Særlige plikter og oppgaver Kap 3§ 3-7 a. Om barneansvarlig personell mv. LOV-1999-07-02-61
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) Kapittel 5. Rett til journalinnsyn § 5-1. Rett til innsyn i journal LOV-1999-07-02-63
- Lov om behandling av personopplysninger (2018) (personopplysningsloven) Kapittel 3. Utfyllende regler om behandling av personopplysninger § 7-9 LOV-2018-06-15-38

- Lov om organisering av forskningsetisk arbeid(2017 )(forskningsetikkloven) LOV-2017-04-28-23
- Logan-Greene, P., & Jones, A. S. (2018). Predicting chronic neglect: Understanding risk and protective factors for CPS-involved families. *Child & Family Social Work*, 23(2), 264-272. doi:10.1111/cfs.12414
- Lydersen, S. (2021). Justering av p-verdier ved multiple hypoteser. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. doi:10.4045/tidsskr.21.0357
- Lydersen S.(2019) Manglende data – sjelden helt tilfeldig. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 139(3). doi.org/10.4045/tidsskr.18.0809
- Mathews, B., & Collin-Vézina, D. (2019). Child Sexual Abuse: Toward a Conceptual Model and Definition. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(2), 131-148. doi.org/10.1177/1524838017738726.
- Magee, K. (2021). Maintaining the Therapeutic Alliance When Reporting Child Maltreatment: Recommendations for Mental Health Clinicians. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 51, 1-5. doi:10.1007/s10879-020-09476-2
- Maina, G., Ogenchuk, M., & Gaudet, S. (2021). Living with parents with problematic substance use: Impacts and turning points. *Public Health Nursing (Boston, Mass.)*, 38(5), 730–737. doi.org/10.1111/phn.12888
- McTavish, J. R., Kimber, M., Devries, K., Colombini, M., MacGregor, J. C. D., Wathen, C. N., MacMillan, H. L. (2017). Mandated reporters' experiences with reporting child maltreatment: a meta-synthesis of qualitative studies. *Bmj Open*, 7(10), e013942. doi:10.1136/bmjopen-2016-013942
- McCafferty, P., Duffy, J., & Hayes, D. (2021). Permanency Decisions in Child Welfare: A Qualitative Study. *British Journal of Social Work*, 51(6), 2134-2154. doi:10.1093/bjsw/bcab095
- Milidou, I., Merrild, C. H., Frost, L., Charles, A. V., Kjeldsen, H. C., & Søndergaard, C. (2023). Suspicion of child maltreatment: Knowledge and experiences with mandatory reports to social services among general practitioners in Denmark in 2019–20. *Child Abuse & Neglect*, 139, 106132. doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106132
- Munro E. (1999) ‘Common errors of reasoning in child protection work’, *Child Abuse & Neglect*, 23(8), pp. 745–58.

- Munro, E. (2005). Improving practice: Child protection as a systems problem. *Children and Youth Services Review*, 27(4), 375-391. doi.org/10.1016/j.childyouth.2004.11.006
- Munro, E. (2019). Decision-making under uncertainty in child protection: Creating a just and learning culture. *Child & Family Social Work*, 24(1), 123-130. doi.org/10.1111/cfs.12589
- Morse, J. M. (2015). *Critical Analysis of Strategies for Determining Rigor in Qualitative Inquiry*. *Qualitative Health Research*, 25(9), 1212–1222.
- Mossige, S. & Stefansen, K. (2007) Vold og overgrep mot barn og unge : en selvrapporderingsstudie blant avgangselever i videregående skole. NOVA Rapport 20/07
- Midtbø T (2016). Regresjonsanalyse for samfunnsvitere : med eksempler i Stata (p. 131). Universitetsforl.
- Midtsund, A. D., Garnweidner-Holme, L., Valla, L., Lukasse, M., & Henriksen, L. (2023). A qualitative study of public health nurses' experiences detecting and preventing child maltreatment in primary care settings. *Journal of Advanced Nursing*, 79(12), 4660–4671. doi.org/10.1111/jan.15761
- Myhre C.M (2010) Fysiske overgrep mot barn I: Borgen, G., Dyb, G., Hafstad, G. S., Jensen, T. K., Langballe, Å., Myhre, M. Øverlien, C. et al. (2011). *Seksuelle og fysiske overgrep mot barn og unge*. Kunnskapsstatus. Revidert 2011.
- NESH Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (2021)- Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora (5. Utgave)
- Nairn, S. (2019). Research paradigms and the politics of nursing knowledge: A reflective discussion. *Nursing Philosophy*, 20(4), e12260–n/a.
- Nouman H, Alfandari R, Enosh G, Dolev L, Daskal-Weichhendler H(2020) Mandatory reporting between legal requirements and personal interpretations: Community healthcare professionals' reporting of child maltreatment. *Child Abuse Negl*.
- NOU 2016: 16. Ny barnevernslov — Sikring av barnets rett til omsorg og beskyttelse. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Informasjonsforvaltning.
- NOU 2017:12 Svikt og svik: gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt : utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 13. november 2015 : avgitt til Barne- og likestillingsdepartementet 22. juni

