



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

RAD390-O-2023-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	01-05-2023 09:00 CEST	<b>Termin:</b>	2023 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	15-05-2023 14:00 CEST	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 RAD390 1 O 2023 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	211
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7841
----------------------	------

**Egenerklæring \*:** Ja  
**Jeg bekrefter at jeg har Ja**  
**registrert**  
**oppgavetittelen på**  
**norsk og engelsk i**  
**StudentWeb og vet at**  
**denne vil stå på**  
**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	4
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	221, 214

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



# BACHELOROPPGAVE

«Ser du noe, så si noe» – en kvalitativ studie av radiografers  
erfaringer om varsling ved mistanke om barnemishandling

«If you see something, say something» – a qualitative study of  
radiographers' experiences when it comes to reporting  
suspicion of child abuse

**Kandidatnummer: 211, 214 og 221**

Bachelor i radiografi

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Nina Dalen Seime

15.05.2023

Antall ord: 7841

## Sammendrag

**Tittel:** «*Ser du noe, så si noe*» - en kvalitativ studie av radiografers erfaringer om varsling ved mistanke om barnemishandling.

**Formål:** Undersøke radiografers erfaringer og opplevelser om varsling ved mistanke om barnemishandling.

**Problemstilling:** Hovedproblemstilling: Hvilke erfaringer har radiografer på radiologisk avdeling om varsling ved mistanke om barnemishandling?

Underproblemstilling: Er det behov for kompetanseheving blant radiografer?"

**Metode:** Kvalitativ metode, fem individuelle intervjuer med radiografer ansatt ved store sykehus i Norge. Tematisk innholdsanalyse etter Braun og Clarke (2006) sine seks trinn.

**Funn:** Det var variasjoner i hvilke grad deltakerne hadde opplevd mistanke, og om de hadde varslet. Jo lengre de hadde vært i arbeidslivet, jo tryggere følte de seg på melderutinene ved avdelingen. Opplevelsen av egen kompetanse besto av en kombinasjon av erfaringer fra arbeidsplass, kurs og seminar.

**Konklusjon:** Radiografenes erfaringer varierte. Vi mener at det er nødvendig at temaet får ytterligere fokus i utdannelsen, slik at også nyutdannede har kunnskap til å handle ved mistanke. Det bør også være kontinuerlig opplæring, og fokus fra arbeidsplassen sin side.

## Abstract

**Title:** “If you see something, say something” – a qualitative study of radiographers’ experiences when it comes to reporting suspicion of child abuse.

**Aim:** Explore radiographers own experiences and thoughts when it comes to reporting suspicion of child abuse.

**Research question:** Main research question: What experiences does radiographers in radiographic departments have when it comes to reporting suspicion of child abuse?

Subresearch question: Is there need for competence enhancement?

**Methodological approach:** Qualitative method in the form of five individual interviews with radiographers employed at big hospitals in Norway. A thematic analysis following Braun and Clarke (2006) six steps was conducted.

**Findings:** There were variations within the participant to what extent they had experienced suspicion, and if they had reported. The longer they had been working, the more secure they felt in the reporting routines at the department. The experience of their own competence consisted of a combination of experiences from the workplace, courses, and seminars.

**Conclusion:** The radiographers’ level of competence varied. Our opinion is that child abuse as a subject should get further attention during education, so that newly educated radiographers have the knowledge to act upon suspicion. There should also be a continuous focus on training in the workplace.

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	6
1.1 Problemstilling .....	7
1.2 Begrepsavklaring .....	8
<b>2.0 Tidligere forskning, lovverk og forskrifter</b> .....	8
2.1 Tidligere forskning.....	8
2.2 Lovverket og forskrifter.....	10
<b>4.0 Metode</b> .....	12
4.1 Valg av metode .....	12
4.2 Rekruttering .....	13
4.2.2 Presentasjon av deltakere.....	13
4.3 Intervju .....	14
4.5 Pilotintervju.....	14
4.6 Gjennomføring av intervju og bearbeidelse av dataen.....	15
4.7 Analyse av datamateriale.....	15
4.8 Etske aspekter ved studien .....	17
4.9 Forskerrollen, forforståelse og refleksivitet.....	18
<b>5.0 Funn</b> .....	18
5.1 Opplæring og kompetanse.....	18
5.2 Mistanke om barnemishandling.....	20
5.3 Egne erfaringer.....	21
5.4 Melderutiner ved mistanke.....	22
5.5 Forslag til kompetanseheving .....	23
<b>6.0 Diskusjon</b> .....	24
6.1 Opplæring og kompetanse.....	24
6.2 Mistanke om barnemishandling.....	25
6.3 Egne erfaringer.....	26
6.4 Melderutiner ved mistanke.....	27
6.5 Forslag til kompetanseheving .....	28
<b>7.0 Metodediskusjon</b> .....	29
7.1 Gyldighet .....	29
7.2 Pålitelighet .....	30
7.3 Overførbarhet .....	31
7.3 Begrensninger .....	31
7.4 Implikasjoner for videre forskning .....	32

<b>8.0 Konklusjon</b> .....	32
<b>9.0 Litteraturliste</b> .....	34
<b>Vedlegg I:</b> .....	38
<b>Vedlegg II:</b> .....	39
<b>Vedlegg III:</b> .....	40

## 1.0 Innledning

I arbeidslivet møter radiografer på tilfeller av unge pasienter som mistenkes å ha blitt utsatt for vold og mishandling av foresatte. Som helsepersonell har man en viktig oppgave i å varsle dersom det er mistanke om barnemishandling. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) gjennomførte i 2019 en nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år. Her kom det fram at så mange som 20% har opplevd fysisk vold fra foreldre minst én gang. Blant barn 0-18 år er det 5% som har opplevd alvorlig fysisk vold. Alvorlig fysisk vold er når en voksen hjemme sparker eller banker opp barnet (Hafstad & Augusti, 2019). Folkehelse rapporten fra 2019 viste at 1 av 20 barn og unge i Norge har en oppvekst der vold og barnemishandling preger hverdagen (Reneflot et al., 2019).

I Norge har alt helsepersonell – inkludert radiografer – opplysningsplikt til barnevernet. Det vil si at når det er grunn til å mistenke at et barn har blitt, eller blir utsatt for mishandling har helsepersonell plikt til å melde fra til barnevernet om situasjonen (Helsepersonelloven, 1999, §33). Ved å overholde denne meldeplikten kan man avdekke mishandling mot barn og bidra til å forebygge ytterligere skader. For å gjøre dette på best mulig måte er man avhengig av klare retningslinjer og et sterkt tverrprofesjonelt samarbeid. “Formålet med opplysningsplikten er å sikre at barn som trenger det, får nødvendig oppfølging, omsorg og beskyttelse fra barneverntjenesten” (Helsedirektoratet, 2018). Ved mistanke er det ekstremt viktig at det blir meldt ifra om, da det å bli utsatt for mishandling kan medføre helseplager videre i livet. Barn utsatt for vold i barndommen opplever i større grad fysiske helseplager når de når ungdomsalder, enn barn som ikke har blitt utsatt (Rueness, 2021).

Radiografens rolle i å melde fra om mistenkt barnemishandling er avgjørende for å skille traumer fra andre medisinske tilstander, estimere tidspunkt for skade, foreslå mulig årsak og dermed vurdere bekymring ut fra barnets alder. Sannsynligheten for ikke-tilfeldig skade øker når skaden ikke passer overens med omsorgspersonens forklaring, når rapporterte skader er uventede for barnets utviklingsstatus, eller når brudd i forskjellige aldre blir avdekket (Pfeifer et al., 2017). Det er flere typer brudd som er mer vanlig ved misbruk, og som øker



sannsynligheten for ikke-tilsiktet skade. Den vanligste skaden er fraktur i en av de lange rørknoklene i kroppen, som for eksempel overekstremiteter og underekstremiteter, mens de mest spesifikke for mishandling er costafrakture og metafysefrakture. Costafrakture oppstår når brystkassen klemmes, og forbindes ofte med hender som klemmes rundt barnet. Metafysefrakture oppstår av en vridende trekkbevegelse, eller som konsekvens av voldsom risting (Negus, 2015). Andre skader, som i seg selv er uspesifikke i årsakssammenheng, blir mistenkelige når forklaringen ikke samsvarer med typen skade (Dwek, 2011). Når det vekkes mistanke om overgrep mot barn utføres en grundig skjelettundersøkelse (Jain, 2015).

Det er utfordrende for en radiograf å vite hva man skal gjøre når man mistenker at barn har blitt utsatt for mishandling. Det kan rå en usikkerhet over hva man skal gjøre og hvordan man skal gå fram. Medvirkende faktorer til usikkerheten er mangelfull opplæring på fagfeltet, lite tverrfaglig samarbeid og frykt for å handle feil (Davis & Reeves, 2006). På bakgrunn av dette ønsker vi å undersøke hvilke erfaringer norske radiografer opplever de har om varslings ved mistanke om barnemishandling, samt om det er behov for mer kompetanse på feltet.

