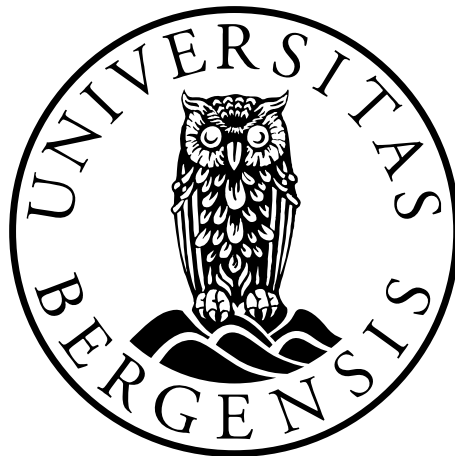


Tannhelsetjenestens erfaringer med meldeplikten til barneverntjenesten

-En kvalitativ intervjustudie

Silje Øverland Risøy



MASTEROPPGAVE

Masterprogram i barnevern

Vår 2015

Det psykologiske fakultet
HEMIL – Senteret

Veiledere: Ragnhild Bjørknes og Anette Iversen

Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært en lærerik og spennende prosess. Gjennom året har jeg hatt mulighet til å fordype meg i et interessant tema som har vekket min interesse i løpet av barnevernsstudiet. Jeg vil rette en stor takk til informantene mine som var villige til å la seg intervju i en ellers hektisk hverdag. Dere har gitt meg gode og hjelpsomme data å jobbe med.

Jeg vil gi en stor takk til mine to veiledere Ragnhild Bjørknes og Anette Iversen, for at dere har gitt meg gode råd, konstruktiv kritikk og motivasjon underveis i prosessen.

Jeg vil også takke min tidligere klassekollega Dani for at du har tatt deg tid til korrekturlesing, og diskutert oppgaven sammen med meg. Til slutt vil jeg rette en stor takk til min mann Endre, for at du hele tiden har hatt troen på meg, vært til stor hjelp når jeg har støtt på tekniske problemer med oppgaven og gitt meg en god støtte gjennom en krevende prosess.

Bergen, mai 2015

Silje Øverland Risøy

Sammendrag

Tannhelsetjenesten kan befinne seg i en nøkkelposisjon for å oppdage tegn på omsorgssvikt og mishandling. De følger alle barn gjennom oppveksten, og har en god mulighet til å undersøke barnet i behandlingssituasjonen. I de senere årene har det vært en økt satsning på tannhelsetjenestens meldeplikt til barneverntjenesten. Gjennom intervensjonen tannhelse og barnevern ble det i 2010 iverksatt en samarbeidsavtale mellom de to etatene, med interne rutiner for sending av bekymringsmeldinger. Forskningen viser imidlertid at det foreligger en underrapportering av bekymringsmeldinger sendt fra tannhelsetjenesten. Målsettingen med denne studien er å undersøke hvilke erfaringer tannhelsepersonell har med å melde fra til barneverntjenesten.

Dette er en kvalitativ intervjustudie med et semistrukturert design. Utvalget består av fire tannleger og tre tannpleiere, som er ansatt i Den offentlige tannhelsetjenesten i Hordaland. Intervjuene ble tatt opp på bånd, og deretter transkribert. Undertegnede analyserte intervjuene ved bruk av tematisk analyse.

Jeg identifiserte fire gjennomgående hovedtemaer i denne studien: tegn som fører til bekymring, vanskelige vurderinger ved bekymringsmelding, behov for organisatorisk støtte og behov for samarbeid med barneverntjenesten. Temaene ble diskutert ved hjelp av Fluke et al.'s økologiske beslutningsmodell, som viste at det var mange faktorer som påvirket beslutningen om å rapportere bekymringen.

Funnene pekte på at informantene hadde oppdaget forhold som vekket bekymring, men mistankene bestod ofte av vage tegn. Informantene følte seg best rustet til å oppdage pasienter som hadde dårlig tannhelse og uteble fra tannlegetimer. De opplevde større usikkerhet i forhold til om andre observasjoner kunne utgjøre grunn til bekymring. Funnene tyder på at informantene kunne blitt tryggere i praktiseringen av meldeplikten, dersom de hadde mulighet til å diskutere med andre fagpersoner og få mer kunnskap om temaet. Analysen av datamaterialet viste også et behov for at barneverntjenesten fremstår som mer åpen, ved at de gir tilbakemelding på mottatte bekymringsmeldinger og i større grad innhenter informasjon fra tannhelsetjenesten.

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	1
1.1 Bakgrunn for studien	3
1.2 Problemstilling	3
1.3 Oppgavens oppbygging	4
2.0 Teori og forskningsoppsummering.....	5
2.1 Begrepsavklaring og forskning på omsorgssvikt, mishandling og overgrep	5
2.1.1 Barnemishandling	5
2.1.2 Fysisk mishandling.....	6
2.1.3 Psykisk mishandling.....	6
2.1.4 Seksuelle overgrep	7
2.1.5 Omsorgssvikt.....	7
2.2 Omfang av omsorgssvikt, mishandling og overgrep.....	9
2.3 Konsekvenser av omsorgssvikt, mishandling og overgrep	10
2.4 Melde- og opplysningsplikt til barneverntjenesten	11
2.4.1 Taushetsplikt	12
2.5 Tannhelsetjenesten	13
2.6 Barneverntjenesten	13
2.7 Samarbeidsavtale mellom tannhelsetjenesten og barneverntjenesten	15
2.8 Økologisk beslutningsprosess	15
2.9 Betydningen av tverrfaglig samarbeid.....	18
2.10 Forskningsgjennomgang av samarbeidet mellom tannhelsetjenesten og barneverntjenesten	20
2.10.1 Nasjonal forskning	20
2.10.2 Internasjonal forskning	22
2.10.3 Oppsummering av forskningen	25
3.0 Metode	26
3.1 Kunnskapssyn og vitenskapsteori.....	26
3.2 Forforståelse	28
3.3 Gjennomføring av undersøkelsen.....	28
3.3.1 Forundersøkelse.....	28
3.3.2 Beskrivelse og begrunnelse for valg av forskningsdesign og metode.....	29

3.3.3 Intervjuguide	30
3.3.4 Rekruttering og utvalg	30
3.3.5 Gjennomføring	32
3.4 Tematisk analyse	33
3.5 Forskningsetiske vurderinger knyttet til undersøkelsen	35
3.5.1 Fritt og informert samtykke	35
3.5.2 Konfidensialitet	36
3.5.3 Konsekvens av deltakelse	36
3.6 Kvalitetssikring	37
3.6.1 Troverdighet	37
3.6.2 Bekreftbarhet	37
3.6.3 Overføringsverdi	38
4.0 Presentasjon av funn og diskusjon	39
4.1 Tegn som fører til bekymring	40
4.1.1 Pasienten unnlater å møte opp	41
4.1.2 Dårlig tannhelse	41
4.1.3 Tegn på vanskjøtsel	42
4.1.4 Tegn på psykisk mishandling	43
4.1.5 Behandlingsvegring	43
4.2 Diskusjon	44
4.3 Vanskelige vurderinger ved bekymringsmelding	48
4.3.1 Magefølelse utløser bekymring	48
4.3.2 Kulturforskjeller	49
4.3.3 Redsel for å ta feil fører til behov for sikker viten	50
4.3.4 Usikker på nytten av bekymringsmeldingen	51
4.4 Diskusjon	51
4.5 Behov for organisatorisk støtte	55
4.5.1 Behov for å ha noen å diskutere bekymringen med	55
4.5.2 Behov for mer opplæring og kompetanseheving	56
4.6 Diskusjon	57
4.7 Behov for samarbeid med barneverntjenesten	59
4.7.1 Barnevernet fremstår som en lukket tjeneste	59
4.7.2 Behov for en tilgjengelig og åpen barneverntjeneste	60

4.7.3 Å bli sett på som en betydningsfull samarbeidspartner	61
4.7.4 Meningsløst å ikke motta tilbakemelding fra barneverntjenesten	61
4.8 Diskusjon	62
5.0 Oppsummerende drøfting og avslutning	66
5.1 Hva er tannhelsepersonells erfaringer med meldeplikten?.....	66
5.2 Studiens styrker og begrensninger.....	69
5.3 Implikasjon for videre forskning og praksis.....	70
Litteraturliste	73
Vedlegg	81
1. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring	81
2. Intervjuguide.....	83
3. Godkjenning NSD	86
4. Samarbeidsavtale	88

1.0 Introduksjon

I media har det vært flere hoderystende historier om barn, som har vært utsatt for grov omsorgssvikt og mishandling fra sine nærmeste omsorgsgivere. En av disse er historien om søsknene Janne og Ronny fra Bergen, som gjennom hele oppveksten ble utsatt for alvorlig omsorgssvikt fra mor og stefar. De uteble ofte fra skolen, og de manglet mat og klær. Barnevernet ble varslet, men det oppstod svikt flere steder i tjenesten. Da Ronny var blitt ni år begynte tennene hans å råtne (Røren, Fredriksen & Hovden, 2013). Janne og Ronny var pasienter ved Den offentlige tannhelsetjenesten i Bergen, men hadde unnlatt å møte opp til tannbehandling. Søsknene ble imidlertid ikke fulgt opp av tannhelsetjenesten. Noen av grunnene til dette var at det manglet rutiner for å sende bekymringsmelding til barneverntjenesten (Bjørknes & Brattabø, 2014).

Det å leve med omsorgssvikt og mishandling kan få alvorlige konsekvenser for barns utvikling. Mishandlingen fører ofte til langvarige belastninger som varer gjennom barndommen og frem til voksenlivet (Gilbert et al., 2009a). Kvello (2010b) legger til grunn at forekomsten av skadelige omsorgsformer hos barn, ligger på 5-8 prosent. Dette vil si at rundt 55 000-80 000 barn i Norge lever under en skadelig omsorgssituasjon (Kvello, 2010b). For at barneverntjenesten skal kunne ivareta sine lovpålagte oppgaver, er det av avgjørende betydning at de får de opplysningene som behøves for å kunne gripe inn og identifisere barn i en slik situasjon (Sosial- og helsedirektoratet, 2006; Strøm, 2007). Offentlig ansatte er pliktet til å melde fra til barneverntjenesten dersom de er bekymret for et barn (Helsepersonelloven § 33, 1999; Barnevernloven § 6-4, 1992). Tannhelsepersonell er underlagt meldeplikt, og kan utgjøre en sentral samarbeidspartner for barneverntjenesten. I følge helsepersonelloven § 33 (1999) har (tann)helsepersonell en plikt til å melde fra til barneverntjenesten, dersom det foreligger mistanke om at et barn kan være utsatt for omsorgssvikt eller mishandling.

Alle barn fra 3 til 18 år blir innkalt til undersøkelse hos Den offentlige tannhelsetjenesten. Tannhelsetjenesten er den eneste helsetjenesten som jevnlig følger alle barn gjennom hele oppveksten (Kloppen, Rønneberg, Espelid & Bårdsen, 2010; Pedersen, Strand, Willumsen & Rønneberg, 2015). Barnemishandling er ofte assosiert med dårlig oral helse, og tegn på mishandling og omsorgssvikt befinner seg ofte i ansiktet (Uldum, Christensen, Welbury & Poulsen, 2010; Harris, Elcock, Sidebotham & Welbury, 2009b). Tegnene kan dermed bli oppdaget gjennom å undersøke barnets tenner, munn og regionen rundt hodet og halsen (Kloppen et al., 2010; Helsedirektoratet, 2012). I tillegg til den orale helsen, kan undersøkelsene gi betydningsfull informasjon om barnets generelle helse og samspillet

mellom barn og foreldre (Pedersen et al., 2015). Tannhelsepersonell befinner seg derfor i en situasjon hvor de kan ha en unik mulighet til å oppdage barn som er utsatt for omsorgssvikt eller mishandling (Uldum et al., 2010; Harris et al., 2009). Det viser seg imidlertid at tannhelsepersonell blir lite brukt som samarbeidspartner for barnevernet, og både norsk og internasjonal forskning viser stor underrapportering av bekymringsmeldinger sendt fra tannhelsetjenesten til barneverntjenesten (Kloppen et al., 2010; Helsedirektoratet, 2012; Laud, Gizani, Maragkou, Welbury & Papagiannoulis, 2013; Newcity, Ziniel & Needleman, 2011). Noen forklaringer for underrapporteringen har vært at tannhelsepersonell har hatt lite kunnskap om omsorgssvikt og mishandling, en har vært usikker i forhold til rutiner for melding, hatt lite kunnskap om relevant regelverk, samt liten kjennskap til måten barnevernet jobber på (Cairns, Mok & Welbury, 2005a; Harris et al., 2009b; Laud et al., 2013; Uldum et al., 2010).

Tannhelsepersonell kan oppleve flere vanskelige dilemmaer i forhold til når meldeplikten til barneverntjenesten utløses, og dette kan føre til en usikkerhet hos den enkelte behandler (Ness, Bjørknes & Brattabø, 2014). Kvist, Wickström, Miglis og Dahllöf (2014) finner i en studie fra Sverige at tannhelsepersonell strever med å bekrefte mistanker om mishandling og omsorgssvikt. Forskningen viser også at tannhelsetjenesten kan oppleve at det er vanskelig å skille karies og tannhelsemessig forsømmelse fra hverandre (Bhatia et al., 2014). Dette viser at de må gjøre mange vanskelige avveininger, og at det ofte ikke er en klar fasit for når meldeplikten utløses.

Det er flere grunner til at det er av stor viktighet å innhente mer kunnskap om dette temaet. I Hordaland har det vært en betydelig satsning på å skape en større bevissthet rundt tannhelsepersonells meldeplikt til barneverntjenesten de siste årene. Det jobbes mange steder i landet aktivt med temaet fra tannhelsens side (Helsedirektoratet, 2012; Kloppen et al., 2010). I norsk og nordisk kontekst foreligger det dessuten lite kunnskap om tannlegers meldepraksis til barnevernet. Forskningen viser også at de fleste studiene som har tatt for seg meldeplikten til barneverntjenesten er kvantitative. Ved å bruke kvalitativ metode kan en stille åpne spørsmål og gå mer i dybden (Malterud, 2011) på tannhelsetjenestens erfaringer og refleksjoner. De ulike metodene kan utfylle hverandre, og sammen gi en bedre forståelse av temaet.

1.1 Bakgrunn for studien

Denne masteroppgaven vil være en del av satsningen på intervensjonen *Tannhelse og barnevern*. I Den offentlige tannhelsetjenesten i Hordaland, Rogaland og Sogn og Fjordane, ble det i 2010 iverksatt en intervensjon, som har hatt som mål å fange opp barn som er utsatt for mishandling eller omsorgssvikt. Intervensjonen ble utarbeidet i samarbeid med Statens Barnehus Bergen, Institutt for klinisk odontologi ved Universitetet i Bergen og Ressurscenter om Vold, Traumatisk Stress og Selvmordsforebygging vest. Komponentene i intervensjonen er å iverksette samarbeidsavtale mellom tannhelsetjenesten og barneverntjenesten, sikre gode rutiner for sending av bekymringsmeldinger, utvikle kunnskap i tannhelsetjenesten om barn som befinner seg i en utsatt posisjon og sikre at en følger regelverket ved meldeplikten. Målet i intervensjonen er å gjøre det lettere for tannhelsepersonell å utøve sin lovpålagte meldeplikt (Ness et al., 2014). Torvik (2014) hevder at etter samarbeidsavtalen har flere tannhelsepersonell meldt fra til barnevernet enn tidligere. I 2012 meldte 65 tannleger i Hordaland fra til barnevernet, sammenlignet med 22 meldinger året før (Torvik, 2014).

Bjørknes og Brattabø (2014) driver den nasjonale studien *Tannhelse og barnevern-samhandling til beste for barnet*. Denne pågående studien har som mål å øke kunnskapen om utfordringene og opplevelsene ved tannhelsepersonells meldeplikt til barneverntjenesten, og målet er at tannhelsepersonell skal komme i en bedre posisjon for å oppdage barn som kan være utsatt for omsorgssvikt eller mishandling. I denne studien ønsker en blant annet å kartlegge hvordan meldeplikten utøves, forklaringsfaktorer som medfører at en sender eller lar være å sende bekymringsmeldinger, samt hvordan en har implementert intervensjonen *Tannhelse og barnevern* (Bjørknes & Brattabø, 2014). Datamaterialet i denne masteroppgaven vil være et supplement til den nasjonale kvantitative studien. Jeg har intervjuet tannleger og tannpleiere om deres opplevelser og erfaringer. I tillegg blir det også gjennomført intervju med barnevernsarbeidere om deres erfaringer med samarbeidet med tannhelsetjenesten.

1.2 Problemstilling

Formålet med denne studien er å undersøke hvilke tegn på omsorgssvikt og mishandling tannhelsepersonell kan oppdage, og hvordan de erfarer å melde fra om slike bekymringsfulle forhold. Jeg ønsker også å undersøke hvordan tannhelsepersonell opplever samarbeidet med barneverntjenesten, og hva som kan føre til at det kan bli lettere å melde oftere fra i fremtiden. Jeg har på bakgrunn av dette valgt følgende problemstilling:

Hvilke erfaringer har tannhelsepersonell med å melde fra til barneverntjenesten?

Jeg har videre utformet noen underspørsmål som kan hjelpe meg til å bedre kunne besvare problemstillingen. Disse har også dannet grunnlaget for intervjuguiden jeg har utarbeidet.

- Hvilke tegn på omsorgssvikt og mishandling kan tannhelsepersonell oppdage?
- Hvilke vurderinger gjør tannhelsepersonell vedrørende bekymring hos et barn?
- Hvilke faktorer kan føre til at det blir lettere for tannhelsepersonell å melde fra i større grad enn det som blir gjort i dag?
- Hvordan beskrives samarbeidet med barneverntjenesten?

1.3 Oppgavens oppbygging

I kapittel 2 vil jeg definere sentrale begreper i forhold til omsorgssvikt og mishandling. Etter dette vil jeg presentere aktuelt lovverk, samt redegjøre for en økologisk beslutningsprosess som rammeverk for denne studien. Videre vil jeg ta for meg betydningen av tverrfaglig samarbeid, for deretter å oppsummere forskningen som er gjort på feltet.

Kapittel 3 består av oppgavens metodedel. Her vil jeg ta for meg kunnskapssyn og forforståelse, valg av forskningsdesign, utvalg, rekruttering av informanter og datainnsamling. Deretter gjør jeg rede for analyse, forskningsetikk og til slutt studiens kvalitet.

I kapittel 4 vil jeg presentere studiens funn, og diskutere funnene fortløpende etter hvert hovedtema, ved hjelp av teoretisk perspektiv, lovgrunnlag og sentral forskning.

Jeg vil i kapittel 5 ta for meg en oppsummerende drøfting og avslutning, med utgangspunkt i å svare på problemstillingen og fremheve studiens sentrale funn. Til slutt vil jeg reflektere over styrker og begrensninger for denne studien, samt implikasjoner for videre forskning og praksis.

2.0 Teori og forskningsoppsummering

I denne delen vil jeg belyse det teoretiske rammeverket og forskningsoppsummeringen for studien. Jeg vil først starte med å gjøre rede for omsorgssvikt, mishandling og overgrep. Videre har jeg valgt å ta for meg sentralt lovverk. Grunnen til dette er at jeg ønsker å få frem tannhelsetjenestens og barneverntjenestens lovpålagte forpliktelser om å samarbeide. Deretter presenterer jeg kort tannhelsetjenestens rolle i Norge. Jeg vil også skrive om barneverntjenestens mandat i forhold til håndtering av bekymringsmeldinger. Etter dette vil jeg presentere samarbeidsavtalen mellom tannhelsetjenesten og barneverntjenesten. Videre har jeg valgt å ta for meg Fluke, Baumann, Dalglish og Kern's (2014) økologiske beslutningsprosess som teoretisk perspektiv. Dette har jeg valgt på bakgrunn av den valgte problemstillingen og sentrale funn i studien. Deretter gjør jeg rede for tverrfaglig samarbeid. Til slutt kommer en oppsummering av forskningen på samarbeidet mellom tannhelsetjenesten og barneverntjenesten.

2.1 Begrepsavklaring og forskning på omsorgssvikt, mishandling og overgrep

Begrep som vil være viktig å ha en forståelse for i denne studien er blant annet omsorgssvikt, mishandling og overgrep. Det finnes ulike grupperinger av mishandling og omsorgssvikt. Jeg har valgt å bruke Gilbert et al.'s (2009a) definisjon. Her blir barnemishandling brukt som et overordnet begrep for all skadelig omsorg for barn, mens omsorgssvikt blir brukt synonymt med vanskjøtsel og neglekt.

2.1.1 Barnemishandling

Barnemishandling omhandler enhver handling av unnlattelse eller provisjon fra en forelder eller annen omsorgsperson, som resulterer i skade, trussel om skade, eller potensiell skade på et barn. Dette gjelder selv om skaden ikke er tilsiktet (Gilbert et al., 2009a). Fire anerkjente former for mishandling som jeg vil ta for meg i det følgende er: fysisk mishandling, psykisk mishandling, seksuelle overgrep og omsorgssvikt (Gilbert et al., 2009a). Jeg vil knytte disse formene for barnemishandling opp mot tannhelsepersonellens rolle. Her har jeg også valgt å ta med tannhelsemessig forsømmelse, som er omtalt i internasjonal forskning (Bhatia et al., 2014, Harris et al., 2009a). Gilbert et al. (2009a) nevner i tillegg vitne til intim partnervold, som en form for mishandling. Vitne til intim partnervold vil imidlertid ikke bli viet plass i denne studien, på bakgrunn av at den er vanskelig for tannhelsepersonell å oppdage i behandlingssituasjonen. Det viser seg at i mer enn 80 prosent av barnemishandlingssakene er foreldre overgripere. Det er kun ved seksuelle overgrep, at bekjente eller slektninger av familien utgjør størsteparten av overgriperne (Gilbert et al., 2009a).

2.1.2 Fysisk mishandling

Fysisk mishandling er forsettlig bruk av redskaper eller makt mot et barn, som fører til, eller kan føre til fysisk skade. Denne formen for mishandling kan blant annet inneholde biting, risting, slag, brenning, sparking, juling, forgiftning og kvelning (Gilbert et al., 2009a; Kvello, 2010a). Fysisk mishandling omfatter en situasjon hvor traumatiske skader ikke er oppstått ved et uhell (Nuzzolese et al., 2009). Ved denne formen for mishandling påfører en barnet fysisk smerte gjennom aktive handlinger (Kvello, 2010b).

I følge forskningen befinner tannhelsepersonell seg i en ideell posisjon for å avdekke fysisk mishandling. Dette er på bakgrunn av at mange symptomer på fysisk omsorgssvikt befinner seg i området rundt ansiktet (Cairns, Mok & Welbury, 2005b). Cairns et al. (2005b) fant i en studie fra England at 59 prosent av 350 barn som hadde vært til medisinsk undersøkelse, hadde synlige tegn på mishandling i hode, munnen, ansiktet eller halsen. Dette vil si 2/3, og i 66 prosent av sakene var dette i form av blåmerker. Studien fremhever at blåmerker i området rundt ansiktet, nakken og på ørene bør bli viet særlig mistanke (Cairns et al., 2005b). En bør være spesielt på vakt mot fysiske skader som ikke samsvarer med historien som blir fortalt (Nuzzolese et al., 2009).

2.1.3 Psykisk mishandling

Emosjonell eller psykisk mishandling er forsettlig atferd som innbefatter at en formidler til et barn at hun eller han er verdiløs, uønsket, en feiltagelse, eller kun verdsatt i møte med andres behov (Gilbert et al., 2009a). I Storbritannia har en inkludert definisjonen til også å gjelde utilsiktet foreldre-barn samspill, som er skadelig. Her defineres psykisk mishandling som en emosjonell mishandling av barn som vedvarer over tid, og som kan forårsake permanente og alvorlige negative konsekvenser på den følelsesmessige utviklingen til barnet. Denne formen for mishandling kan inkludere terrorisering, isolering og at en skylder på barnet, hvor en ikke tar hensyn til barnets utviklingsbehov, eller oppfører seg på andre måter som kan skade barnet emosjonelt eller psykisk. Her kan omsorgsgiver oppføre seg på en skremmende, skadelig eller nedverdiggende måte mot barnet (Gilbert et al., 2009a).

Gjennom undersøkelsen kan tannhelsepersonell registrere samspillet mellom barn og omsorgsgiver (Næss et al., 2014). I tillegg til samspillet, kan kjennetegn på psykisk mishandling vise seg ved barnets psykiske tilstand og atferd. Barna kan blant annet være vaktsomme, opptre tilbaketrukket eller være lite samarbeidsvillige (Pedersen et al., 2015). I følge en studie av Kvist et al. (2014) ble tannhelsepersonell bekymret dersom de oppfattet

negativ foreldreoppførsel, men slike tegn var ofte utenfor tannhelsepersonellens profesjonelle komfortsone, og ble sjelden meldt til barnevernet.

2.1.4 Seksuelle overgrep

Seksuelle overgrep handler om at en utviser en skadelig og upassende kontakt ovenfor barnet, som er av en seksuell karakter (Kvillo, 2010b). Seksuelt overgrep betyr ethvert forsøk på eller enhver fullført seksuell omgang, seksuell handling, eller seksuell atferd ved ikke-fysisk kontakt, mellom et barn og en omsorgsperson (Gilbert et al., 2009a). I følge Sjøftestad (2005) peker mesteparten av de sosialpsykologiske definisjonene av seksuelle overgrep på at overgrepene skjer på bekostning av de behovene barn har, og ut fra hvilke behov overgriperen har.

Forskningen har vist at mange barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep, opplever en vegring mot å ta i mot tannbehandling (Dougall & Fiske, 2009; Willumsen, 2004; Pedersen et al., 2015). Tannlegesituasjonen kan frembringe negative minner, og gi uønskede assosiasjoner. Dette kan føre til at barna lar være å møte opp, eller avbestiller tannlegetimer gjentatte ganger. Vegringen kan handle om at pasientene kan føle seg ukomfortable med posisjonen en ligger på i tannbehandlingssituasjonen, motvilje mot å bli rørt, følelse av å miste kontroll over situasjonen, sensitive i forhold til ulike lukter, samt ubehag over og ha instrumenter i munnen (Dougall & Fiske, 2009). I følge Pedersen et al. (2005) bør tannhelsepersonell også være på vakt mot pasienter som dissosierer under behandlingssituasjonen. Dette omhandler at barnets virkelighet og tankemessige atferd er koblet fra situasjonen. For tannhelsepersonell kan det også være mulig å oppdage fysiske bevis på at seksuelle overgrep har oppstått i barnets munn. Dette omfatter sårdannelse, erytem, eller vesikkeldannelse som har oppstått fra seksuelt overførbare sykdommer som gonore. I tillegg kan en indikasjon på oral penetrasjon være petekkier og erytem som befinner seg på grensen mellom den bløte og den harde ganen (Child Protection and the Dental Team, 2006-2013).

2.1.5 Omsorgssvikt

Omsorgssvikt er et mangefasettert og sammensatt fenomen (Killèn, 2012). Kvillo (2010b) peker på at omsorgssvikt betegnes som en forsømmende ivaretagelse av de grunnleggende behovene barn har for beskyttelse, stimulering og oppfølging. Omsorgssvikt vil blant annet si at en ikke sikrer barnet trygghet, unnlater å tilby tilstrekkelig ernæring, ly eller hygiene (Gilbert et al., 2009a). Ved omsorgssvikt er det snakk om at man unnlater å gjennomføre en

handling, i motsetning til overgrep og mishandling som er kjennetegnet av krenkelser som er påført aktivt (Kvello, 2010b).

Gilbert et al. (2009a) peker på at omsorgssvikt er en unnlattelse i å møte et barns grunnleggende emosjonelle, fysiske, utdanningsmessige eller medisinske/tannhelsemessige behov. Den medisinske omsorgssvikten omfatter at en ikke gir barnet tannhelsemessig, psykisk eller somatisk hjelp til behandling og forebygging av helseskader (Kvello, 2010b; Gilbert et al., 2009a). Grov karies, unnlattelse i å fullføre tannbehandlingen og ikke-møtt problematikk, kan i følge Pedersen et al. (2015) være tegn på omsorgssvikt en bør være på vakt mot.

Dental neglect eller tannhelsemessig forsømmelse defineres i internasjonal litteratur som en svikt fra en forelder eller omsorgsperson i å møte et barns grunnleggende orale helsebehov. Omsorgspersonene skal møte disse behovene på en slik måte at barnet oppnår en tilstrekkelig funksjon og frihet fra smerter og infeksjoner, der hvor en har rimelige tilbud tilgjengelige (Bhatia et al., 2014). Forsømmelse av barnets munnhelse kan føre til smerter, svekket livskvalitet og dårlig vekst. Barn er avhengige av foreldrene for å opprettholde sin munnhelse. Dette inkluderer munnhygiene og det å søke behandling dersom en har behov for det (Bhatia et al., 2014). Tannhelsemessig forsømmelse kan være en indikator på et større bilde av mishandling eller omsorgssvikt, men det kan også oppstå isolert fra dette. Den vanligste orale sykdommen hos et barn er karies. En bør heller ikke overse andre grunner til orale plager, traumer eller infeksjoner. Det viser seg at mishandlede barn har mer ubehandlede tannsykdommer enn barn som ikke er mishandlet (Harris, Balmer & Sidebotham, 2009a).

Bhatia et al. (2014) utarbeidet en systematisk gjennomgang som hadde som mål å identifisere tannhelsemessig forsømmelse hos barn. I denne studien søkte en å finne vitenskapelige bevis som kan underbygge egenskapene til barn som er utsatt for tannhelsemessig forsømmelse. Ni studier ble inkludert, med barn fra 0-15 år som hadde fått bekreftet tannhelsemessig forsømmelse ved tannbehandling. Disse barna var kjennetegnet av en svikt i å søke hjelp i tide eller å fullføre en hensiktsmessig tannbehandlingsplan. Det blir lagt til grunn at tannhelsepersonell befinner seg i en god posisjon for å oppdage tannhelsemessig forsømmelse, men tannhelsepersonellet opplevde usikkerhet i forhold til å identifisere og rapportere forsømmelsen. Studien fant at det å skille mellom karies og tannhelsemessig forsømmelse var vanskelig. Studien viste også at det var lite data på konkrete faktorer for å hjelpe til med å skille disse faktorene fra hverandre (Bhatia et al., 2014). Bhatia et al. (2014)

legger imidlertid til grunn at en bør rapportere til barnevernet dersom en ikke fullfører en foreslått behandlingsplan, unngår å behandle traumer eller karies, eller tillater at barnets munnhelse forverres (Bhatia et al., 2014).