- 2017: Vol. (p. 219). Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Informasjonsforvaltning.
- Nøkleby, H., Berg, R. C., Muller, A. E., & Ames, H. M. (2021). Barnemishandling under covid-19: en hurtig kartleggingsoversikt. *Nordisk välfärdsvetenskap / Nordic Welfare Research*, 6(1), 56-68. doi:10.18261/issn.2464-4161-2021-01-06
- Ohnstad, G & Gudheim, Y (2019). Meldeplikt til barnevernet : er det nok å være bekymret? Ordskifte forlag..
- Ohnstad, Sønderskov, & Ødegaard. (2021). Urettmessige meldinger til barnevernet: En utilstrekkelig påaktet rettssikkerhetsproblematikk.
- Otterman, G., Jalsenius, M., Maguire, S., Sarkadi, A., & Janson, S. (2017). Pediatric approaches to child maltreatment are subject to wide organisational variations across Europe. *Acta Paediatrica*, 106(7), 1110-1117. doi:10.1111/apa.13779
- Park, S., Schepp, K.G. A(2015) Systematic Review of Research on Children of Alcoholics: Their Inherent Resilience and Vulnerability. *J Child Fam Stud* 24, 1222–1231 doi.org/10.1007/s10826-014-9930-7
- Park, Y. S., Konge, L., & Artino, A. R. (2020). The Positivism Paradigm of Research. *Academic Medicine*, 95(5), 690–694. doi.org/10.1097/ACM.0000000000003093
- Popper. K ((1981). Vitenskap, Gjetning og gjendrivelsler (s. 17-60) I: *Fornuft og rimelighet som tenkemåte utvalgte essays* (Oversatt av Døderlein, J. M) (Vol. 68, p. 331). Dreyer.
- Pris HL & Kehn A.( 2023)Potential Reporters of Suspected Child Maltreatment are Sensitive to the Amount of Evidence and the Potential Consequences of Reporting. *J Interpers Violence*. Jan;38(1-2):NP391-NP417. doi: 10.1177/08862605221081934
- Prop. 169 L (2016–2017) Endringer i barnevernloven mv. (bedre rettssikkerhet for barn og foreldre)
- Proctor, L.J., Dubowitz, H. (2014). Child Neglect: Challenges and Controversies. In: Korbin, J., Krugman, R. (eds) *Handbook of Child Maltreatment. Child Maltreatment, vol 2. Springer, Dordrecht*. doi.org/10.1007/978-94-007-7208-3\_2
- Regehr, C., Enosh, G., & Bosk, E. (2021). An Ecological Model for High-Risk Professional Decision-Making in Mental Health: International Perspectives. *Int J Environ Res Public Health*, 18(14) doi:10.3390/ijerph18147671

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)uå. hente fra:

<https://rekportalen.no>

Rittel, & Webber, M. M. (1973). Dilemmas in a General Theory of Planning. *Policy Sciences*, 4(2), 155–169. doi.org/10.1007/BF01405730

Rød, P.A. & Heggdalsvik, I.K. (2016). Beslutninger i undersøkelsesarbeidet. I Ø. Christiansen & B.H. Kojan (red.), *Beslutninger i barnevernet*. Oslo: Universitetsforlaget.