## 1.1 Problemstilling

På bakgrunn av dette vil vi besvare følgende problemstilling:

*Hovedproblemstilling: "Hvilke erfaringer har radiografer på radiologisk avdeling om varslings ved mistanke om barnemishandling?"*

Med erfaringer tar vi utgangspunkt i både opplevelser og grad av kompetanse innenfor feltet.

*Underproblemstilling: "Er det behov for kompetanseheving blant radiografer?"*

## 1.2 Begrepsavklaring

I oppgaven defineres barnemishandling som: «Barnemishandling er å utsette barn for fysisk eller psykisk vold, seksuelle overgrep, krenkelser eller forsømmelse av barnets grunnleggende behov” (Dyp & Flekke, 2019). Fokuset i oppgaven er mistanke om at barn er utsatt for fysisk vold, da denne er mer synlig i radiografens arbeidsdag. Vi definerer fysisk vold som: “Fysiske overgrep mot barn innebærer at en voksen person påfører et barn smerte, kroppslig skade eller sykdom” (Dyp & Flekke, 2019). Barn defineres som alle mennesker under 18 år (Barnekonvensjonen, 1989). En mistanke er en alvorlig bekymring for at barnet utsettes for mishandling, men det foreligger ingen bevis (NICE, 2009, s.9).

## 2.0 Tidligere forskning, lovverk og forskrifter

I dette kapittelet vil vi presentere tidligere forskning, relevant lovverk og forskrifter.

### 2.1 Tidligere forskning

Det er gjennomført flere studier som handler om møtet mellom helsepersonell og barn som er utsatt for mishandling. Mange av disse har tatt for seg selve rapporteringen etter oppstått mistanke, altså hva som gjør at noen velger å rapportere mens andre ikke gjør det. Mye av forskningen på området radiografi og barnemishandling fokuserer på hvilke typer skader og frakturer som indikerer barnemishandling, ofte fra radiologers perspektiv.

Vi har valgt å inkludere studier som har fokusert på radiografers rolle ved mistanke om barnemishandling.

Davis og Revees (2006) så på hvilken rolle radiografer hadde ovenfor barn som blir utsatt for barnemishandling. Forfatterne sammenlignet oppfatningen til radiografene ved bruk av

fokusgruppeintervju. Til sammen deltok 60 radiografer fordelt på 11 fokusgrupper, og det var deltakere fra både England og Irland. I studien kom det fram at de fleste radiografene var enige om at de hadde en viktig rolle i å beskytte barnet. De var i første rekke ved ulykker og skade, og hadde dermed en unik mulighet til å observere samspillet mellom barnet og omsorgspersonen. Videre gikk kommentarer som at radiografer alltid burde rapportere eventuelle mistenkeligheter, igjen. Likevel rapporterte flertallet av radiografene manglende opplæring i behandling av, og rapportering av utsatte barn. De ønsket blant annet bedre opplæring for å kjenne igjen tegn på mishandling, både når det kom til skjelettskader, og andre tegn på overgrep, samt klarere retningslinjer for hvordan man skal håndtere og rapportere en eventuell mistanke.

I den kvalitative studien til Antwi et al. (2021) undersøkte forfatterne hvilke faktorer som påvirket holdningene til radiografen rundt rapportering av mistenkt barnemishandling. De gjennomførte semistrukturerte intervjuer av 20 radiografer i Ghana, som alle hadde opplevd mistenkt barnemishandling i løpet av arbeidslivet. Blant deltakerne var det 16 menn og 4 kvinner. Deltakerne hadde ulik kulturell og etnisk bakgrunn. Resultatet fra studien viste at radiografene opplevde mangel på opplæring og undervisning, samt følte at de hadde begrenset kunnskap rundt regelverket når det kom til rapportering. Det var også lite tverrfaglig samarbeid rundt håndtering av mistanke (Antwi et. al, 2021). Deltakerne savnet strukturer og retningslinjer fra sykehusledelsen som kunne gjøre det lettere å melde fra ved mistanke om barnemishandling.

Jain (2015) understrekte den sentrale rollen bildediagnostikk har når det kommer til å avdekke tilfeller av barnemishandling. Barneradiologer og deres erfaringer er verdifulle i rettsaker der man skal skille mellom skader på barn som skyldes uhell og det som skyldes mishandling. Bildene som produseres er livsviktige og gir et objektivt bilde på barnets skader og traumer. Ved mistanke om barnemishandling er røntgen helkropp førstevalget. Forfatteren sa at ved slike undersøkelser vil man ha muligheten til å stadfeste tidspunktet barnet fikk skaden/bruddet. Underveis i en slik undersøkelse tas bilder av alle anatomiske områder på barnekroppen, og en radiolog vurderer dem fortløpende. Dersom det i bildene

finnes indikasjon på barnemishandling gjennomføres en ny røntgen helkropp av barnet omtrent to uker etter den første. Hodetraumer påført barn ved mishandling er en av de vanligste dødsårsakene hos barn under to år (Jain, 2015). I slike tilfeller brukes computertomografi (CT) eller magnetisk resonans (MR) for ytterligere undersøkelser. Jain (2015) trakk avslutningsvis fram viktigheten av kollegialitet når det gjelder tilfeller der man mistenker barnemishandling. Forfatteren viste til kommunikasjon og samarbeid som sentrale faktorer da mistanke om barnemishandling er sammensatte problemstillinger.

I oversiktsartikkelen til Nguyen og Hart (2018) ble blant annet radiografens rolle knyttet til undersøkelse av overgreppsutsatte barn, diskutert. Det kom fram at barnemishandling er en viktig årsak til skade og død hos barn, spesielt hos små barn, og at det oftest er omsorgspersoner som utøver overgrepene. Videre kom det fram at radiologiske undersøkelser, i tillegg til kliniske og sosiale funn, var avgjørende for riktig diagnostisering ved mistanke om barnemishandling. Under undersøkelsen av mistenkelige tilfeller er det viktig at radiografen opptrer profesjonelt og ikke mistenkeliggjør omsorgspersonen. Radiografer har et ansvar om å beskytte barna, så deres rolle er å produsere bilder av optimal kvalitet med nøyaktig dokumentasjon, samt rapportere eventuelle mistanker (Nguyen & Hart, 2018).

## 2.2 Lowerket og forskrifter

Nedenfor er et utdrag fra helsepersonelloven som alle helsepersonell er pliktig å følge.

### **§ 33. Opplysningsplikt til barnevernet**

Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenesten. Helsepersonelloven (1999) sier at helsepersonell skal uten hinder av taushetsplikt melde fra til barneverntjenesten uten ugrunnet opphold

- a. når det er grunn til å tro at et barn blir eller vil bli mishandlet, utsatt for alvorlige mangler ved den daglige omsorgen eller annen alvorlig omsorgssvikt.

- b. når det er grunn til å tro av et barn har en livstruende eller alvorlig sykdom eller skade og ikke kommer til undersøkelse eller behandling, eller at et barn med nedsatt funksjonsevne eller et spesielt hjelpetrengende barn ikke får dekket sitt særlige behov for behandling eller opplæring. (§33)

I samme paragraf står det at i alle helseinstitusjoner skal det utvelges en person som har ansvar for å melde videre mistanker på avdelingen, en såkalt ansvarsperson. Det vil si at det skal utvelges en person man kan ta opp mistanker med, som videre skal ha kunnskap og være sikker i melding videre til barnevern. Dette kan være en trygghet for de som opplever mistanken, og kan bidra til at flere mistanker meldes inn. Denne personen skal ha dialog med helsepersonellet som kommer med opplysninger om meldingen er videreformidlet eller ikke, samt med begrunnelse (Helsepersonelloven, 1999, § 33).

I tillegg til disse lovene man er pliktig å følge som ferdig utdannet helsepersonell, finnes det også retningslinjer for hva man skal ha tilegnet seg kunnskap om gjennom radiografutdanningen. Det står blant annet at kandidaten «kan identifisere og følge opp mennesker med sosiale og helsemessige problemer inkludert omsorgssvikt, vold, overgrep, rus og sosioøkonomiske problemer og videre sette inn nødvendige tiltak og/eller behandling eller henvise videre ved behov» (Forskrift om nasjonal retningslinje for radiografutdanning, 2019, § 11). Disse retningslinjene er relativt nye, og ble gjeldende fra og med studieåret 2020-2021. Man ser at det er krav til at en ferdigutdannet radiograf skal ha ferdigheter om å identifisere og spesielt følge opp mennesker med for eksempel omsorgssvikt, og skal kunne melde videre ved behov (Forskrift om nasjonal retningslinje for radiografutdanning, 2019, § 11).