2.2 Omfang av omsorgssvikt, mishandling og overgrep

Kloppen, Mæhle, Kvello, Haugland og Breivik (2014) undersøkte omfanget av ulike former for barnemishandling i nordiske land. Dette ble gjort ved hjelp av en litteraturgjennomgang av selv-rapporteringsstudier og systematisk søk i ulike databaser. 24 nordiske studier ble inkludert, og gjennomgangen fant lite forskjeller i utbredelsen mellom de fem ulike landene. Det ble tatt utgangspunkt i 14 studier om seksuelle overgrep, hvor en fant at 0,2-1,2 prosent av barn er utsatt for seksuelle overgrep fra en forelder eller en steforelder. Bortsett fra en studie fra Island, viste alle de nordiske studiene, en nedgang i antall barn utsatt for seksuelle overgrep fra en slektning i løpet av de siste 20 årene. Resultatene indikerer også en nedgang i utbredelsen av alvorlig fysisk mishandling fra en forelder. Kloppen et al. (2014) viste til 15 inkluderte studier som omhandlet utbredelsen av fysisk mishandling. Åtte av disse studiene tok for seg alvorlig fysisk mishandling, og fant at 3-9 prosent av barn er utsatt for alvorlig fysisk mishandling (Kloppen et al., 2014). Det var kun en studie hvor utbredelse av omsorgssvikt og psykisk mishandling ble dokumentert. Her ble det antatt av 23 prosent er utsatt for psykisk mishandling, og 15 prosent er utsatt for omsorgssvikt eller vanskjøtsel (Kloppen et al., 2014).

Gilbert et al. (2009a) utarbeidet en litteraturgjennomgang av barnemishandling i internasjonale høyinntektsland. Denne forskningsgjennomgangen omfattet selvrapporteringsstudier fra ofre av barnemishandling, selvrapportering fra omsorgsgivere og offentlig statistikk fra byråer som har studert barnemishandlingsofre. Her fant Gilbert et al. (2009a) at 4-16 prosent av barn blir fysisk mishandlet hvert år. I selvrapporteringsstudier fra USA og Storbritannia fant en få studier som har undersøkt omfanget av psykisk mishandling. De selvrapporteringsstudiene som tok for seg psykisk mishandling viste imidlertid at 8-9 prosent av kvinner og rundt 4 prosent av menn er utsatt for alvorlig psykisk mishandling i løpet av barndommen. Selv om vanskjøtsel er den hyppigste kategorien av barnemishandling rapportert fra barnevernet, har denne formen for mishandling hatt lite fokus i selvrapporteringsstudier. Studier fra USA og Storbritannia bemerket imidlertid at mellom 1,4 og 10,1 prosent av barn rapporterte om fravær av omsorg eller situasjoner hvor barn var skadet på grunn av utilstrekkelig omsorg, som kan knyttes til vanskjøtsel. 1-5 prosent av gutter og 5-10 prosent av jenter blir utsatt for seksuelle overgrep i form av penetrering i løpet

av barndommen. Tall som viser enhver form for seksuelle overgrep, er imidlertid høyere. I følge Gilbert et al. (2009a) er det et stort gap mellom et lavt antall barnemishandlinger rapportert fra barnevernet, og en del høyere tilfeller rapportert fra foreldre og ofre av barnemishandling. Dette viser at det finnes mørketall, og at bare et fåtall av barnemishandlingssaker blir rapportert til det offentlige (Gilbert et al., 2009a). I en systematisk gjennomgang fra Storbritannia regnet en ut at sosialtjenesten kun undersøkte ett av 30 barn som var blitt fysisk mishandlet (Gilbert et al., 2009a). Sammenlignet med internasjonale funn, er omfanget av barnemishandling i nordiske land på et lavere nivå. Tallene fra begge disse studiene må imidlertid ses på som minstetall. Dette på bakgrunn av at det er selvrapporteringsstudier, og dermed fare for utfordringer med gjenkallingen (Kloppen et al., 2014; Gilbert et al., 2009a). Underrapporteringen kan også skyldes redsel, skam eller skyldfølelse (Pedersen et al., 2015).

2.3 Konsekvenser av omsorgssvikt, mishandling og overgrep

Barnemishandling er en betydelig byrde for barnet selv og for samfunnet. Det viser seg at 155 000 dødsfall blant barn hvert år rundt i verden, kan knyttes til vanskjøtsel eller mishandling (Gilbert et al., 2009a). Mange av de barna som er utsatt for omsorgssvikt og mishandling, befinner seg også i en høy risiko for å bli utsatt for flere skadelige omsorgsformer samtidig (Kvello, 2010a; Kvello, 2010b; Killen, 2012; Gilbert et al., 2009a).

Gilbert et al. (2009a) oppsummerte sammenhengen mellom ulike typer barnemishandling, og utfall som kunne knyttes til mental- og fysisk helse, utdanning og vold eller kriminell atferd, i en studie av konsekvenser for barnemishandling i høyinntekstland. Barnemishandling øker risikoen for atferdsproblemer som angst, depresjon og aggresjonsproblemer. Depresjon kan knyttes til seksuelle overgrep, fysisk mishandling og vanskjøtsel. Forskningen viser også at barnemishandling kan medføre post-traumatisk stressforstyrrelse som blant annet inkluderer søvnvansker og tilbakevendende skremmende minner. Ulike studier viser en sammenheng mellom vanskjøtsel, fysisk mishandling, seksuelle overgrep og post-traumatisk stressforstyrrelse. Både seksuelle overgrep og fysisk mishandling viser seg å doble risikoen for selvmordsforsøk hos unge personer i slutten av 20-årenene (Gilbert et al., 2009a). Resultater indikerer også at det å bli utsatt for ulike former for mishandling kan føre til en risiko for misbruk av alkohol eller dop i voksen alder. Barnemishandling kan også assosieres med langsiktig underskudd på skoleprestasjoner. Kun 42 prosent av barn som var blitt mishandlet fullførte videregående skole, sammenlignet med 2/3 i en kontrollgruppe. Det er også påvist en sterk sammenheng mellom seksuelle overgrep, vanskjøtsel, fysisk mishandling

og overvekt. Barn som har blitt seksuelt misbrukt kan ofte utvikle en unormal eller påtrengende seksuell atferd. Barn som er utsatt for vanskjøtsel og mishandling befinner seg i en høy risiko for å bli aggressive og påføre andre mennesker smerte, i tillegg til å skade seg selv. Studien viser at det trengs mer forskning vedrørende barn som er utsatt for vanskjøtsel. Konsekvensene av denne formen for mishandling er minst like skadelig for et barn, som fysisk mishandling og seksuelle overgrep, selv om den i mindre grad er forsket på (Gilbert et al., 2009a).

Omsorgssvikt kan også ha konsekvenser for tilknytningen mellom barn og foreldre, samt knyttes til en forsinket utvikling av hjernen (Killèn, 2012; Kvello, 2010a). En norsk oppfølgingsundersøkelse fra Clausen & Kristofersen (2008) viser at barn som mottar barnevernstiltak har et dårligere utgangspunkt for å klare seg enn andre. De har lavere utdanning, svakere tilknytning til arbeidslivet og større psykiske problemer (Clausen & Kristofersen, 2008). Det viser seg også at barn som er mishandlet befinner seg i en høyere risiko for å begå straffbare handlinger senere i livet (Clausen, 2004).

Barnemishandlingen gir alvorlige konsekvenser som påvirker barnets liv, familien og samfunnet generelt (Gilbert et al., 2009a). Til tross for de konsekvenser som denne forskningen viser, går det likevel bra med en del av disse barna. Det viser seg at mer enn 50 prosent av barn som er utsatt for kritikkverdige forhold, ikke får alvorlige psykiske problemer (Borge, 2010). Dette kan blant annet handle om at vi har et velferdssystem (barneverntjeneste, tannhelsetjeneste, helsestasjon, skole og andre etater), som skal fange opp barn som behøver hjelp, på et tidlig stadium (Bunkholdt & Sandbæk, 2009).

2.4 Melde- og opplysningsplikt til barneverntjenesten

Dersom offentlige eller privatpersoner har mistanke om at et barn lever under bekymringsfulle forhold, har de en plikt til å sende melding til barneverntjenesten (Bunkholdt & Sandbæk, 2009). Barnevernloven § 6-4 (1992) og helsepersonelloven § 33 (1999) sier eksplisitt at «offentlige myndigheter skal, av eget tiltak, uten hinder av taushetsplikt, gi opplysninger til kommunens barneverntjeneste når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet, eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt». Dette gjelder også «når et barn har vist vedvarende og alvorlige atferdsvansker». Formålet med denne plikten er at barneverntjenesten skal kunne sette i gang nødvendige tiltak for å verne barnet mot videre omsorgssvikt og mishandling. En skal legge til rette for at barn skal få den omsorgen og oppfølgingen som de behøver (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Helsepersonellet kan gi opplysninger til barneverntjenesten på to måter. Opplysningsplikten kan enten bli gitt av eget tiltak, eller etter pålegg fra barneverntjenesten (Barnevernloven § 6-4, 1992; Helsepersonelloven § 33, 1999). Helsepersonell har både en plikt og en rett til å gi opplysninger til barneverntjenesten (Helsepersonelloven § 33, 1999). I følge helsepersonelloven § 23 4. ledd (1999) har helsepersonell en rett til å gi barneverntjenesten opplysninger dersom «tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig». Det skal imidlertid mye til før en kan gi opplysninger videre på et slikt vilkår (Næss, Brattabø & Bjørknes, 2014). Opplysningsretten vil derfor ikke bli viet mer plass i denne studien. Begrepet opplysningsplikt blir brukt både om plikt til å gi opplysninger av eget tiltak, og etter anmodning fra barneverntjenesten, mens meldeplikt blir brukt om opplysninger tannhelsetjenesten gir av eget tiltak. Jeg har valgt å bruke begrepet meldeplikt i denne studien.

Meldeplikten er i følge helsedirektoratet (2012) og sosial- og helsedirektoratet (2006) avgrenset til å gjelde mer alvorlige situasjoner. Meldeplikten blir ikke utløst, kun dersom familien vil ha nytte av tiltaket, eller at helsepersonellet oppfatter at barnet ikke befinner seg under optimale forhold (Helsedirektoratet, 2012). Det er dersom det er risiko for at barnet kan ta betydelig skade av å leve under visse forhold at meldeplikten utløses (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). En krever ikke at helsepersonell skal vite at barnet blir utsatt for mishandling eller omsorgssvikt, men det skal være holdepunkter for mistanken. Det skal sendes bekymringsmelding til barneverntjenesten dersom vilkårene for meldeplikten er til stede (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Helsedirektoratet (2012) mener at dersom barnet ikke møter til tannbehandling over lenger tid, *kan* det gi grunnlag for bekymring. Dette vil ikke i seg selv være omsorgssvikt, men kan være et tegn på dette. Dersom foreldre unnlater å behandle karies hos barnet kan en også oppfatte det som omsorgssvikt (Helsedirektoratet, 2012).

2.4.1 Taushetsplikt

En av motforestillingene mot melde- og opplysningsplikten er reglene om taushetsplikt. Tannhelsetjenesten, er gjennom helsepersonelloven § 21 (1999), regulert av taushetsplikt. Helsepersonell skal hindre at andre får kjennskap eller adgang til personlige forhold eller sykdomsforhold om pasienten (Helsepersonelloven § 21, 1999). Taushetsplikten handler både om tilliten mellom pasienten og helsepersonell, og hensynet til personens integritet og personvern. Taushetsplikten er viktig for at pasienter skal kunne stole på helsepersonell, og ikke holder tilbake viktig informasjon, eller unngår å oppsøke helsetjenesten når de har behov for det. Det er imidlertid gjort noen unntak fra denne taushetsplikten. Helsepersonell vil i

noen tilfeller med unntak av taushetsplikten, ha plikt til å videreformidle opplysninger til barneverntjenesten (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

2.5 Tannhelsetjenesten

Tannhelsetjenesteloven § 1-2 (1983) skal sørge for forebygging og behandling som er nødvendig. En skal også gi informasjon om hva allmennheten og en selv kan gjøre for å ivareta sin egen tannhelse. I følge tannhelsetjenesteloven § 1-3 (1983), skal tannhelsetjenesten gi regelmessig tilbud til barn fra de er født og til de fyller 18 år. Det skal i tillegg organiseres tiltak som er forebyggende for hele befolkningen. I denne loven foreligger det imidlertid ingen bestemmelser om meldeplikt til barneverntjenesten (Tannhelsetjenesteloven § 1-3, 1983). Bestemmelsen om helsepersonellets meldeplikt vil imidlertid gå foran bestemmelsene om forebygging i tannhelsetjenesteloven.

Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge er organisert og underlagt fylkeskommunen. Det er fylkeskommunen sitt ansvar å sørge for en tilgjengelig tannhelsetjeneste for alle som bor eller oppholder seg i det aktuelle fylke. I Norge består tannhelsetjenesten av en offentlig og en privat sektor. I den offentlige sektoren skal deler av befolkningen motta tjenester etter tannhelsetjenesteloven, mens den private sektoren omhandler tjenester til den ytterligere delen av befolkningen. Fylkeskommunen har ansvar for begge sektorene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Det er tre yrkesgrupper som i hovedsak arbeider i tannhelsetjenesten. Dette er tannleger, tannpleiere og tannlegesekretærer (Ellingsæter, 1992).

2.6 Barneverntjenesten

Barnevernlovens formål er «å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid». Barnevernet skal også «bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår». Dette står eksplisitt i barnevernloven § 1-1 (1992). Det er avgjørende at barneverntjenesten får de opplysningene som behøves, for at de skal kunne ivareta de oppgavene de er pålagt å gjøre (Sosial- og helsedirektoratet, 2006; Strøm, 2007). Bekymringsmelding vil si alle henvendelser barneverntjenesten mottar, om at et barn lever under bekymringsfulle forhold som kan utløse tiltak etter barnevernloven. Meldingen kan forekomme både skriftlig og muntlig (Ohnstad, 2009).

I følge barnevernloven § 4-2 (1992), skal barneverntjenesten så fort som mulig og senest innen en uke, gå gjennom meldinger som er kommet inn. Barneverntjenesten skal deretter avveie om en skal følge opp meldingen med undersøkelse, eller om meldingen skal konkluderes med henleggelse. Dersom barnevernet mener at meldingen gir grunnlag for tiltak,

skal en sette i gang undersøkelse etter § 4-3 (Barnevernloven, 1992). Barnevernlovens § 4-3 (1992) hevder at undersøkelsen ikke skal bli gjort større enn en behøver, og personene skal bli minst mulig skadet av undersøkelsen. I følge barnevernloven § 3-1 (1992) har den kommunale barneverntjenesten ansvar for å anskaffe tiltak som kan forebygge atferdsproblemer og omsorgssvikt hos barn. Målet er å sette inn tiltak på et tidlig stadium slik at en skal unngå varige problemer. Et sentralt prinsipp i barnevernsarbeid er mildeste inngreps prinsipp. Dette omhandler at barneverntjenesten i første omgang er pliktet til å teste ut minst mulig omfattende tiltak i hjemmet. En skal kun plassere barnet bort fra familien, dersom situasjonen ikke har blitt avhjulpet med tiltak i hjemmet eller at en opplever tiltaket som nytteløst (Bunkholdt & Sandbæk, 2009). Fristen for å gjennomføre undersøkelsen er 3 måneder, og kan helt unntaksvis være 6 måneder (Barnevernloven § 6-9, 1992).

I følge barnevernloven § 3-2 (1992), skal barneverntjenesten være med å bidra til at interessene til barn også blir ivaretatt av andre offentlige organer. Dersom det kan være til hjelp for å løse oppgaver som barneverntjenesten er pålagt å gjøre etter, skal barneverntjenesten samarbeide med andre forvaltningsnivåer og sektorer (Barnevernloven § 3-2, 1992). Tannhelsetjenesten har nå rett til å få tilbakemelding fra barneverntjenesten om at meldingen er mottatt, innen 3 uker (Barnevernloven § 6-7, 1992). I denne tilbakemeldingen skal det fremgå hvorvidt saken blir fulgt opp videre, eller om den er henlagt. En kan kun la være å gi melder tilbakemelding om det er åpnet undersøkelse, dersom det er spesielle grunner som taler mot dette, eller at meldingen er ansett som grunnløs (Barnevernloven § 6-7, 1992). Bestemmelsen om tilbakemelding kom i 2009, og er betydningsfull for helsepersonell. Tidligere kunne en risikere at helsepersonell sendte flere meldinger etter at barnevernet hadde henlagt saken, og de fikk dermed ikke vite om det ble iverksatt tiltak i den aktuelle saken. Denne bestemmelsen er viktig for samarbeidet mellom etater, og i forhold til oppfølgingen av barnet i etterkant (Glavin & Erdal, 2013).

I 2013 mottok barneverntjenesten 52550 bekymringsmeldinger. Antallet som gikk videre til undersøkelse var på 79 prosent. De fleste meldingene kom fra politi, skole og barneverntjenesten selv. Fem prosent av meldingene stammet fra tannlege/lege/sykehus, privatpersoner og barnevernsvakt. Størsteparten av meldingene som førte til undersøkelse gjaldt sviktende foreldreferdigheter, konflikter, vold i hjemmet, rusmisbruk og psykiske lidelser hos foreldre (Statistisk sentralbyrå, 2014, 15.desember). Den offentlige tannhelsetjenesten sendte totalt 474 bekymringsmeldinger til barneverntjenesten i 2011 (Ness et al., 2014). I 2012 mottok barneverntjenesten i Hordaland 65 meldinger fra Den offentlige

tannhelsetjenesten (Torvik, 2014). Dette utgjør kun en liten andel av det totale antall meldinger sendt til barneverntjenesten.

2.7 Samarbeidsavtale mellom tannhelsetjenesten og barneverntjenesten

I 2010 ble det utarbeidet en samarbeidsavtale mellom tannhelsetjenesten og det lokale barnevernskontoret. Det er en tydelig ansvarsfordeling i avtalen, og den er forpliktende for begge parter. Tannhelsetjenestens ansvar i forhold til denne avtalen er blant annet å sørge for at alle ansatte kjenner til kontaktteamet i den barneverntjenesten de hører til og forplikte seg til samarbeidsavtale med barneverntjenesten. Tannhelsetjenesten skal også ta initiativ til samarbeidsmøter hvert år, og sende bekymringsmeldinger på eget initiativ dersom det oppstår en begrunnet mistanke. Barneverntjenesten har et spesielt ansvar for å kjenne til hvilke rutiner tannhelsetjenesten har for innkalling og rapportering av bekymringsmeldinger, samt delta på samarbeidsmøter. Barneverntjenesten skal i tillegg gi tannhelsetjenesten veiledning og råd dersom det oppstår mistanke over et barn, og gi tilbakemelding på mottatte bekymringsmeldinger. Etter at samarbeidsavtalen kom, har en utarbeidet interne rutiner for sending av bekymringsmeldinger. På denne måten skal det bli lettere for tannhelsepersonell å vite når plikten om å sende bekymringsmelding til barneverntjenesten blir utløst. En kan skille disse rutinene i to deler. Den ene delen omfatter barn som gjentatte ganger unnlater å komme til tannlegetimer, til tross for varsling og påminnelse om dette. Det andre tilfellet består av episoder hvor en har mistanke om at et barn kan være utsatt for omsorgssvikt eller mishandling (Se vedlegg 4; Næss et al., 2014).

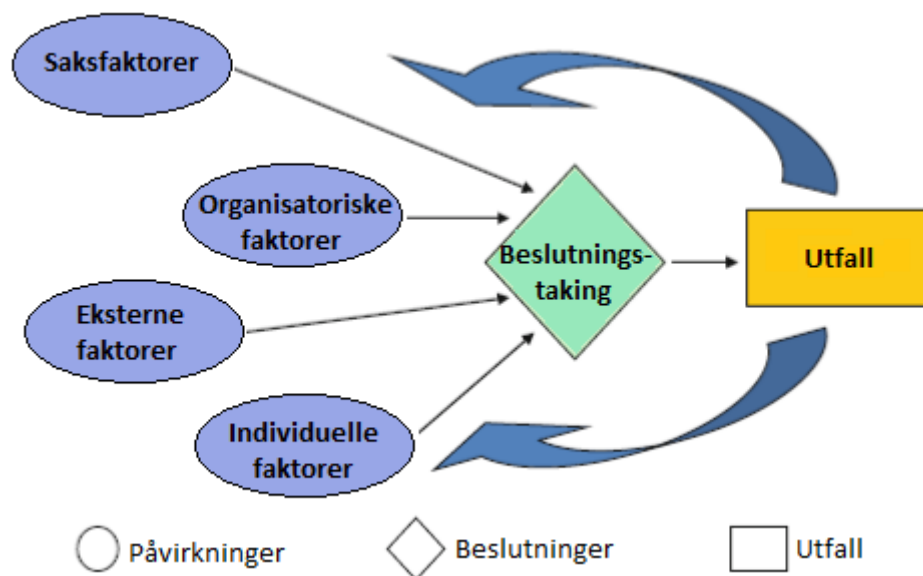
2.8 Økologisk beslutningsprosess

Ved bekymringer vedrørende barnemishandling, arbeider en ofte med innviklede og komplekse problemer, såkalte «wicked problems» (Devaney & Spratt, 2009). Når en skal ta ulike beslutninger, kan en skille mellom «wicked problems» og «tame problems». Ved «tame problems» befinner det seg en tydelig enighet om hva problemet er, og en har all informasjon som en behøver for å kunne forstå og løse det angitte problemet (Devaney & Spratt, 2009; Rittel & Webber, 1973). «Tame problems» fører ofte til rasjonelle løsninger, og det er sannsynligvis slike problemstillinger tannhelsetjenesten hovedsakelig arbeider med. Ved «wicked problems» befinner det seg ingen bestemt formulering av problemet, og det er ingen klar fasit for når problemet er løst. Det kan være utfordrende å finne den riktige løsningen på «wicked problems», og hvert tilfelle er unikt (Ritter & Webber, 1973).

Fluke et al. (2014) utviklet et empirisk basert teoretisk rammeverk kalt *En økologisk beslutningsprosess*, som jeg har valgt å bruke som teoretisk perspektiv for denne studien. Den

økologiske beslutningsprosessen har en lang teoretisk og forskningsmessig bakgrunn fra beslutningsteori, og har blitt videreutviklet av Fluke et al. (2014). Modellen er utviklet for å forstå komplekse beslutninger i barnevernet. Den gir et testbart og teoretisk grunnlag, for å forstå konteksten, prosessen og konsekvensene av beslutningsprosesser.

Den systemiske sammenhengen for å ta beslutninger inkluderer et sett med faktorer som på ulike måter påvirker beslutningene og utfallet. Disse dimensjonene er saks-, organisatoriske-, eksterne- og individuelle eller beslutningstakerfaktorer. Modellen i figur 2.1 nedenfor, viser ved hjelp av piler hvordan de ulike faktorene virker inn på beslutningen. Den grønne diamanten viser saksbehandlerens beslutningstaking. Til slutt viser modellen utfallet og konsekvensene av beslutningene.



Figur 2.1 Økologisk beslutningsprosess (Hentet fra Fluke et al., 2014, s. 467, min oversettelse).

Saksfaktorer kan omhandle tegn på omsorgssvikt og mishandling. Disse tegnene er nødvendig for at tannhelsetjenesten skal kunne gjøre en vurdering av barnet. Organisatoriske faktorer handler om støtte og hjelp til vurderinger. Eksempel på dette kan være samarbeidsavtalen mellom tannhelsetjenesten og barneverntjenesten. Organisatoriske faktorer kan også omhandle diskusjon med kollegaer eller barneverntjenesten vedrørende bekymringsfulle saker. De eksterne faktorene kan omhandle at barneverntjenesten velger å prioritere et tverrfaglig samarbeid med tannhelsetjenesten. Individuelle eller personlige faktorer kan på den andre siden inkludere egen usikkerhet i forhold til å sende en bekymringsmelding, samt magefølelse. (Fluke et al., 2014).

I figur 2.1 går det piler fra utfallet og konsekvensene av beslutningen og tilbake til de ulike faktorene. Disse pilene indikerer at beslutninger har konsekvenser for barna, saksbehandleren eller tannhelsepersonellet og byrået. I den økologiske beslutningsprosessen er det tre viktige funksjoner for beslutningstaking. Den første funksjonen blir referert til som «Decision Making Continuum», den neste funksjonen er psykologiske prosesser i beslutningstakingen, og den siste er konsekvenser av beslutningen.

«Decision making continuum» vil si prosessen fra en vurdering av en situasjon, til en endelig beslutning. Disse beslutningene gjennomgår ulike stadier. Kontinuumet kan starte med at tannlegen eller tannpleieren stiller seg spørsmålet om en skal sende en bekymringsmelding til barnevernet. Beslutningsprosessen avsluttes når en har tatt det endelige valget om å sende eller la være.

Den økologiske beslutningsprosessen inneholder også den generelle vurderings- og beslutningstakingsmodellen, som kan hjelpe oss til å forklare de psykologiske prosessene for å ta beslutninger på en bedre måte. Det finnes tre betydningsfulle funksjoner i den psykologiske prosessen. Den første funksjonen er å skape et skille mellom den psykologiske prosessen av å gjøre en vurdering, og prosessen med å bestemme seg for å utføre en handling. Poenget er at selv om vurderingen kan være den samme, kan individer utvise forskjeller i hvilke handlinger en velger å utføre. Vurderingen kan handle om styrken av bevis eller mengden av risiko, for eksempel stort omfang av karies. Det kan også omhandle det generelle nivået av bekymring. En beslutning handler på den andre siden om en skal utføre en handling eller ikke. I modellen antar en at det er terskler for handling, som går fra en vurdering av en situasjon, til en beslutning om å handle ved hjelp av en beslutningsregel. I dette tilfellet vil dette si å sende en bekymringsmelding.

Den neste funksjonen av psykologiske prosesser i beslutningstakingen er en beslutningsterskel. Beslutningsterskelen refereres til som det punktet ved vurderingen av saksinformatjonen, som er av tilstrekkelig intensitet for at en skal kunne ta en avgjørelse om å sende bekymringsmelding. Denne terskelen er påvirket av beslutningstakers egen historie og opplevelser, samt beslutningstakers tolkning av eksterne faktorer. Dette kan for eksempel omhandle hvordan en tolker lovverket. En kan si at det finnes en grense eller en terskel for å ta en avgjørelse. Dersom vurderingen er over terskelen, iverksettes det tiltak. Dersom vurderingen er under terskelen er det ikke iverksatt tiltak.

En tredje faktor i prosessen av beslutningstaking, er et skifte i terskelen. Dette betyr en forandring i hvilken mengde av bevis som anses å være tilstrekkelige. En organisatorisk påvirkning, som vil kunne endre beslutningen, er for eksempel nye retningslinjer fra helsedirektoratet, hvor det står at helsepersonell skal ha større fokus på meldeplikten til barnevernet. Etter at samarbeidsavtalen kom, har det også blitt økt fokus på tannhelsepersonells meldeplikt. Dette handler om at bestemte typer saker bør bli prioritert, og det vil kunne føre til en forandring i terskelen for å ta en beslutning.

Utfall av bestemmelsen blir sett fra tre perspektiver, konsekvenser for beslutningstakeren, klienten eller etaten. I det foreliggende rammeverket er det gjort et skille mellom utfall knyttet til beslutningstaker og utfall knyttet til klienten og etaten (Fluke et al., 2014). På bakgrunn av at beslutningene i barnevernet er fylt med usikkerhet, kan en ikke unngå faren for at en kan ta feil beslutning ved en risikovurdering. Det er i hovedsak to typer feil som kan bli gjort, falske positive og falske negative. Dersom det blir iverksatt tiltak uten grunnlag kan det føre til falske positive, og dersom en ikke iverksetter tiltak for et barn som hadde trengt det, kan det føre til falske negative (Fluke et al., 2014; Munro, 2008). I følge Munro (2008) behøver profesjonelle som skal foreta en risikovurdering, og ta en beslutning om terskelen for en intervensjon eller handling. På den ene siden, kan en lav terskel for intervensjon, fører til høy grad av falske positive. En høy terskel for intervensjon, kan på den andre siden føre til et høyt antall falske negative. Terskelen for å gjøre en handling, er at en beslutter sannsynligheten for et bestemt utfall (Munro, 2008). Dette kan også knyttes opp mot tannhelsepersonells avveining av å sende en bekymringsmelding til barnevernet. Dersom tannhelsepersonell har en lav terskel for å sende bekymringsmelding, kan dette føre til falske positive, altså en stor påkjenning for familier hvor det kanskje ikke var grunnlag for bekymring. Dersom tannhelsepersonell venter med å sende bekymringsmelding til de er helt sikre på at et barn blir mishandlet, kan dette føre til falske negative, at barnet får hjelp for sent. Munro (2008) legger også til grunn at dersom en forandrer terskelen for å redusere en type feil, vil det automatisk øke risikoen for at den andre typen feil kan forekomme. Beslutningene blir ikke bare påvirket av saksfaktorer og individuelle faktorer, men også organisatoriske faktorer og eksterne faktorer vil ha betydning.

2.9 Betydningen av tverrfaglig samarbeid

Begreper i forhold til samarbeid blir definert ulikt, og i denne studien har jeg valgt å bruke begrepet tverrfaglig samarbeid (Glavin & Erdal, 2013). Tverrfaglig samarbeid kan omhandle samarbeid mellom tannhelsetjenesten og barneverntjenesten, hvor samarbeidsavtalen utgjør

en sentral del. En del av litteraturen om tverrfaglig samarbeid handler om tiltak for og rundt barnet. Jeg vil i hovedsak fokusere på fremmende og hemmende faktorer for det tverrfaglige samarbeidet, som vil være av særlig relevans for denne studien.

Tverrfaglig samarbeid betegner en arbeidsform, hvor flere yrkesgrupper med ulik bakgrunn, samarbeider om et mål som er felles (Glavin & Erdal, 2013; Morrison & Glenny, 2011; Fosse, 2007). Det er et stort behov for samarbeid mellom ulike profesjoner. Mange yrkesgrupper sitter inne med viktig informasjon og observasjoner, dette kan være med å bidra til at man kan gjøre en helhetsvurdering av barnets situasjon (Killen, 2012; Glavin & Erdal, 2013). En helhetsvurdering hvor flere etater bidrar, vil også kunne korrigere feilkilder som kan oppstå. Det tverrfaglige samarbeidet kan dermed gi økt kompetanse og faglig støtte (Glavin & Erdal, 2013).