Revicki, D. (2014). Internal Consistency Reliability. In: Michalos, A.C. (eds) *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Springer, Dordrecht. doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5\_1494

Reupert, A. E., Maybery, D. J., & Kowalenko, N. M. (2012). Children whose parents have a mental illness: prevalence, need and treatment. *Medical Journal of Australia*, 196(7), 7

Rønneberg, A Nordgarden, H, Skaare, AB, Willumsen, T (2019) Barriers and factors influencing communication between dental professionals and Child Welfare Services in their everyday work. *Int J Paediatr Dent.* ; 29: 684–691. doi.org/10.1111/ipd.12507

Rustad, K. B., Lauritzen, C., Skaale Havnen, K. J., Fossum, S., Christiansen, Øivin, & Vis, S. A. (2022). The impact of case factors on the initial screening decision in child welfare investigations in Norway. *Child Abuse & Neglect*, 131, 105708–105708. doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105708

Selbekk A S, Faugli A, Kufås E, Løvås M, Ruud T (2019). Kunnskapsoppsummering om situasjon og hjelp til barn og partnere av personer med rusproblemer

Silva, E. P., Emond, A., & Ludermir, A. B. (2021). Depression in childhood: The role of children's exposure to intimate partner violence and maternal mental disorders. *Child Abuse & Neglect*, 122, 105305. doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105305

Scott, J.G., Malacova, E., Mathews, B., Haslam, D.M., Pacella, R., Higgins, D.J., Meinck, F., Dunne, M.P., Finkelhor, D., Erskine, H.E., Lawrence, D.M. and Thomas, H.J. (2023), The association between child maltreatment and mental disorders in the Australian Child Maltreatment Study. *Med J Aust*, 218: S26-S33. doi.org/10.5694/mja2.51870

Sletten, M. S., & Bjorkquist, C. (2021). Professionals' tinkering with standardised tools: dynamics involving actors and tools in child welfare practices. *European Journal of Social Work*, 24(5), 749-760. doi:10.1080/13691457.2020.1793114

- Sletten, M. S., & Ellingsen, I. T. (2020). When standardization becomes the lens of professional practice in child welfare services. *Child & Family Social Work*, 25(3), 714-722. doi:10.1111/cfs.12748
- Schwab-Reese, L. M., Albright, K., & Krugman, R. D. (2022). Mandatory Reporting “will Paralyze People” or “Without it, People Would not Report”: Understanding Perspectives from Within the Child Protection System. *Child & Youth Care Forum*. doi:10.1007/s10566-022-09676-y
- Schepman K, Collishaw S, Gardner F, Maughan B, Scott J, and Pickles A. (2011). “Do Changes in Parent Mental Health Explain Trends in Youth Emotional Problems?” *Social Science & Medicine* 73(2):293–300
- Stang, E. G., Aamodt, H. A., Sverdrup, S., Kristofersen, L. B. & Winsvold, A. (2013). Taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt, (Rapport 3). NOVA.
- Statistisk sentralbyrå (2013 – 2022): Undersøkingar starta av barnevernet, etter innhald i meldinga, kven som melde saka og alder Seksjon for helse-, omsorg- og sosialstatistikk, rapport nr: 10667:, hentet fra : <https://www.ssb.no/statbank/table/10667/>
- Stavnes, K., Ruud, T., Benth, J.Š. et al (2022). Norwegian health personnel’s compliance with new legislation on children of ill parents: an exploratory cross-sectional multicentre study. *BMC Health Serv Res* 22, 1171 . doi.org/10.1186/s12913-022-08268-9
- Sieh D.S, Meijer A.M, Oort F.J, Visser-Meily J.M, Van der Leij DA(2010). Problem behavior in children of chronically ill parents: a meta-analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev. Dec;13(4):384-97*. doi: 10.1007/s10567-010-0074-z.
- Sieh DS, Visser-Meily JM, Oort FJ, Meijer AM(2012). Risk factors for problem behavior in adolescents of parents with a chronic medical condition. *Eur Child Adolesc Psychiatry.Aug;21(8):459-71*. doi: 10.1007/s00787-012-0279-4.
- Svensson, B., Bornehag, C.-G. & Janson, S. (2011) Chronic conditions in children increase the risk for physical abuse – but vary with socio-economic circumstances. *Acta Paediatrica*, 100, 407–412.
- Sundler AJ, Whilson M, Darcy L, Larsson M. Swedish School Nurses’ Experiences of Child Abuse. *The Journal of School Nursing*. 2021;37(3):176-184