I England kom det i 2009 retningslinjer for alt helsepersonell, som handlet om barnemishandling. Disse retningslinjene inneholdt hvilke tegn helsepersonell kan se etter som indikerer mishandling. Retningslinjene skal hjelpe til å avdekke tilfeller av mishandling, både fysiske, psykiske og seksuelle, og gjøre det lettere å oppdage for ansatte som ikke jobber i barnevernet (NICE, 2009, s. 4). Det kom fram at barn kan ha både fysiske og psykiske tegn som kan antyde at barnet er blitt utsatt for barnemishandling. Samhandling med

foresatte og omsorgspersoner og forklaring opp mot skade er tegn man skal følge med på, i tillegg til skader som for eksempel blåmerker, arr, termiske brannskader, frakturer og intrakranielle skader. Ved frakturer ser man på mistenkelige tegn som flere brudd uten medisinsk sykdom som disponerer for skjøre bein, flere brudd med ulik alder, forklaring på skade som ikke samsvarer med røntgenbevis og brudd som kommer fram på røntgen uten at det er klinisk tydelig, for eksempel ribbeinsbrudd. NKVTS publiserte i 2018 «Veileder for helse – og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner». Denne bygger på NICE (2009) sine retningslinjer, og målet er økt kunnskap og evne til å gjenkjenne tegn på at barn er utsatt for mishandling og overgrep, for helsepersonell. Veilederen skal også gi kunnskap om hva som skal gjøres ved mistanke og hvilke lover og regler som gjelder (NKVTS, 2018).

## 4.0 Metode

Studiens metode er forskerens fremgangsmåte for å innhente og analysere data. Denne består av gitte retningslinjer som samsvarer med det fenomenet som skal studeres, og problemstilling som skal besvares (Kvale & Brinkman, 2012). Vi vil i dette kapittelet redegjøre for vårt valg av metode og forskningsdesign, intervjuprosessen og etiske aspekter ved studien.

### 4.1 Valg av metode

Målet vårt med studien er å belyse radiografers subjektive erfaringer om varsling ved mistanke om barnemishandling, i tillegg til å vurdere om det er behov for kompetanseheving. For å tilegne oss denne kunnskapen er kvalitativ metode best egnet. Kvalitativ metode produserer empiri basert på meninger og opplevelser knyttet til et gitt fenomen (Malterud, 2018). Vi har gjennomført fem semistrukturerte intervjuer for å besvare problemstillingen vår.

## 4.2 Rekruttering

Deltakerne ble rekruttert ved en kombinasjon av strategisk utvalg og snøballutvalgsmetoden. Strategisk utvalg innebærer at deltakerne rekrutteres etter hvor relevante de er for å belyse og besvare problemstillingen. Et strategisk utvalg er egnet når utvalget er lite, noe som passer for en oppgave av vår størrelse (Halvorsen, 2009). En snøballutvalgsmetode er når man får informasjon om potensielle deltakere fra deltakere man allerede har etablert kontakt med (Halvorsen, 2009).

Vi ønsket et utvalg med bredde, erfaringer og meninger relevant for å belyse og besvare problemstillingen vår. Vi tok kontakt med et stort sykehus med mange ansatte på aktuell avdeling. På bakgrunn av at vi hadde behov for deltakere, og var usikre på eventuell respons satte vi ikke noe kriterium for hvor gamle/unge deltakerne skulle være og heller ikke noe om antall år de skulle ha jobbet på avdelingen. Det ble opprettet kontakt med en nøkkelperson som oppga kontaktinformasjon til andre potensielle deltakere. Vi sendte e-post hvor vi kort introduserte oss selv og prosjektet (Vedlegg II). Responsen vi fikk på forespørsel om deltakelse var utelukkende positiv. Vi avtalte intervjuene fortløpende etter hvert som deltakere meldte interesse og mulighet. Tabell 1 viser en presentasjon over deltakerne, der man kan se at fire av de fem deltakerne arbeidet på barnerøntgen, og en på generell røntgen.

### 4.2.2 Presentasjon av deltakere

*Tabell 1: Presentasjon av deltakere*

Deltaker nr.	Avdeling	År i arbeidslivet (nåværende avdeling)	Kjønn
1	Barnerøntgen	28 år (26 år)	Kvinne
2	Barnerøntgen	30 år (29 år)	Kvinne
3	Barnerøntgen	3 år (2 mnd.)	Kvinne
4	Generell røntgen	20 år (13 år)	Kvinne
5	Barnerøntgen	7 år (3 år)	Kvinne

### 4.3 Intervju

Før vi begynte med intervjuene utarbeidet vi en intervjuguide (Vedlegg I). Denne ble utarbeidet i fellesskap og alle tre deltok. Intervjuguide er et hjelpemiddel som bidrar til å holde fokuset på fenomenet som skal undersøkes (Drageset og Ellingsen, 2010). Innholdet i en intervjuguide er sentrale temaer og potensielle spørsmål som dekker studiens overordnede tema (Krumsvik, 2014). I utarbeidelsen av intervjuguiden benyttet vi oss av traktprinsippet hvor man åpner med innledende generelle spørsmål, deretter snevrer man seg inn, for så å gå bredere igjen mot slutten (Dalen, 2011). Ved utarbeidelsen av temaene konkretiserte vi forskningsspørsmålet vårt og utarbeidet temaer som vi mente var viktige å dekke for å besvare det. Deretter lagde vi spørsmål som dekket temaene.

Intervjuguiden ble bygget opp av fire temaer: (1) generelt innledende spørsmål, (2) melderutiner, (3) opplæring og kompetanse og (4) veien videre.

### 4.5 Pilotintervju

Vi valgte å gjennomføre et pilotintervju i forkant av intervjuene. Et pilotintervju gjør det mulig for forskeren på forhånd å undersøke i hvilken grad spørsmålene gir data som kan brukes til å svare på forskningsspørsmålet (Maxwell, 2005). For å finne deltaker til pilotintervju benyttet vi oss av nettverk knyttet til Høgskulen på Vestlandet. Vi søkte en deltaker som var utdannet radiograf da dette var en forutsetning for å kunne svare på spørsmålene i intervjuguiden.

Pilotintervjuet tok i underkant av 15min. Spørsmålene ble oppfattet som tiltenkt, og det var ingen misforståelser. Vi opplevde også at vi fikk svar som kunne benyttes til å besvare problemstillingen vår. Erfaringen fra pilotintervjuet var at vi hadde litt for få spørsmål på hvert tema. I tillegg var rekkefølgen på spørsmålene noe unaturlig. Etter pilotintervjuet



utarbeidet vi i fellesskap noen spørsmål til og jobbet med rekkefølgen, dette for å belyse hele temaet og for å få litt mer tid på hvert intervju.

#### 4.6 Gjennomføring av intervju og bearbeidelse av dataen

Intervjuene ble gjennomført i perioden februar-mars. Totalt gjennomførte vi fem intervjuer, tre av dem ansikt til ansikt og to av dem på Zoom. Tiden på intervjuene var mellom 12-15 min. Vi fordelte intervjuene mellom oss tre. Vi valgte å gjennomføre to av intervjuene på Zoom fordi deltakerne var spredt geografisk. På Zoom gjennomførte vi intervjuene en-til-en, fremfor at flere av oss deltok på intervjuet. Vi mente at dette ble lettere både for deltakerne og oss som intervjuet. På de resterende tre intervjuene var vi to. En av oss stilte spørsmålene, mens den andre passet på det tekniske og kom med eventuelle oppfølgingsspørsmål. Intervjuene ble gjennomført på arbeidsplassen til deltakerne. Antall deltakere er valgt basert på en kombinasjon av tidsmessige årsaker og oppgavens omfang.

Transkriberingen ble gjennomført kort tid etter at intervjuene var gjennomført og de fremdeles satt ferskt i minnet. Vi transkriberte intervjuer vi selv hadde deltatt på, da vi vurderte det som en fordel å ha vært i intervjusituasjonen dersom noe fremstod som uklart på opptaket i forhold til hva som ble sagt eller eventuell kontekst. At vi valgte å fordele transkriberingen bidro til å effektivisere prosessen.

#### 4.7 Analyse av datamateriale

I analyseprosessen gjør forskeren seg kjent med innhentet datamateriale. Man strukturerer rådataen, reduserer mengden data og avdekker eventuelle mønster og temaer (Braun & Clarke, 2006; Kvale & Brinkman, 2010). Vi tok utgangspunkt i tematisk innholdsanalyse og fulgte de seks trinnene i henhold til Braun og Clarke (2006), se tabell 2. Som verktøy brukte vi analyseprogrammet Nvivo som er egnet for kvalitative data og hjelper å organisere og strukturere rådata (HVL, 2022) inn i koder og tema (tabell 3).