Gjennom egne erfaringer og i litteraturen, har Glavin og Erdal (2013) definert flere kriterier som fremmer og hemmer tverrfaglig samarbeid. Jeg har valgt å presentere noen av disse kriteriene som jeg mener vil være av særlig betydning for denne studien. Det er viktig at alle instanser forplikter seg til å samarbeide, og dette må være forankret i planene til kommunen, slik at samarbeidet ikke kun avhenger av den enkelte aktør. Dette støtter også barne- og familiedepartementet (2000) seg til. En annen sentral faktor er realistisk syn på samarbeidsmuligheter. Det blir sett på som viktig at en ser betydningen av nytten samarbeidspartnerne har, og en må ha evnen til å være selvkritisk ovenfor ens egen etat. Dette vil være enklere å oppnå, dersom en har kunnskap om hverandres profesjoner. Tjenestene må oppleve at de behøver hverandres kompetanse. Samarbeidet må ikke kun eksistere for samarbeidets skyld, men det må være en metode for å komme frem til et mål. I tverrfaglig samarbeid vil det foreligge ulikheter mellom deltagerne. De ulike etatene må respektere hverandres faglighet, samt ulikheter. Det er viktig at en har respekt for at andre kan ha et annet syn på ting enn en selv. Det å inneha en ydmykhet ovenfor andre tjenesters kompetanse, er viktig for å oppnå en gjensidig respekt. Aktørene i samarbeidet må ha kunnskap om hverandres roller og ansvar (Glavin & Erdal, 2013). Helsedirektoratet (2012) hevder også at det vil være enklere å samarbeide med andre etater dersom en kjenner dem og forventningene til samarbeidet er avklart (Helsedirektoratet, 2012). Det er nødvendig at alle har en felles forståelse for betydningen av samarbeidet. Det viser seg å være hensiktsmessig for det tverrfaglige samarbeidet med regelmessige møter, og tydelig ansvarsfordeling (Glavin & Erdal, 2013). Bunkholdt og Sandbæk (2009) legger vekt på at for å få et meningsfullt samarbeid, er det viktig at de ulike fagpersonene blir synlige for hverandre.

Det kan vanskeliggjøre samarbeidet dersom etatene føler seg truet, og vil hegne om sitt eget domene. Hvilke holdninger en har til andre profesjoner, må derfor tydeliggjøres. Det samme gjelder målet for samarbeidet (Glavin & Erdal, 2013). En annen av faktorene som Glavin og Erdal (2013) mener kan være en hindring for samarbeid, er dersom gevinsten er asymmetrisk fordelt. Dette betyr at noen av samarbeidspartnerne opplever samarbeidet som uheldig og negativt. Det er viktig at samarbeidspartnerne opplever å få noe igjen for samarbeidet, og ikke bare tilfører kunnskap. De ulike profesjonene kan ha liten tillit til andre etaters kompetanse, dersom etatene har ulik yrkesbakgrunn. Dette kan også oppstå dersom profesjonene har liten kjennskap til de ulike etatenes arbeidsområde (Glavin & Erdal, 2013). Barrierer i samarbeidet handler i følge Barne- og familiedepartementet (2000) blant annet om at en ikke har tid til å ta del i det tverrfaglige samarbeidet, ulik forståelse av problemet og at en arbeider etter ulike lovgrunnlag i beslutningsprosessen.

2.10 Forskningsgjennomgang av samarbeidet mellom tannhelsetjenesten og barneverntjenesten

Jeg vil nå gjøre rede for forskningen som er gjort på feltet om samarbeidet mellom tannhelsetjenesten og barneverntjenesten. Jeg har valgt å starte med den nasjonale forskningen. Deretter vil jeg ta for meg den internasjonale forskningen.

2.10.1 Nasjonal forskning

Forskningen viser at samarbeidspartnere som barnehage, skole og helsestasjon sender lite bekymringsmeldinger til barnevernet og har dårlige opplevelser med samarbeidet (Baklien, 2009; Nilsen, 2009; Kloppen et al., 2010; Backe-.Hansen, 2009). Det kan være grunn til å tenkes at dette også kan overføres til deler av tannhelsetjenesten. Baklien (2009) utførte intervju med 58 ansatte i barneverntjenesten, helsesøstre, lærere og barnehageansatte, der det ble lagt vekt på barrierer for samarbeidet og hvorfor det blir sendt lite bekymringsmeldinger til barneverntjenesten. Det viste seg at både de barnehageansatte og lærerne opplevde liten tillit til barnevernet. Taushetsplikten medførte at informasjonsflyten ble forhindret. De opplevde tjenesten som lukket og følte de fikk liten hjelp (Baklien, 2009). I følge Baklien (2009) og Nilsen (2009), gjorde liten tilbakemelding fra barneverntjenesten at det ble vanskelig å melde fra. På den ene siden hadde de oppfatninger om at det ikke ble noen forskjell når de sendte bekymringsmelding. På den andre siden mente de at konsekvensene av å melde kunne bli for drastiske (Baklien, 2009; Nilsen, 2009). Mangel på kunnskap om hverandre som etater, har vist seg å gjøre samarbeidet problematisk. Dersom barnevernet blir

mer synlig og nært, kan det være lettere for å sende flere bekymringsmeldinger fra sentrale samarbeidspartnere (Nilsen, 2009.; Baklien, 2009; Backe-Hansen, 2009).

Det er til nå svært få norske studier som har tatt for seg samarbeidet mellom tannhelsetjenesten og barneverntjenesten. Som en av de første innen dette feltet, har Kloppen et al. (2010) utarbeidet en artikkel som viser hvor betydningsfull tannhelsetjenesten er som samarbeidspartner for barneverntjenesten. Artikkelen tar for seg hvilken unik posisjon tannhelsetjenesten befinner seg i, for å kunne avdekke overgrep, vold og vanskjøtsel mot barn. Dette er blant annet på bakgrunn av at de følger barna gjennom oppveksten. Her blir det også lagt vekt på at tannhelsepersonell er pålagt å melde fra til barnevernet. Tannhelsepersonell sender imidlertid lite bekymringsmeldinger til barnevernet, og er lite brukt som samarbeidspartner. Kloppen et al. (2010), tar for seg flere faktorer som kan bidra til å snu denne trenden. Rollen tannhelsetjenesten har må bli tydeliggjort i styringsdokumenter. Slik som det fremstår i dag, er ikke tannhelsetjenestens rolle ovenfor samarbeidet med barneverntjenesten, likestilt med for eksempel skole og helsestasjon. Artikkelen viser også at noen av grunnene til at det blir sendt lite bekymringsmeldinger til barnevernet, er dårlige rutiner ved meldinger, samt manglende kunnskap om hvordan en kan oppdage mishandling og omsorgssvikt. Det etterlyses mer fokus på dette i utdanningen til tannlegene og tannpleierne. Samtidig blir det lagt vekt på at barnevernet har hatt lite fokus på tannhelsetjenesten som en aktuell samarbeidspartner. For å få til et best mulig samarbeid, er det viktig at barnevernet følger opp meldinger som kommer inn fra tannhelsetjenesten. De har en plikt til å gi tilbakemelding til tannhelsetjenesten, om hva som skjer i den enkelte saken. For at saken skal bli opplyst på en best mulig måte, kan det også i noen saker være nødvendig å innhente informasjon fra tannhelsetjenesten. Det er i all hovedsak viktig at barneverntjenesten opplever tannhelsetjenesten som en viktig samarbeidspartner, for å hjelpe barna på en best mulig måte (Kloppen et al. 2010).

Pedersen et al. (2015) utarbeidet en litteraturgjennomgang om tannhelsetjenesten og barnemishandlingssaker, ved hjelp av PubMed, aktuelle nettsider og Den offentlige tannhelsetjenesten. Målet var å finne ut av hvilken rolle tannhelsetjenesten kan ha ved mistanke om omsorgssvikt og mishandling, og frembringe en mulig saksgang ved bekymringsmeldinger fra tannhelsetjenesten til barneverntjenesten. Resultatene viser i likhet med annen sentral forskning at tannhelsetjenesten har en god mulighet for å oppdage bekymringsfulle tegn hos barn. Dette på bakgrunn av at de befinner seg i en situasjon hvor de er nær barnet, og arbeider i et godt opplyst rom. Betydningsfulle faktorer å legge merke til

ved barn, kan være ikke-møtt problematikk, samspill mellom barn og foreldre, fysiske skader og forholdet barnet har til sin egen munn. Pedersen et al. (2015) foreslår en tre trinns-saksgang ved bekymring rundt et barn, som kan hjelpe tannhelsepersonell til å gå fra å ha en mistanke til å sende melding. Det første skrittet består av å studere tegnene som har vekket bekymring, og omfanget av disse. Deretter foreslås det å gå gjennom en anamnese for å finne ut av grunnen til at skaden har oppstått, samt om forklaringen som blir gitt stemmer overens med skaden. Til slutt søker en å gjøre en helhetsvurdering av situasjonen. Pedersen et al. (2015) oppsummerer med at alle tannlegekontor bør ha utarbeidet saksgang og sjekklister, som er tilgjengelig. For at barn skal bli tatt best mulig tatt vare på, kan det også være av betydning med nasjonale veiledere og rutiner (Pedersen et al., 2015).

2.10.2 Internasjonal forskning

Den internasjonale forskningen har jeg valgt å dele inn i to fremtredende temaer. Dette er gapet mellom å oppdage og rapportere mistanke om omsorgssvikt og mishandling, og forklaringer for underrapporteringen.

Gap mellom å oppdage og rapportere mistanke om omsorgssvikt og mishandling

Den internasjonale forskningen viser som jeg har nevnt tidligere, at det er et signifikant gap mellom å oppdage tegn på mishandling og omsorgssvikt, og å rapportere denne mistanken videre til barnevernet (Cairns et al., 2005a; Harris, Welbury & Cairns, 2013; Uldum et al., 2010; Laud et al., 2013). I det følgende vil jeg presentere disse funnene ved hjelp av studier hovedsakelig fra Cairns et al. (2005a), Harris et al. (2013), Uldum et al., (2009), Laud et al., (2013) og Kvist et al. (2014).

Cairns et al. (2005a) gjennomførte en spørreskjemaundersøkelse blant tannleger og tannpleiere om tema knyttet til barnevernet i Skottland. Det ble stilt spørsmål ved om tannlegene hadde fått opplæring i tegn på omsorgssvikt eller mishandling, hvor mange ganger de hadde mistenkt at et barn var utsatt for fysisk mishandling, grunner til at de ikke hadde meldt disse sakene til barnevernet og kunnskap om protokoller og meldingsprosedyrer. Det viste seg at bare 19 prosent av tannlegene kunne huske at temaet barnevern hadde vært en del av den formelle undervisningen ved forelesninger eller seminarprogrammer. Studien viser at 59 prosent mente at tannhelsepersonell er godt egnet til å gjenkjenne signaler på omsorgssvikt og mishandling. 29 prosent av tannlegene oppgav å ha sett minst en mistenkelig sak gjennom karrieren, dette vil si nesten en tredjedel. Til tross for dette, ble kun 8 prosent av disse mistenkelige tilfellene meldt videre til myndighetene (Cairns et al., 2005a).

Harris et al. (2013) tok for seg en ny undersøkelse fra Skottland, for å finne ut av om gapet mellom mistenkelige saker og rapporteringen til barnevernet hadde endret seg mellom 2003-2010. Harris et al. (2013) ønsket å se om økt mengde av barnevernsopplæring hadde hatt innvirkning. Det ble sendt ut et spørreskjema basert på det samme som Cairns et al (2005a) tidligere hadde sendt ut, til halvparten av tannlegene i Skottland. Artikkelen illustrerer at antallet som hadde mistenkt omsorgssvikt og mishandling hadde økt til 37 prosent, mens kun 11 prosent rapporterte dette videre til barnevernet. I følge Harris (2013) blir det mistenkt og rapportert flere meldinger til barnevernet enn tidligere, og flere tannleger har fått barnevernsopplæring og lest retningslinjer i forhold til barnevern og tannleger. Flere av de samme barrierene mot å melde fra eksisterte imidlertid enda (Harris et al., 2013)..

I en artikkel fra Uldum et al. (2010) ønsket en å identifisere tannleger og tannpleieres syn på sin rolle i barnevernssaker i Danmark. Spørreskjemaet fra Skottland som omhandlet tannpleiere og tannleger i barnevernet ble brukt, og omgjort til dansk terminologi. Spørreskjemaet ble besvart av 1145 personer, hvorav 38,3 prosent rapporterte at de hadde hatt mistanke om barnemishandling og tannhelsemessig forsømmelse. Av de som hadde hatt mistanke, rapporterte 33,9 prosent mistanken videre til barnevernet (Uldum et al., 2010).

I en tverrsnittsstudie gjennomførte Laud et al. (2013) 368 intervju, med et tilfeldig utvalg tannleger fra en målgruppe som var registrert hos to av de største tannlegeforeningene i Hellas. Etter intervjuet ble en modifisert versjon av spørreskjemaet fra Skottland besvart. Laud et al. (2013) ønsket å undersøke tannlegenes bevissthet omkring barnemishandling, hyppighet av mistenkelige episoder og grunner for ikke å rapportere disse videre til barneverntjenesten. Resultatene viser at 13 prosent av tannlegene og tannpleierne hadde mistenkt mishandling og 35 prosent hadde mistenkt omsorgssvikt. Av de 368 tannlegene som deltok i undersøkelsen, hadde kun seks av dem meldt mistanken videre til barnevernet.

Forklaringer for underrapporteringen

Det er flere forklaringer for den store underrapporteringen til barneverntjenesten. Forskningen viser at de fleste tannlegene er usikre i forhold til å bekrefte tegnene på omsorgssvikt eller mishandling. De er også usikre i forhold til om observasjonene de gjør er riktige (Uldum et al., 2010; Cairns et al., 2005a; Lazenbatt & Freeman, 2006; Harris et al., 2009b; Harris et al., 2013; Laud et al., 2013; Sonbol et al., 2012). Studien til Cairns et al. (2005a) viste at i 88 prosent av sakene, var usikkerhet i forhold til tegnene på mishandling og omsorgssvikt utslagsgivende for om det ble sendt bekymringsmelding, og 74 prosent i Harris et al. (2013)

studie rapporterte om dette. Flere studier støtter seg til at usikkerhet i forhold til tegnene er den vanligste faktoren for ikke å sende en bekymringsmelding til barneverntjenesten (Cairns et al., 2005a; Harris et al., 2013; Uldum et al., 2010; Laud et al., 2013).

De fleste er også usikre på hva de skal gjøre ved mistanke om omsorgssvikt og mishandling på grunn av mangel på klare retningslinjer (Cairns et al., 2005a; Uldum et al., 2010; Laud et al., 2013). I følge Cairns et al. (2005a) rapporterte 71 prosent om lite kunnskap i forhold til meldingsprosedyrer. Studien fra Laud et al. (2013) viser at over 90 prosent av tannlegene og tannpleierne behøvde mer informasjon om meldingsprosedyrer. Det viser seg at kun 10 prosent av tannlegene fra spørreskjemaundersøkelsen i Skottland hadde mottatt lokale retningslinjer om barnevernet, da de først startet i jobben (Cairns et al., 2005a).

Tannlegene nevner også negative konsekvenser av meldingen som en forklaringsfaktor. 52 prosent nevnte frykt for konsekvenser det kan få for barnet, som faktorer som påvirket om de skulle gjøre en bekymringsmelding (Cairns et al., 2005a). I følge Cairns et al. (2005a), var det hele 48 prosent som fryktet rettssak dersom de sendte en melding, mens 34 prosent fryktet vold mot barnet og 31 prosent rapporterte om frykt for selv å bli utsatt for voldshandlinger. Frykt for vold mot barnet, er også en av de største barrierene mot å sende en bekymringsmelding i Harris et al. (2009b), Uldum et al. (2010) og Laud et al. 's (2013) studie.

Dersom tannlegene og tannpleierne var bekymret for et barn, ønsker de å diskutere dette med kollegaer eller barneverntjenesten, før de går videre med meldingen (Uldum et al. 2010; Cairns, 2005a). I følge Harris et al. (2013) ønsket 88 prosent å diskutere mistankene med en kollega før de sendte en melding. Forskingen viser i hovedsak at tannlegene har behov for mer utdanning og opplæring i forhold til signaler og symptomer på omsorgssvikt og mishandling, samt meldingsprosedyrer, for at de skal bli trygge nok til å sende en bekymringsmelding (Uldum et al., 2010; Cairns et al., 2005a; Harris et al., 2009b; Sonbol et al., 2012; Harris et al., 2013; Laud et al., 2013).

Artiklene ovenfor er fra kvantitative studier og består hovedsakelig av faste spørsmål med lukkede svaralternativer. Kvist et al. (2014) har gjennomført en kvalitativ undersøkelse som tok for seg faktorer som fører til at tannleger i Sverige mistenker omsorgssvikt og mishandling, og avdekker hvilke betraktninger som påvirker valget om å rapportere disse mistankene videre til barneverntjenesten. Her ble det gjennomført fire kvalitative fokusgruppeintervju, med til sammen 19 spesialister og hovedfagsstudenter i pediatrik tannbehandling. Fokusgruppeintervju tillot informantene å reflektere over tema og

problemstillinger (Kvist et al., 2014). Resultatene viser at dilemmaene rundt å sende bekymringsmelding til barnevernet blant annet bestod av rollekonflikter. Tannlegene har på den ene siden som mål å gi barna en best mulig tannlegehjelp, hvor det er viktig å unngå konflikter, for å involvere og motivere foreldrene. På den andre siden har de ansvar for å rapportere bekymring videre til barnevernet. Resultatene viser også vanskeligheter med å kunne bekrefte mistanken om omsorgssvikt eller mishandling, og at de oppfattet mangler i barnevernssystemet. Dette gikk blant annet på at de ikke får tilbakemelding på sendte bekymringsmeldinger. Samarbeidet med barnevernet hadde også mye å si for om det ble meldt bekymring. Artikkelen viser videre at tannlegene i for liten grad sendte en melding ved bekymring for et barn, selv om de visste om retningslinjene og hvordan de skulle gå frem. De var usikre på om konsekvensene av å rapportere ville være bedre enn å la være å sende (Kvist et al., 2014).

2.10.3 Oppsummering av forskningen

Forskningen viser at tannhelsepersonell har hatt mistanke om omsorgssvikt eller mishandling hos sine mindreårige pasienter, men de opplever en vegring mot å sende bekymringsmelding. Det er dermed stor underreportering av bekymringsmeldinger sendt til barneverntjenesten. Barrierene handler i all hovedsak om at tannlegene mangler kunnskap angående meldingsprosedyrer og er usikre i forhold til bekreftelse av mistankene og om observasjonene de gjør er riktige (Kloppen et al., 2010; Uldum et al., 2010; Cairns et al., 2005a; Lazenbatt & Freeman, 2006; Harris et al., 2013; Laud et al., 2013; Sonbol et al., 2012). Tannlegene fremhevet også frykt for vold mot barnet som en sentral barriere mot å sende bekymringsmelding. Forskningen viser at tannlegene og tannpleierne har stort behov for mer opplæring og kunnskap om barnevernstemaet, for å kunne bli trygge nok til å sende mer meldinger i fremtiden (Laud et al., 2013; Uldum et al., 2010; Harris et al., 2013). Det har også vært lagt vekt på betydningen av at barneverntjenesten gir tannhelsetjenesten tilbakemelding etter mottatt bekymringsmelding, og bruker tannhelsetjenesten aktivt som en samarbeidspartner (Kloppen et al., 2010; Kvist et al., 2014).

3.0 Metode

I denne delen vil jeg ta for meg den metodiske fremgangsmåten jeg har lagt til grunn for min studie, og vise til hvilke vurderinger jeg har gjort underveis. Dette er en kvalitativ intervjustudie med syv informanter, og i denne studien ønsker jeg og innhente kunnskap om tannhelsepersonells erfaringer med å sende bekymringsmelding til barneverntjenesten. Valg av metode tar for seg på hvilken måte jeg har fremskaffet den ønskede kunnskapen. Metodene viser videre hvordan jeg sikrer at teoriene og kunnskapen har oppfylt relevansen og den vitenskapelige kvaliteten (Grønmo, 2004).

I metodedelen vil jeg først ta for meg mitt kunnskapssyn og forforståelse. Jeg har deretter valgt å beskrive forundersøkelsen og begrunnelse for forskningsdesign og metode. Deretter vil jeg ta for meg utvalg, rekruttering og gjennomføring av undersøkelsen. I analysedelen vil jeg presentere den tematiske analysen, og beskrive hvordan analysen ble gjennomført. Etter dette vil jeg presentere forskningsetiske vurderinger, som jeg har hatt et særlig fokus på i undersøkelsen. Til slutt vil jeg gjøre rede for kvaliteten av forskningsopplegget med fokus på troverdighet, bekreftbarhet og overføringsverdi.

3.1 Kunnskapssyn og vitenskapsteori

I denne studien befinner jeg meg innenfor et overordnet sosialkonstruktivistisk kunnskapssyn, som er vanlig i samfunnsvitenskapelig forskning. Dette kunnskapssynet representerer en annen type forståelse enn den naturvitenskapelige positivistiske forståelsen (Kvale & Brinkmann, 2009). I sosialkonstruksjonismen ser en på virkeligheten som en sosial konstruksjon, hvor en legger vekt på forhandling og fortolkning av betydninger i den sosiale verden (Kvale & Brinkmann, 2009). I det sosialkonstruktivistiske perspektivet blir den kunnskapen som forskeren mottar fra informanten, konstruert i intervjusituasjonen. En mener at informasjonen er avhengig av hvordan forholdet som oppstår mellom forskeren og informanten blir utviklet (Thagaard, 2009). Innenfor dette kunnskapssynet blir det utviklet subjektive meninger ut fra informantenes erfaringer. Målet vil være å lene seg mest mulig til informantenes synspunkt. Disse meningene blir formet gjennom historiske og kulturelle normer i individenes liv (Cresswell, 2007).

Innenfor det sosialkonstruktivistiske perspektivet har jeg valgt å inneha en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. I fenomenologien søker en å beskrive verden slik den oppfattes fra informantenes ståsted, og en forstår sosiale fenomener ut fra informantenes perspektiver (Grønmo, 2004; Kvale & Brinkmann, 2009). Interessen sentrerer rundt hvordan virkeligheten

oppstår for informantene, i stedet for virkelighetens objektive natur (Gall, Gall & Borg, 2007). Her vil en se bort fra forhåndskunnskap, åpne opp for hvilke erfaringer informantene har, og en legger vekt på å innhente beskrivelser som er presise (Kvale & Brinkmann, 2009). En ønsker videre å få en dypere mening, av de erfaringene informantene formidler (Thagaard, 2009). Når jeg inntar dette perspektivet, vil det i følge Malterud (2011) være viktig å inneha et mest mulig åpent sinn, hvor forforståelsen og den teoretiske referanserammen skal være minst mulig forstyrrende. For å undersøke hvilke erfaringer informantene har med meldeplikten til barnevernet, er det av stor betydning å innhente deres opplevelser og tanker i størst mulig grad. Under intervjuet har jeg hatt fokus på å la informantene fortelle fritt om sine opplevelser og forsøkt å lytte på en fordomsfri måte. For å innhente en beskrivelse som er mest mulig fordomsfri, bør en sette den vitenskapelige eller «common-sense» baserte forhåndskunnskapen i parentes (Kvale & Brinkmann, 2009; Gall, Gall & Borg, 2007; Malterud, 2011). Når jeg har inntatt et slik åpent sinn, har jeg vært åpen for at informantenes fortellinger kan ha ført til at jeg har måttet endre noen av mine forhåndstanker om temaet (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette har jeg hatt fokus på gjennom alle intervjuene. For at kunnskapen i samtalen skal bli utviklet på en best mulig måte, har jeg hatt fokus på det å skape tillit i relasjonen. Jeg har hele tiden vært bevisst på at jeg er med på å påvirke materialet. Samtidig har jeg hatt fokus på at ikke denne innflytelsen skal være fremtredende. Det er viktig at kunnskapen blir sammenfattet på en lojal måte mot informantene (Malterud, 2011).

I følge Malterud (2011), er den fordomsfrie beskrivelsen i det fenomenologiske perspektivet en betingelse for å kunne gjøre en tolkning som hermeneutikken er kjennetegnet av. I hermeneutikken legges det vekt på at en kan tolke fenomener på ulike nivåer, og det finnes ikke en sannhet. En mener videre at en bare kan forstå meningen i forhold til den sammenhengen fenomenet vi studerer er en del av (Thagaard, 2009). Jeg vil ikke tolke intervjumaterialet i like stor grad som den rene hermeneutikken er kjennetegnet av, men mine transkripsjoner vil ha preg av tolkning.

I denne studien har jeg valgt å ha en abduktiv tilnærming, som befinner seg mellom den induktive og den deduktive tilnærmingen (Thagaard, 2009). Den induktive tilnærmingen er åpen og informasjonen som blir innhentet fra materialet er ikke bestemt i forkant. Målet er å frembringe nye begreper og beskrivelser, slik at en skal kunne utvikle en bedre forståelse av meningen og innholdet med fenomenene (Malterud, 2011). Den deduktive tilnærmingen er på den andre siden teoristyrte. Dette betyr at en på forhånd er styrt av bestemte begreper og

modeller, som danner utgangspunktet for prosjektet. Den deduktive tilnærmingen er mest vanlig i kvantitativ metode, hvor en for eksempel bruker spørreskjemaundersøkelser. De fleste kvalitative forskningsprosesser vil imidlertid være en blanding mellom disse to tilnærmingene. Selv om denne studien er mer kjennetegnet av en induktiv enn en deduktiv tilnærming, vil den befinne seg på en skala mellom de to tilnærmingene (Malterud, 2011). I min studie har jeg ventet med og bestemt teoretisk perspektiv, til etter at datainnsamlingen var ferdig. Grunnen til at jeg har valgt den abduktive tilnærmingen, er at min forforståelse og bakgrunn også vil kunne prege min fortolkning av meningsinnholdet i dataene (Thagaard, 2009).

3.2 Forforståelse

På bakgrunn av at jeg har valgt et syn på kunnskap som sosialt konstruert, hvor kunnskapen er avhengig av forskerens synspunkter, er det viktig å være bevisst på min egen forforståelse (Kvale & Brinkmann, 2009). Forskere må erkjenne at den bakgrunnen en har med seg inn i forskningen, vil påvirke hvordan materialet blir tolket (Cresswell, 2007). Før en undersøkelse vil en alltid ha med seg en forforståelse. Forforståelsen er forhåndstanker og meninger om det aktuelle temaet. Det vesentlige er at denne forforståelsen åpner opp for en best mulig forståelse av det informantene forteller (Dalen, 2011). Før masterutdanningen tok jeg en bachelorgrad i sosialt arbeid. Gjennom denne utdanningen var jeg i praksis som miljøarbeider ved en barne- og ungdomsinstitusjon. Jeg jobber i tillegg som tilsynsfører i barneverntjenesten. Jeg har imidlertid ikke erfaring som saksbehandler i den kommunale barneverntjenesten. Jeg er allikevel relativt godt oppdatert på kunnskap om barnevernet, både som student og gjennom min interesse for utsatte barn. Som ferdig utdannet har jeg et ønske om å arbeide i den kommunale barneverntjenesten, og jeg er på bakgrunn av dette interessert i å finne ut mer om hvordan det kan bli sendt flere bekymringsmeldinger fra sentrale samarbeidspartnere til barneverntjenesten. Forforståelsen i forhold til denne studien vil handle om hvordan mine antagelser om tannhelsetjenestens meldeplikt til barneverntjenesten kan prege resultatene i analysen. Jeg mener at jeg ikke er nevneverdig påvirket av forskningsprosjektet jeg er en del av. Det er likevel viktig å være bevisst på at en slik påvirkning kan oppstå.

3.3 Gjennomføring av undersøkelsen

3.3.1 Forundersøkelse

Denne studien er som nevnt en del av en større studie, *Tannhelse og barnevern-samhandling til beste for barnet*. Da jeg bestemte meg for å bli med på dette prosjektet, startet jeg først med

å lese meg opp på litteratur som omhandlet tannhelse og barnevern. Jeg fikk også muligheten til å delta på en fagdag, «Tannhelse, omsorgssvikt og overgrep mot barn», 24. mars 2014. Her fikk jeg mye kunnskap om tannhelsens viktige rolle, og deres meldeplikt til barneverntjenesten. Dette var nyttig kunnskap å ta med seg i utarbeidelsen av problemstilling og intervjuguide.

Jeg hadde et pilotintervju, som forberedelse til selve intervjuene. Dette er viktig for å teste hvordan en fremtrer som intervjuer, samt å prøve ut intervjuguiden (Dalen, 2011). Her hadde jeg prøveintervju med tannhelsepersonell som hadde kunnskap om samarbeidet mellom tannhelsetjenesten og barnevernet. Jeg fikk øvd meg på spørsmålene fra intervjuguiden og oppklart uklarheter i forhold til spørsmålene. Dette var viktig for å få god tilbakemelding på hvordan spørsmålene fungerte (Dalen, 2011). Etter pilotintervjuet forandret jeg noen av spørsmålene fra intervjuguiden, slik at de ble klarere. Jeg la også til en del spørsmål, slik at jeg skulle få dekket forskningsspørsmålet på en bedre måte. Gjennom å utføre prøveintervju, ble jeg også tryggere på meg selv som intervjuer.

3.3.2 Beskrivelse og begrunnelse for valg av forskningsdesign og metode

Det sentrale i en kvalitativ tilnærming er å få innsikt i informantens opplevelse av et fenomen (Dalen, 2011). Ved å bruke denne tilnærmingen, kan jeg gå i dybden på mitt aktuelle tema. Den kvalitative metoden er også kjennetegnet av en forståelse i forhold til sosiale fenomener, og en nærhet mellom informant og forsker (Thagaard, 2009; Dalen, 2011).

For å svare på problemstillingen har jeg valgt å bruke intervju som metode. Intervju vil si en profesjonell samtale, hvor to personer utveksler oppfatninger om et tema de er interessert i. Målet er å avdekke hvilken opplevelse informantene innehar, og en ønsker å få frem betydningen av informantens egne erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2009). Målet med dybdeintervjuene er å kunne ha en fri samtale, som handler om forhåndsbestemte tema (Tjora, 2012). Jeg forsøkte å skape en avslappet stemning, slik at informantene fikk reflektert over spørsmålene på en best mulig måte. Det er en sentral forutsetning for at intervjuene skal bli vellykkede (Tjora, 2012). For å skape en avslappet stemning, ønsket jeg å vise en genuin interesse og lytte til informantens synspunkter. Det er også viktig at intervjueren stiller spørsmål på en inviterende måte, slik at det kan føre til refleksjon og rike svar (Thagaard, 2009). Dette hadde jeg fokus på gjennom alle intervjuene.