- Sudland C (2023) Child protection investigations of child custody cases in Norway: caseworkers' obstacles and coping strategies, *Nordic Social Work Research*, 13:2, 293-305, doi: 10.1080/2156857X.2021.1972329
- Swedberg, R. (2020). Exploratory Research. In C. Elman, J. Gerring, & J. Mahoney (Eds.), *The Production of Knowledge: Enhancing Progress in Social Science* (Strategies for Social Inquiry, pp. 17-41). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/9781108762519.002
- Tanlaka, E. F., Ewashen, C., & King-Shier, K. (2019). Postpositivist critical multiplism: Its value for nursing research. *Nursing open*, 6(3), 740–744. doi.org/10.1002/nop2.306
- Talsma, M., Bengtsson Boström, K., & Östberg, A. L. (2015). Facing suspected child abuse-- what keeps Swedish general practitioners from reporting to child protective services?. *Scandinavian journal of primary health care*, 33(1), 21–26. doi.org/10.3109/02813432.2015.1001941
- Tonmyr, L., Li, Y. A., Williams, G., Scott, D., & Jack, S. M. (2010). Patterns of reporting by health care and nonhealth care professionals to child protection services in Canada. *Paediatrics & child health*, 15(8), e25–e32. doi.org/10.1093/pch/15.8.e25.
- Thomassen. T (2006). Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag (7 utg. p. 207). Gyldendal akademisk.
- Thoresen, S., Myhre, M., Wentzel-Larsen, T., Aakvaag, H. F., & Hjemdal, O. K. (2015). Violence against children, later victimisation, and mental health: a cross-sectional study of the general Norwegian population. *European Journal of Psychotraumatology*, 6. doi:10.3402/ejpt.v6.26259
- Toon W. Taris, Stacey R. Kessler & E. Kevin Kelloway (2021) Strategies addressing the limitations of cross-sectional designs in occupational health psychology: What they are good for (and what not), *Work & Stress*, 35:1, 15, doi:10.1080/02678373.2021.1888561
- Tversky, & Kahneman, D. (1974). Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases. *Science (American Association for the Advancement of Science)*, 185(4157), 1124–1131. doi.org/10.1126/science.185.4157.1124
- Torvik, F. A., Rognmo, K. (2011). Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser. (Rapport 2011:4). Oslo: Folkehelseinstituttet