*Tabell 2: Selvkomponert tabell inspirert av tematisk innholdsanalyse til Braun og Clarke (2006). Illustrerer hva som ble gjort trinnvis i analyseprosessen.*

Trinn	Hva ble gjort
1. Forskeren gjør seg kjent med egen data	Vi leste gjennom transkripsjonene hver for oss for å få et generelt inntrykk av egen rådata
2. Utarbeidelse av koder	I denne delen av analysen gikk vi sammen og gjennomgikk de transkriberte intervjuene i Nvivo, og jobbet oss fram til 16 koder.
3. Utarbeidelse av temaer	Denne fasen ble gjennomført i fellesskap. Vi jobbet oss gjennom kodene fra trinn to og ble enig om hvilke som kunne slås sammen og utgjøre temaer.
4 Gjennomgang av temaer 5 Ferdigstilling av temaer	Vi opplevde at trinn fire og fem hadde en glidende overgang. Her jobbet vi inngående med kodene våre og vurderte igjen om de passet til temaet og vice versa. Etter å ha diskutert endte vi opp med fem hovedtemaer.
6 Ferdigstill og skriv resultat	Deltakernes meninger er beskrevet under egne overskrifter i kapittel fem. Her har vi forsøkt å få tak i essensen i deltakernes synspunkter. Dette er illustrert ved utvalgte sitater.

Tabell 3: Tabell som viser hvilke koder som utgjør hvilke tema

Koder	Tema
Kursing	Opplæring og kompetanse
Undervisning i utdannelsen	
Formell opplæring	
Interne prosedyrer	
Allerede mistanke	Mistanke om barnemishandling
Handle for klarere mistanke	
Opplevd mistanke	
Tegn på barnemishandling	
Radiografens rolle	Egne erfaringer
Egne opplevelser/erfaringer og tanker	
Kollegialitet	
Samspill med kolleger	Melderutiner ved mistanke
Hvor går grensen for å melde?	
Trygg på melderutiner	
Økt fokus i utdannelsen	Forslag til kompetanseheving
Kompetanseheving	

#### 4.8 Etiske aspekter ved studien

I forkant av intervjuene sendte vi ut samtykkeskjema til deltakerne (vedlegg III). Før vi gjennomførte det enkelte intervjuet fikk vi en signert utgave av samtykkeskjemaet, og sikret oss at de hadde lest gjennom det og forstått hva deltakelsen innebar. Et samtykkeskjema inneholder opplysninger om studiens formål, frivillighet og muligheten til når som helst å trekke seg, og hva som skjer med opplysningene dine (SIKT, u.å.). Skjemaet vårt inneholdt dette, samt hvordan vi planla å gjennomføre intervjuet, og hvordan vi ville gå fram for å anonymisere deltakerne. Vi tok lydopptak av intervjuene. De som ble gjennomført ansikt-til-ansikt ble tatt opp på mobiletelefon som er passord beskyttet. Intervjuene gjort på Zoom ble tatt opp som lydfil på passord beskyttet pc.

#### 4.9 Forskerrollen, forforståelse og refleksivitet

Som forsker er det viktig at man jobber for å sikre gjennomgående kvalitet i studien. I en kvalitativ studie vil forskerens forforståelse kunne prege egne data. Vi vil derfor redegjøre for vår forforståelse, og hvilke roller vi har spilt i forskningsprosessen og eventuelt påvirket den. Dette omtales som refleksivitet og er viktig at forskeren er bevisst på (Dalen, 2011). Forforståelse er den «ryggsekken» vi som forskere har med oss inn i forskningen og forskerrollen (Malterud, 2018). Forforståelsen vår er en kombinasjon av faglig kompetanse fra utdannelsen og praksis. I tillegg har vi egne oppfatninger om hva som er riktig og hva man bør gjøre dersom man mistenker barnemishandling. Under intervjuene forsøkte vi å ikke styre intervjuet i enkelte retninger kun for å bekrefte egne antakelser og holdninger. Målet vårt var å skape rom for deltakerne til å dele egne tanker og erfaringer.

### 5.0 Funn

I dette kapittelet presenteres funnene våre. Formålet med studien vår er å få økt innsikt i hvilke erfaringer radiografer har når det kommer til varsling ved mistanke om barnemishandling. Vi ønsket å vurdere om det var behov for kompetanseheving blant radiografer. På bakgrunn av denne problemstillingen ga analysen vår fem hovedkategorier: (1) Opplæring og kompetanse, (2) Mistanke om barnemishandling, (3) Egne erfaringer, (4) Melderutiner ved mistanke og (5) Forslag til kompetanseheving.

#### 5.1 Opplæring og kompetanse

Deltakerne hadde forskjellig opplæring og kompetanse. Tre av deltakerne hadde deltatt på tverrfaglig dagseminarer i regi av sykehuset, som handlet om barnemishandling. Dette trakk de fram som positivt for både å lære og opprettholde egen kunnskap innen fagfeltet. Seminaret arrangeres to ganger i året, men det er ikke obligatorisk å delta:

«Her på [sykehuset] arrangeres det kurs, heldagskurs om mishandling som involverer flere profesjoner, politiet er involvert og barnevernet, et tverrprofesjonelt kurs som jeg har fått anledning til å delta på som er veldig nyttig for alle radiografer [...]»

Deltaker 5

To av deltakerne fortalte om andre kurs man kunne søke arbeidsgiver om å få delta på som handlet om barnemishandling, der kurset ikke er obligatorisk, men opp til en selv. Når det gjaldt opplæring viste flertallet av deltakerne til sykehusets egne interne prosedyrer som lå lett tilgjengelig på intranettet. De fleste av dem var kjent med hvordan de skulle bruke dem og hvor i intranettet man fant dem. Til tross for dette kom det klart fram at det ikke ble gitt noen formell opplæring rundt prosedyrer og rutiner om varsling ved mistanke om barnemishandling:

«[...] melderutiner, det er jo muntlig da, det blir sagt at ser du noe, så si noe sant, si det til en lege eller si det til en kollega, og det er på en måte der den opplæringen strekker seg da.»

Deltaker 5

Det ble også klart at ingen av deltakerne opplevde at de hadde fått med seg noe særlig kompetanse fra undervisningen i utdannelsen, om fagfeltet barnemishandling:

«[...] det kan være hukommelsessvikt som gjør at jeg sier at jeg ikke husker det egentlig, det kan godt hende jeg har lært noe på skolen om det, men jeg hadde ikke noe sånn veldig tydelig med meg fra utdanningen [...]»

Deltaker 5

På spørsmål om det var noe de savnet i utdannelsen sin svarte deltakerne at de så verdien av å ha vært innom tematikken, men var usikre på om det var behov for ytterligere undervisning enn det:

«Man skal i alle fall vite om det, spørsmålet er i hvor mye i dybden man skal gå [...]»

Deltaker 1

En annen deltaker påpekte at utdannelsen til en radiograf er utfordrende nok. For dem var det viktigere at utdannelsen hadde fokus på å gjøre radiografer trygge på arbeidsplassen med aktuelle arbeidsoppgaver, så ville det andre komme i løpet av arbeidslivet:

«[...] når du er nyutdannet så er det så mye du skal ha styr på, bare det å ta en vanlig albue på noen [...] du må ha fokus på å bare bli god først før du skal ha så mye fokus på akkurat den biten der tenker jeg. [...] Så jeg tror ikke at grunnutdanningen, jeg tror det er så mye en skal lære som nyutdannet at det fokuset må få lov til å komme litt senere. Fordi det er en ganske mental belastning å stå i den situasjonen egentlig.»

Deltaker 2

Felles for deltakerne var en opplevelse av at den kompetansen de hadde kom fra arbeidslivet og den aktuelle arbeidsplassen:

«Kompetansen har jeg fått i praksis på arbeidsplassen.»

Deltaker 2

## 5.2 Mistanke om barnemishandling

Alle deltakerne hadde på en eller annen måte opplevd tilfeller av barnemishandling i jobben som radiograf. I mange av tilfellene var det allerede mistanke om mishandling når barnet kom til røntgen. Barnet hadde da først vært innom legevakten og blitt henvist videre med mistanke, eller så kom det via barnevernet:

“[...] de kommer veldig ofte fra barnelegene, så det er de som har mistanke.”

Deltaker 2

De fleste deltakerne hadde likevel også opplevd noen få tilfeller der det var de selv som hadde tatt mistanke og meldt ifra. Deltakerne nevnte ofte mistenkelige frakturer, blåmerker og forklaringer som ikke stemte overens med skaden:

“Det var et mistenksomt fall, der historien til foreldrene ikke gikk opp imot pasientens skade.”

Deltaker 3

“[...] de som kommer med brudd som ikke kan svare på hvordan det har skjedd, eller at bruddet er litt sånn tvert over, så det skal en god forklaring for at barnet skal ha fått til det, vanligvis så blir det jo en spiral.”

Deltaker 2

På spørsmål om det gjøres noen tiltak for å få ut en klarere mistanke dersom det var en liten mistanke, var det delte svar. En av deltakerne kunne gjerne stille flere spørsmål dersom det var noe som ikke stemte når barnet var tatt inn. En annen deltaker så ikke på det som sin jobb:

“[...] det har jeg ingenting med å gjøre, det er ikke min jobb, min jobb er å melde en bekymring, min jobb er ikke å rydde opp i noe som helst for det har jeg ingen forutsetninger for å vite hva det egentlig er de holder på med eller hva er denne situasjonen [...]”