3.3.3 Intervjuguide

På forhånd utarbeidet jeg en intervjuguide (Vedlegg 2). Intervjuguiden gir en skisse over de temaene som skal dekket i forhold til problemstillingen, og forslag til spørsmål (Kvale, 2001; Kvale & Brinkmann, 2009; Dalland, 2007). For å myke opp stemningen valgte jeg å starte med litt innledende spørsmål. Disse omhandlet bakgrunnen til informantene, hvilket yrke de har og hvor lenge de hadde jobbet i tannhelsetjenesten. Her startet jeg med spørsmål som gjorde informanten avslappet, og stilte etterhvert de mer sentrale og emosjonelle spørsmålene. I slutten av intervjuet stilte jeg igjen mer nøytrale spørsmål. Dette for å gjøre informanten mest mulig avslappet (Dalen, 2011; Thagaard, 2009). Jeg valgte å dele spørsmålene inn i to temaer. Første del handlet om bekymringen for barn, hvor jeg blant annet etterspurte konkrete episoder hvor informantene hadde vært bekymret for et barn. Neste del handlet om samarbeidet og meldeplikten til barnevernet, og spørsmål relatert til hvilke erfaringer informantene hadde angående dette temaet.

Jeg har valgt å benytte meg av semistrukturerte intervju, hvor jeg har hatt muligheten til å forandre både spørsmålsform og rekkefølge på spørsmålene underveis. På den måten har jeg hatt muligheten til å følge opp nye spørsmål som har dukket opp under intervjuet (Kvale, 2001; Dalland, 2007). Det kvalitative designet åpner for et forskningsopplegg som er fleksibelt. Dette har vært av stor betydning for meg, slik at jeg har kunnet følge informantens fortelling, samtidig som jeg har fastlagt hvilke temaer jeg skal dekke på forhånd (Thagaard, 2009; Grønmo, 2004). På denne måten har en mulighet til å endre opplegget etter hvert som nye erfaringer skrider frem (Grønmo, 2004). En utfordring i forhold til en slik fleksibilitet, kan oppstå dersom en endrer opplegget betraktelig underveis. En kan da komme til å miste det perspektivet en i utgangspunktet hadde for undersøkelsen, og systematikken i forhold til opplegget (Grønmo, 2004). Jeg har vært bevisst på at jeg har ønsket å dekke alle temaene jeg har utarbeidet i intervjuguiden, og på den måten ivareta det samme perspektivet. Rekkefølgen på temaene ble noe forandret, men jeg gikk gjennom intervjuguiden ved slutten av intervjuene for å sjekke at jeg hadde belyst alle hovedpunktene.

3.3.4 Rekruttering og utvalg

Det er problemstillingen som er utgangspunktet for utvelging av hvilke enheter jeg har inkludert (Grønmo, 2004). Utvelgelsen foregikk som et strategisk utvalg. Denne formen for utvelging kan være godt egnet når en ønsker å velge informanter som har strategiske kvalifikasjoner, i forhold til problemstillingen (Thagaard, 2009). Siden jeg blant annet ønsket å studere tannhelsepersonells erfaringer med meldeplikten til barneverntjenesten, var det for

meg strategisk å velge tannleger og tannpleiere som hadde erfaringer med bekymringsmeldinger. På den måten ville jeg få mest mulig kunnskap om forskningsspørsmålet mitt. Kriteriene jeg satte for å delta i studien var at informantene skulle være tannleger eller tannpleiere fra Den offentlige tannhelsetjenesten i Hordaland, som var med på intervensjonen *Tannhelse og barnevern*, som hadde opplevd bekymring for et barn, og som hadde sendt bekymringsmelding til barnevernet minst en gang.

Utvalget i denne studien bestod av syv tannleger og tannpleiere. Innen det kvalitative intervjuet, er det svært viktig å være oppmerksom på valg av antall informanter (Dalen, 2011). Man må ta i betraktning at antallet informanter ikke bør være for stort, dette er fordi både bearbeidingen og gjennomføringen av intervjuene tar lang tid. Samtidig er det viktig å være oppmerksom på at det materialet en sitter igjen med etter intervjuene skal gi nok grunnlag til å kunne tolke og analysere materialet (Dalen, 2011). Et viktig kriterium for å vite når en har valgt nok enheter, er dersom en ser at det ikke blir tilføyd ny informasjon fra nye enheter i studien, som er viktige for problemstillingen. Dette forutsetter at utvelgingen av enheter ofte blir til underveis i studien (Grønmo, 2004). I forhold til utvalgsstørrelsen hadde jeg i utgangspunktet tenkt å utføre intervju med seks informanter. Etter at jeg hadde utført intervjuene og lest gjennom transkripsjonene, ønsket jeg å utføre ett intervju til. Noen av intervjuene ble litt korte, og jeg ønsket å være sikker på at jeg fikk besvart forskningsspørsmålet mitt best mulig. Jeg valgte derfor å rekruttere en ekstra informant.

Rekrutteringsprosessen startet 12. august 2014, ved at jeg kontaktet en ressursperson ved kompetansesenteret i Bergen. Vi hadde et møte hvor vi diskuterte hvilke informanter jeg ønsket i studien. Her bestemte vi oss for å forsøke å finne tannleger og tannpleiere i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane. Ressurspersonen ved kompetansesenteret tok kontakt med aktuelt tannhelsepersonell og spurte om de kunne tenke seg å bli intervjuet. Disse informantene hadde samarbeidet med barnevernet, og opplevd bekymring for pasienter. Hun fikk klarsignal fra seks tannleger og tannpleiere i Hordaland. I tillegg til at jeg fikk klarsignal fra tannhelsepersonell kun i Hordaland, tok jeg en vurdering og kom frem til at intervju i dette fylket ville være best med tanke på tidsaspektet og nærhet til informantene.

Jeg sendte mail til de foreslåtte tannlegene og tannpleierne, med forespørsel om å delta på intervju. I denne mailen gav jeg også informasjon om meg selv, samt et informasjonsskriv med informasjon om studien (Se vedlegg 1). Etter at de seks intervjuene var utført, sendte jeg en ny mail til ressurspersonen ved kompetansesenteret i Bergen, og spurte om hjelp til

rekruttering av en ekstra informant. Jeg sendte deretter mail med forespørsel også til denne informanten, på lik linje som jeg hadde gjort med de forestående informantene.

Utvalget i undersøkelsen bestod av en mann og seks kvinner. Jeg har valgt å beskrive informanten som «hun», slik at informantene ikke skal bli gjenkjent. Sammensetningen i utvalget bestod av fire tannleger og tre tannpleiere. Alle informantene hadde bred erfaring innen feltet. Av arbeidserfaring hadde informantene jobbet som tannlege eller tannpleier i Den offentlige tannhelsetjenesten mellom fire og 30 år, og intervjuene fant sted på fire ulike kontor. Jeg har intervjuet informanter som arbeidet ved både små og store kommuner i Hordaland.

3.3.5 Gjennomføring

Etter avtale reiste jeg til informantenes arbeidsplass for å gjennomføre intervjuene. Intervjuet startet ved at jeg gav informasjon om studien og intervjuet. Jeg forklarte også at det var frivillig og delta og at informanten kunne trekke seg når som helst under intervjuet. Videre gav jeg informasjon om konfidensialitet, og forklarte at informasjonen som ble gitt under intervjuet ikke ville kunne spores tilbake til informantene ved et senere tidspunkt.

Samtykkeskjemaet ble undertegnet ved starten på intervjuet (Se vedlegg 1). Jeg spurte informantene om det var greit at jeg brukte båndopptaker under intervjuene, jeg forklarte også at båndopptakeren ville bli holdt innelåst og at innholdet ville bli slettet så snart oppgaven var ferdig. De fleste informantene hadde med seg hefte med samarbeidsavtalen på intervjuet. Alle informantene hadde lest og var kjent med denne samarbeidsavtalen. De syv intervjuene fant sted høsten 2014. Lengden på intervjuene var på 20-45 minutter. Jeg transkriberte alle intervjuene selv, og transkripsjonsmaterialet utgjorde 126 sider.

Det at jeg utførte intervjuene på informantenes arbeidsplass, kan ha vært med og bidratt til en avslappet stemning. Det viser seg at stedet har stor betydning, for å skape en trygg omgivelse. Det er mest vanlig å ha intervjuene på et sted hvor informanten kan føle seg avslappet og være i omgivelser som fremstår som trygge (Tjora, 2012). Mine informanter hadde ikke vært med på intervju før, og hadde kanskje ekstra behov for en slik trygghet. Jeg syntes derfor det var naturlig at alle intervjuene fant sted på tannhelsetjenestens kontor.

Etter at jeg hadde utført de første intervjuene og transkribert dem, så jeg det som hensiktsmessig å justere intervjuguiden. Jeg så at det var flere steder hvor jeg burde stilt mer oppfølgingsspørsmål og bedt om utdypelse. Ved at jeg fikk justert intervjuguiden etter som

jeg fikk mer erfaring, bidrog dette til flere oppfølgingsspørsmål og mer utdypelse i de senere intervjuene.

Jeg har reflektert rundt at lengden på intervjuene varierte en del. Grunnen til dette kan være at noen av informantene fortalte mye, men andre uttrykket seg på en kortere måte. Det kan også handle om hvordan jeg fremstod som intervjuer. I løpet av de første intervjuene mine var jeg litt kjapp med å gå videre til neste spørsmål når det ble stille. Jeg har liten erfaring i forhold til å utføre intervju, og intervjuere som ikke har så mye erfaring kan ofte oppleve problemer i forhold til pauser under intervjuet (Dalen, 2011). Jeg lærte etterhvert i intervjuene at stillhet ofte var viktig, for at informantene skulle få muligheten til å reflektere rundt spørsmålene. Etter min vurdering har ikke dette hatt vesentlig betydning for informasjon fra informantene. Selv om noen av intervjuene var noe kortere enn de andre, fikk jeg dekket spørsmålene jeg hadde i intervjuguiden og utdypet disse. Det at jeg valgte å rekruttere en ekstra informant, har også bidratt til å få flere utdypelser.

3.4 Tematisk analyse

Jeg har valgt å bruke Braun og Clarke (2006) sin modell av tematisk analyse. Dette er en metode for å identifisere, analysere og rapportere mønstre i datamateriale. Ved den tematiske analysen har en fokus på innholdet, og en ser etter mønstre på tvers av datamaterialet. Denne analysen blir ansett som en grunnmetode i kvalitativ analyse, og den har fordel ved at den er fleksibel, og ikke viet til et spesielt teoretisk rammeverk (Braun & Clarke, 2006). Det vil dermed være viktig at jeg beskriver mitt teoretiske og epistemologiske ståsted. Det vil også være viktig at jeg konkret viser hva jeg har gjort i analysen, og grunnen til at jeg har tatt disse valgene. Det sentrale er at det teoretiske rammeverket og metodene passer i forhold til det jeg ønsker å finne ut (Braun & Clarke, 2006). Tematisk analyse består av seks faser. Når forskeren begynner å legge merke til mønstre og tillegge mønstrene mening, starter analysen. Den tematiske analysen er en prosess, hvor en beveger seg frem og tilbake mellom de ulike fasene (Braun & Clarke, 2006). Nedenfor vil jeg gå gjennom de seks fasene i tematisk analyse.

I den første fasen transkriberte jeg alle intervjuene fra talespråk til skriftspråk. Dette skjedde relativt kort tid etter at selve intervjuene ble utført. Dette har gitt meg en unik sjanse til å gjøre meg kjent med datamaterialet mitt (Dalen, 2011). Her passet jeg på å få med alt som ble sagt under samtalen. Jeg tok meg derfor god tid under transkriberingen, slik at jeg skulle sikre mest mulig nøyaktig gjengivelse. Silverman (2011) legger til grunn at det er viktig å være

nøye med transkriberingen. Dette har jeg vært bevisst på under hele transkriberingsprosessen. Jeg leste grundig gjennom hele datamaterialet og skrev ned mulige tema og undertema, etter at intervjuene var ferdig transkribert.

Fase nummer to er kjennetegnet av at en fremkaller de første kodene. Kodene utgjør elementer som forskeren mener er av grunnleggende interesse i datamaterialet (Braun & Clarke, 2006). Jeg startet denne fasen med å lese gjennom datamaterialet en gang til, for å få en best mulig oversikt over det jeg hadde samlet inn. I denne fasen har jeg jobbet meg gjennom hele datamaterialet, og viet like mye oppmerksomhet til alle elementene som jeg har vurdert som interessante for studien. Jeg kodet så bredt som mulig, for å sikre at jeg ikke overså viktige sammenhenger. Jeg skrev også ned elementer som jeg så var gjennomgående i alle intervjuene mine. I denne fasen har jeg hatt fokus på å få med både sammenhenger og motsetninger fra intervjuene.

Når hele datamaterialet er kodet og sortert, starter fasen med å lete etter tema. Denne fasen innebærer å sortere de ulike kodene inn i potensielle tema, og samle alle de relevante delene av datasettet innunder identifiserte tema (Braun & Clarke, 2006). Tema er i følge Braun og Clarke (2006) mønsterbasert, og omhandler informasjon som er sentral i forhold til datamaterialet. For å identifisere tema og få litt mer oversikt, gav jeg kodene ulike farger ved hjelp av tusjer. Kodene ble deretter plassert under hovedtema, undertema og en egen kategori med tema som jeg foreløpig ikke fant noe sted til. Hovedtemaene som jeg hadde identifisert i denne fasen var *Grunnlag for bekymring, barrierer for samarbeid, bedret samarbeid og meldinger*.

Den fjerde fasen er kjennetegnet av at en gjennomgår og avgrensner de foreløpige temaene (Braun & Clarke, 2006). Her måtte jeg ta for meg en sorteringsprosess, for å finne ut av om det var mønster mellom temaene. Jeg fant at noen av temaene gikk inn i hverandre og disse ble slått sammen til ett tema. Andre temaer ble fjernet, fordi jeg manglet data til å støtte dem. Når temaene var valgt ut, leste jeg gjennom alt materialet som hørte innunder temaene, for å sikre at det var sammenheng mellom temaene og datamaterialet.

I den femte fasen ble temaene definert og avgrenset. Dette betyr å identifisere essensen av hva hvert tema handler om, og bestemme hvilket aspekt av dataen hvert tema fanger. For hvert individuelt tema behøver du å skrive en detaljert analyse (Braun & Clarke, 2006). Jeg identifiserte deretter ulike undertema, som kan være nyttige for å gi struktur til store og komplekse tema. Jeg har videre arbeidet med å gi de ulike temaene et best mulig navn.

Navnet på temaene skal være korte og konsise, samtidig som leseren skal få en pekepinn på hva temaene handler om (Braun & Clarke, 2006). De endelige hovedtemaene i datamaterialet mitt ble *Tegn som fører til bekymring*, *Vanskelige vurderinger ved bekymringsmelding*, *Behov for organisatorisk støtte* og *Behov for samarbeid med barneverntjenesten*.

Den siste fasen starter når du har et sett med fullt utviklede temaer. Nå skal den siste analysen bli gjort, og funnkapittelet bli skrevet. Målet i funnkapittelet er å fortelle en historie på en måte som overbeviser leseren om validiteten og verdien av analysen. Jeg har prøvd å gi analysen logisk, sammenhengende, kortfattet og interessant beskrivelse av historien som dataen forteller (Braun & Clarke, 2006). Jeg har presentert resultatene ved hjelp av sitater. Sitater kan gi leseren et godt bilde av innholdet fra dataene.

3.5 Forskningsetiske vurderinger knyttet til undersøkelsen

Dette prosjektet har vært meldt inn til Personvernombudet ved Norsk samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD), og blitt godkjent (Se vedlegg 3) før datainnsamlingen startet i september 2014. NSD har vurdert intervjuguiden og informasjonsbrevet i min studie, og dette har vært med og bidratt til en ivaretagelse av informantene. I følge Kvale og Brinkmann (2009) er det av stor betydning at en tar hensyn til etiske utfordringer gjennom hele intervjuprosessen. I denne studien er det tre etiske vurderinger som vil være ekstra relevante når jeg har forsket på mennesker. Dette er fritt og informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser av informantens deltakelse i prosjektet (Forskningsetiske komiteer, 2013; Kvale & Brinkmann, 2009; Helgeland, 2005).

3.5.1 Fritt og informert samtykke

Informanten skal samtykke til deltagelse før prosjektet starter, og dette samtykket skal være både fritt og informert. Et fritt samtykke forutsetter at det ikke er avgitt under press, og det skal heller ikke være begrensende i forhold til personens handlefrihet (Forskningsetiske komiteer, 2013; Dalen, 2011). For at samtykket skal være informert, er det viktig at informanten får informasjon om hva hans eller hennes deltagelse i prosjektet innebærer (Forskningsetiske komiteer, 2013; Dalen, 2011; Silverman, 2011). Her er det også viktig at informantene får vite forskningens hensikt og hvilke følger prosjektet kan få for dem (Forskningsetiske komiteer, 2013; Dalen, 2011). En skal også fritt kunne avbryte deltagelsen underveis, uten at dette skal få konsekvenser (Forskningsetiske komiteer, 2013; Dalen 2011; Silverman, 2011). Jeg har sendt ut et informasjonsskriv til informantene. Her har jeg blant annet gitt informasjon om hensikten med studien, hva som vil skje med informasjonen, og

frivillig deltakelse. Samtykket ble som nevnt tidligere gjentatt og undertegnet før intervjuet startet (Se vedlegg 1).

3.5.2 Konfidensialitet

Informantene har krav på at informasjonen de gir under intervjuet, blir behandlet konfidensielt gjennom hele prosjektet. Det er også viktig å tenke over hvordan en oppbevarer og tilintetgjør identifiserbare opplysninger, samt anonymisering av materialet (Forskningsetiske komiteer, 2013; Dalen, 2011). Informanten må kunne stole på at opplysninger som blir gitt under intervjuet, blir behandlet på en fortrolig måte. Opplysningene skal ikke kunne føres tilbake til informanten på et senere tidspunkt (Dalen, 2011). Det er kun jeg og en av mine veiledere som har hatt tilgang på personidentifiserbar informasjon fra informantene. For å ta hensyn til konfidensialiteten under transkriberingen, har jeg passet på å utelate personidentifiserbare opplysninger, som kan gjøre det mulig å identifisere informanten. For å utelate slike opplysninger, har jeg erstattet navn på arbeidssted eller kollegaer med en kode. Jeg har også tatt meg tid til å gjøre informantenes sitater om til bokmål. Dette for å ivareta konfidensialiteten og ikke avsløre informantenes identitet ved fremstillingen av funnene. I følge personopplysningsloven § 28 (2000) skal en ikke lagre personidentifiserbare opplysninger lenger enn det som en behøver, for å kunne gjennomføre det som er formålet med behandlingen. Det er også viktig at opplysningene lagres på en forsvarlig måte. Lydbånd fra båndopptaker har blitt holdt innelåst i et skap, og skal bli slettet så snart studien er ferdig (Forskningsetiske komiteer, 2013, Malterud, 2011) Transkripsjonene har jeg lagret på en PC som er passordbeskyttet. Det at en har passordbeskyttelse på filene, er en viktig prosedyre i forhold til personvern (Malterud, 2011).

3.5.3 Konsekvens av deltakelse

Det er et krav at forskeren skal unngå at informantene blir utsatt for belastninger eller skade, under forskningen (Forskningsetiske komiteer, 2013). Det har gjennom hele forskningsprosessen vært viktig for meg å tenke gjennom hvilke konsekvenser deltakelsen kan innebære for informantene. Den kvalitative forskningen er kjennetegnet av en åpenhet, hvor informantene kan komme til å si ting som de senere kan angre på (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg har derfor vært opptatt av at informantene har fått all informasjon om formålet med undersøkelsen, og frivillig samtykke. Når en transkriberer fra talespråk til skriftspråk, kan en også komme til å såre informantene, dersom sitatene for eksempel er publisert ordrett (Kvale & Brinkmann, 2009). Alle informantene har fått tilbud om å få lese gjennom den ferdige oppgaven, slik at de får sett hvordan resultatene blir fremstilt. I dette forskningsprosjektet

vurderer jeg det slik at det ikke har oppstått noen alvorlige konsekvenser for informanten, men det er likevel nødvendig å være bevisst på at etiske utfordringer kan oppstå.

3.6 Kvalitetssikring

For å komme frem til holdbare resultater av undersøkelsen, er det avgjørende at datamaterialet har en best mulig kvalitet (Grønmo, 2004). I kvantitativ forskning brukes ofte begrepene reliabilitet, validitet og generaliserbarhet i forhold til studiens kvalitet. Jeg har i denne studien valgt å bruke de kvalitative begrepene troverdighet, bekreftbarhet og overføringsverdi (Dalen, 2011).

3.6.1 Troverdighet

Troverdigheten innebærer at funnene ikke må skyldes tilfeldigheter eller skjønn, men være basert på faktiske forhold. Troverdigheten kan bli vurdert ut fra om intervjuene, transkripsjonene og analysene er gjennomført på en pålitelig og nøyaktig måte (Kvale & Brinkmann, 2009). For å styrke undersøkelsens troverdighet har jeg gjennom hele prosessen derfor hatt fokus på å beskrive alle delene i forskningen på en mest mulig nøyaktig måte.

Et annet viktig punkt i forhold til styrking av troverdigheten er å gjøre rede for hvordan mitt eget syn på temaet, kan prege resultatene (Tjora, 2012). Forforståelsen en har med seg, kan blant annet prege måten en stiller spørsmål på (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg har derfor forsøkt å stille åpne fremfor lukkede spørsmål, slik at informantene ikke skal bli ledet til å innta en spesiell mening. Jeg har imidlertid til en viss grad brukt ledende spørsmål, ved at jeg har ledet informantene inn på tema som omhandler bekymringsmeldinger til barnevernet. Ledende spørsmål trenger ikke alltid å være negativt, men kan også være en hensiktsmessig del av mange undersøkelser (Kvale, 2001; Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg var nysgjerrig på å finne ut om det fantes barrierer ved tannhelsepersonells meldeplikt til barneverntjenesten. Jeg mener derfor at det var viktig å stille spørsmål relatert til dette temaet. For å bedre kunne sammenligne resultatene fra intervjuene, stilte jeg også de samme spørsmålene til alle informantene.

3.6.2 Bekreftbarhet

Bekreftbarheten handler om forskningens gyldighet, og i hvilken grad en metode undersøker det den hadde som intensjon å undersøke (Kvale & Brinkmann, 2009, Grønmo, 2004). Dersom datainnsamlingen og undersøkelsesopplegget resulterer i data som er relevante i forhold til problemstillingen, er bekreftbarheten høy. Den mest hensiktsmessige måten for å vurdere bekreftbarheten er å foreta drøftinger av datamaterialet, undersøkelsesopplegget og

datainnsamlingen (Grønmo, 2004). Forskningsprosessen må sikres gjennom hele undersøkelsen (Kvale & Brinkmann, 2009).

Ved at jeg har henvendt meg til tidligere forskning som er gjort om samme tema og forholdt meg til teorier og perspektiver på en bevisst måte, har jeg kunnet sammenligne tidligere funn med min egen forskning (Tjora, 2012). Jeg vurderer bekreftbarheten i denne studien som høy, etter som jeg har skaffet meg oversikt over litteratur som er gjort på dette feltet, og litteraturen støtter seg til mine funn. Jeg har også utformet intervjuguiden min på en slik måte at spørsmålene skal svare på problemstillingen.

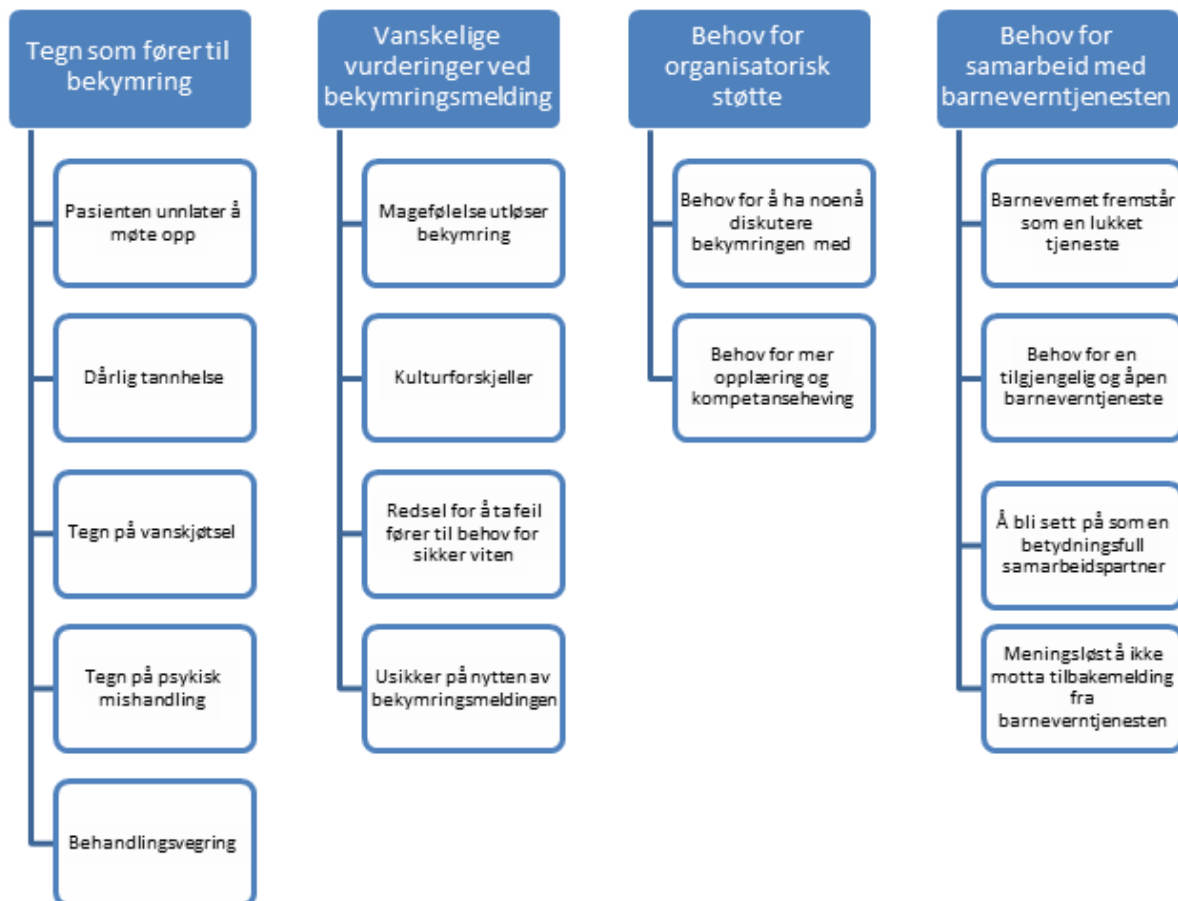
3.6.3 Overføringsverdi

Overføringsverdi handler om resultatene kan overføres eller generaliseres fra det utvalget en har studert, til å gjelde andre enheter som ikke har vært del av studien (Jacobsen, 2003; Dalen, 2011; Kvale & Brinkmann, 2009). En vanlig argumentasjon i kvalitativ forskning har vært at det finnes for få intervjupersoner, til at kunnskapen kan overføres (Kvale & Brinkmann, 2009). I hovedsak er ikke hensikten i kvalitative studier å generalisere til å gjelde hele populasjonen, en ønsker heller å utdype fenomener. Jeg har kun intervjuet syv informanter, og det vil derfor være vanskelig å konkludere med at disse enhetene er gjeldende for hele populasjonen (Jacobsen, 2003). I min studie har jeg ikke hatt som mål å overføre resultatene til å gjelde alle tannleger og tannpleiere, men snarere å utdype ulike erfaringer. Det kan likevel tenkes at det kan være med å gjenspeile lignende erfaringer hos flere andre tannleger og tannpleiere. Jeg har i all hovedsak forsøkt å innhente kunnskap som er gyldig innenfor tannhelsekonteksten.

4.0 Presentasjon av funn og diskusjon

I denne delen vil jeg presentere hovedfunnene for studien. I analyseprosessen utviklet det seg fire fremtredende hovedtema i forhold til tannhelsepersonell sine vurderinger om å sende bekymringsmelding til barneverntjenesten. Dette har jeg valgt å betegne som *Tegn som fører til bekymring*, *Vanskelige vurderinger ved bekymringsmelding*, *Behov for organisatorisk støtte* og *Behov for samarbeid med barneverntjenesten*. Under hvert av hovedtemaene identifiserte jeg flere undertemaer. Undertemaene vil bli presentert hver for seg, og illustrert med sitater i kursiv. Funnene vil bli drøftet etter hvert hovedtema, ved hjelp av Fluke et al.'s (2014) beslutningsmodell, lovmessige føringer og aktuell forskning.

De to hovedtemaene og undertemaene som hører innunder dem illustreres i figur 4.1 nedenfor:



Figur 4.1. «Faktorer som påvirker vurderingen om å sende bekymringsmelding til barneverntjenesten».

Temaet *Tegn som fører til bekymring*, handler om hvilke situasjoner og tegn som fører til at tannhelsepersonell blir bekymret for sine mindreårige pasienter. Det som utgjør undertemaene er at pasienten unnlater å møte opp, dårlig tannhelse, tegn på vanskjøtsel, tegn på psykisk mishandling og behandlingsvegring.

Vanskelige vurderinger ved bekymringsmelding omhandler personlige dilemmaer som tannhelsepersonell opplever i vurderingen av om de skal sende en melding til barneverntjenesten eller la det være. De mest fremtredende faktorene som ble valgt som undertemaer var magesfølelse som utløser bekymring, kulturforskjeller, en redsel for å ta feil fører til behov for sikker viten og usikkerhet ved nytten av å sende bekymringsmeldingen.

Det tredje hovedtemaet *Behov for organisatorisk støtte* inneholder faktorer på organisasjonsnivå som tannhelsepersonellet opplever at de behøver for å bli trygge nok til å ta beslutningen om å sende bekymringsmelding. Her bestod undertemaene av behovet for å ha noen å diskutere bekymringen med, og behovet for mer opplæring og kompetanseheving.

Behov for samarbeid med barneverntjenesten handler om hvordan tannhelsepersonell opplever barneverntjenesten som samarbeidspartner, og behovet for et mer regelmessig samarbeid med barneverntjenesten. Det som utgjorde undertemaene var at barnevernet fremstår som en lukket tjeneste, et ønske om at barneverntjenesten fremstår som tilgjengelig og åpen, ønske om at barneverntjenesten ser betydningen av tannhelsetjenesten som samarbeidspartner, samt at det er meningsløst og ikke motta tilbakemelding fra barneverntjenesten, etter at bekymringen er meldt.