- Vis, Christiansen, Øivin, Havnen, K. J. S., Lauritzen, C., Iversen, A. C., & Tjelflaat, T. (2020). Barnevernets undersøkelsesarbeid- fra bekymring til beslutning. Samlede resultater og anbefalinger. Ut Norges Arktiske Universitet.
- Vis, Lauritzen, C., & Fossum, S. (2019). Systematic approaches to assessment in child protection investigations: A literature review. *International Social Work*, 002087281982833–. doi.org/10.1177/0020872819828333
- Vis, S.A., Lauritzen, C., Fluke, J. et al (2023) Service Provision by Child Protection Services — Exploring Variability at Case and Agency Levels in a Norwegian Sample. *Int. Journal on Child Malt.* 6, 315–332. doi.org/10.1007/s42448-023-00154-z.
- van der Put, C. E., Assink, M., & van Solinge, N. F. B. (2017). Predicting child maltreatment: A meta-analysis of the predictive validity of risk assessment instruments. *Child Abuse & Neglect*, 73, 71-88. doi:10.1016/j.chiabu.2017.09.016
- Vial, A., Assink, M., Stams, G., & van der Put, C. (2020). Safety assessment in child welfare: A comparison of instruments. *Children and Youth Services Review*, 108. doi:10.1016/j.chilyouth.2019.104555
- Wolf, J. P., Kepple, N. J., & Freisthler, B. (2019). Understanding the Role of Parental Opiate or Marijuana Use in Child Welfare Substantiation Decisions. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 19(3), 238-261. doi:10.1080/1533256x.2019.1641675
- Wekerle, C. (2012 eller 2013). Resilience in the context of child maltreatment: Connections to the practice of mandatory reporting. *Child Abuse Negl*, 37(2), 93-101. doi:10.1016/j.chiabu.2012.11.005
- Wilson, I. A., & Lee, J. (2021). Barriers and Facilitators Associated With Child Abuse and Neglect Reporting Among Child Care Professionals: A Systematic Review. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 59(6), 14-22. doi:10.3928/02793695-20210324-01
- Wahlström, J., Magnusson, C., Låftman, S. B., & Svensson, J. (2023). Parents' drinking, childhood hangover? Parental alcohol use, subjective health complaints and perceived stress among Swedish adolescents aged 10-18 years. *BMC Public Health*, 23(1), 162– doi.org/10.1186/s12889-023-15097
- Yoon, D., Yoon, M., Wang, X., & Robinson-Perez, A. A. (2023). A developmental cascade model of adolescent peer relationships, substance use, and psychopathological symptoms from child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 137, 106054–106054. doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106054



- Yildiz, E., & Tanriverdi, D. (2018). Child neglect and abuse: a global glimpse within the framework of evidence perspective. *International Nursing Review*, 65(3), 370-380. doi:10.1111/inr.12435
- Zusman N, Saporta-Sorozon K.(2022) Organizational factors affecting nurses' tendency to report child abuse and neglect. *Public Health Nursing (Boston, Mass.)*. May;39(3):601-608. doi: 10.1111/phn.13030. PMID: 34889475.
- Yilmaz, K. (2013). Comparison of Quantitative and Qualitative Research Traditions: epistemological, theoretical, and methodological differences. *European Journal of Education*, 48(2), 311–325.

## Vedlegg 1

Tabell 5

Antall problemer: helsesektor og andre instanser

	Helsesektor (n=221)		Andre Instanser (n=902)		Hele utvalget (N=1123)		$\chi^2$ -tester		
	n	%	n	%	n	%	p	$\chi^2(df)$	$\phi_c$
Antall problem knyttet til barnet							.941	0.39(3)	.019
0	137	62%	567	62.3%	699	62.2%			
1	37	16.7%	149	16.5%	186	16.6%			
2	26	11.8%	96	10.6%	122	10.9%			
3+	21	9.5%	95	10.5%	116	10.3			
Antall problem knyttet foreldes omsorgsevne							.882	0.66(3)	.024
0	82	37.1%	337	37.4%	419	37.3%			
1	86	38.9%	363	40.2%	449	40%			
2	39	17.6%	140	15.5%	179	15.9%			
3+	14	6.3%	62	6.9%	76	6.8			
Antall problem knyttet familie/miljø							.735	1.27(3)	.034
0	74	33.5%	293	32.5%	367	32.7%			
1	81	36.7%	353	39.1%	434	38.6%			
2	40	18.1%	170	18.8%	210	18.7%			
3+	26	11.8%	86	9.5%	112	10%			

\*p < .05, \*\*p < .01, \*\*\*p < .001, df=antall frihetsgrader,  $\phi$ =Effektstørrelse phi koeffisient,  $\phi_c$ =CramersV

## Vedlegg 2

Tabell 7

Bakgrunnsvariabler variabler : helsesektor gruppert etter utfall på undersøkelsen (n)221