Deltaker 1

### 5.3 Egne erfaringer

Under intervjuene kom det fram at deltakerne synes radiografer har en viktig rolle i å være observant i møtet med pasienter. En deltaker påpekte at det var viktig å ikke mistenkeliggjøre pårørende:

«[...] vi skal jo ikke mistenkeliggjøre folk heller [...] så det er utfordrende [...]»

Deltaker 5

Deltakerne er uenige om hvor trygge de er til å melde videre. Alle synes det er viktig å diskutere sin mistanke med kolleger og annet helsepersonell som møter pasienten, og la flere parter vurdere om det er grunn til å melde videre. Dette med samhandling var svært sentralt for alle deltakerne, og det kom fram som en avgjørende faktor for å melde videre. En deltaker anga at dersom en lege var uenig i radiografens mistanke om at et barn blir utsatt for barnemishandling, så følte deltakeren at legen overstyrer hennes mistanke:

«Jeg vet jo hva jeg skal gjøre hvis det kommer, men jeg er jo alltid litt usikker på om jeg bør melde fra selv uansett, eller er det litt voldsomt hvis legen i skademottaket

sier at her er det ikke noe, og så mener kanskje jeg at det er. Så føler jeg jo litt at det overstyrer min avgjørelse [...]»

Deltaker 4

Alle deltakerne oppga at de tidligere hadde opplevd å ane mistanke om at en pasient har blitt utsatt for barnemishandling. Dette har gått på pasienters samhandling og kommunikasjon med pårørende samt forklaringer som ikke stemte overens med pasientens skade. De tidligere erfaringene har vært både fysiske og psykiske. Tre av deltakerne nevnte at deres opplevelser har gitt sterke inntrykk, og det kom fram at de var usikre på hvordan det gikk etterpå:

“Så det er jo noen du bærer med deg en god stund [...] den dagen man slutter å bry seg om det må man slutte å jobbe.”

“[...] største minuset med, eller ikke minus [...] men man lurer jo av og til på hvordan går det med disse etterpå, men det har ikke vi krav på å vite.”

Deltaker 1

#### 5.4 Melderutiner ved mistanke

Flertallet av deltakerne hadde alle i en eller annen grad en formening om hva de skulle gjøre dersom de fikk mistanke om barnemishandling. I slike tilfeller ville alle melde fra til en person som hadde ansvaret, enten en radiolog eller barnelege:

«[...] vi vet hvem som har ansvar for det på barneklubben. Vi tar jo direkte kontakt. Vi varsler jo selvfølgelig først til den radiologen vi har [...]»

Deltaker 2

Det var delte meninger for hvor grensen går for varsling. En deltaker mente at det ikke skal så mye til før man burde varsle, mens en annen mente at mistanken burde være sterk. Det fordi et varsel kan ødelegge en familie. Selv om det var ulike oppfatninger om hvor grensen for varsling går, var de fleste trygge på melderutinene:



« (...) hvis jeg hadde opplevd noe som jeg mente var grunnlag for videre undersøkelse så ville jeg meldt til radiolog [...]»

Deltaker 5

Kun en av deltakerne sa at hun ikke følte seg trygg på melderutinene. Vedkommende fortalte at hun absolutt ikke følte at hun visste hva de skulle gjøre dersom det skulle bli behov for å melde mistanke:

«Det har jeg prøvd å spørre om, men jeg har ikke fått svar. Så det er jeg usikker på.»

Deltaker 3

## 5.5 Forslag til kompetanseheving

Deltakerne påpekte at det med fordel kunne vært mer fokus på temaet ute i arbeidslivet. Det ble trukket fram mer teoretisk opplæring, i form av for eksempel foredrag og jevnlig undervisning om hvordan man går fram for å melde – selv om man kan få all informasjon og retningslinjer på intranettet. Flere tok opp gjennomgang av ulike caser som en nyttig ressurs. Det var imidlertid ulike meninger blant deltakerne om hvorvidt man skal lære om temaet i utdanningen. De fleste mente det ikke bør tas for mye opp i utdanningen, og at man som nyutdannet har nok å fokusere på:

“(...) jeg tror det er så mye en skal lære som nyutdannet at det fokuset må få lov til å komme litt senere.”

Deltaker 2

Noen mente imidlertid at det kunne vært en fordel å ha noe mer undervisning på det i utdanningen og at det er viktig å tørre å sette fokus på det:

“[...] gjerne i utdanningen [...] at man tør å sette fokus på det, for det er vel gjerne litt tabu ennå, det er ikke sånn som du snakker så veldig høyt om [...]”

Deltaker 1

## 6.0 Diskusjon

### 6.1 Opplæring og kompetanse

Ingen av deltakerne kunne huske å ha hatt noen undervisning om temaet barnemishandling som en del av utdannelsen sin. En av deltakerne sa at hun muligens hadde en forelesning om dette, men ikke noe hun kunne huske. At ingen av deltakerne kunne minnes å ha hatt forelesninger om barnemishandling kan samsvare med at retningslinjer med fokus på dette temaet, først ble gjeldende studieåret 2020-2021. I disse står det at vi som radiografer skal kunne identifisere omsorgssvikt og sette i gang tiltak (Forskrift om nasjonal retningslinje for radiografutdanning, 2019, § 11). For å gjøre dette er radiografer avhengig av tilstrekkelig opplæring. Deltakerne mente at denne opplæringen kom som en naturlig del av arbeidslivet. Hva så med nyutdannede radiografer? En kompleks utfordring som barnemishandling kan være vanskelig for erfarne yrkesutøvere å takle. Når du er nyutdannet og ikke har noen erfaring kan det bli overveldende. Selv om teori i en undervisningssammenheng ikke vil være det samme som reelle hendelser i arbeidslivet, mener vi det uten tvil er verdifullt å ha kunnskap om temaet fra utdannelsen.

På den andre siden så ikke alle deltakerne behovet for undervisning om barnemishandling som en del av radiografutdannelsen. En av deltakerne sa at utdannelsen er omfattende nok som den er og det viktigste for en nyutdannet radiograf først og fremst er å kunne fremstille bilder av diagnostisk verdi. Dette er en holdning som kan tyde på ansvarsfraskrivelse. Helsepersonell og studenter har selv et ansvar for egen læring, dermed å innhente informasjon og å sette seg inn i lover og retningslinjer selv om det ikke undervises om i klasserom. En annen sa at det holdt at man hadde vært innom temaet i studieløpet, men at det var nok. Spørsmålet blir da i hvilken grad utdannelsen bør fokusere på temaet barnemishandling.

Radiografer er underlagt helsepersonelloven. I denne står det at man har meldeplikt som fratar en fra taushetsplikten dersom man mistenker at et barn blir mishandlet. Forløpet her er at man melder til den personen på avdelingen som har ansvaret (Helsepersonelloven, 1999, §33). Det fremsto som klart for alle deltakerne hvem denne personen var på den enkeltes arbeidsplass. Det kom også fram at dersom man var usikre på hvem den aktuelle personen var, var dette informasjon tilgjengelig på intranett.

Totalt sett opplevde flertallet av deltakerne at de hadde en god kombinasjon av opplæring fra kurs og seminar, i tillegg til kompetanse og erfaring fra arbeidshverdagen. De mente også at de hadde tilgang på nødvendig kunnskap enten ved bruk av sykehusets databaser eller kompetanse på avdelingen. Disse funnene skilte seg fra studiene til Antwi et.al (2021) og Davis og Reeves (2006). Der fant man at radiografene etterlyste både bedre opplæring, undervisning og kjennskap til regelverket. Ingen av disse studiene er fra Norge, og det er trolig at praksisen rundt opplæring på dette temaet varierer mellom institusjoner. Men det er klart at opplæring oppleves som viktig for radiografer uavhengig av hvor i verden man jobber. Nguyen og Hart (2017) fant også at opplæring var sentralt for å forebygge at tilfeller av barnemishandling går usett hen.

## 6.2 Mistanke om barnemishandling

Selv om det i de fleste tilfellene allerede var en mistanke om barnemishandling når barnet kom til røntgen, hadde alle intervjudeltakerne opplevd minst et tilfelle der de selv hadde valgt å melde fra, eller vært vitne til at en annen på avdelingen hadde gjort det. I motsetning til deltakerne i studien til Davis og Reeves (2016) som oppgav at de ønsket bedre opplæring for å kjenne igjen tegn på mishandling, virket intervjudeltakerne våre trygge på typiske tegn på mishandling. Flere av deltakerne oppga blant annet brudd på uvanlige steder, brudd som gikk tvert over, blåmerker og forklaringer fra omsorgspersonen som ikke samsvarte med skadene. Dette er tegn som også går igjen i NICE (2009) sine retningslinjer, og i studien til Dwek (2011).