Nedenfor vil funnene bli presentert. Jeg har valgt å diskutere fortløpende etter hvert av de fire hovedtemaene

4.1 Tegn som fører til bekymring

Alle informantene hadde opplevd situasjoner hvor de hadde vært bekymret for sine mindreårige pasienter. Det var flere fremtredende tilfeller som gikk igjen hos informantene. I følge en del av informantene opptrer flere bekymringsfulle tegn samtidig hos barna. En av informantene fortalte at det ofte var et sammensurium av ulike ting, som førte til at hun ble bekymret. Unnlattelse av å møte opp, dårlig tannhelse og vanskjøtsel viste seg ofte å henge tett sammen. Dersom en av faktorene var til stede, opptrådte ofte de andre faktorene samtidig. Det var ingen av informantene i min studie som hadde opplevd å avdekke tegn på fysisk mishandling.

4.1.1 Pasienten unnlater å møte opp

Samtlige av informantene i studien opplevde at de hadde hatt mindreårige pasienter som unnlot å møte til tannbehandling. En informant som jobbet i en liten kommune, fortalte følgende, på spørsmål om hvilke tegn hun hadde opplevd: *«Ja, vi har jo noen som vi har sendt melding til, og det er jo stort sett sånne som ikke møter. De som gjentatt ikke møter, har vi sendt melding til barnevernet på»*. Denne informanten fortalte at det oftest blir sendt melding til barneverntjenesten som følge av at pasienter ikke møter opp til avtalte timer. Dersom dette skjedde flere ganger, ble barneverntjenesten varslet.

En tannlege som hadde arbeidet 30 år i en stor kommune, sa imidlertid følgende om bekymringsmeldinger til barneverntjenesten: *«Det kunne vært litt morsomt og sett hvor mange som var reelle saker av de som er meldt, om det ble veldig mye papir frem og tilbake. Du må plukke vekk disse som ikke møter, for det er det hele tiden. Det har det alltid vært, er vel 10 prosent eller noe som er ikke-møtt»*. Den samme informanten legger til grunn at ikke-møtt problematikken er en evig papirmølle frem og tilbake. Jeg forstår informanten slik at ikke-møtt i seg selv ikke ble vurdert som så bekymringsfullt. Det kan se ut til at informanten setter spørsmålstegn ved om en bør sende melding dersom det kun er ikke-møtt.

En informant som hadde lang erfaring som tannpleier, fortalte følgende om bekymringsfulle tegn: *«Det er jo veldig mange som lar være å møte, og det er spesielt de som har dårlig tannhelse. Foreldrene møter ikke her, enda jenta har vært i narkosebehandling. Også møter de ikke. For det er jo veldig viktig at du får de inn igjen tidlig, så møter de ikke gang på gang på gang. Det er alltid et eller annet som gjør at de ikke kommer. Til slutt har jeg måttet sende en bekymringsmelding til barnevernet»*. Denne informanten pekte på at det var mange pasienter som ikke møtte opp til avtalte tannlegetimer, selv om barnet har dårlige tenner og behøver behandling. Hun fortalte videre at det alltid blir vist til forskjellige unnskyldninger for at pasientene ikke har mulighet til å møte opp. Jeg forstår denne informanten slik at hun til slutt føler at hun må melde sin bekymring på bakgrunn av disse faktorene. Det kan se ut til at det må foreligge dårlig tannhelse og unnlattelse i å møte opp på samme tid, for at informanten skal bli bekymret.

4.1.2 Dårlig tannhelse

Dårlig tannhelse var et tema som gikk igjen hos flere av informantene. På spørsmål om det var noen situasjoner hvor informantene hadde vurdert å melde fra til barneverntjenesten, men hadde unnlatt å gjøre det, svarte en av informantene: *«Som tannlege så ser vi jo veldig mange barn, hvor jeg tenker omsorgssvikt. Et barn som har hull i alle sine tenner, er egentlig*

omsorgssvikt». Det kan her forstås slik at informanten er usikker på hvorvidt hun opplever dårlig munnhelse som omsorgssvikt, eller om hun tenker at hun burde ha gjort det.. Jeg forstår det slik at informanten opplever slike tegn som bekymringsfulle, og som noe en bør være ekstra på vakt mot.

Når informantene ble bedt om å utdype hvilke bekymringsfulle tegn de hadde opplevd hos pasientene, fortalte en tannpleier som hadde arbeidet lenge i en liten kommune følgende: *«Det som det har gått mest i er at det kommer 3-åringer her med mye karies, og så må du sende de i narkosebehandling for å få behandle de, for de er så små. Da blir det sendt bekymringsmelding»*. Denne informanten la vekt på at dersom det går så langt som å gjennomføre narkosebehandling hos små barn, sender en bekymringsmelding til barneverntjenesten. En annen av informantene som arbeidet i en stor kommune utdypet dette: *«Når man ser at et barn har infeksjoner i munnen, som går og har vondt og man tar ikke kontakt. Skikkelig dårlig munnhelse. Det er omsorgssvikt. Man møter ikke opp, man kommer ikke på de avtalte besøkene»*. Denne informanten oppfattet det som omsorgssvikt, dersom en går rundt med smerter, uten å behandle tennene. Det kan forstås slik at hun opplevde det som bekymringsfullt når det var flere tegn som opptrådte samtidig. Dette viser at dårlig tannhelse og unnlattelse i å møte opp er to fremtredende faktorer som gjennomgående går igjen hos informantene, og henger tett sammen. Informantene gav også uttrykk for at disse to faktorene var årsak til flest bekymringsmeldinger sendt til barneverntjenesten.

4.1.3 Tegn på vanskjøtsel

Vanskjøtsel var også en faktor flere av informantene hadde erfaring med. Vanskjøtsel ble ofte nevnt i sammenheng med dårlig tannhelse. På spørsmål om hvilke bekymringsfulle tegn informantene hadde opplevd, svarte en informant som hadde jobbet 14 år i en stor kommune følgende: *«Det blir mer vanskjøtsel tenker jeg. Du har de veldig nær deg, så du lukter veldig hvis det lukter dårlig. Jeg har opplevd å ha unger i tynne sommersko uten sokker oppi skoene. Sånne ting kan jeg se, og at de er kalde og rufsete»*. Denne informanten hadde opplevd tegn på vanskjøtsel hos noen mindreårige pasienter. Jeg forstår det slik at hun med vanskjøtsel mener dårlig hygiene, at barna kan være skitne og ikke ha klær som passer i forhold til den aktuelle årstiden. Den samme informanten pekte også på at hun hadde sendt bekymringsmelding til barneverntjenesten på bakgrunn av vanskjøtsel hos barna.

En annen av informantene som hadde arbeidet 10 år i en liten kommune, fortalte om en bekymring over foreldre som ikke blir med barnet inn til tannbehandling. Hun sa følgende:

«Ofte sitter foreldrene ute, de blir kanskje ikke med inn. Hvis du har en 10-åring med masse hull, så er det jo naturlig at mamma eller pappa er med inn og hører. De som ikke blir tatt så godt vare på, sitter foreldrene gjerne i bilen og venter eller er på butikken». Informanten pekte på at det var naturlig at foreldre som bryr seg om barnet sitt, er med inn dersom barnet deres har masse hull i tennene. Hun sa videre at der hvor foreldrene ikke passer så godt på barna, er foreldrene ofte opptatt med andre ting, mens barnet er til behandling. Jeg forstår informanten slik at hun kan avdekke vanskjøtsel blant annet ved å se på hvor godt foreldrene følger barnet opp i tannbehandlingssituasjonen.

4.1.4 Tegn på psykisk mishandling

Flere informanter hadde i tillegg reagert på samspillet mellom foreldre og barn. En tannlege som hadde lang erfaring fra en stor kommune svarte følgende på spørsmål om hvilke bekymringsfulle tegn hun hadde sett: «Man kan jo også oppdage at man føler at foreldrene ikke fungerer ordentlig med barna, at de er veldig disiplinære. Det kan bli for mye. Innimellom må man være disiplinær, men når man føler at det nesten går over i noe annet, det synes jeg er noe man skal være oppmerksomme på.» Denne informanten peker på en bekymring over foreldre som er strenge og disiplinære mot barna. Det kan forstås slik at hun opplever dette som bekymringsfullt, og noe en bør ha fokus på, spesielt dersom det vipper over til noe annet enn et normalt samspill.

På spørsmål om en informant med lang erfaring fra en stor kommune kunne utdype hvordan hun opplevde samspillet mellom barna og foreldrene i de sakene hvor hun hadde vært bekymret, sa informanten det slik: «Jeg opplever foreldrene som veldig ettergivende. De legger skylden over på barnet, de legger det ikke på seg selv. De sier for eksempel: Han vil jo ikke pusse tennene, og han spiser så mye søtt. Barnet får ansvaret og skylden, for at de har hull i tennene». Denne informanten peker på foreldre som skylder på barnet, selv om det er de som foreldre som har ansvaret for å sørge for at barna pusser tennene og går til tannlegen. Informantene legger imidlertid vekt på at det ofte er flere tegn enn bekymringsfullt samspill, som må ligge til grunn for at de skal sende melding til barneverntjenesten.

4.1.5 Behandlingsvegring

Fem av syv informanter hadde opplevd barn som hadde behandlingsvegring og var redde i tannbehandlingssituasjonen. En tannpleier som hadde lang erfaring fra en liten kommune, fortalte om tegn hun var ekstra på vakt mot: «Av og til så er det jo at de har forferdelig sånn behandlingsvegring. Litt sånn unormal. Bare en skal på en vanlig undersøkelse, så er de

veldig redde. Uten at de har noe grunn til det. Det reagerer en jo litt på». Informanten fortalte at hun ble bekymret dersom barn var redde, uten at det var noen åpenbar grunn til det.

En annen av informantene som var utdannet tannpleier og hadde jobbet mange år i en liten kommune, sa følgende om tegn som hadde skapt bekymring: *«For eksempel at de kvir seg veldig. Når de kommer inn og tar røntgen, så er det nesten som de kommer inn og bare forlater kroppen på en måte. At de bare kommer inn og bare sitter sånn og bare: Ok, her er jeg. Bare gjør hva du vil. Så gaper de, sier ingenting og gråter sånne stille tårer. Men noen synes det er vondt det vi driver på med også, at tårene spretter litt. Kan liksom ikke bare fokusere på sånne ting heller».* Jeg forstår denne informanten på en slik måte at hun opplevde et dilemma. På den ene siden sier hun at hun opplevde redselen og tårene som bekymringsfulle. Samtidig legger informanten vekt på at noen barn kan synes selve tannbehandlingen er smertefull, uten at det er noen annen grunn til at de er redde. Det kan derfor være vanskelig å skille disse faktorene fra hverandre, og vite om det er noe mer som ligger bak. En annen informant som hadde lang arbeidserfaring fra en stor kommune, poengterte at hun hadde opplevd pasienter som trekker seg unna og motsetter seg behandling. Hun sa videre at hun omtrent ikke fikk lov til å se på dem, eller nærme seg munnen deres. Informanten la imidlertid vekt på at det å ha mistanke om at det kunne ligge noe mer bak, til å sende melding til barneverntjenesten var et langt stykke frem. Det kan dermed se ut til at det kan være vanskelig å vurdere betydningen av disse tegnene.

4.2 Diskusjon

Funnene viser at informantene har opplevd flere tegn som de opplever som bekymringsfulle hos sine mindreårige pasienter. Disse tegnene kan forstås ved hjelp av saksfaktorer i Flukes's et al. (2014) økologiske beslutningsmodell. Fluke's et al.'s (2014) modell viser at det er ulike faktorer ved en sak som påvirker informantens valg når de skal ta en beslutning. Flere saksfaktorer sammen veier tyngre enn mindre saksfaktorer. Iversen og Heggen (2015) fant også at den kunnskapskilden som saksbehandlere i barneverntjenesten brukte mest i sitt arbeid, var den informasjonen de fikk fra hver enkelt sak. Jeg tolker datamaterialet slik at noen av tegnene er mer sikre enn andre, og kan derfor være enklere å ta en beslutning på bakgrunn av.

Etter at samarbeidsavtalen mellom tannhelsetjenesten og barneverntjenesten kom i 2010, ble det utarbeidet rutiner for sending av bekymringsmeldinger i tannhelsetjenesten. Den tydeligste rutinen er sending av bekymringsmeldinger ved pasienter som over gjentatt tid ikke møter opp

til avtalte tannlegetimer (Se vedlegg 4). Informantene sender melding til barneverntjenesten på bakgrunn av ikke-møtt problematikk fordi de er forpliktet til å gjøre dette, men ser de det alltid som bekymringsfullt at pasienter ikke møter opp? I følge informantene mine forelå det en usikkerhet i forhold til om ikke-møtt alltid er bekymringsfullt. Det kan dermed være vanskelig å vite om informantene opplever dette som urovekkende, eller at de kun sender melding på bakgrunn av at de er forpliktet til det. Ikke-møtt alene vil sannsynligvis føre til mange falske positive, hvor det kanskje ikke alltid vil være grunnlag for reell bekymring (Munro, 2008; Fluke et al., 2014; Gilbert et al., 2009b). Flere av informantene legger vekt på at ikke-møtt ofte inntreffer i kombinasjon med andre forhold. Flere informanter vurderte det slik at det måtte foreligge dårlig tannhelse samtidig, for at de skulle oppleve ikke-møtt som bekymringsfullt. I likhet med informantene legger Ness et al. (2014) til grunn at det kan oppstå bekymringer som følge av uteblivelse ved avtaler, uten at en kan vite sikkert om noe er hendt med barnet. Det finnes ikke alltid noen objektiv forklaring på hvorfor noen pasienter unnlater å møte opp til tannlegetimer, det kan være flere grunner til dette. Det kan også være flere forhold som ikke skyldes omsorgssvikt. På den ene siden finner Ainsworth (2002) at overdreven bruk av bekymringsmeldinger, kan føre til en overbelastning for barneverntjenesten, og dermed føre til at risikoutsatte barn og familier risikerer å motta mindre hjelp enn nødvendig. Gilbert et al. (2009b) støtter seg også til dette, og finner at lovverket bør være åpent for tolkning. En bør vurdere tegnene på omsorgssvikt eller mishandling og den grad av mistanke og fremtidig risiko som trengs for å aktivere opplysningsplikten, før en tar valget om å melde fra (Gilbert et al., 2009b). Det vil på den andre siden være viktig at en følger opp forpliktelsen om å sende melding, slik at flere barn kan fanges opp. Det blir hevdet at fordelene med å rapportere bekymringer til barneverntjenesten, vil veie opp for ulempene (Gilbert et al., 2009b).

Den andre delen av samarbeidsavtalen omhandler sending av melding dersom en mistenker omsorgssvikt eller mishandling (Se vedlegg 4). En faktor som ofte førte til at informantene sendte bekymringsmeldinger til barneverntjenesten, var dårlig tannhelse. Informantene opplevde å bli bekymret dersom barnet hadde dårlig tannhelse, og mye karies i tennene. I likhet med informantene i studien min, viser forskningen at det kan være vanskelig å skille dårlig tannhelse og tannhelsemessig forsømmelse fra hverandre (Bhatia et al., 2014; Harris et al., 2009a). På den ene siden finner Bhatia et al. (2014) at det kan være utfordrende å identifisere den tannhelsemessige forsømmelsen, og det vil være vanskelig å skille det at et barn har mange hull i tennene, til å konkludere med at dette skyldes en forsømmelse. På den

andre siden hevder Bhatia et al. (2014) at dersom barnet ikke søker behandling når det har behov for det, bør en vurdere å sende bekymringsmelding til barneverntjenesten. Pedersen et al. (2015) legger også til at dersom en har gitt et tilbud om behandling, og funnet orale problemer hos barnet, kan det være grunn til bekymring ved manglende oppmøte, at barnet har grov karies og dersom en unnlater å fullføre planlagt behandling. Kvello (2010b) viser til at dersom et hjelpetrengende barn ikke får nødvendig tannbehandling, kan dette vurderes som en form for medisinsk omsorgssvikt. Det er viktig og ikke overse dette tegnet, da barn som er mishandlet av omsorgspersoner ofte har en svekket oral helse og mye karies i tennene (Uldum et al., 2010; Harris et al., 2009a). Dette kan tyde på at i de situasjonene hvor dårlig tannhelse hos barn og unnlattelse i å møte opp fremkommer samtidig, kan det være grunn til bekymring.

I situasjoner hvor en oppdager barn som lever under en omsorgssituasjon preget av alvorlig fysisk mishandling eller seksuelle overgrep, er det ingen tvil om at det er forsvarlig å melde fra til barneverntjenesten. Det er imidlertid ikke alltid like enkelt å avdekke tegn på vanskjøtsel eller neglekt, og denne formen for mishandling har blitt tilsidesatt i barneverntjenesten. Vanskjøtselen kan være svært vanskelig å oppdage, det kan være utfordrende både å gjenkjenne tilstanden og forutsi hvilken skade den kan ha for barnet (Lonne, 2015). Flere av informantene i min studie hadde opplevd mindreårige pasienter som ikke hadde klær som passet til årstiden. Det kan være vanskelig å vite hvilke faktorer som ligger bak dette. I følge Lonne (2015) kan neglekt til en viss grad knyttes opp mot fattigdom. Det kan være snakk om foreldre som ikke har råd til å sørge for at barna har riktige klær, snarere enn foreldre som ikke vil. Det kan være vanskelig å vite hvor alvorlig vanskjøtselen er. På den ene siden befinner det meste av vanskjøtselen seg på et så lavt nivå at det ikke møter terskelen for tiltak fra barnevernet. Samtidig er det viktig å være oppmerksom på at vanskjøtsel typisk sett har blitt vurdert til å ha den høyeste forekomsten av skade på et barn (Lonne, 2015).

Informantene hadde også opplevd samspill mellom foreldre og barn, som de mente var bekymringsfulle. De pekte på strenge og disiplinære foreldre, og foreldre som la skylden for en dårlig tannhelse over på barnet. Det vil være vanskelig å vite om det negative samspillet som informantene hadde observert skyldtes at foreldrene hadde en stresset og dårlig dag, eller at dette var et bekymringsfullt samspill som hadde pågått over lang tid og gått over til psykisk mishandling. Den psykiske mishandlingen vil ha konsekvenser for utviklingen til barnet. Det kan kanskje tyde på at tegnene som informantene hadde opplevd, kan samsvare med de kjennetegn på psykisk mishandling som Gilbert et al. (2009a) finner i sin studie. Gilbert et al.

(2009a) legger vekt på at den psykiske mishandlingen er karakteristisk blant annet hos foreldre som er nedverdiggende mot barnet, der barnets utviklingsbehov ikke blir ivaretatt og der hvor barnet får skylden for ting som de ikke burde klandres for.

Behandlingsvegring kan i følge forskningen i noen tilfeller knyttes til seksuelle overgrep (Dougall & Fiske, 2009; Willumsen, 2004; Pedersen et al., 2005). Forskningen viser at tannbehandlingssituasjonen kan minne mye om en overgrepssituasjon. Barnet kan oppleve og ikke ha kontroll over situasjonen, og det kan oppleves ubehagelig og ukomfortabelt å ha noen stående over seg, som tar instrumenter inn i munnen. Dette kan i verste fall føre til at en ikke møter opp og avbestiller timer (Dougall & Fiske, 2009). Pedersen et al. (2005) finner at barn som er utsatt for seksuelle overgrep kan ha angst, oppleve vegring, eller dissosiering under tannbehandlingssituasjonen. Man kan ikke vite hva som egentlig ligger bak vegringen som informantene i min studie hadde opplevd, men det kan kanskje forstås på en slik måte. Det kan imidlertid også betraktes ved at noen er mer redde av natur enn andre, og det er dermed ikke en enkel årsaksforklaring som gjør at en kan vite hva som ligger bak vegringen.

Funnene tyder på at unnløstelse fra å møte opp til avtalte tannlegeavtaler og dårlig tannhelse er de to faktorene som tannhelsepersonell er i best posisjon til å oppdage. Til tross for at den internasjonale forskningen viser at tannhelsepersonell gjennomgående er i en ideell posisjon ovenfor å oppdage tegn på fysisk mishandling (Cairns et al., 2005b), hadde ingen av informantene i min studie sett tegn på dette. Informantene følte ikke at de var i posisjon til å kunne oppdage verken fysisk mishandling eller seksuelle overgrep. Kvist et al. (2014) finner også i sin studie at tannhelsepersonellet var mer tilbøyelige til å melde fra til barneverntjenesten dersom de kunne bekrefte mishandlingen fra et tannhelseperspektiv. Dette handlet om at de opplevde å ha best profesjonell kompetanse til å gjenkjenne barn med en kombinasjon av tannhelsemessig forsømmelse og gjentatt unnløstelse av å møte opp til tannlegetimer. Den tannhelsemessige forsømmelsen bestod av at en unnløst å behandle karies, og det ble sett på som det eneste udiskutable tegnet de kunne oppdage. Tegn på mishandling opplevde de ofte til å være utenfor deres profesjonelle komfortsone, og de meldte sjelden fra om dette til barnevernet (Kvist et al., 2014). Dette kan til dels knyttes opp mot deres primære formål som tannleger og tannpleiere. Tannhelsepersonellens jobb og mandat er å behandle tenner, og sørge for at barns munnhelse opprettholder en tilstrekkelig funksjon (Tannhelsetjenesteloven, 1983). Det er dermed behandling av barnets tenner og kontroll over hvem som kommer til oppsatte tannlegetimer, de er best rustet til å oppdage og dermed sende melding på bakgrunn av.

Informantene i min studie hadde også oppdaget tegn på vanskjøtsel, bekymringsfullt samspill og behandlingsvegving hos sine mindreårige pasienter, men de var usikre på hva som egentlig lå bak dette. Usikkerheten i forhold til tegnene kan knyttes opp mot «wicked problems» og «tame problems» (Devaney & Spratt, 2009). Tannhelsetjenesten er trolig mer vant til å løse «tame problems». Dersom barnet har hull eller karies, vet de som regel hva de skal gjøre for å fikse dette. Det kan på den andre siden være mer utfordrende å forutsi løsningen ved «wicked problems», hvor mistankene og de riktige løsningene er mer usikre (Devaney & Spratt, 2009). Pedersen et al. (2015) hevder også at kliniske funn er kjennetegnet ved at de ofte er diffuse. Informantene kan ikke si noe om type omsorgssvikt eller mishandling barna har vært utsatt for, men de kan oppleve at det er noe som ikke stemmer som det skal med barnet. Det er imidlertid viktig å presisere at det ikke er tannhelsepersonellet, men barneverntjenesten som skal undersøke barnets omsorgssituasjon. Pedersen et al. (2015) støtter seg også til at det ikke er tannlegene og tannpleierne sin rolle å sette noen diagnose i forhold til omsorgssvikt og mishandling. Det er barnevernets oppgave å undersøke hva som ligger bak de bekymringsfulle tegnene (Barnevernloven, 1992). Tannhelsepersonellet er underlagt meldeplikt til barneverntjenesten. De skal melde fra dersom de er bekymret, og en mistanke er nok til å utløse meldeplikten (Helsepersonelloven § 33, 1999; Barnevernloven § 6-4, 1992; Kvist et al., 2014; Pedersen et al., 2015).

4.3 Vanskelige vurderinger ved bekymringsmelding

Selv om de hadde sett flere tegn, var det flere individuelle faktorer som var avgjørende for om informantene i studien valgte å sende bekymringsmelding til barnevernet eller ikke. Noen av informantene syntes det var uproblematisk å sende melding når de hadde bestemt seg, mens andre vegret seg og ville ikke gjøre det hvis de ikke var helt sikre. På spørsmål om informantens opplevelse av å utøve meldeplikten, svarte en av informantene: «*Ja, det synes jeg egentlig har vært uproblematisk når jeg har bestemt meg for å melde fra*». Analysen av datamaterialet viser at det var flere faktorer som påvirket informantenes valg om å sende bekymringsmelding. Jeg vil nå gjøre rede for disse.

4.3.1 Magefølelse utløser bekymring

Når informantene opplevde vage tegn som vekket bekymring, startet det ofte med en magefølelse. Flere av informantene poengterte at de ikke helt kunne sette fingeren på hva som fikk dem til å sende en bekymringsmelding. Det var ofte en følelse de fikk, om at noe ikke var helt som det skulle. Når de ble bedt om å svare på hva som førte til at de ble bekymret for pasienter, forklarte en tannpleier fra en liten kommune følgende: «*På en måte så begynner det*

med en magesfølelse at her er det noe som virker helt merkelig». Her fortalte informanten om hvordan magesfølelsen utløste bekymring for pasientene. På spørsmål om utdypelse av dette, svarte informanten at det var vanskelig siden alt var så diffust, og følelsen en opplevde ofte ikke var nok. Flere av informantene slet med å finne noe konkret å holde fast i, for å underbygge hva denne magesfølelsen skyldtes. Det var noe som skurret, men ikke i en slik grad at de syntes det var godt nok til å sende en bekymringsmelding.

Noen av informantene mente imidlertid at en burde stole på magesfølelsen ved vurderingen om å sende bekymringsmelding. En informant som hadde jobbet som tannlege i en stor kommune i 14 år poengterte: *«Ofte så føler jeg at en skal følge magesfølelsen ved bekymringsmelding»*. På spørsmål om hva informanten gjorde dersom hun så bekymringsfulle tegn, svarte en annen av informantene følgende: *«Nå er jo ikke jeg psykolog eller lege på noen måte, men man kan jo få en magesfølelse om dette. Den tror jeg man skal stole på»*. Dette viser at en ikke alltid kan sette ord på hvorfor en sender en bekymringsmelding, en følger magesfølelsen i tillegg til tegn en ser. Flere informanter mente at det var viktig å lytte til denne magesfølelsen.

4.3.2 Kulturforskjeller

Slik jeg tolker datamaterialet ble kulturforskjeller i forhold til barnets omsorgssituasjon fremhevet som vanskelig å vurdere av tre av informantene i studien. En tannpleier fra en liten kommune sa følgende om hva som hadde skapt bekymring: *«Flyktninger, innvandrere. De har et helt annet læremønster fra de er unge av. De har en helt annen oppdragelse, og det forstår vi jo kanskje ikke helt. Det som de synes er lov, er kanskje ikke lov i Norge. De er jo også veldig utsatt, for de kommer kanskje ikke, de misforstår timene sine, også er det masse hull, også er det å vise alt mulig med tanntråd og tannkost og begynne helt på nytt igjen. Det er jo litt sånn vanskelig med de»*. Informanten la til grunn at innvandrere har et dårligere utgangspunkt enn andre pasienter på grunn av misforståelser og kulturforskjeller blant annet i forhold til oppdragelse. Hun opplevde denne gruppen som utfordrende, på bakgrunn av disse forskjellene.

På spørsmål om hva som hadde ført til bekymring, svarte en tannlege fra en stor kommune at de hun hadde opplevd mest mistanke i forhold til var innvandrerfamilier. Om dette sa hun: *«Det blir kanskje en liten mistanke. Og de som kanskje har vært i den tanken, er kanskje litt sånn utlendinger, innvandrere. Det er så mye kulturforskjeller. Du kommer ikke til at du oppfatter det som mishandling, men du har en mistanke om at det kanskje kan være det. De har et helt annet forhold til tannbehandling, de kommer fra en kultur der de stort sett ikke*

bryr seg om melketenner». Jeg forstår informanten slik at mistanken kommer på bakgrunn av kulturforskjellene og ulik forståelse blant annet i forhold til tannhelsen. Det kan videre se ut til at i de situasjonene hvor informanten har mistenkt dårlig omsorg, har informanten vært usikker på om det er mishandling eller kulturforskjeller som ligger bak. Informanten forteller videre at barn av innvandrere er overrepresentert blant dem som ikke møter opp til tannlegetimer, og det er denne pasientgruppen det blir sendt mest melding på.

4.3.3 Redsel for å ta feil fører til behov for sikker viten

Flere av informantene påpekte at de ønsket å være sikre på at de gjorde det riktige, før de sendte en bekymringsmelding. De opplevde ofte kun vage tegn, noe som gjorde det vanskelig å vite sikkert om et barn var utsatt for omsorgssvikt eller mishandling. En av dem beskrev sin opplevelse av å utøve meldeplikten til barneverntjenesten slik: *«Man drar seg jo for den, for man vil jo absolutt ikke gjøre en melding om man ikke er helt sikker. Og det er vel slik alle tenker: Er det virkelig slik? Har jeg oppfattet det rett? Kanskje jeg har feil. Kanskje noen andre tar dette. Det tror jeg mange av oss tenker, vi vegrer oss litt for dette*». Denne informanten hadde lang erfaring som tannlege i en stor kommune, men hun opplevde at hun behøvde å være sikker før hun sendte melding til barneverntjenesten. Her fortalte informanten om en vegring mot å sende en melding dersom hun ikke var helt sikker. Hun antydte at det innimellom kunne være lett å tenke at noen andre sikkert tok tak i dette i stedet for dem selv.

Analysen av datamaterialet tydet på en redsel hos mesteparten av informantene for å sende melding dersom det ikke var grunnlag for bekymringen. Under intervjuet kom det frem at et par av informantene hadde vært bekymret, men hadde unnlatt å sende melding til barnevernet. En tannlege som hadde jobbet fire år i tannhelsetjenesten i en stor kommune sa det slik: *«Jeg har mange ganger hvor jeg har vært bekymret, så har jeg ikke meldt*». På spørsmål om grunner til at informanten ikke hadde meldt til barnevernet, var svaret at hun var usikker. Hun lurte videre på om bekymringene var reelle nok til å sende en bekymringsmelding. For at denne informanten skulle sende melding måtte hun ha klare tegn, og være tilstrekkelig bekymret for barnets omsorgssituasjon. Hun hadde også ofte opplevd at barnevernet henla bekymringsmeldingen hun hadde sendt, og det gjorde henne enda mer usikker på om hun hadde tatt riktig beslutning.

En annen informant som hadde lang erfaring fra en liten kommune, mente også at det var viktig å være sikker før en sender melding. Hun sa det slik: *«Vi må liksom ta de rette, også er det veldig dumt hvis en tar feil. Det er jo forferdelig dumt. Så jeg tenker på hvis jeg skal gjøre*

det, så må jeg føle meg temmelig sikker på at det er rett, og det er ikke alltid en kan være sikker». Bekymringer i tannhelsetjenesten forekommer ofte som følge av vage mistanker. Informantene opplevde en usikkerhet i forhold til om det de ser gir grunn til bekymring eller om det skyldes andre forhold enn omsorgssvikt. Flere av informantene ønsket derfor å være sikre før de sendte bekymringsmelding.