Variabel	Konklusjon tiltak (n=91)		Konklusjon henlagt(n=130)		Total (n=221)		$\chi^2$ -tester		
	n	%	n	%	n	%	p	$\chi^2$ (df)	$\phi$ / $\phi_c$
Kjønn							.859	0.03(1)	.012
	Gutt	50	54.9%	73	56.2%	123	55.7%		
	Jente	41	45.1%	57	43.8%	98	44.3%		
Alder							.96	0.62(4)	.053
	0-1	14	15.4%	16	12.3%	30	13.6%		
	2-5	11	12.1%	18	13.8%	29	13.1%		
	6-12	34	37.4%	48	36.9%	82	37.1%		
	13-15	19	20.9%	27	20.8%	46	20.8%		
	16-18	13	14.3%	21	16.2%	34	15.4%		
Barnets Bosted <sup>a</sup>							.779	1.76(4)	.090
	Mor og Far	38	42.2%	56	44.4%	94	43.5%		
	Mor/ Far alene	28	31.1%	42	33.3%	70	32.4%		
	Delt bosted mor/far	12	13.3%	10	7.9%	22	10.2%		
	Mor/Far/ Partner	11	12.2%	17	13.5%	28	13%		
	Utenfor Foreldrehjem	1	1.1%	1	0.8%	2	0.9%		
Er barnet tidligere meldt							.387	0.74(1)	.058
	Ja	41	45.1%	51	39.2%	92	41.6%		
	Nei	50	54.9%	79	60.8%	129	58.4%		
Fremkommer det i melding at foreldre kjente til melding							.771	0.08(1)	.020
	Ja	41	45.1%	56	43.1%	97	43.9%		
	Nei	50	54.9%	74	56.9%	124	56.1%		

\*p < .05, \*\*p < .01, \*\*\*p < .001, df=antall frihetsgrader,  $\phi$ =Effektstørrelse phi koeffisient,  $\phi_c$ =CramersV<sup>a</sup>Bosted (5) missing)

## Vedlegg 3

**Tabell 11**  
*Antall problemer ved helsesektor basert på utfall på undersøkelsen (n)221*

	Konklusjon tiltak(n=91)		Konklusjon henlagt (n=130)		Hele utvalget (n=221)		$\chi^2$ -tester		
	n	%	n	%	n	%	p	$\chi^2(df)$	$\phi_c$
Antall problem knyttet til barnet*							.023	9.56(3)	.208
0	46	50.5%	91	70%	137	62%			
1	18	19.8%	19	14.6%	37	16.7%			
2	14	15.4%	12	9.2%	26	11.8%			
3+	13	14.3%	8	6.2%	21	9.5%			
Antall problem knyttet foreldes omsorgsevne							.107	6.09(3)	.166
0	32	35.2%	50	38.5%	82	37.1%			
1	32	35.2%	54	41.5%	86	38.9%			
2	17	18.7%	22	16.9%	39	17.6%			
3+	10	11%	4	3.1%	14	6.3%			
Antall problem knyttet familie/miljø							.435	2.73(3)	.111
0	27	29.7%	47	36.2%	74	33.5%			
1	32	35.2%	49	37.7%	81	36.7%			
2	18	19.8%	22	16.9%	40	18.1%			
3+	14	15.4%	12	9.2%	26	11.8%			

\*p <.05,\*\*p < .01, \*\*\*p < .001, df=antall frihetsgrader, Effektstørrelse  $\phi_c$ =CramersV

## Vedlegg 4

Parvis sammenligning av aldergrupper: Meldinger som undersøkes fra helsesektor og andre instanser

Variabler	Helsesektor (n=221)		Andre Instanser (n=902)		p	χ <sup>2</sup> -tester	
	n	%	n	%		χ <sup>2</sup> (df)	φ
Alder **					.002	9.71(1)	-.093
0-1 år	30	13.6%	64	7.1%			
Alle andre	191	86.4%	838	92.9%			
Alder**					.002	9.53(1)	-.092
2-5 år	29	13.1%	203	22.5%			
Alle andre	192	86.9%	699	77.5%			
Alder					.237	1.39(1)	-.035
6-12 år	82	37.1%	374	41.5%			
Alle andre	139	62.9%	528	58.5%			
Alder					.207	1.59(1)	.038
13-15 år	46	20.8%	155	17.2%			
Alle andre	175	79.2%	747	82.8%			
Alder					.147	2.14(1)	.044
16-18 år	34	15.4%	106	11.8%			
Alle andre	187	84.6%	796	88.2%			

\*p <.05, \*\*p < .01, \*\*\*p < .001, df=antall frihetsgrader, φ=Effektstørrelse phi koeffisient