Deltakerne var uenige hvor stor innsats man skulle legge i å få en klarere mistanke, der det var en liten mistanke fra før. Studien til Nguyen og Hart (2018) mente at radiografens rolle er å produsere bilder av optimal kvalitet med nøyaktig dokumentasjon, uten å opptre dømmende. Dersom det skulle være mistanke om barnemishandling, var det viktig at denne ble rapportert inn. Dette samsvarte med en av deltakernes syn, som mente at å få ut en tydeligere mistanke ikke var radiografens jobb. Likevel var det uenighet om hva som er radiografens rolle. En annen deltaker mente at hun gjerne kunne stille flere spørsmål for å få en klarere mistanke.

### 6.3 Egne erfaringer

Alle deltakerne mente at det var viktig å diskutere med andre kolleger dersom man fikk mistanke om barnemishandling. De fortalte at de konfererte med kolleger, både for å få råd om hva de burde gjøre, men også for å utveksle erfaringer og opplevelser. Kommunikasjon og samarbeid er svært viktig når det gjelder mistanke om barnemishandling fordi det er et så komplekst og utfordrende tema (Jain, 2015). Deltakerne var trygge på at det var rom for å spørre dersom man var usikker. Antwi et.al (2021) viste at flere av deltakerne syntes samarbeid på arbeidsplassen var vanskelig. I motsetning til våre deltakere rapporterte disse deltakerne at det var manglende interesse fra barneradiolog, og at ingen tiltak ble iverksatt dersom de varslet. Derfor opplevde deltakerne det som meningsløst å varsle. Våre deltakere hadde motsatte opplevelser. De fortalte om imøtekommende barneradiologer som de kunne diskutere med, og som tok dem på alvor.

Selv om terskelen for å varsle varierte mellom deltakerne, opplevde de at de ble tatt på alvor når de gjorde det. De færreste radiografene hadde likevel meldt om mistanke. Årsaken var at det som regel var varslet i forkant av undersøkelsen. De fleste av radiografene visste derfor hva de skulle gjøre i teorien, men få av dem hadde faktisk gjort det.

Davis og Reeves (2016) oppga at begrepet «barnemishandling» kunne oppleves som diffust, og at det er ikke alltid var klart hva det egentlig betydde. Dette kom også fram i intervjuene

våre. Deltakerne uttrykte at det var vanskelig å vurdere når det er grunn til å melde ifra, og finne ut hvor grensen går. Det opplevdes som en varierende terskel for å melde fra blant deltakerne. I studien til Davis & Reeves (2016) sa den ene deltakeren at de ville satt pris på tilbakemelding av resultater, eller utfallet for barnet etter at det har blitt meldt fra om mistanke. Dette ble nevnt som tiltak som kan gjøre forskjell i avgjørelsen om å melde videre. Det samsvarte med synet til en deltaker.

#### 6.4 Melderutiner ved mistanke

Ved mistanke om barnemishandling oppga fire av deltakerne at de var trygge på melderutinene de hadde på avdelingen. De nevnte blant annet at ved en eventuell mistanke ville de kontakte en person som hadde ansvar for slike tilfeller, og som ville følge opp saken videre. Dette er i tråd med § 33 i Helsepersonelloven, som sier at det i alle helsesituasjoner skal utvelges en person som har ansvar for å melde videre mistanker på avdelingen. Formålet med dette er blant annet at det skal oppleves trygt å melde en mistanke, og øke sannsynligheten for at mistanken meldes inn (Helsepersonelloven, 1999, § 33). Videre nevnte deltakerne egne prosedyrer på intranettet om hvordan de skal forholde seg til en eventuell mistanke. I motsetning til intervjudeltakerne, opplevde radiografene i studiene til Davis og Reeves (2006) og Antwi et al. (2021) at de manglet klare retningslinjer for hvordan de skulle håndtere og melde en eventuell mistanke. De etterspurte også klarere strukturer fra ledelsen som skulle gjøre det lettere å melde fra. Til tross for at intervjudeltakerne tilsynelatende følte seg trygge i melderutinene, var det en av deltakerne som oppga det motsatte. Denne deltakeren var ikke trygg på melderutinene, og var også usikker på hvilke prosedyrer som ble brukt.

I Helsepersonelloven § 33 står det at den som yter helsehjelp, skal melde fra til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir eller vil bli mishandlet (Helsepersonelloven, 1999, § 33). Likevel oppga en av deltakerne at mistanken burde være sterk for at den skulle meldes inn. Dette bryter med blant annet § 11 i Forskrift om nasjonal retningslinje for radiografutdanning (2019), der det står at radiografen skal sette inn nødvendige tiltak og/eller behandling, eller henvise videre ved behov. En annen deltaker

oppgå derimot at det ikke skulle så mye til før hun ville velge å melde fra. Dette samsvarer med kommentaren som gikk igjen i Davis og Revees (2006), nemlig at radiografer alltid burde rapportere eventuelle mistenkeligheter.

Selv med klare prosedyrer og retningslinjer for melderutiner, kom det fram at deltakerne oppfattet tegn og mistanke ulikt og hadde ulike meninger om når en mistanke bør meldes inn. Dette indikerer ulike oppfatninger blant deltakerne, og viser at mye innenfor dette tema er subjektivt. De ulike individene oppfatter ting forskjellig, når et helsepersonell vekker mistanke, trenger ikke nødvendigvis en annen det samme. I tillegg til ulik grad og oppfattelse av mistanke, finnes det også ulike potensielle hindringer for å melde videre. I NICE (2009) nevnte forfatterne eksempler som ubehag ved å mistenke og muligens feilaktig melde, frykt for klager og personlig sikkerhet. Det kan tenkes at helsepersonell som er relativt fersk i jobben opplever flere hindringer enn personell som er trygg i jobben og har mye erfaring.

### 6.5 Forslag til kompetanseheving

Deltakerne ønsket mer fokus på temaet i arbeidslivet, slik at de kunne øke sin kompetanse. De ønsket jevnlig kurs og undervisning, gjennomgang av caser og mer fysisk opplæring for hvordan man går frem å melde. Dette ble støttet av studien fra Davis & Reeves. Her het det at "opplæring i hva en skal se etter, atferd hos barn, tegn på overgrep, familiesituasjon/omstendigheter, trening og håndtering av hendelser" var viktige områder man burde ha kunnskap om. Deltakerne i denne studien ønsket mer tverrfaglig kommunikasjon med andre helseprofesjoner. Våre deltakere mente dette var svært nyttig og til hjelp for å melde videre. Deltakerne hos Antwi et al. (2021) opplevde minimalt tverrfaglig samarbeid. Disse forskjellene i tverrfaglig kommunikasjon kan trolig forklares av kulturelle forskjeller, og dermed ulik praksis fra våre deltakere.

Intervjudeltakerne våre var uenige i hvilken rolle temaet skulle ha i utdannelsen. Noen mente det ikke burde inkluderes. En annen deltaker mente at det måtte settes mer fokus på og gjerne komme i utdanningen. I de nye retningslinjene for radiografutdanningen heter det

at man gjennom utdanningen skal tilegne seg ferdigheter for å oppdage og følge opp mennesker utsatt for omsorgssvikt (Forskrift om nasjonal retningslinje for radiografutdanning, 2019, § 11). Som student er man dermed pliktet til å tilegne seg disse ferdighetene. Man er også som helsepersonell pliktet til å være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barnverntjenesten, og melde fra ved mistanke (Helsepersonelloven, 1999, § 33). Helsepersonelloven gjelder alt helsepersonell, også nyutdannet. Meningen en av deltakerne våre hadde om at en som er nyutdannet har nok å fokusere på, og at fokuset på barnemishandling må få komme senere, står dermed i kontrast med lovverket.

## 7.0 Metodediskusjon

Forskningsprosessen har ulike faser og det er forskerens oppgave å sikre gjennomgående kvalitet og troverdighet i alle disse (Tracy, 2010). Troverdighet i kvalitativ forskning er et paraplybegrep som omfatter studiens gyldighet, pålitelighet og overførbarhet. Skillet mellom disse er ikke vanntett og vi har jobbet med alle fasene i studien (Lincoln & Guba, 1985). Vi vil nå redegjøre for disse begrepene i lys av oppgaven vår. Avslutningsvis vil vi drøfte studiens begrensninger og hvordan dette kan ha påvirket resultatene våre, i tillegg til implikasjoner for videre forskning.

### 7.1 Gyldighet

Gyldigheten i kvalitativ forskning reflekteres i hvorvidt studien undersøker det fenomenet den hevder å gjøre. Her er datainnsamlingsprosessen, i vårt tilfelle intervjuene, avgjørende (Shenton, 2004). Vi jobbet inngående med intervjuguiden for å sikre at den genererte den informasjonen vi trengte. Her jobbet vi sammen og diskuterte oss fram til gode spørsmål i lys av problemstillingen vår. Vi gjennomførte et pilotintervju og fikk tilbakemelding på spørsmålene. Det er viktig at forskeren forholder seg nøytral i tolkning av egen data, og at de erfaringene og opplevelsene som kommer fram i analysen er deltakernes egne, upåvirket av forskerens (Lincoln & Guba, 1985). Underveis i intervjuene stilte vi oppfølgingsspørsmål

dersom noe var uklart, for å unngå misforståelser og egne tolkninger. Dette bidro til å styrke studiens gyldighet ved at vi sikret felles forståelse mellom oss og deltakerne om hva som ble sagt (Drageset & Ellingsen, 2010). Oppgaven har vært et samarbeid mellom tre personer. Dette har medført forskertrianglering hvor vi har hatt mulighet til å vurdere hverandres tolkninger kritisk. Dette har bidratt til å styrke studiens validitet (Drageset & Ellingsen, 2010).