4.3.4 Usikker på nytten av bekymringsmeldingen

Funnene i studien viser også at det som skjer etter at en har sendt bekymringsmelding, har mye å si for om informantene velger å sende melding til barnevernet i fremtiden. Mange av informantene følte ofte ikke at barnets situasjon ble bedre av at de valgte å sende en bekymringsmelding til barneverntjenesten. En informant som hadde arbeidet som tannlege i åtte år, la til: *«Når jeg kom ny her, så var det mange som sa: Nei det er ingen mening med å melde til barnevernet, for det hender ingenting likevel».* Hun utdypet videre at det var farlig å få en sånn informasjon når en kom ny på en arbeidsplass. På spørsmål om informanten tenker at samarbeidet med barnevernet påvirker i hvilken grad det blir sendt bekymringsmelding, uttrykte den samme informanten: *«Ja, det tror jeg absolutt, for om du sender en bekymringsmelding og det ikke skjer noe, så kan man jo også si at: Nå tar jeg et steg som er litt vanskelig, litt ubehagelig, også skjer det ingenting. Hvorfor skal jeg gjøre det? Og derfor tror jeg også at oppfølgingen er veldig viktig, for meldingen er ikke helt enkel. Det er noe vi må gjøre, men gjør vi det og det ikke skjer noe mer, da kommer det til å gå ut av seg selv, så jeg tror det er kjempeviktig for at vi skal få dette til å fungere».* I følge denne informanten kan en risikere at en lar være å sende bekymringsmelding, fordi en ikke ser meningen med å gjøre det. Det er viktig for informantene i studien å føle at bekymringsmeldingen fører til en bedring og blir tatt på alvor. En av informantene fra en liten kommune poengterte: *«Jeg sitter med en følelse av at ikke noe særlig blir gjort da, men det er sikkert feil. De har sikkert gjort noe, men jeg syns de foreldrene gjerne fortsetter i samme tralten».* Denne informanten mente heller ikke at det førte til noe forandring dersom en sendte bekymringsmelding. En annen informant sa at hun hadde meldt flere ganger, hvor barnevernet hadde henlagt meldingen alle gangene. Dette gjorde at terskelen hennes ble mye høyere for å sende meldinger i fremtiden. Dersom de har en følelse av at ingenting skjer og at barnet ikke får hjelp, blir en lite motivert til å sende i fremtiden.

4.4 Diskusjon

De vanskelige vurderingene som informantene måtte gjøre i prosessen med å ta valget om å sende bekymringsmelding, kan knyttes til beslutningstaker eller individuelle faktorer i Fluke's

(2014) økologiske beslutningsprosess. Disse faktorene har ofte sterkere påvirkning på informantene enn for eksempel organisatoriske faktorer (Fluke et al., 2014). De individuelle faktorene kan ses på som personlige vurderinger og dilemma informantene opplever rundt prosessen med å sende en bekymringsmelding. Informantene fortalte at bekymringene over pasientene ofte startet med en magefølelse, som var vanskelig å underbygge og sette ord på. Dette fant også Bukkøy (2009) i sin masteroppgave om hvilke faktorer som førte til at helsesøstre sendte bekymringsmelding til barneverntjenesten. Hun la vekt på at det ofte var magefølelsen som var det første varsellyset, i prosessen med å finne ut av om dette gav grunnlag for bekymringsmelding (Bukkøy, 2009). Magefølelsen kan knyttes opp mot kontinuumet i beslutningsprosessen. Det starter med at informanten får en følelse av at det er noe som skurrer, og må gjøre en vurdering på bakgrunn av dette. Kontinuumet er avsluttet når tannhelsetjenesten har tatt det endelige valget (Fluke et al., 2014). Som følge av at det er lite konkret, kan magefølelsen skape en følelse av usikkerhet for informantene. Flere av informantene la vekt på at det var viktig å lytte til magefølelsen. Magefølelsen har generelt hatt liten status, og ikke blitt sett på som kunnskap som blir anerkjent som gyldig (Bratterud og Emilsen, 2013). Magefølelsen som informantene opplevde kan knyttes opp til en faglig intuisjon. Intuisjon er innsikt som kommer umiddelbart uten at du kan redegjøre for den (Kirkebøen, 2012). Kirkebøen (2012) hevder at fagfolk ofte må gjøre vurderinger på hva usikker informasjon samlet sett kan bety. Han legger til at personer ofte får en magefølelse om at noe stemmer, men han viser en skepsis i forhold til å stole blindt på magefølelsen og skjønnnet. Han mener imidlertid at en kan utvikle intuisjonen og bli tryggere på beslutningen, ved å tilegne seg mer erfaring (Kirkebøen, 2012). Dette kan kanskje forklare noe av grunnen til at informantene mente at en burde stole på magefølelsen, basert på tidligere erfaringer fra lignende situasjoner. Bratterud og Emilsen (2013) mener i motsetning til Kirkebøen (2012) at en bør stole mer på magefølelsen. De finner at barnehageansatte som har arbeidet med barn, som regel vet når det er noe som skurrer, og når ting ikke er helt som det skal med barnet. Det blir lagt vekt på at magefølelsen ikke bør undertrykkes, men at en heller bør søke å finne mer ut av hva det er som skurrer rundt akkurat det barnet (Bratterud & Emilsen, 2013).

Informantene fortalte at innvandrere var den gruppen det ble sendt mest meldinger til barnevernet på. Dyrhaug og Sky (2015) finner i likhet med Kalve og Dyrhaug (2011) at innvandrerbarn mottar tiltak fra barnevernet i større grad enn norskfødte barn. Ved analysen av datamaterialet kan det se ut til at det i noen tilfeller kan være utfordrende å skille kulturforskjeller i barneoppdragelse og bekymringsfulle omsorgsformer fra hverandre. Dette

kan blant annet ses i sammenheng med at personer som vokser opp under ulike miljø kan utvikle ulike syn og leveregler. Kulturforskjeller kan føre til misforståelser og utfordringer ved kommunikasjonen (Eriksen & Sajjad, 2011). Informantene i denne studien hadde erfaring med innvandrere med et helt annet læremønster enn det som er vanlig blant majoritetsbefolkningen i Norge. Informantene mente at dette kunne være vanskelig å forstå seg på. Kriz og Skivenes (2010) finner også at mange sosialarbeidere opplever møte med innvandrere som utfordrende. I denne studien opplevde saksbehandlerne at det kunne være problematisk med den tilhørigheten etniske minoriteter hadde til en annen kultur. Det kan fremstå som utfordrende dersom etniske minoriteter har med seg egne tradisjoner og verdier til det norske samfunnet. Det kan være vanskeligere å integrere seg i et nytt samfunn, dersom en kommer fra en annen kultur (Kriz og Skivenes, 2010).

I likhet med informantene i denne studien, viser forskningen at innvandrerbarn har en høyere forekomst av karies enn barn uten innvandrerbakgrunn (Strand, Wingdahl & Holst, 2012; Skaare, Afzal, Olli & Espelid, 2008). Skaare et al. (2008) gjennomførte dybdeintervju med pakistanske innvandrere, for å innhente kunnskap om hvilke holdninger og tanker foreldrene hadde i forhold til barnas tannhelse. Resultatene indikerer ulike grunner til at barnas tannhelse er dårligere enn majoritetsbefolkningen. Innvandrerfamiliene oppsøkte først og fremst tannlegen dersom de hadde behov for det, og tannhelsetjenesten var ikke et stort fokus i familiene. Foreldrene hevdet at de ikke i tilstrekkelig grad hadde mottatt informasjon fra helsestasjonen om hvor lenge en burde pusse barnas tenner, samt hvordan en skulle gjøre dette. Innvandrerfamiliene var også kjennetegnet ved å ha et mer usunt kosthold enn norske barn, uten at foreldrene hadde tenkt over at dette ville kunne ha påvirkning på barnas tenner. Det var kun en forelder i denne studien som ikke syntes at melketenner var viktig. En forklaring til at innvandrere er overrepresentert blant dem som ikke møter opp til oppsatte tannlegetimer, kan handle om en travel hverdag og språkproblemer. Foreldrene la vekt på at de hadde behov for økt informasjon om tannhelse og kosthold på sitt eget språk. De mente også at det ville være motiverende å få vite hva som kunne skje med barnas tenner dersom en slurvet med pussingen (Skaare et al., 2008). Det ser derfor ut til at det er viktig å inneha ekstra kunnskap om hvordan en kan møte fremmedkulturelle på en best mulig måte.

Flere informanter opplevde også en usikkerhet rundt bekymringene, og de var redde for å ta feil beslutning. På bakgrunn av dette ønsket de å være sikre på at bekymringen var reell før de sendte melding. Fluke et al.'s (2014) psykologiske prosess for å ta beslutninger, viser at det er individuelle faktorer som påvirker beslutningene. Noen personer behøver å være mer sikre

enn andre før de sender en melding, selv om de gjør de samme vurderingene (Fluke et al., 2014). Flere av informantene fortalte også at de flere ganger hadde unnlatt å sende melding som følge av denne usikkerheten, selv om de var bekymret over et barn. Forskningen viser at usikkerhet i forhold til om man har gjort riktig observasjon, kan være en forklaring for den store underrapporteringen til barneverntjenesten (Uldum et al., 2010; Cairns et al., 2005a; Lazenbatt & Freeman, 2006; Harris et al., 2009b; Harris et al., 2013; Laud et al., 2013; Sonbol et al., 2012). Denne usikkerheten kan i verste fall være med å bidra til at færre bekymringsmeldinger blir sendt fra tannhelsetjenesten, i situasjoner hvor det ville vært riktig å gjøre dette. Som nevnt i diskusjon 4.2. behøver ikke informantene å være sikre på at det foreligger en uheldig omsorgssituasjon, før de sender en bekymringsmelding. Dersom det er holdepunkter for mistanken, vil dette være nok (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Sosial- og helsedirektoratet (2006) påpeker også at tannhelsetjenesten ikke skal fortsette undersøkelsen selv for å finne ut av om bekymringen er velbegrunnet. Dette støttes også av Pedersen et al. (2015). Det er barneverntjenestens rolle og ansvar å finne ut om bekymringene er reelle. Det er viktig å ha fokus på denne ansvarsfordelingen, slik at det kan bli en mindre terskel for tannhelsepersonellet i å utøve sin lovpålagte meldeplikt (Pedersen et al., 2015).

Flere av informantene var i tillegg usikre på nytteverdien av bekymringsmeldingen, og de syntes ofte ikke at barnet lot til å få det bedre av å sende melding til barneverntjenesten. Dette kan i verste fall føre til mindre motivasjon for å sende meldinger i fremtiden. Forskningen viser også at mange lar være å sende på grunn av at de er usikker på om det blir bedre av å sende enn ved å la være (Kvist et al., 2014; Baklien, 2009). Dersom etater som sender melding til barneverntjenesten erfarer at deres bekymring over et barn ikke fører til at barnevernet undersøker saker nærmere, vil det kunne føre til at varslere lar være å sende bekymringsmelding ved en annen anledning (Rød, Iversen & Underlid, 2013).

Usikkerhet i forhold til riktige observasjoner og konsekvenser av meldingen, er to faktorer som inneholder flere dilemmaer. Dette kan knyttes opp mot utfallet av beslutningene i Fluke et al.'s (2014) modell. Det er individuelt hvor høy terskel informantene har før de sender en bekymringsmelding, og i barnevernssaker vil det alltid være en risiko for å ta feil beslutning. Dersom informantene på den ene siden har en lav terskel for å sende bekymringsmelding, kan dette føre til at det muligens ikke er holdepunkter for bekymringen. Dette kan føre til falske positive, og kan medføre en stor påkjenning for barnet og familien. På den andre siden kan barnet få hjelp for sent, dersom en har en høy terskel for å sende melding. Dersom en ikke sender melding til barneverntjenesten før en er helt sikker på at observasjonene er riktige, kan

dette føre til falske negative (Fluke et al., 2014; Munro, 2008). Analysen av datamaterialet viser at det ikke alltid er lett for informantene å bekrefte mistanken som de har, og de har ofte kun indisier på at noe er galt. Falske positive og falske negative kan kanskje forklare noe av grunnen til at det foreligger en vegring ovenfor det å sende melding. Bjørknes og Brattabø (2014) legger imidlertid vekt på at det i det lange løp vil være en mindre belastning for tannhelsetjenesten å melde fra dersom de er bekymret over et barn, enn det vil være for barnet å leve under uheldige forhold.

4.5 Behov for organisatorisk støtte

Analysen av datamaterialet viser at informantene behøver støtte på organisasjonsnivå for å bli tryggere i å sende bekymringsmelding. Dette omhandlet at de hadde behov for å kunne snakke med noen i barneverntjenesten eller en kollega, dersom de så tegn som vekket bekymring og mistanke. I tillegg ble mer kurs og opplæring om barnevernstemaet fremhevet som nødvendig, for å kunne oppdage flere barn som behøver hjelp.

4.5.1 Behov for å ha noen å diskutere bekymringen med

Nesten alle informantene i studien mente det var viktig å ha noen å diskutere bekymringen med før en gikk videre med den. En informant som hadde jobbet som tannlege i åtte år og arbeidet i en stor kommune, opplevde at det var vanskelig å sende en bekymringsmelding, og at hun derfor alltid diskuterte med en kollega først. Hun syntes det var viktig å være fire øyne og ører som så og hørte det samme.

En informant som hadde arbeidet 22 år som tannpleier i en liten kommune, hadde ringt anonymt til barnevernet, og opplevde det som hjelpsomt. Hun uttrykte: *«Det jeg har gjort er at jeg har ringt til barnevernet her i kommunen og spurt anonymt hva de synes. Det har jeg gjort en del, for det synes jeg er veldig greit. Da sier de om de mener at jeg kanskje bør sende en bekymringsmelding, eller hva jeg bør gjøre med det da»*. Informanten la til grunn at dette gjorde henne tryggere i hvorvidt bekymringene var reelle og om de gav grunnlag for å sende melding.

På spørsmål om hun pleide å diskutere med andre før hun sendte en bekymringsmelding, svarte en tannlege som arbeidet i en stor kommune: *«Ja, og vi har jo slik i vår barnetannlegegruppe på universitetet, der kan vi diskutere med hverandre. For jeg tror at man trenger kollegaer, eller en kontaktperson i barnevernet. Diskutere hvordan man tenker: Skal jeg gå videre? Og med tiden så får man kanskje også en erfaring og man blir tryggere i dette»*. Jeg forstår informanten slik at diskusjon med andre fagpersoner kan føre til at man vet

hvordan man på et senere tidspunkt skal gå frem ved bekymringsmeldinger. Flere informanter legger vekt på at det hadde vært nyttig med en slik kontaktperson å kunne henvende seg til i tilfelle en har spørsmål eller behov for veiledning. Dette viser at informantene syntes det var tryggere og enklere dersom de hadde noen å diskutere bekymringene med. Dette gjaldt ovenfor andre kollegaer eller noen i barneverntjenesten

4.5.2 Behov for mer opplæring og kompetanseheving

Alle informantene i studien kjente til samarbeidsavtalen med barneverntjenesten, og hadde lest heftet med rutiner for samarbeid. En tannlege med lang erfaring sa følgende om samarbeidsavtalen: *«Vi har det inne i vårt journalsystem, hvordan vi skal gjøre. Bekymringsmeldingene ligger innlagt i journalsystemet, så det er implementert i vår virksomhet»*. Dette viser at samarbeidsavtalen er forankret hos informantene. Flere informanter fremhevet at det var blitt enklere å melde fra etter at de hadde blitt kjent med heftet med rutiner for samarbeidet. En tannlege som hadde jobbet i 10 år poengterte uoppfordret: *«Vi har ikke vært så kjempeflinke med sånn i tannhelsetjenesten tidligere, men vi blir kurset litt. Jeg har fått en sånn veiledning å gå etter, som gjør det mye enklere for oss»*. I følge denne informanten var det lettere å finne ut av hva en skulle gjøre med bekymringene når en hadde en skriftlig rutine å gå etter.

En annen informant som hadde jobbet i fire år, fortalte blant annet følgende om hva som må til for at hun skal sende bekymringsmelding: *«Det er helt tydelig sånn så ikke-møtt, veldig enkelt. Sant, for da kan du bare sende. Der har vi prosedyrer, så det er jo kjempeenkelt. Det er når du må ta et selvstendig valg. Da blir det vanskeligere»*. Denne informanten la vekt på at det var lettere å vite hva en skulle gjøre dersom pasienten unnlot å møte opp. Det var imidlertid ikke så lett å vite hva en skulle gjøre dersom det var andre faktorer som lå bak bekymringen. En annen tannlege med lang erfaring la til grunn at dersom det var noe mer enn ikke-møtt som lå bak, måtte en skrive en mer omfattende melding til barneverntjenesten.

Flere informanter fremhevet at de hadde behov for å øke sin kompetanse rundt hvilke tegn de skulle se etter hos barna, og mente at dersom de hadde fått mer opplæring og kurs om dette temaet, ville det være enklere å sende melding til barnevernet i fremtiden. En informant med lang erfaring fra en liten kommune pekte på at: *«Hvis en hadde vært tryggere på hvilke tegn vi skulle sett på, litt mer. Og vite hvilke spørsmål vi skulle spørre pasienten om, for at de skulle si noe så vi skulle.. Da hadde vi liksom hatt noe å henge det på. De kan jo sikkert alt dette. Da hadde det vært lurt hvis vi kunne hatt noe kurs eller vertfall noe opplæring i hvordan vi skulle*

prøvd og fått pasientene litt på gli. Det er sikkert mange vi ikke har sett, det at jeg ikke har spurt de riktige spørsmålene». Funnene tyder på at mer opplæring og kompetanseheving i tannhelsetjenesten ville kunne hjulpet informantene til å bli tryggere, og finne frem til enda flere barn som behøver hjelp fra barneverntjenesten.

4.6 Diskusjon

Informantene var ofte usikre, og opplevde at de hadde behov for mer støtte og trygghet når de skulle ta beslutninger om å sende bekymringsmelding. Dette kan knyttes opp mot organisatoriske faktorer, som er en av påvirkningsfaktorene i Fluke et al.'s (2014) modell. Informantene ønsket å ha noen å diskutere med for å bli sikrere i beslutningen. Dette støtter annen forskning på feltet seg til (Uldum et al., 2010; Cairns et al., 2005a; Harris et al., 2013; Laud et al., 2013). I likhet med informantene finner Uldum (2010) at tannhelsepersonell ønsket å diskutere sine bekymringer med barneverntjenesten eller kollegaer, dersom de mistenkte at barnet kunne være utsatt for omsorgssvikt eller mishandling. Dette finner også Cairns et al. (2005a) og Harris et al. (2009b). Studien til Harris et al. (2013) viser at det å kunne diskutere med en rådgiver i barneverntjenesten kan være betryggende for tannhelsepersonell, med tanke på at den mest vanlige barrieren for ikke å melde fra til barneverntjenesten, er usikkerhet i forhold til om en har observert riktig. 84 prosent av tannlegene i Harris et al. (2013) studie ønsket å diskutere med kollegaer før de sendte en melding. Diskusjon med kollegaer kan kanskje føles mer komfortabelt med tanke på at det er en yrkesgruppe som en kan relatere seg til og forstår, i motsetning til en tjeneste de aldri har hatt kontakt med (Harris et al., 2013). Harris et al. (2013) legger vekt på at det i blant kan være mer fordelaktig å diskutere med en barnevernsarbeider eller rådgiver. Grunnen til dette er at kollegaene eller leger kan ha mange av de samme barrierene mot å melde fra til barneverntjenesten (Harris et al., 2013). Denne usikkerheten kan til en viss grad være imøtekommet ved iverksetting av samarbeidsavtalen. Etter at samarbeidsavtalen mellom tannhelsetjenesten og barneverntjenesten i Hordaland ble utarbeidet, har tannhelsepersonellet i fylket nå fått en kontaktperson i barneverntjenesten som de kan kontakte dersom de er bekymret for et barn (Ness et al., 2014). Det tyder likevel på at det fortsatt er et stort behov for å kunne diskutere med kollegaer eller barneverntjenesten vedrørende bekymringsfulle saker, og at dette ikke i stor nok grad blir gjort. Iversen og Heggen (2015) finner også i en studie av sosialarbeidere, at en av de mest brukte kunnskapskildene i deres arbeid i det kommunale barnevernet var diskusjon med kollegaer. På bakgrunn av at saker som omhandler omsorgssvikt og mishandling består av «wicked problems» og stor usikkerhet, kan en ofte ha

behov for diskusjon og kritisk refleksjon med kollegaer eller veileder vedrørende bekymringer (Iversen & Heggen, 2015). Iversen og Heggen (2015) legger også til at det er usannsynlig at hver sosialarbeider har samme erfaring og kunnskap, og diskusjon kan dermed føre til at en får den kompetansen som en mangler i den aktuelle saken.

Analysen av datamaterialet viser i tillegg at informantene opplever at de har stort behov for mer opplæring og kompetanseheving i forhold til barnevernstemaet. Glavin og Erdal (2013) legger vekt på at det er viktig at ulike tjenester forankrer samarbeidet i sine planer, og at de ulike etatene er kjent med innholdet. Dette kan knyttes opp mot samarbeidsavtalen mellom tannhelsetjenesten og barneverntjenesten. Det kan forstås som at informantene opplever at det er blitt lettere å sende melding ved ikke-møtt problematikk etter at samarbeidsavtalen kom. Samarbeidsavtalen er godt implementert og forankret hos tannhelsepersonellet, og samtlige informanter kjente godt til denne avtalen.

Forskning viser at usikkerhet ved meldingsrutiner er en sentral barriere for flere tannhelsepersonell (Cairns et al., 2005a; Uldum et al., 2010), dette ser imidlertid ikke ut til å være et stort problem i denne studien. Prosedyrene for sending av bekymringsmeldinger er klare, og det kan tyde på at utfordringene handler mer om hvordan en skal tolke vage mistanker som oppstår. Analysen av datamaterialet tyder på en usikkerhet ved meldinger som gjelder mistanke om omsorgssvikt og mishandling, og studien viser at det trengs mer opplæring i forhold til dette. Dette støttes også av annen forskning, som finner at tannhelsepersonellet behøver mer opplæring og utdanning om tegn på omsorgssvikt og mishandling (Uldum et al., 2010; Cairns et al., 2005a; Harris et al., 2009b; Sonbol et al., 2012; Harris et al., 2013; Laud et al., 2013). Sonbol et al. (2012) fant at utdanning utgjorde en avgjørende faktor for å kunne oppdage flere tilfeller av barnemishandling og øke tannhelsepersonells tillit og forpliktelse til å melde fra om bekymringsfulle forhold. Studien viser også at tannhelsepersonell som hadde formell utdanning innen barnevernsfeltet, hadde tre ganger så stor sannsynlighet for å rapportere sin bekymring til barnevernet, i motsetning til de som ikke hadde tatt en slik utdanning. Utdanning påvirket også troen på at tannhelsepersonellet så viktigheten av at de kunne gjenkjenne tegn på omsorgssvikt og mishandling i sitt arbeid (Sonbol et al., 2012). I følge Kloppen et al. (2010) betyr dette at utdanningen til tannhelsepersonell i tilstrekkelig grad må gi nok kunnskap om tegn på barnemishandling. Dette viser at mer opplæring og kompetanseheving kan føre til at flere barn som behøver hjelp blir oppdaget og rapportert av tannhelsepersonell.

4.7 Behov for samarbeid med barneverntjenesten

Jeg tolker datamaterialet slik at mange informanter opplevde flere eksterne faktorer ved samarbeidet som utfordrende. De syntes det var vanskelig å få kontakt med barneverntjenesten, de fikk lite tilbakemelding og de syntes det var vanskelig å ha et velfungerende samarbeid med etaten. De la også vekt på at det forekom lite samarbeid mellom de to tjenestene. Her var det imidlertid litt ulike syn. Til tross for flere hindringer, var det to av informantene som opplevde at samarbeidet med barneverntjenesten fungerte bra. Informantene nevnte også faktorer som var viktige for å få et godt samarbeid med barneverntjenesten i fremtiden. Dette handlet om et ønske om at barnevernet skal komme mer på banen og bli mer synlige, samt ta initiativ til samarbeid med tannhelsetjenesten i større grad enn hva som er tilfelle i dag.

4.7.1 Barnevernet fremstår som en lukket tjeneste

Som et hinder for samarbeidet med barnevernet, viser analysen av datamaterialet at flere informanter opplevde at barnevernet var en lukket og ukjent tjeneste, hvor de ikke kjente til menneskene som arbeidet der. På spørsmål om erfaringer med å samarbeide med barnevernet, uttrykte en informant som arbeidet i en stor kommune det slik: *«Barnevernet er for meg veldig anonymt, for man kan kjenne et sted at det er litt som en institusjon. Hvem er menneskene bak barnevernet? Jeg har ingen aning. Det blir veldig upersonlig»*. Det at informanten ikke kjente til personene bak dørene ble sett på som vanskelig, da en ikke hadde noen konkrete personer å forholde seg til.

En annen utfordring som i følge flere informanter gjorde barnevernet lukket, var taushetsplikten. Flere følte at barnevernets taushetsplikt gjorde samarbeidet problematisk. En tannpleier som hadde lang erfaring fra en stor kommune sa følgende om taushetsplikten: *«Man er jo så taushetsbelagt på alle bauger og kanter. Man kan jo aldri få til noe sånn samarbeid på en måte. Der tenker jeg at det er barnevernet som er den samlende, så må alle andre instanser være flinkere å melde fra også»*. Jeg forstår det slik at denne informanten opplevde at det ikke gikk an å få til noe «ordentlig» samarbeid med barneverntjenesten, «det er bare slik det er». Hun mente det var viktig at tannhelsetjenesten ble flinkere til å melde fra. Informanten opplevde imidlertid at taushetsplikten gjorde det vanskelig å etablere et samarbeid. Disse utsagnene viser at informantene hadde lite kjennskap til barnevernet, og opplevde liten dialog med tjenesten.

Her var det imidlertid litt sprikende funn. Selv om majoriteten mente at taushetsplikten og et lukket barnevern vanskeliggjorde samarbeidet, uttrykte to informanter at det var et godt

samarbeid mellom tannhelsetjenesten og barneverntjenesten. En informant som arbeidet i en stor kommune uttrykte det slik: «*Jeg opplever at de (barnevernet) er veldig velvillige og veldig gjerne vil samarbeide, og at de også er opptatt av at vi skal komme på banen*». Her ble det lagt vekt på at de to tjenestene brukte hverandre og samarbeidet på en god måte. En av informantene som arbeidet i en liten kommune sa følgende om hva som var bra med samarbeidet: «*Barnevernet har ringt til meg og spurt. Det som er så fint er at vi bruker hverandre, så lurer de på hvordan de er her. Jeg føler vi samarbeider godt sånn da*». I følge disse to informantene var barneverntjenesten synlige og tok aktivt kontakt med tannhelsetjenesten. Dette synet stod i sterk kontrast til majoriteten av informantene, som mente at barneverntjenesten var lukket og virket lite interessert i å samarbeide med tannhelsetjenesten.

4.7.2 Behov for en tilgjengelig og åpen barneverntjeneste

De aller fleste av informantene påpekte betydningen av at barnevernet må fremstå som en tilgjengelig tjeneste. På spørsmål om det var noe barneverntjenesten kunne gjort annerledes, uttrykte en tannlege som hadde arbeidet i åtte år følgende: «*Jeg tror det er viktig med kontakten, det å være tilgjengelig. For ofte som tannlege så har du en timeplan som er full hele dagen, og det blir lett at man ringer: Nei, de er opptatt, og risken er at det forsvinner. Man skal ta det direkte når det er aktuelt, og kan man da ha noen å snakke med, så tror jeg at det skjer mer, at man blir mer handlingskraftig*». Her ble det lagt vekt på at det er enklere å formidle bekymringer og diskutere usikkerheter, dersom barneverntjenesten er tilgjengelig når en har behov for det. Dette utsagnet kan forstås slik at det vil lette prosessen ved å sende bekymringsmeldinger dersom de ansatte i barneverntjenesten er ledige når en behøver det. Analysen av datamaterialet viser også at terskelen for å ta en telefon til barnevernet og spørre etter råd, er mindre dersom en kjenner de som arbeider i tjenesten.

På spørsmål om hva som kunne ført til et bedre samarbeid med barneverntjenesten, beskrev en tannpleier fra en stor kommune det slik: «*Det hadde sikkert vært kjekt hvis vi hadde sett ansiktet til hverandre og sånn. Det er mye bedre det. Lettere å ta en telefon. Kanskje vi kunne hatt et samarbeidsmøte med ikke bare ledelsen i tannhelsetjenesten og barnevernet, men også de andre som jobber her. Jeg tror når det gjelder det meste at det er mye lettere å ta en telefon, hvis det er noen du føler du kjenner litt, eller har et litt sånn forhold til*». Dette viser i følge informantene at et hyppigere samarbeid hvor en er tilgjengelig og har kjennskap til hverandre, er viktige forutsetninger for et bra tverrfaglig samarbeid mellom de to tjenestene.

4.7.3 Å bli sett på som en betydningsfull samarbeidspartner

Majoriteten av informantene fremhever i tillegg at det er viktig at barneverntjenesten opplever at tannhelsetjenesten kan være en betydningsfull samarbeidspartner. En informant som hadde jobbet fire år i tannhelsetjenesten og arbeidet i en stor kommune, forklarte det på denne måten: «Barnevernet må fokusere på hvordan vi kan være med å hjelpe til, jeg synes barnevernet kunne vært mer på banen». Denne informanten følte ikke at hun fikk noe oppmuntring av barneverntjenesten til å sende en melding dersom hun var bekymret.