## 7.2 Pålitelighet

Pålitelighet avhenger av forskningsspørsmålet, datainnsamling inkludert når og hvem, analysemetode og hvilke konklusjoner som trekkes (Roberts & Priest, 2006). Dette punktet handler om at funnene er konsistente og repeterbare, og det forsterkes ved å koble funn opp mot relevant tidligere forskning som støtter rådataene som er kommet fram i denne forskningen. Dette er med på å forsikre at dersom andre forskere skulle sett gjennom dataene våre, ville de fått lignende konklusjoner.

For å styrke studiens pålitelighet, er intervjudeltakerne radiografer, og spesielt radiografer som jobber tett på barn slik at temaet er relevant. Intervjuene er også gjort tett på hverandre i tidsrom. Til analyse av datamaterialet har det blitt gjennomført en tematisk innholdsanalyse, som hjelper å strukturere innhentet data i temaer. Ved bruk av denne fremgangsmåten, er det lett for andre forskere å repetere og dermed komme fram til lignende tolkninger.

Et intervju er situasjonsbetinget, det skjer ting fra dag til dag og det kan tenkes at en ikke ville fått identiske resultater om intervjuene ble gjennomført på et senere tidspunkt. I en kvalitativ forskning, der vi ser på deltakernes erfaringer og opplevelser, vil en ikke få noe konkret fasitsvar, men deltakernes ulike meninger. Dermed kan man ikke si noe om hvorvidt svarene man får kan dekke over andre enn deltakerne (Holgersen et al., 2018, s. 9).



### 7.3 Overførbarhet

Overførbarhet i kvalitative studier handler om i hvilken grad funnene kan brukes utover studiens utvalg (Creswell, 2014). I kvalitativ forskning er utvalget lite, og det er vanskelig å si noe sikkert om funnene utover eget utvalg. Funnene kan gi en indikasjon på utfallet av fenomenet i en liknende kontekst med et tilsvarende utvalg (Shenton, 2004). Det er viktig med en veldokumentert forskningsprosess med beskrivelse av rammer, kontekst og betingelser for studien (Shenton, 2004). En viktig ramme for denne studien er at den er en bacheloroppgave. Vi har redegjort for studiens forskningsprosess i kapittel 4.0 Metode.

### 7.3 Begrensninger

Det var lite tidligere forskning som omhandlet radiografens rolle ved mistanke om barnemishandling. Vi var dermed nødt til å sammenligne våre resultat opp mot eldre artikler, helt fra 2006. Dette begrenser sammenligningsgrunnlaget, og det er mulig at praksisen har endret seg de siste årene. I tillegg brukte vi en artikkel fra Ghana, noe som naturlig nok kan vise til resultat som varierer fra våre, på grunn av store kulturelle forskjeller. Vi valgte likevel å inkludere artiklene da vi så dem som aktuelle for vårt tema.

Antall deltakere i studien vår var fem. I kvalitativ forskning vil antall deltakere variere, og det kan være vanskelig å vite hvor mange man bør intervjuer for å dekke ulike aspekter ved temaet. Her bruker man metningsprinsippet hvor man intervjuer fram til det ikke lenger fremkommer noe nytt, og utbyttet ved å inkludere ytterligere deltakere ikke lenger er til stede (Halvorsen, 2009). Vi hadde ikke tid til en mer omfattende rekrutteringsprosess over lengre tid, og kan dermed ikke vite hva funnene hadde blitt dersom vi hadde hatt flere deltakere.

Vi valgte å hovedsakelig å intervjuer radiografer fra barnerøntgen. Hos de fleste deltakerne kom det fram at barna allerede hadde vært hos skadepoliklinikken, og at de dermed allerede

hadde en mistanke når de kom inn. Det hadde derfor vært interessant å inkludere radiografer fra skadepoliklinikken for å høre hva slags erfaringer de sitter med ved varsling av barnemishandling.

Deltakeren i pilotintervjuet vårt jobber ikke lengre som radiograf. Hun har heller ikke jobbet som barneradiograf, eller vært særlig involvert i saker knyttet til temaet. Pilotintervjuet ble brukt til å ferdigstille intervjuguiden. Det kan være vi hadde fått forslag til spørsmål som kunne dekket temaet på en annen måte dersom hun hadde jobbet som radiograf i dag, og/eller hadde jobbet på barneradiografisk avdeling.

#### 7.4 Implikasjoner for videre forskning

Studiens utvalg har hovedsakelig bestått av radiografer fra samme avdeling ved samme sykehus. I videre forskning kan utvalget utvides til å inkludere radiografer fra andre deler av landet, og forskjellige avdelinger. Det kunne vært aktuelt å snakke med radiografer som jobber på avdelinger der de sjeldent undersøker barn. Utvalget vårt består utelukkende av kvinner. I videre forskning kunne det vært relevant og rekruttert menn for å få et bredere inntrykk.

## 8.0 Konklusjon

Funnene våre tyder på at radiografer har varierende erfaringer med varsling ved mistanke om barnemishandling. Radiografene vi snakket med sa at de var mer eller mindre trygge på melderutinen, selv om grensen for når de skulle melde videre varierte. Det var lite obligatorisk opplæring på arbeidsplassen. Kompetansen de hadde innen fagfeltet kom fra erfaring fra arbeidslivet. Derfor var det stor variasjon i kompetansen. De radiografene som hadde arbeidet lengst opplevde større trygghet enn de som ikke hadde arbeidet like lenge. Flertallet av radiografene hadde fått tilbud om å delta på tverrfaglig seminar om barnemishandling og dette framsto som en essensiell del av deres kompetansebygging. Det

var ingen tvil om at alle radiografene mente at de som helsepersonell hadde en viktig rolle i varsling ved mistanke om barnemishandling. Likevel var det lite til ingen undervisning på studiet, og heller ingen obligatorisk opplæring som kunne bidra til å styrke kompetansen. Dette var noe de selv måtte ta initiativ til, melde seg på og få godkjent av arbeidsgiver. Vi ser på det som nødvendig med mer kontinuerlig opplæring og fokus fra arbeidsplassen sin side. Til tross for dette mente radiografene at dersom egen kompetanse kom til kort kunne de alltid stole på den helhetlige kompetansen til avdelingen.

Selv om radiografene vi snakket med stort sett oppga at de var trygge på melderutinene, er det tegn som tyder på at det er behov for kompetanseheving blant radiografer. Kompetansen de hadde, hadde de opparbeidet seg gjennom erfaringer. En fersk radiograf var dermed mer usikker på melderutinene og hvordan en mistanke skulle håndteres. Ved å ha et ytterligere fokus på temaet i utdanningen og i opplæringen på avdelingen, vil radiografer bli tryggere på håndtering av barnemishandling.

Vi gir siste ord til en av våre deltakere, som oppsummerer studien på en god måte:

«det blir sagt ser du noe, så si noe»

## 9.0 Litteraturliste

- Antwi, W. K., Reeves, P. J., Ferris, C., Aziato, L. (2021). Exploration of Ghanaian radiographers' reporting of suspected physical abuse amongst children. *Radiography*, 27(3), 817-822. <https://doi.org/10.1016/j.radi.2020.12.011>
- Barnekonvensjonen. (1989). FNs Konvensjon om barnets rettigheter (20-11-1989). FN-sambandet. <https://www.fn.no/om-fn/avtaler/menneskerettigheter/barnekonvensjonen>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2). [10.1191/1478088706qp063oa](https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa)
- Creswell, J.W. (2014). *Research Design. Qualitative, Quantitative & Mixed Methods Approaches* (4 utg.). SAGE
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode- en kvalitativ tilnærming* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Davis, M. & Reeves, P. (2006). The radiographer's role in child protection: Comparison of radiographer's perceptions by use of focus groups. *Radiography*, 12(2), 161-168. <https://doi.org/10.1016/j.radi.2005.05.007>
- Drageset, S. & Ellingsen, S. (2010). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien Forskning*, 5(4). <https://doi.org/10.4220/sykepleief.2011.0027>
- Dyp, G. & Flekke, K. (2019, 28. mars). *Barnemishandling*. Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/veiledere/veileder-i-bup/del-3-behandlingsmetoder-og-spesielle-arbeidsomrader/barnemishandling/>
- Dwek, J. R. (2011). The radiographic approach to child abuse. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 469(3), s. 776-789. <https://doi.org/10.1007/s11999-010-1414-5>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for radiografutdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal*

- retningslinje for radiografutdanning*. (FOR-2019-03-15-415). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2019-03-15-415>
- Hafstad, G. S. & Augusti, E. M. (2019). *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten*. (Rapport 4). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.  
[https://www.nkvts.no/content/uploads/2019/10/Rapport\\_4\\_19\\_UEVO.pdf](https://www.nkvts.no/content/uploads/2019/10/Rapport_4_19_UEVO.pdf)
- Halvorsen, K. (2009). *Forskningsmetode for helse- og sosialfag: en innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Cappelen akademiske forlag.
- Helsedirektoratet (2018). § 33. Opplysningsplikt til barnevernet (nettdokument). Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 05. januar 2023, lest 19. februar 2023). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/opplysningsplikt-m.v/-33.opplysningsplikt-til-barnevernet>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Holgersen, T. S., Iversen, M. A., & Kosberg, E. (2018). Kapittel 9: Samfunnsfaglig metode. *Delta! 2018*. (s. 9). Cappelen Damm. <https://delta-2018.cappelendamm.no/binfil/download2.php?tid=1885227&h=06e12ca3f857bfc92aca9dd5c6411985&sek=2278108>
- HVL. (2022, 05.januar). *Nvivo*. Høgskulen på Vestlandet. <https://www.hvl.no/student/it-hjelp/Programvareoversikt/Nvivo/>
- Jain, N. (2015). The role of diagnostic imaging in the evaluation of child abuse. *BC Medical Journal*, 57(8), 336-340. <https://bcmj.org/articles/role-diagnostic-imaging-evaluation-child-abuse>
- Krumsvik, R. J. (2014). *Forskningsdesign og kvalitativ metode - Ei innføring*. Fagbokforlaget
- Kvale, S. & Brinkman, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju* (2 utg.). Gyldendal Akademiske
- Lincoln, Y.S., og Guba, E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills CA: SAGE

- Malterud, K. (2018). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (4.utg.). Universitetsforlaget
- Maxwell, J.A. (2005). *Qualitative Research Design, An Interactive Approach* (2.utg). Sage Publications
- Negus, S. (2015). The role of radiology in child abuse. *Infant Journal*, 11(4), 127-130.  
[https://www.infantjournal.co.uk/pdf/inf\\_064\\_log.pdf](https://www.infantjournal.co.uk/pdf/inf_064_log.pdf)
- Nguyen, A. & Hart, R. (2018). Imaging of non-accidental injury; what is clinical best practice? *Journal of medical radiation sciences*, 65(2), 123-130. [10.1002/jmrs.269](https://doi.org/10.1002/jmrs.269)
- NICE. (2009). *Child Maltreatment: When to suspect maltreatment in under 18s*. National Institute for Health and Care Excellence.  
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg89/chapter/Recommendations>
- NKVTS. (2018). *Veileder for helse – og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.  
<https://voldsveileder.nkvts.no/innhold/vold-mot-barn/>
- Pfeifer, C, M., Hammer, M, R., Mangona, K, L., Booth, T, N. (2017) Non-accidental trauma: the role of radiology, *Emergency Radiology*, 24(2) s. 207-213.  
<https://doi.org/10.1007/s10140-016-1453-7>
- Reneflot, A., Stene-Larsen, K. & Myklestad, I. (2019). *Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge*. Folkehelseinstituttet.  
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/skader/vold/?term=&h=1>
- Roberts, P., & Priest, H. (2006). Reliability and validity in research. *Nursing Standard*, 20(44).  
<https://link.gale.com/apps/doc/A149022548/HRCA?u=anon~da0b5c68&sid=googleScholar&xid=7ec622e2>
- Rueness, J. (2021, 30. april). *Vold- og overgrepserfaringer i barndommen gir fysiske helseplager i ung alder*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.  
<https://www.nkvts.no/aktuelt/vold-og-overgrepserfaringer-i-barndommen-gir-fysiske-helseplager-i-ung-alder/>

Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research.

Education for Information, 22, s. 63-75. Hentet fra:

<http://www.crec.co.uk/docs/Trustworthypaper.pdf>

SIKT. (u.å). Vanlige behandlingsgrunnlag i forskning. SIKT. [https://sikt.no/samtykke-og-](https://sikt.no/samtykke-og-andre-behandlingsgrunnlag)

[andre-behandlingsgrunnlag](https://sikt.no/samtykke-og-andre-behandlingsgrunnlag)

Tracy, S. J. (2010). Qualitative Quality: Eight «Big-Tent» Criteria for Excellent Qualitative Research. *Qualitative Inquiry* 16 (10), s. 837-851.

<https://doi.org/10.1177/1077800410383121>

## Vedlegg I:

### Intervjuguide

*“Hvilke erfaringer har radiografer på radiologisk avdeling om varsling ved mistanke om barnemishandling?”*

#### Generelle innledende spørsmål:

Hvor lenge har du jobbet her?

Hvor mange tilfeller har du opplevd mistanke om barnemishandling?

Hvilke tegn er det som vekker mistanke?

#### Melderutiner:

Hvilke melderutiner om varsling ved mistanke om barnemishandling er det på avdelingen?

Hvor stor mistanke skal til for å melde videre? Hvor går grensen?

Ved liten mistanke, gjør du noe “tiltak” for å fiske ut en klarere mistanke?

Føler du deg trygg på melderutiner?

#### Opplæring og kompetanse:

Er det blitt gitt noe form for opplæring i tema ved oppstart ved avdelingen? Hvis ja, hvilke opplæring har du blitt gitt?

Hvilken opplæring har du med deg fra utdanningen?

#### Oppsummerende:

Er det noe du har lyst til å legge til?

Har du noen forslag til implementering og kompetanseheving



## Vedlegg II:

«Hei!

*Vi er tre studenter som i vår skriver bacheloroppgave i Radiografi ved Høgskulen på Vestlandet. Tema vi har valgt oss ut er radiografers erfaringer rundt varsling ved mistanke om barnemishandling. Vi skal benytte kvalitativ metode, i form av intervju med radiografer på radiologisk avdeling. Her vil vi stille spørsmål rundt melderutiner, opplæring og kompetanse, samt veien videre.*

*Vi ønsker å høre om det ville vært aktuelt for deg å stille som deltaker i intervjuet. Vi har utført et pilotintervju som tom i underkant av 15 minutter, og gir en pekepinn på intervjuets lengde.*

*Vi setter stor pris på om du er interessert i å delta og eventuelt om du skulle hatt noen andre radiografer vi kunne tatt videre kontakt med. Vi sender så klart mer info om du ønsker å delta!*

*Mvh*

*...»*

## Vedlegg III:

# Vil du delta i forskningsprosjektet

## ***“Mistanke om barnemishandling”***

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å finne ut hvilken kompetanse radiografer på barnerøntgen opplever at de har om varsling om barnemishandling. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål**

Formålet med den kvalitative studien er å få et innblikk i radiografer på barnerøntgen sine opplevelser og erfaringer med pasienter de mistanker har blitt utsatt for barnemishandling.

Vi ønsker å se på deres erfaringer om varsling ved mistanke om barnemishandling.

Problemstillingen vi skal besvare er følgende: *“Hvilke erfaringer har radiografer på radiologisk avdeling om varsling ved mistanke om barnemishandling?”*

Studien er en bacheloroppgave.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Høgskulen på Vestlandet med veileder er ansvarlig for prosjektet.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du får spørsmål om å delta fordi du innfrir kriteriene satt. Vi søker deg som er radiograf ved barnerøntgen, ved et sykehus i Norge. Totalt søker fire deltakere.

Studien er meldt til Sikt.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et intervju. Intervjuet vil ta ca. 30 minutter. Intervjuet inneholder spørsmål som omhandler melderutiner, opplæring og kompetanse. Det tas lydopptak og notater fra intervjuet.

### **Det er frivillig å delta**

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

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

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

- De som vil ha tilgang til personopplysninger er forskere/veileder.
- For å sikre at ingen uvedkommende får tilgang vil lydopptak og transkriberte data bli oppbevart på passordbeskyttede PC-er. Navn og kontaktopplysningene dine vil erstattes med koder som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.
- Transkripsjonene vil bli lastet inn på analyseprogrammet *invivo*.
- Du som deltaker vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon.
- **Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**
- Prosjektet vil etter planen avsluttes 01.07.2023. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger slettes.
- **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**
- Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.
- På oppdrag fra Høgskulen på Vestlandet har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandørs personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

## Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger
- Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:
  - *Høgskulen på Vestlandet* ved veileder.
  - Vårt personvernombud: Trine Anikken Larsen. Telefon: 55 58 76 82.

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen av prosjektet som er gjort av Sikts personverntjenester ta kontakt på:

- Epost: [personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no), eller telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

(Forsker/veileder)

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Mistanke om barnemishandling» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

Å delta i intervju ( )

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

-----

(Signert av prosjektdeltaker, dato)