Jeg tolker datamaterialet slik at informantene hadde ulike erfaringer hvorvidt barneverntjenesten er flinke nok til å innhente opplysninger fra tannhelsetjenesten. En tannpleier fra en liten kommune fortalte: «Vi har også en del ganger blitt bedt om uttalelse til barnevernet. Det skjer jo ganske ofte. Ja, det har skjedd noen ganger ja. Og da har de gjerne sånne spørsmål som de skriver ned hva vi skal ta med». Denne informanten opplevde ofte at barneverntjenesten kontaktet dem for å spørre etter informasjon, dersom det var noe de lurte på. Flere av informantene la imidlertid til grunn at de ønsket at barneverntjenesten kunne hentet enda flere opplysninger fra tannhelsetjenesten. På spørsmål om hva barneverntjenesten kunne gjort for og fått et bedre samarbeid, forklarte en tannpleier med lang erfaring fra en liten kommune at barnevernet hadde innhentet noen opplysninger fra dem, men at de godt kunne gjort det i større grad. Informanten poengterte: «Jeg tenker egentlig at hvis det er noen de (barnevernet) er bekymret for, altså hvor de har fått inn for eksempel melding fra skoler og sånn, at de mer hadde hentet opplysninger her i fra også. For det kan jo være at jeg har skrevet noe som kan være med på at de får en litt mer helhet i den bekymringsmeldingen. De gjør det av og til, sånn som at de ringer her, men kanskje de kunne gjort det mer og hentet opplysninger». Funnene her tyder på at barneverntjenesten til en viss grad innhenter opplysninger fra tannhelsetjenesten. Det antydes likevel at barneverntjenesten kunne innhentet enda flere opplysninger, slik at tannhelsetjenesten kan være med å bidra til at barnevernet kommer i bedre posisjon til å gjøre en helhetsvurdering av barnets situasjon. I all hovedsak viser dette at for å få et godt samarbeid er det viktig at barneverntjenesten bruker tannhelsetjenesten på en aktiv måte.

4.7.4 Meningsløst å ikke motta tilbakemelding fra barneverntjenesten

Nesten alle informantene mente at manglende tilbakemelding fra barneverntjenesten, var en hemmende faktor i samarbeidet. Selv om barneverntjenesten er pliktet til å gi tannhelsetjenesten tilbakemelding etter mottatt bekymringsmelding, var det nesten ingen informanter i min studie som hadde mottatt noen form for tilbakemelding. På spørsmål om

erfaring med å samarbeide med barneverntjenesten, svarte en av informantene som hadde lang arbeidserfaring fra en stor kommune dette: «*..men det som jeg opplever som vanskelig og som av og til har vært litt sånn at du føler det litt meningsløst, er jo hva som skjer etter at du har meldt. Du får veldig liten tilbakemelding. For veldig ofte så hører du ingenting. Er det opprettet sak eller?*». Informanten visste dermed ikke hva som hendte med den innsendte meldingen.

En informant som arbeidet i en liten kommune påpekte: «*Her i kommunen så føler jeg at det er god kontakt mellom oss, men jeg får veldig dårlig tilbakemelding. Jeg får aldri tilbakemelding om det er utført noe, eller at de har mottatt bekymringen*». Dette viser at flere av informantene heller ikke får tilbakemelding om at barnevernet har mottatt bekymringsmeldingen. Dette gjorde informantene usikre, og flere mente at konsekvensene av ikke å få tilbakemelding om hva som skjer i saken, kan medføre at de sender mindre bekymringsmeldinger i fremtiden. En av informantene med lang erfaring fra en stor kommune beskrev det slik: «*Jeg tror hvis det fortsetter lenge nå med at en ikke hører noe og sånn, så tror jeg jo at det kan være fare for at noen kan tenke sånn: pytt pytt, det skjer jo ingenting allikevel*». I følge flere av informantene vil tilbakemelding derfor være en vesentlig forutsetning for et godt samarbeid, og gjøre det lettere å sende flere bekymringsmeldinger. Informantene mente at mer tilbakemelding fra barneverntjenesten vil kunne føre til en trygghet over at en tok riktig beslutning om å sende bekymringsmelding. Informantene fremhevet manglende tilbakemelding gjennomgående som den mest sentrale faktoren de savnet i samarbeidet med barnevernet.

4.8 Diskusjon

Behov for samarbeid med barneverntjenesten kan knyttes opp mot eksterne faktorer i Fluke et al.'s (2014) beslutningsmodell. Det er flere eksterne faktorer som påvirket informantenes vurderinger om å sende bekymringsmelding. Flere informanter opplevde at barneverntjenesten var en ukjent tjeneste, som de ikke kjente eller hadde noe forhold til. Glavin og Erdal (2013) peker på at samarbeidet kan bli svekket som følge av at etatene har ulik yrkesbakgrunn, og ikke kjenner til måten de andre fagpersonene arbeider på. I verste fall kan dette føre til at tannhelsetjenesten får liten tillit til barneverntjenesten, og dermed sender mindre bekymringsmeldinger. Kunnskap om hverandre trekkes derfor frem som et viktig kriterium for at samarbeidet skal fungere på en tilfredsstillende måte (Glavin & Erdal, 2013).

I en studie fra Baklien (2009) om hvilke barrierer barnehageansatte, helsesøstre, lærere og ansatte i barneverntjenesten opplever i samarbeidet og hvorfor en så lav andel av dem sender bekymringsmeldinger til barneverntjenesten, ser den viktigste faktoren ut til å henge sammen med hvilken oppfatning samarbeidspartene har av den andre tjenesten. Denne studien viser at de barnehageansatte og lærerne hadde liten tiltro til barneverntjenesten. Dette handlet blant annet om at de opplevde barneverntjenesten som en lukket tjeneste. De barnevernansatte opplevde på den andre siden at samarbeidspartnerne ofte hadde for lite kunnskap om deres arbeidsområde (Baklien, 2009). Dette tyder på en generell skepsis mot barnevernet, også blant andre profesjonelle samarbeidspartnere. I likhet med informantene hevder Ødegård og Willumsen (2011) at det vil bedre samarbeidet dersom en kommuniserer på en åpen måte og legger til rette for et tillitsfullt forhold. Motsatt vil det kunne hemme samarbeidet dersom en har en dialog som kjennetegnes av å være lukket (Ødegård & Willumsen, 2011).

Det kan tenkes at det kan føre til at flere bekymringsmeldinger sendes, dersom samarbeidspartnerne får mer kunnskap og tillit til barnevernet. Barne- og likestillingsdepartementet (2008) har lansert en kommunikasjonsstrategi for et åpnere barnevern. I denne vektlegges betydningen av at barnevernet opparbeider legitimitet og tillit hos befolkningen. Det er viktig at barnevernet blir en etat som fremstår synlig for sentrale samarbeidspartnere (Barne- og likestillingsdepartementet, 2008). Slik som det fremstår i dag opplever flere viktige tjenester at kommunikasjonen med barnevernet er utfordrende, og etatene har ofte høy terskel for å sende bekymringsmelding til barneverntjenesten (Baklien, 2009). Skepsisen til barneverntjenesten har blitt mindre de senere årene, og flere er fornøyde med tjenesten enn tidligere (Barne- og likestillingsdepartementet, 2008; Barne- og familiedepartementet, 2002). Barne- og familiedepartementet (2002) legger vekt på at skepsisen til barnevernet kan forsvinne, dersom det blir mer tverrfaglig samarbeid mellom ulike tjenester. For å opparbeide mer tillit, er det viktig at barnevernet kommuniserer med samarbeidspartnerne på en tydelig og åpen måte (Barne- og familiedepartementet, 2002; Barne- og likestillingsdepartementet, 2008). Det kan dermed se ut til at en enda større åpenhet vil kunne føre til at flere potensielle samarbeidspartnere melder fra om sin bekymring.

Det var litt uenighet blant informantene i min studie om hvorvidt de opplevde at barneverntjenesten i stor nok grad brukte dem som samarbeidspartner. Det kan tyde på at de fleste informantene ønsket at barneverntjenesten kunne innhentet flere opplysninger og brukt dem som samarbeidspartner i enda større grad. Hvorfor blir ikke tannhelsetjenesten i tilstrekkelig grad brukt som en sentral samarbeidspartner, når forskningen viser at de står i en

unik posisjon for å oppdage tegn på mishandling og omsorgssvikt? Det kan kanskje delvis forstås ved at barneverntjenesten ikke har hatt tilstrekkelig stort fokus på tannhelsetjenesten som en mulig samarbeidspartner. Fra tannhelsetjenestens side har det de siste årene vært viet mye oppmerksomhet rundt hvordan en kan samarbeide på en best mulig måte med barneverntjenesten, og flere steder i landet har det blitt utarbeidet samarbeidsrutiner. Det gjenspeiles imidlertid i praksis at barneverntjenesten ikke har vært like opptatt av samarbeidet med tannhelsetjenesten (Kloppen et al., 2010). Det er viktig at etatene opplever et gjensidig behov for hverandres kompetanse (Glavin & Erdal, 2013). Det kan være grunn til å tro at barneverntjenesten ikke er klar over hvilken unik posisjon tannhelsepersonellet kan befinne seg i for å oppdage tegn på omsorgssvikt eller mishandling. Det viser seg at kun en liten andel av bekymringsmeldingene som barneverntjenesten mottar, stammer fra tannhelsepersonell. Det kan dermed være lett og «glemme» de som en viktig samarbeidspartner. De fleste meldingene kommer fra skole og politi (Statistisk sentralbyrå, 2014, 15. desember) og det kan derfor være mer nærliggende å samarbeide med tjenester som en mottar flere meldinger fra.

Forskningen støtter seg også til at det i for liten grad blir innhentet opplysninger fra tannhelsetjenesten, når saker skal opp i fylkesnemnda. Dersom barnet ikke har møtt opp til tannbehandling eller har alvorlig tannrøte og en allikevel ikke henter opplysninger fra tannhelsetjenesten, kan en miste av syne viktige bevis (Kloppen et al., 2010). Det at barneverntjenesten innhenter lite opplysninger, kan også knyttes opp mot mildeste inngreps prinsipp. Undersøkelser som barnevernet iverksetter skal ikke gjøres mer omfattende enn hva som blir vurdert som nødvendig. Barneverntjenesten skal ikke spre kunnskap om barnet unødig (Barnevernloven § 4-3, 1992) Dette vil si at en skal trå med en viss varsomhet i forhold til å gi opplysninger til andre tjenester (Kommunesektorens organisasjon (KS), 2013). Det er imidlertid viktig å presisere at barneverntjenesten også er forpliktet til å få opplyst saken tilstrekkelig for å kunne vurdere tiltak.

En annen hemmende faktor som ble trukket frem av informantene, var manglende tilbakemelding etter at de hadde sendt bekymringsmelding. Baklien (2009) finner at også andre sentrale samarbeidspartnere som barnehage, skole og helsestasjon opplevde at barneverntjenesten ikke gav tilbakemelding på mottatt bekymringsmelding. De opplevde at barneverntjenesten kun krevde informasjon fra dem (Baklien, 2009). Dette tyder på at manglende tilbakemelding er et generelt problem, og ikke bare i samarbeidet mellom tannhelsetjenesten og barneverntjenesten. Liten tilbakemelding kan ses opp mot at gevinsten mellom dem er asymmetrisk fordelt. Det kan være utfordrende dersom en yrkesgruppe

opplever at de tilfører informasjon i samarbeidet, men ikke får noe tilbake. Det er viktig at det er en balanse, hvor man føler at man også får noe igjen (Glavin & Erdal, 2013). I følge barnevernloven § 6-7 (1992) er barneverntjenesten pliktet til å gi tannhelsetjenesten tilbakemelding på mottatt bekymringsmelding. Det kan stilles spørsmål om hvorfor dette ikke i stor nok grad blir gjort i dag, når det står så tydelig i lovverket? For å sikre at tannhelsepersonell sender bekymringsmelding til barneverntjenesten, kreves det at barneverntjenesten blir flinkere til å følge opp meldingene med tilbakemelding. Flere av informantene i studien hadde verken fått informasjon om at meldingen var mottatt eller om det var åpnet undersøkelsessak. Informantene opplevde at de ble usikre når de ikke fikk tilbakemelding. I likhet med informantene støtter også Kloppen et al. (2010) seg til at tilbakemeldingen er viktig for å sikre at tannhelsepersonellet får vite om det er grunnlag for deres bekymring. KS (2013) hevder også at det vil kunne føre til usikkerhet for helsetjenesten, dersom barneverntjenesten ikke følger opp med tilbakemelding på mottatte bekymringsmeldinger.

Lærerne og de barnehageansatte i Baklien's (2009) studie opplevde at det som i hovedsak gjorde informasjonsflyten vanskelig mellom dem og barneverntjenesten, var taushetsplikten. Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet (2013a) hevder i likhet med Glavin og Erdal (2013) at taushetsplikten ikke skal være til hinder for samarbeid mellom barneverntjenesten og viktige samarbeidspartnere. Dersom en behøver å samarbeide for å fremme barnets interesser, kan barneverntjenesten gi opplysninger til andre samarbeidspartnere (Glavin & Erdal, 2013; KS, 2013). Barneverntjenestens rolle er imidlertid annerledes enn de andre tjenestene. Det kan være nærliggende å tenke at barneverntjenesten krever opplysninger fra andre tjenester, men unnlater å meddele informasjon tilbake. Dette kan i verste fall føre til at barneverntjenesten kan praktisere taushetsplikten strengere enn hva som er pålagt etter deres eget regelverk (KS, 2013). Ovenfor lovverket er det i hovedsak viktig at tjenestene har kjennskap til hverandres muligheter og begrensninger, for at samarbeidet skal bli best mulig (KS, 2013; Glavin & Erdal, 2013).

5.0 Oppsummerende drøfting og avslutning

Denne studien har hatt som formål å undersøke hvordan tannleger og tannpleiere erfarer den lovpålagte meldeplikten de har til barneverntjenesten, og hvilke dilemmaer de kan oppleve vedrørende dette. For å svare på oppgavens problemstilling, valgte jeg en kvalitativ tilnærming. I denne studien befinner jeg meg innenfor et sosialkonstruktivistisk syn på virkeligheten, hvor jeg har valgt å vektlegge en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Jeg har vært opptatt av å innhente informantenes synspunkter og opplevelser i størst mulig grad (Kvale & Brinkmann, 2009), samtidig som analysen er kjennetegnet av at jeg tolker informantenes utsagn (Malterud, 2011). I det følgende vil jeg oppsummere og drøfte de viktigste funnene for denne studien. Etter dette vil studiens styrker og begrensninger bli beskrevet. Avslutningsvis har jeg tatt for meg studiens implikasjoner for videre forskning og praksis.

5.1 Hva er tannhelsepersonells erfaringer med meldeplikten?

Problemstillingen i denne studien er «Hvilke erfaringer har tannhelsepersonell med å melde fra til barneverntjenesten?». Tannhelsepersonell kan være i en unik posisjon for å avdekke mulige tegn på omsorgssvikt og mishandling, på bakgrunn av at de følger barna gjennom oppveksten, og har en unik mulighet til å undersøke barnets tenner, samt området rundt ansiktet (Kloppen et al., 2010). De kan i tillegg observere samspillet mellom barn og foreldre (Pedersen et al., 2015). Likevel viser forskningen at det blir sendt lite bekymringsmeldinger fra tannhelsetjenesten til barneverntjenesten (Kloppen et al., 2010). Gjennom analysen fant jeg fire tema, som informantene trakk frem som særlig betydningsfulle i vurderingen av å sende bekymringsmelding. Disse vil utgjøre hovedtemaene i analysen. Dette har jeg valgt å betegne som tegn som fører til bekymring, vanskelige vurderinger ved bekymringsmelding, behov for organisatorisk støtte og behov for samarbeid med barneverntjenesten (Se figur 4.1 s. 40). Analysen viser at disse faktorene henger tett sammen, og påvirker de vurderinger som tannhelsepersonell gjør rundt beslutningen om å sende en bekymringsmelding. Dette kan forstås i lys av Fluke et al.'s (2014) økologiske beslutningsmodell.

Analysen av datamaterialet viser at bekymring vedrørende omsorgssvikt og mishandling utgjør en kompleks utfordring for informantene. Samtlige av informantene hadde opplevd tegn som hadde vekket bekymring hos sine mindreårige pasienter. Informantene hadde opplevd bekymringsfullt samspill mellom barnet og foreldrene, tegn på vanskjøtsel og behandlingsvegning hos sine pasienter, men de følte seg ikke i posisjon til å vite om det var omsorgssvikt eller mishandling som lå bak dette, og disse faktorene alene medførte sjeldent at

informantene meldte fra til barnevernet. Studiens funn har vist at det var manglende oppmøte og dårlig tannhelse som informantene følte at de stod i best posisjon til å melde fra om. Dette er tegn de har god kjennskap til og føler at de kan uttale seg om, på bakgrunn av deres mandat og kompetanse som tannleger og tannpleiere. Tannhelsepersonell er som følge av samarbeidsavtalen mellom tannhelsetjenesten og barneverntjenesten, pliktet til å melde fra når mindreårige pasienter gjentatte ganger ikke møter opp til avtaler, selv om de kanskje ikke alltid opplevde dette i seg selv som bekymringsfullt. Slik jeg tolker datamaterialet måtte flere tegn opptre samtidig, for at informantene skulle bli bekymret for at barnet kunne være utsatt for bekymringsfulle forhold.

Dette samsvarer med Kvist et al.'s (2014) studie. Kvist et al. (2014) hevder at tannhelsepersonellet opplevde tegn på mishandling og omsorgssvikt til å være utenfor deres profesjonelle komfortsone, fordi det ofte var for vage tegn å melde fra om. Studien viser til at tannhelsepersonellet opplevde at tannhelsemessig forsømmelse og gjentatt unnløst i å møte opp, var det som befant seg innenfor deres faglige kompetanseområde, og som oftest førte til at de sendte bekymringsmelding (Kvist et al., 2014).

Det er mange forhold som virker inn på hvorvidt informantene beslutter å rapportere sin bekymring til barneverntjenesten. Funnene viste at informantene opplevde dette som en vanskelig avgjørelse. De må ta flere utfordrende beslutninger på et usikkert grunnlag, da de ofte kun har biter av informasjon å gå etter. I barneverntjenesten arbeider en ofte med slike «wicked problems» som er komplekse og usikre (Devaney & Spratt, 2009).

Tannhelsetjenesten arbeider trolig mer med problemstillinger knyttet til «tame problems», hvor løsningen er avgrenset i forhold til tid, ressurser og omfang som er nødvendig for å løse problemet (Devaney & Spratt, 2009). Analysen av datamaterialet peker på at informantene ofte er usikre på om deres bekymring for barnets omsorgssituasjon er reell. Det ble blant annet pekt på at mistanken ofte startet med en magesfølelse, om at det var noe som skurret i møte med barnet. Innvandrerfamilier har vist seg å være overrepresentert blant dem som unnløst å møte til tannbehandling. Noen av informantene syntes at det til tider kunne være utfordrende å vurdere om det var kulturforskjeller eller en bekymringsfull omsorgssituasjon som var årsak til dette. Informantene var ofte usikre ved bekymringer, og de var redde for å sende en melding som det skulle vise seg og ikke være grunnlag for.

Uldum et al. (2010) finner også i likhet med Cairns et al. (2005a) at en sentral barriere for tannhelsetjenesten mot å sende melding til barneverntjenesten, er usikkerhet knyttet til om de

hadde gjort de riktige observasjonene (Uldum et al., 2010; Cairns et al., 2005a; Lazenbatt & Freeman, 2006; Laud et al., 2013; Harris et al., 2013). Pedersen et al. (2015) legger imidlertid til at tannhelsepersonellet er pliktet til å melde fra dersom de har en mistanke om at et barn kan være utsatt for mishandling eller omsorgssvikt, det er ikke tannlegene og tannpleiernes oppgave å stille noen diagnose på at det foreligger omsorgssvikt. Dette finner også Sosial- og helsedirektoratet (2006). Det er viktig å ha fokus på at det ikke er tannhelsepersonellens oppgave å finne ut av hva som ligger bak de tegnene som kan vekke bekymring. Analysen av datamaterialet viser også at flere informantene var usikre på nytten av meldingen, og flere hadde ikke merket noen forandring rundt barnet etter at de hadde meldt fra om sin mistanke. Kvist et al. (2009) støtter opp om dette synet, og finner at flere tannhelsepersonell sliter med usikkerhet om det vil være bedre for barnet om en sender melding eller at en lar være.

Nesten samtlige av informantene i denne studien trakk frem betydningen av å kunne diskutere disse observasjonene med kollegaer i tannhelsetjenesten eller ansatte i barneverntjenesten, dersom de var usikre på bekymringen de opplevde. I likhet med informantene støtter forskningen seg til at diskusjon med andre fagpersoner kan føre til en større opplevelse av trygghet, dersom en er usikker på observasjonene (Uldum et al., 2010; Cairns et al., 2005a; Harris et al., 2013; Laud et al., 2013). Analysen av datamaterialet viser at samarbeidsavtalen med barneverntjenesten nå er godt implementert hos tannhelsetjenesten. Informantene var imidlertid fortsatt usikre når det kom til mistanke om omsorgssvikt eller mishandling, og de etterspurte mer opplæring og kompetanseheving på området. Uldum et al. (2010), Cairns et al. (2005a) og Harris et al. (2009) fant også i sine studier at mer utdanning og opplæring på temaer som omhandler barnevern kan føre til at tannhelsetjenesten melder fra om sin bekymring i større grad enn hva som er tilfelle i dag.

Informantene var noe splittet i forhold til erfaringene rundt samarbeidet med barneverntjenesten. To av informantene opplevde at samarbeidet fungerte godt. Grunnene til dette var at tjenestene dro nytte av hverandre, blant annet ved at barneverntjenesten innhentet informasjon fra tannhelsetjenesten dersom de hadde behov for det. De fleste informantene opplevde et mer utfordrende samarbeid med barneverntjenesten. Viktige årsaker til dette var at de ikke kjente til saksbehandlerne i barnevernet, og at tjenesten dermed fremstod som lukket. Informantene ønsket i tillegg at barneverntjenesten i større grad kunne innhentet opplysninger fra dem ved undersøkelser, og slik innledet et samarbeid. Den faktoren som ble trukket frem som mest hemmende for samarbeidet var manglende tilbakemelding fra barnevernet på mottatte bekymringsmeldinger. Analysen av datamaterialet viser at nesten

ingen av informantene hadde opplevd å få tilbakemelding når de hadde sendt bekymringsmeldinger, og flere av dem fikk heller ikke bekreftet at meldingen var mottatt. Dette førte til en enda større usikkerhet for den enkelte.

Baklien et al. (2009) finner også at andre faggrupper som barnehagepersonell, helsesøstre og lærere i liten grad opplevde at de fikk tilbakemelding fra barneverntjenesten på bekymringsmeldinger. Barneverntjenesten er gjennom § 6-7 pliktet til å gi sentrale samarbeidspartnere tilbakemelding på mottatte bekymringsmeldinger (Barnevernloven, 1992). Det er viktig at de følger opp denne forpliktelsen, da den er svært viktig for å sikre et best mulig samarbeid med andre etater. Dersom barnevernet i tillegg blir mer tilgjengelig og synlig, kan det føre til at andre sentrale tjenester finner det lettere å melde fra om sin bekymring for barnets omsorgssituasjon (Barne- og likestillingsdepartementet, 2008).

Som et teoretisk rammeverk for denne oppgaven har jeg valgt å bruke Fluke et al's (2014) økologiske beslutningsmodell. Modellen tar for seg ulike faktorer som virker inn på valget om å gjøre en beslutning. Denne modellen er utarbeidet for beslutninger i barnevernet, men min analyse tyder på at modellen også kan anvendes for å forstå beslutninger rundt praktiseringen av meldeplikten hos samarbeidende instanser. Bakgrunnen for at jeg valgte denne modellen er at påvirkningsfaktorene godt forklarer de sentrale funnene i studien. Påvirkningsfaktorene i Fluke et al's modell er saksfaktorer, individuelle faktorer, organisatoriske faktorer og eksterne faktorer. I modellen blir også utfallet og konsekvensene av beslutningene beskrevet. Analysen av datamaterialet viser at beslutningen om å melde fra til barneverntjenesten ble påvirket av alle disse faktorene.

5.2 Studiens styrker og begrensninger

Utvalget i denne studien består av syv informanter. Funnene kan dermed ikke generaliseres til å være gyldig for alle tannhelsetjenester i Norge. Jeg mener imidlertid at kunnskapen jeg har innhentet gjennom denne studien vil være et betydningsfullt bidrag for å gi økt forståelse for hvordan tannhelsetjenesten opplever meldeplikten til barneverntjenesten. Det har frem til nå vært gjort få norske studier rundt dette temaet. Forskningen på feltet som omhandler tannhelsetjenesten og barneverntjenesten består for det meste av kvantitative studier, og en kvalitativ studie som dette er godt egnet til å få frem mangfoldet og kompleksiteten på dette området. Formålet med denne studien har vært å innhente erfaringer og opplevelser som kan være gjeldende hos noen tannleger og tannpleiere. I denne oppgaven har jeg støttet meg til

sentral teori, og funnet samsvar for mine egne funn og annen forskning på feltet. Jeg vurderer derfor bekreftbarheten i studien som høy.

To av undertemaene i denne studien, kulturforskjeller og magefølelse er to områder som er mye omhandlet i litteraturen. Det kan tenkes at det foreligger mye forskning som kunne vært med på og belyst disse temaene i en større grad enn hva som er tilfelle i min studie. Da hovedtyngden i denne studien er forholdet mellom tannhelsetjenesten og barneverntjenesten, har jeg imidlertid valgt å legge mindre vekt på denne litteraturen og forskningen.

Begrensninger i forhold til tid og omfang på oppgaven har også vært en faktor som har hatt betydning. Samtidig mener jeg at det utvalget som jeg har foretatt av litteratur og forskning på dette området, har vært tilstrekkelig for at jeg har kunnet diskutere temaene på en hensiktsmessig måte.

Jeg hadde i utgangspunktet tenkt å intervju tannleger og tannpleiere fra de tre fylkene Hordaland, Rogaland og Sogn og Fjordane. Grunnen til dette er at det er disse tre fylkene som har utviklet samarbeidsavtale mellom tannhelsetjenesten og barneverntjenesten. Dette kunne vært med på og gitt et bedre mangfold av informanter, som kunne vist om det var forskjeller mellom de tre fylkene. Som nevnt tidligere kom jeg frem til at det var mest gunstig å utføre intervjuene i Hordaland på grunn av nærhet og at intervjuene er tidkrevende. Det var også i dette fylket jeg fikk klarsignal til å intervju.

Jeg utførte tre intervju på samme kontor. Grunnen til dette var at dette var best å få til med tanke på rekrutteringen. Jeg mener likevel at utvalget av informanter er tilstrekkelig for undersøkelsen. Studien min har ikke hatt som formål å finne ut av om det er forskjeller mellom tannleger i Sogn og Fjordane og tannleger i Hordaland, men innhente personlige erfaringer som kan gjøre seg gjeldende hos noen tannleger og tannpleiere. Jeg har imidlertid intervjuet informanter som arbeidet ved både små og store kommuner i Hordaland. Jeg valgte i tillegg å rekruttere en ekstra informant, for å være sikker på at jeg fikk et tilstrekkelig solid datagrunnlag.

5.3 Implikasjon for videre forskning og praksis

Innen dette praksisfeltet kan det være et behov for mer kunnskap om tannhelsepersonell og deres meldepraksis ovenfor barneverntjenesten. Funnene viser til et behov for en økologisk beslutningsmodell, hvor man kan oppnå større bevissthet om at det er flere faktorer som påvirker beslutningene. I tillegg til å få bedre kunnskap om mulige tegn på omsorgssvikt og mishandling, behøver tannhelsetjenesten også organisatorisk støtte og et bedre samarbeid med

barneverntjenesten når de står ovenfor en situasjon hvor de er forpliktet til å sende bekymringsmelding. Studien har vist at tannhelsepersonell opplever en større grad av slik trygghet når flere bekymringsfulle tegn opptrer samtidig, i kombinasjon med tilstrekkelig kollegastøtte, opplæring og et godt samarbeid med barneverntjenesten. Mine funn tilsier også at det kan være behov for å bedre barnevernets rutiner på mottatte bekymringsmeldinger, samt at de innhenter flere opplysninger fra tannhelsetjenesten. Dette kan bedre samarbeidet mellom tannhelsetjenesten og barneverntjenesten i fremtiden, og dermed føre til flere bekymringsmeldinger. Det kan tenkes at tannhelsepersonell også behøver mer opplæring om komplekse problemer hvor en ofte må ta beslutninger på et usikkert grunnlag, og anerkjennes for at de kan oppleve det som utfordrende å gjøre vurdering på et grunnlag som ligger utenfor deres faglige komfortsone. Kvist et al. (2014) anbefaler mer samarbeid mellom ulike profesjoner for å fange opp barn som kan være utsatt for omsorgssvikt eller mishandling, med fokus på utfallet av å melde fra om bekymring til barneverntjenesten.

Ettersom dette er en studie med et forholdsvis lite utvalg av informanter gjennomført i et fylke, er det behov for ytterligere kvalitative studier om samarbeidet mellom tannhelsetjenesten og barneverntjenesten. Det er frem til nå lite norske kvalitative studier på område, og det kan dermed være av interesse for feltet å utvide de kvalitative studiene til også andre deler av landet.

Det kan også være nyttig med en fokusgruppestudie. Fokusgruppestudie åpner for at informantene kan få bedre anledning til å tenke over problemstillinger knyttet til beslutninger og samarbeid, enn hva som gjerne lar seg gjøre ved et individuelt intervju.

Man vet allerede at det foreligger store fylkesvise forskjeller på tannhelsepersonells meldepraksis til barneverntjenesten (Pedersen et al., 2015). Kanskje noen fylker har kommet lenger i samarbeidet, enn hva som er tilfellet i Hordaland. Det er ikke urimelig å anta at man gjennom en beste-praksis studie kan sikre bedre kunnskap om hvilke faktorer som kan fremme dette samarbeidet. Her kan det også være av interesse å undersøke hvordan man kan etablere en god meldepraksis og rutiner for tilbakemelding og videre innhenting av opplysninger. Bedre kunnskap på dette området kan gjøre det lettere å overføre suksessfaktorer også til de fylkene hvor samarbeidet i dag er av en mer begrenset karakter.

En evalueringsstudie av selve samarbeidsavtalen kan være nyttig, da den kan føre til at man får innhentet mer kunnskap om hvordan barnevernets rutiner ved bekymringsmeldinger fra tannhelsepersonell fungerer i praksis. Meldinger som følge av manglende oppmøte kan være

av særlig interesse her, da det i samarbeidsavtalen foreligger klare føringer for at en slik situasjon skal rapporteres til barnevernet. Hvordan saksbehandlere i barnevernet vurderer og håndterer slike meldinger kan ha konsekvens for samarbeidet, og det vil derfor være av interesse å kartlegge dette ytterligere. Hensiktsmessige problemstillinger kan være om samarbeidsavtalen fungerer bra nok slik som den er formulert i dag, eller om den bør endres slik at den i større grad tydeliggjør en skjønnsmessig avveining i hvert enkelt tilfelle.

Det kvantitative forskningsprosjektet som denne studien er en del av vil ved hjelp av spørreskjema blant annet kunne bidra til at vi kan innhente mer kunnskap om i hvilken grad tannhelsetjenesten i de ulike fylkene har rapportert sin bekymring til barneverntjenesten.

Det finnes liten tvil om at det er behov for mer forskning på dette området. Som følge av store ulikheter mellom ulike fylker, vil det også være hensiktsmessig med endringer i praksis i de fylkene hvor samarbeidet oppleves som dårlig, eller som ensidig positivt. Det er sterk grunn til å tro at bedre kunnskap vil kunne belyse hvilke suksessfaktorer som er nødvendige for å lykkes med dette.

Litteraturliste

- Ainsworth, F. (2002). Mandatory reporting of child abuse and neglect: does it really make a difference? *Child and Family Social Work*, 7(1), 57-63.
doi:10.1046/j.1365-2206.2002.00228.x
- Backe-Hansen, E. (2009). *Å sende en bekymringsmelding- eller la det være? En kartlegging av samarbeidet mellom barnehage og barnevern* (NOVA Rapport 6/2009). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Baklien, B. (2009). Skole, barnehage, barneverntjeneste-bilder av «de andre» hindrer samarbeid. *Norges barnevern*, 86(4), 236-244. Hentet fra <http://www.idunn.no/tnb/2009/04/art03>
- Barne- og familiedepartementet. (2000). *Barnevernet i Norge: Tilstandsvurderinger, nye perspektiver og forslag til reformer*. (NOU 2000: 12). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/nou-2000-12/id117351/>
- Barne- og familiedepartementet. (2002). *Om barne- og ungdomsvernet*. (St.meld. nr.40 2001-2002). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/stmeld-nr-40-2001-2002-/id471124/?docId=STM200120020040000DDDEPIS&ch=1&q=>
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2008). *Et åpent barnevern- kommunikasjonsstrategi for barnevernet 2008-2011*. Hentet fra <http://www.bufdir.no/nn/Bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00000713>
- Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2013a). *Endringer i barnevernloven*. (Prop. 106 L 2012-2013). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/prop-106-l-20122013/id720934/?docId=PRP201220130106000DDDEPIS&ch=1&q=>
- Barnevernloven. Lov 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester.
- Bhatia, S.K., Maguire, S.A., Chadwick, B.L., Hunter, M.L., Harris, J.C., Tempest, V., Mann, M.K., & Kemp, A.M. (2014). Characteristics of child dental neglect: A systematic review. *Journal of dentistry*, 42(3), 229-239. doi:10.1016/j.jdent.2013.10.010
- Bjørknes, R., & Brattabø, I.V. (2014). Tannhelsepersonell og meldeplikt: Tannhelse og barnevern, samhandling til det beste for barnet. *Den Norske Tannlegeforenings Tidende*, 124(11), 934. Hentet fra http://www.tannlegetidende.no/index.php?seks_id=576713
- Borge, A.I.H. (2010). *Resiliens: Risiko og sunn utvikling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bratterud, Å., & Emilsen, K. (2013). *Dørstokkmila: Barnehagens vei fra magefølelse til melding*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Bukkøy, E.K. (2009). *Magefølelse utløser bekymringsmelding til barneverntjenesten*. (Masteroppgave). Bergen. Hentet fra <https://bora.uib.no/handle/1956/3831>
- Bunkholdt, V., & Sandbæk, M. (2009). *Praktisk barnevernarbeid*. (5 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Cairns, A.M., Mok, J.Y.Q., & Welbury, R.R. (2005a). The dental practitioner and child protection in Scotland. *British Dental Journal*, 199, 517-520. doi:10.1038/sj.bdj.4812809
- Cairns, A.M., Mok, J.Y.Q., & Welbury, R.R. (2005b). Injuries to the head, face, mouth and neck in physically abused children in a community setting. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 15(5), 310-318. doi:10.1111/j.1365-263X.2005.00661.x
- Child Protection and the Dental Team. (2006-2013). Sexual abuse. Hentet fra: http://cpdt.org.uk/content.aspx?Group=recognising&Page=recognising_abuse_sexual
- Clausen, S.E. (2004). Har barn som mishandles større risiko for å bli kriminelle? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41(12), 971-978. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=410811&a=3
- Clausen, S.E., & Kristofersen, L.B. (2008). *Barnevernsklienter i Norge 1990-2005: En longitudinell studie* (NOVA Rapport 3/08). Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2008/Barnevernsklienter-i-Norge-1990-2005>
- Cresswell, J.W. (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. California: SAGE Publications.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode: En kvalitativ tilnærming*. (2 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Forskningsetiske komiteer. (2013). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteene.
- Devaney, J., & Spratt, T. (2009). Child abuse as a complex and wicked problem: Reflecting on policy developments in the United Kingdom in working with children and families with multiple problems. *Children and Youth Services Review*, 31(6), 635-641. Hentet fra <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S019074090800296X>

- Dougall, A., & Fiske, J. (2009). Surviving child sexual abuse: the relevance to dental practice. *Dental Update*, 36(5), 294-296. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19585853>
- Dyrhaug, T., & Sky, V. (2015, 27. mars). Barn og unge med innvandrerbakgrunn i barnevernet 2012. Hentet fra <http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/barn-og-unge-med-innvandrerbakgrunn-i-barnevernet-2012>
- Ellingsæter, B.E. (1992). *Tannhelsetjenesten i Norge: Beskrivelse, vurdering og perspektiver mot 2015*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Eriksen, T.H., & Sajjad, T.A. (2011). *Kulturforskjeller i praksis: Perspektiver på det flerkulturelle Norge*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fluke, J.D., Baumann, D.J., Dagleish, L.I., & Kern, H.D. (2014). Decisions to Protect Children: A Decision Making Ecology. I J.E. Korbin, & R.D. Krugman (Red.), *Handbook of Child Maltreatment*. (s. 463-476). Hentet fra http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-007-7208-3_25
- Fosse, E. (2007). Interprofessionell och intersektoriell samvärkan I hälsofrämjande arbete. I R. Axelsson, & S.B. Axelsson (Red.), *Folkehälsa i samvärkan: mellan professioner, organisationer och samhällssektorer* (s. 123-142). Göteborg: Studentlitteratur.
- Gall, M.D., Gall, J.P., & Borg, W.R. (2007). *Educational research: An introduction*. (8 utg.). Boston: Allyn and Bacon forlag.
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009a). Child maltreatment 1: Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The lancet*, 373(9657), 68-81.
doi:10.1016/S0140-6736(08)61706-7
- Gilbert, R., Kemp, A., Thoburn, J., Sidebotham, P., Radford, L., Glaser, D., & MacMillan, H.L. (2009b). Child maltreatment 2: Recognising and responding to child maltreatment. *The lancet*, 373(9658), 167-180.
doi:10.1016/S0140-6736(08)61707-9
- Glavin, K., & Erdal, B. (2013). *Tverrfaglig samarbeid i praksis: Til beste for barn og unge i Kommune-Norge*. (3 utg.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Harris, J.C., Balmer, R.C., & Sidebotham, P.D. (2009a). British Society of Paediatric Dentistry: a policy document on dental neglect in children. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 1-8. doi:10.1111/j.1365-263X.2009.00996.x

- Harris, J.C., Elcock, C., Sidebotham, P.D., & Welbury, R.R. (2009b). Safeguarding children in dentistry: 1. Child protection training, experience, and practice of dental professionals with an interest in paediatric dentistry. *British Dental Journal*, 206(8), 409-414. doi:10.1038/sj.bdj.2009.307
- Harris, C.M., Welbury, R., & Cairns, A.M. (2013). The Scottish dental practitioner's role in managing child abuse and neglect. *British Dental Journal*, 214(9), 454-458. doi:10.1038/sj.bdj.2013.435
- Helgeland, I.M. (2005). "Catch 22" of Research Ethics: Ethical Dilemmas in Follow-Up Studies of Marginal Groups. *Qualitative Inquiry* 11(4), 549-569. doi:10.1177/1077800405276770
- Helsedirektoratet. (2012). Bekymringsmeldinger i tannhelsetjenesten. Hentet fra <http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/tannhelse/meldeplikt/Sider/default.aspx>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014, 11. desember). Tannhelsetjenesten. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/tannhelse/id115300/>
- Helsepersonelloven. Lov 02. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell.
- Iversen, A.C., & Heggen, K. (2015). Child welfare workers use of knowledge in their daily work. *European Journal of Social Work*, 18, 1-17. doi:10.1080/13691457.2015.1030365
- Jacobsen, D.I. (2003). *Forståelse, beskrivelse og forklaring: Innføring i samfunnsvitenskapelig metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Kalve, T., & Dyrhaug, T. (2011). *Barn og unge med innvandrerbakgrunn i barnevernet 2009*. Rapport nr. 39: 2011. Hentet fra <http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/barn-og-unge-med-innvandrerbakgrunn-i-barnevernet-2009>
- Killen, K. (2012). *Sveket 1: Barn i risiko- og omsorgssviktsituasjoner*. (4 utg.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Kirkebøen, G. (2012). *Hva er intuisjon?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Kloppen, K., Mæhle, M., Kvello, Ø., Haugland, S., & Breivik, K. (2014). Prevalence of Intrafamilial Child Maltreatment in the Nordic countries: A Review. *Child Abuse Review*, 24(1), 51-66. doi:10.1002/car.2324
- Kloppen, K., Rønneberg, A., Espelid, I., & Bårdsen, M.L. (2010). Tannhelsetjenesten-en

- viktig samarbeidspartner og informant for barnevernet når barn utsettes for omsorgssvikt og mishandling. *Norges barnevern*, 87(4), 224-230. Hentet fra <http://www.idunn.no/tnb/2010/04/art04>
- Kommunesektorens organisasjon (KS). (2013). Veileder: Taushetsplikt og samhandling i kommunalt arbeid for barn- ungdom- familier. Hentet fra <http://www.ks.no/tema/Innovasjon-og-forskning1/Forskning-og-utredning/Kortversjoner-og-hefter/Veileder-Taushetsplikt-og-samhandling-i-kommunalt-arbeid-for-barn-ungdom-og-familier/>
- Kriz, K., & Skivenes, M. (2010). "Knowing our society" and "Fighting against prejudices": How child welfare workers in Norway and England perceive the challenges of minority parents. *British Journal of Social Work*, 40(8) 2634-2651. Hentet fra <http://bjsw.oxfordjournals.org/content/40/8/2634>
- Kvale, S. (2001). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. (2 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvello, Ø. (2010a). *Barn i risiko: Skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvello, Ø. (2010b). Sped- og småbarn utsatt for omsorgssvikt. I V. Moe, K. Slinning, & M.B. Hansen (Red.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s. 493-526). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvist, T., Wickström, A., Miglis, I., & Dahllöf, G. (2014). The dilemma of reporting suspicions of child maltreatment in pediatric dentistry. *European Journal of Oral Science*, 122(5), 332-338. doi:10.1111/eos.12143
- Laud, A., Gizani, S., Maragkou, S., Welbury, R., & Papagiannoulis, L. (2013). Child protection training, experience, and personal views of dentists in the prefecture of Attica, Greece. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 23(1), 64-71. doi:10.1111/j.1365-263X.2012.01225.x
- Lazenbatt, A., & Freeman, R. (2006). Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare professionals. *Journal of Advanced Nursing*, 56(3), 227-236. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04030.x
- Lonne, B. (2015). Mandatory Reporting and The Difficulties Identifying and Responding to Risk of Severe Neglect: A Response Requiring a Rethink. I B. Matthews, & D.C. Bross (Red.), *Mandatory Reporting Laws and the Identification of Severe Child Abuse and Neglect*. (s.245-273). Hentet fra <http://www.springer.com/us/book/9789401796842#>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring*. (3 utg.). Oslo:

- Universitetsforlaget.
- Morrison, M., & Glenny, G. (2011). Collaborative inter-professional policy and practice: in search of evidence. *Journal of Education Policy*, 27(3), 1-20.
doi:10.1080/02680939.2011.599043
- Munro, E. (2008). *Effective child protection*. (2 utg.). California: Sage Publications.
- Ness, L., Bjørknes, R., & Brattabø, I. V. (2014). Tannhelsepersonellens rolle for å oppdage barn utsatt for mishandling eller omsorgssvikt. *Den Norske Tannlegeforenings Tidende*, 124(11), 902-905. Hentet fra http://www.tannlegetidende.no/index.php?seks_id=575828
- Newcity, A., Ziniel, S., & Needleman, H. (2011). Recognizing and Reporting Child Maltreatment: A Survey of Massachusetts Dentists. *Journal of the Massachusetts Dental Society*, 60(3), 1-16. Hentet fra [http://www.massdental.org/publications/search.aspx?searchText=recognizing %20and %20Reporting %20&include=170,22,30,26,28](http://www.massdental.org/publications/search.aspx?searchText=recognizing%20and%20Reporting%20&include=170,22,30,26,28)
- Nilsen, A.C.E. (2013). Når barnehagepersonalet melder bekymring til barnevernet. I W. Lichtwarck, & E. Marthinsen. (Red.), *Det nye barnevernet*. (s. 142-160). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nuzzolese, E., Lepore, M.M., Montagna, F., Marcario, V., De Rosa, S., Solarino, B., & Di Vella, G. (2009). Child abuse and dental neglect: the dental team's role in identification and prevention. *International Journal of Dental Hygiene*, 7(2), 96-101.
doi:10.1111/j.1601-5037.2008.00324.x
- Ohnstad, B. (2009). *Juss for helse- og sosialarbeidere: En innføring i lovgivning, juridisk tenkning og metode*. (4 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Pedersen, V., Strand, N., Willumsen, T., & Rønneberg, A. (2015). Tannhelsetjenestens rolle ved barnemishandling. *Den Norske Tannlegeforenings Tidende*, 125(4), 320-326.
Hentet fra <http://www.tannlegetidende.no/i/2015/4/d2e259>
- Personopplysningsloven. Lov 14. april 2000 nr. 31 om behandling av personopplysninger.
- Rittel, H., & Webber, M. (1973). Dilemmas in a General Theory of Planning. *Policy Sciences*, 4(2), 155-169. Hentet fra <http://link.springer.com/article/10.1007/BF01405730>
- Rød, P.A., Iversen, A.C., & Underlid, K. (2013). The child welfare service's assessments in custody cases that involve minors. *European Journal of Social Work*, 16(4), 470-488.
doi:10.1080/13691457.2012.709484
- Røren, I., Fredriksen, I., & Hovden, A. (2013, 15. juni). Jannes historie- del 1. *Bergens Tidende*. Hentet fra <http://multimedia.bt.no/janne/index.html>

- Silverman, D. (2011). *Interpreting qualitative data*. (4. utgave). London: Sage Publicatins.
- Skaare, A.B., Afzal, S.H., Olli, E., & Espelid, I. (2008). Holdninger og vaner hos innvandrereforeldre-oppfølgingsstudier etter SMÅTANN-undersøkelsen. *Den Norske Tannlegeforenings Tidende*, 118(5), 300-305. Hentet fra <http://www.tannlegetidende.no/i/2008/5/dntt-286840>
- Sonbol, H.N., Abu-Ghazaleh, S., Rajab, L.D., Baqain, Z.H., Saman, R., & Al-Bitar, Z.B. (2012). Knowledge, educational experiences and attitudes towards child abuse amongst Jordanian dentists. *European Journal of Dental Education*, 16(1), 158-165. doi:10.1111/j.1600-0579.2011.00691.x
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). Helsepersonells plikt og rett til å gi opplysninger til barneverntjenesten, politiet og sosialtjenesten ved mistanke om: mishandling av barn i hjemmet, andre former for alvorlig omsorgssvikt av barn, misbruk av rusmidler under graviditet. Hentet fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/helsepersonells-plikt-og-rett-til-a-gi-opplysninger-til-barneverntjenesten-politiet-og-sosialtjenesten-i-saker-som-dreier-seg-om/Sider/default.aspx>
- Statistisk sentralbyrå. (2014, 15. desember). Barnevern, 2013. Hentet fra <http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/statistikker/barneverng>
- Strand, T., Wingdahl, H., & Holst, D. (2012). Barns tannhelse i Oslo: Et kombinert etnisk- og øst-vest- perspektiv. *Den Norske Tannlegeforenings Tidende*, 122(11), 872-877. Hentet fra <http://www.tannlegetidende.no/i/2012/11/dntt-499275>
- Strøm, L. (2007). Juridiske bestemmelser. I P.Å. Gjertsen (Red.), *Forebyggende barnevern: Samarbeid for barnets beste* (s. 41-55). Bergen: Fagbokforlaget.
- Søftestad, S. (2005). *Seksuelle overgrep: Fra privat avmakt til tverretatlig handlekraft*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tannhelsetjenesteloven. Lov 03. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*. (3 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (2 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Torvik, Y.G. (2014, 21. Februar). Tannleger varsler om omsorgssvikt. *Bergens Tidende*. Hentet fra http://www.bt.no/nyheter/lokalt/Tannleger-varsler-om-omsorgssvikt-3064547.html?xtor=RSS-2&utm_source=twitterfeed&utm_medium=twitter#.U42gm6g4Vjo
- Uldum, B., Christensen, H.N., Welbury, R., & Poulsen, S. (2010). Danish dentists'

and dental hygienists' knowledge of and experience with suspicion of child abuse or neglect. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 20(5), 361-365. doi:10.1111/j.1365-263X.2010.01070.x

Willumsen, T. (2004). The impact of childhood sexual abuse on dental fear. *Community Dental of Oral Epidemiol*, 32(1), 73-79. doi:10.1111/j.1600-0528.2004.00120.x X

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

Vedlegg

1. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring
2. Intervjuguide
3. Godkjennelse NSD
4. Samarbeidsavtale

1. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

***Tannhelsepersonell og barnevern, samhandling til beste for barnet* En kvalitativ studie av tannhelsetjenestens erfaringer**

Masteroppgave

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å fremskaffe kunnskap om Den offentlige tannhelsetjenesten og de opplevelser og utfordringer som ofte er knyttet til tannhelsepersonell sin meldeplikt til barnevernet.

Studien er et samarbeidsprosjekt mellom Universitetet i Bergen, Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest og Den offentlige tannhelsetjenesten. Studien inkluderer 7 tannleger og tannpleiere fra Den offentlige tannhelsetjenesten som informanter. Det er en ressursperson fra kompetansesenteret i Bergen som har foreslått deg som informant, og ditt bidrag er av stor verdi.

Hva innebærer studien?

Studien innebærer deltakelse i intervju i forbindelse med masteroppgave. Jeg er en masterstudent i barnevern ved universitetet i Bergen, som holder på med avsluttende masteroppgave. Jeg er interessert i å finne ut hvilke erfaringer tannhelsepersonell har i forhold til omsorgssvikt og mishandling hos barn. Jeg ønsker videre å finne ut hvordan tannhelsepersonell opplever samarbeid og meldeplikt i forhold til barnevernet.

Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater under intervjuet. Intervjuet vil ta maks 1 time, og vi blir sammen enige om tid og sted.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Vi benytter en fremgangsmåte som sikrer personvern. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og kontaktinformasjon eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet ved Universitetet i Bergen som har adgang til navnelisten og

som kan finne tilbake til deg. Navnelisten og tilhørende kode vil bli forskriftsmessig oppbevart i den tidsperioden forskningsstudien pågår. Ditt navn makuleres så snart forskningsprosjektet er avsluttet (20.05.2015) og datamateriale vil da være anonymisert. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Frivillig deltakelse

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

Dersom du ønsker å delta, krysser du av på samtykkeerklæringen nedenfor.

Med vennlig hilsen

.....
Silje Øverland Risøy, Bergen, september 2014

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

2. Intervjuguide

Innledende spørsmål

- Hvilket yrke har du?
- Hvor lenge har du jobbet i Den offentlige tannhelsetjenesten?
- Har du jobbet i den private tannhelsetjenesten også?

Bekymring for barn

- Når jeg sier ordet barnevern, hva tenker du da?
- Har du noen gang vært bekymret for noen av dine mindreårige pasienter?
- Har det skjedd flere ganger?
- Kan du fortelle om en konkret episode hvor du var bekymret for et barn i jobbsammenheng?
- Hva gjorde du for å følge opp bekymringen i den konkrete saken?
- Hva syntes du om å gjøre meldingen?
- Hadde du noen å diskutere bekymringen med?
- Dersom du diskuterer bekymringer, hvem pleier du å diskutere med?
- Var det noe du i ettertid ville gjort annerledes? Fortell
- Kan du fortelle om noen saker hvor du har vurdert å melde fra til barnevernet uten å gjøre det?
- Hva talte for at du skulle sendt melding?
- Var det flere som var enige i den avgjørelsen?
- Hvilke ulike tegn på omsorgssvikt eller mishandling har du opplevd på jobb?
- Hvordan opplevde du samspillet mellom foreldrene og barna i disse sakene?

- Kan du fortelle om spesielle bekymringsfulle tegn som du har ekstra fokus på hos barn, før de kommer inn?
- Hva må til for at du skal sende en bekymringsmelding?

Samarbeid med barneverntjenesten

- Kjenner du til samarbeidsavtalen mellom Den offentlige tannhelsetjenesten og barneverntjenesten i Hordaland?
- På hvilken måte kjenner du til samarbeidsavtalen, og hvilke prosedyrer følger dere på din arbeidsplass?
- Har du vært med på samarbeidsmøte med barneverntjenesten?
- (Hvis ja) Kan du forklare hvordan et sånt møte foregår?
- Ble de som ikke var med på møte informert og fikk kjennskap til det som ble sagt under møtet?
- Vet du hvor ofte det er samarbeidsmøte?
- Opplever du at barneverntjenesten er en viktig samarbeidspartner?
- (Dersom ja) På hvilken måte er de en viktig samarbeidspartner?
- Kan du fortelle om dine erfaringer i forhold til samarbeidet?
- Hvordan opplever du å få tilbakemelding fra barneverntjenesten ved sendt bekymringsmelding?
- (Dersom ikke fått tilbakemelding) Hva gjorde du da?
- Kan du fortelle litt om din opplevelse av å utøve meldeplikten til barneverntjenesten?
- Hva synes du er bra med samarbeidet?
- Hva synes du er dårlig med samarbeidet?
- Hva kunne gjort det lettere å melde oftere fra til barnevernet?

- Tenker du at samarbeidet med barnevernet påvirker i hvilken grad du sender bekymringsmelding?

Avsluttende spørsmål

- Har du noen tanker om noe barneverntjenesten kunne gjort annerledes for og fått til et bedre samarbeid?
- Har du noen tanker om noe tannhelsetjenesten kunne gjort annerledes for og fått til et bedre samarbeid?
- Har du noen spørsmål til slutt?

3. Godkjennelse NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Leid 146-gate 7A
B-5007 Solum
Norway
tlf: +47 52 98 21 17
fax: +47 52 98 21 90
nsd@nsd.uib.no
nsd@nsd.uib.no
Orgnr: BR 221 869

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

Vår dato: 04.09.2014

Vår ref: 20029 / 2 / 04

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 01.09.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

39639	<i>Tannhelse og barnevern- samhandling til beste for barnet -En kvalitativ studie av tannhelsetjenestens erfaringer</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Bergen, ved institusjonens overste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Ragnhild Bjørknes</i>
<i>Student</i>	<i>Silje Overland Risøy</i>

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 20.05.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Kjersti Haugstvedt

Kontaktperson: Kjersti Haugstvedt tlf: 55 58 29 53

Vedlegg: Prosjektvurdering

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

Behandlingsbase / Avdel 111000

OSG NSD, Universitetet i Bergen, Postboks 1283 Bergen, 5016 O.S. Tlf: +47 52 98 52 11 | nsd@nsd.uib.no
NSD/NSD AS, En avdeling i samarbeid med Universitetet i Bergen, 5016 O.S. Tlf: +47 52 98 52 11 | nsd@nsd.uib.no
NSD/NSD AS, Universitetet i Bergen, Postboks 1283 Bergen, Tlf: +47 52 98 52 11 | nsd@nsd.uib.no



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

Informasjonsskrivet til utvalget er tilfredsstillende utformet.

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

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

4. Samarbeidsavtale

Avtale

Samarbeid mellom Barnevernstenesta og tannhelsetenesta i Hordaland.



”Tenner for livet”

Samarbeid mellom Barnevernstenesta og tannhelsetenesta i Hordaland.

Tannhelsetenesta har meldeplikt til barnevernstenesta.

FN sin barnkonvensjon:

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

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

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

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

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

I Lov om kommunale helse- og omsorgstenester m.m. § 1-1 nummer 5 står det at formål med lova er å sikre samhandling og at tenestetilbodet blir tilgjengeleg for pasient og brukar, samt sikre at tilbodet er tilpassa den enkelte sitt behov.

Vidare i § 3-1 fyrste ledd står det at kommunen skal sørge for at personar som oppheld seg i kommunen blir tilbudd nødvendige helse- og omsorgstenester. § 3-4, pålegg kommunane ei plikt til samhandling og samarbeid. M.a. skal kommunen samarbeide med fylkeskommune, regionalt foretak og stat sånn at helsetenestene i landet best mogleg kan verke som ei eining.

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

Mål for tannhelsetenesta i Hordaland sitt virke:

Målgruppe: Barn og unge frå 0-18 år.

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

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

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

Dette inneber at:

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

Samarbeidsavtale mellom barnevernstenesta og tannhelsetenesta i Hordaland

.....kommune

Målgruppa:

Barn og unge mellom 0-18 år.

Barnevernstenesta sitt ansvar:

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

Tannhelsetenesta i Hordaland sitt ansvar:

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

Kontakt-team: _____

Tlf.: _____

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

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

Tannhelsetenesta sine prosedyrar for innkalling av pasientar 0 til og med 15 år, som ikkje møter til avtala time.

Recall 1:

Telefon/ oppspore pasient/ journalfør

Ikkje fått kontakt:

Send "Ikkje-møtt brev".

Individuell vurdering av innkallingsintervall, maksimum 12 mnd.

Journalfør.

Recall 2:

Telefon/ oppspore pasient/ journalfør

Ved kontakt:

Informér om at Tannhelsetenesta i Hordaland tilrettelegg for pasientar som av ulike grunnar synes det er vanskeleg å møte.

Ikkje fått kontakt med pasient (0 til og med 15 år):

Send brev "Informasjon til føresette" med informasjon om at det blir sendt bekymringsmelding til barnevernet dersom tannklinikken ikkje høyrer frå dei innan 4 veker.

- Send e-post med journalnummer til klinikksjef
- Send kopi av anonymisert "Informasjon til føresette" brev til ressursperson i tannhelsetenesta i Hordaland
- Registrer "Informasjon til føresette" (0 til og med 15 år) i Opus, under personalia og tilhører gruppe: "informasjon til føresette".

Framleis ikkje kontakt med pasient (0 til og med 15 år) etter 4 veker send:

"Bekymringsmelding" vedrørende pasient som ikkje møter til tannbehandling til:

- barnevernet.

Kopi av "Bekymringsmelding" til:

- føresette

Kopi av anonymisert "bekymringsmelding" til:

- ressursperson
- e-post med journalnummer til klinikksjef
- Registrer bekymringsmelding i Opus, under under personalia og tilhører gruppe: "bekymringsmelding"

I saker der ein er usikker, kan ressursperson i tannhelsetenesta i Hordaland samt barnevernstenesta gje råd og rettleiing. Drøftingar med ressursperson i tannhelsetenesta skal vera anonyme. Drøftingar med barnevernet skal vera anonyme inntil det føreligg ei bekymringsmelding til barnevernet.

Tannhelsetenesta sine prosedyrar for innkalling av pasientar **16 til og med 18 år**, som ikkje møter til avtala time.

Det skal *ikkje* sendast varsel til føresette på born 16 til 18 år som ikkje møter til avtala time jamfør: Helsepersonell har som hovudregel taushetsplikt overfor pårørande til pasientar som er over 16 år, jf. Pasient- og brukerrettighetsloven §3-4. Dette inneberer at foreldre i utgangspunktet ikkje skal ha informasjon om at et barn over 16 år ikkje møter til time hos tannhelsetenesta. Det er unntak frå dette dersom det er snakk om barn mellom 16 og 18 år som ikkje har samtykkekompetanse, jf. Pasient og brukerrettighetsloven § 4-5.

Recall 1:

Telefon/ oppspore pasient.
Journalfør

Ikkje fått kontakt:

Send "Ikkje-møtt brev".

Individuell vurdering av innkallingsintervall, maksimum 12 mnd.

Journalfør.

Recall 2:

Telefon/ oppspore pasient.
Journalfør

Ved kontakt:

Informert om at Tannhelsetenesta i Hordaland tilrettelegg for pasientar som av ulike grunnar synes det er vanskeleg å møte.

Ikkje fått kontakt med pasient (16 til og med 18 år):

Send brevet: Informasjon frå tannklinikken pasient over 16 år.

Individuell vurdering av innkallingsintervall, maksimum 12 mnd.

Journalfør.

Tannhelsetenesta i Hordaland sine prosedyrar for sending av bekymringsmelding ved mistanke om at pasient (0 til 18 år) er utsett for omsorgssvikt.

- **Føresette skal ikkje kontaktast eller ha kopi av bekymringsmelding** dersom det er mistanke om overgrep eller barnemishandling på grunn av fare for tap av bevismateriale.
- Kontakt kommunalt barnevern eller politi dersom objektive funn, åtferdsending eller avvikande forklaring gir grunn til mistanke om overgrep eller barnemishandling
- Journalfør funn objektivt, nøyaktig og balansert.
- Beskriv pasienten si åttferd. Det treng ikkje vera atypisk åttferd.
- Dersom funna berre er kliniske, skal dette dokumenterast.
- Ta kliniske bilde.
- Send "Bekymringsmelding til barnevernet, mistanke om omsorgssvikt."
- Send anonym kopi av bekymringsmelding til tannhelsetenesta i Hordaland sin ressursperson.
- Send e-post med journalnummer til klinikksjef.
- Registrer melding i Opus under personalia og tilhører gruppe: "bekymringsmelding"
- Ivaretagelse av søsken og psykisk utviklingshemmede.
I saker som omhandlar ulike former for mishandling og omsorgssvikt skal ein alltid ta i betrakning at det kan vere fleire i ein familie som lever under uverdige forhold. Det er viktig at ein har ekstra merksemd retta mot søsken til barn som ein mistenker har vert utsett for mishandling og/eller omsorgssvikt. Forsking viser at psykisk utviklingshemma er ein gruppe som er spesielt utsett for å oppleve mishandling og omsorgssvikt, derfor skal ein som tannhelsepersonell ha ekstra merksemd retta mot denne pasientgruppa.
- Klinikksjef har det overordna ansvaret for alle pasientar tilhøyrande klinikken og har dermed ansvar for ivaretaking av søsken i saker som omhandlar bekymring.