



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet - Institutt for psykologi

Munchausen Syndrom By Proxy: Helsepersonells reaksjoner

Munchausen Syndrome By Proxy: Healthcare workers reactions

Embla Susann Degn Rui

Hovedoppgave for graden Cand. Psychol – PSY-2901 – desember 2020

Universitetet i Tromsø

Veileder: Catharina Elisabeth Arfwedson Wang

Forord

Munchausen syndrom by proxy er noe langt ifra alle har hørt så mye om. Da jeg først hørte om det for noen år siden syntes jeg det var utrolig interessant, for hvordan går det seg til at en omsorgsperson med vilje gjør barnet sitt så sykt? Det fascinerte meg, og jeg leste meg litt opp på det, men den virkelige interessen, og da jeg først vurderte det som tema for min hovedoppgave, kom da jeg så «The Act», filmatiseringen basert på virkelige hendelser. Vi får se hvordan nettopp denne grove mishandlingen utspiller seg mellom mor og datter. Det var viktig for meg at oppgaven min dreide seg rundt et tema jeg fant svært interessant, og jeg tenkte at jeg gjorde meg selv en stor tjeneste.

Vel, det ble en vanskeligere prosess enn jeg først trodde. Hvordan skulle jeg som student klare å forske på denne gruppen? Jeg landet raskt på at det måtte bli en systematisk litteraturoversikt, selv om jeg visste at det ville bli krevende. I ettertid, når uthenting av data virkelig var en realitet, gikk det opp for meg at jeg muligens har gjort det litt vanskelig for meg selv. Datagrunnlaget var rett og slett litt snevert. Men, for sent å snu. Nå som oppgaven nærmer seg slutten, er jeg likevel glad for valget mitt, for oi, så lærerikt det har vært!

Jeg kom i kontakt med Catharina Elisabeth Arfwedson Wang, som heldigvis sa seg villig til å veilede meg på denne oppgaven. Temaet hadde hun ikke inngående kunnskap om, men kunne veilede meg på det skriftlige. Dette har vært til stor hjelp, og hun har kommet med viktige råd om oppbygging og utforming av oppgaven, men har også hatt gode ideer om hva som vil være interessant å inkludere i oppgaven. Jeg vil derfor sende en stor takk til veileder, både for veiledningen i seg selv, men også for tålmodigheten.

I tillegg vil jeg takke samboeren min, som har vært en stor støtte i denne lange og krevende prosessen. Og takk til familie og venner, deres oppmuntringer har utvilsomt gjort meg godt.

Sammendrag

Bakgrunn: Munchausen syndrom by proxy beskriver en lidelse der en forelder utsetter barnet sitt for flere unødvendige, skadelige og potensielt dødelige medisinske prosedyrer ved å falsifisere, produsere eller lyve om medisinske symptomer. Helsepersonell blir ufrivillig og ubevisst bidragsyttere til mishandlingen i form av unødvendige utredninger og behandlinger.

Formål: Hensikten med studien er å kartlegge hvilke reaksjoner helsepersonell har under og i etterkant av tilfeller med mistenkt eller påvist Munchausen syndrom by proxy. Dette er viktig slik at helseforetak kan utforme tiltak spesifikt rettet mot helsepersonell for å hjelpe dem til å håndtere tanker og følelser i ettertid på en effektiv måte. Dette kan igjen gjøre helsepersonell bedre i stand til å håndtere slike saker i fremtiden, slik at en profesjonell holdning opprettholdes og barnet forblir i fokus.

Metode: Dette er en systematisk litteraturoversikt. Litteratursøket inkluderte alle artikler om Munchausen syndrom by proxy som var publisert frem til 7. oktober 2020, og ble gjennomført i SCOPUS sine databaser samt på GoogleScholar. Referanselistene i relevante artikler ble gjennomgått. Nøkkelordene var «munchausen by proxy»; «munchausen by proxy»; «medical child abuse»; «fabricated illness»; «factit»; «induced illness»; «illness falsification». Totalt ble det funnet 23 relevante artikler.

Resultater: Resultatene blir rapportert kategorisk. De vanligste reaksjonene var sinne, konflikt, splittelse og mistro, men flere andre reaksjoner ble også dokumentert.

Konklusjon: Helsepersonell opplever ofte sterke reaksjoner knyttet til MSBP-saker. Konflikt mellom rollen som omsorgsgiver og rollen som observatør blir for mange vanskelig. På mange måter blir helsepersonell, i tillegg til det utsatte barnet, også offer for mishandling i

form av at de blir utnyttet og manipulert til å uvitende bidra til barnemishandling. Det er vanskelig å trekke klare konklusjoner basert på dette datautvalget, da det er snevert. Det er behov for mer forskning på feltet, slik at både helsepersonell, det utsatte barnet og mishandleren blir ivaretatt på en tilstrekkelig måte.

Munchausen syndrom by proxy, heretter forkortet til MSBP, beskriver en lidelse der en forelder utsetter barnet sitt for flere unødvendige og skadelige, og potensielt dødelige, medisinske prosedyrer ved å falsifisere, produsere eller lyve om medisinske symptomer, og ble for første gang beskrevet av Meadow i 1977. Dette er en alvorlig form for barnemishandling, og har blitt forsket relativt lite på. Trekk ved mishandler og det utsatte barnet samt representasjon av symptomer er dokumentert flere steder i litteraturen, mens andre aspekter ved lidelsen er dokumentert i varierende grad. Helsepersonell blir ufrivillig og ubevisst bidragsyttere til mishandlingen i form av unødvendige utredninger og behandlinger, men det er forsket svært lite på hvilke effekter det har på helsepersonell å stå i slike saker. Hva føler helsepersonell på når de mistenker eller får bekreftet at MSBP faktisk er den korrekte diagnosen, heller enn en sjelden og komplisert medisinsk lidelse? Hvilke reaksjoner får de når de innser at de har blitt ført bak lyset og påført barn så mye ubehag? Det kan tenkes at de vil føle på sinne og avsky, men muligens også skyld? Dette skal jeg undersøke ved å gjennomføre en systematisk litteraturoversikt med følgende problemstilling: hvilke reaksjoner har helsepersonell under og i etterkant av tilfeller av Munchausen syndrom by proxy?

Det er viktig at helsepersonells reaksjoner blir kartlagt slik at helseforetak kan utforme tiltak spesifikt rettet mot helsepersonell for å hjelpe dem til å håndtere tanker og følelser i ettertid på en effektiv måte, slik at man kan forebygge mot eventuelle sykemeldinger og psykiske ringvirkninger som følge av sakene de har stått i. For å kunne gjøre dette er kunnskap om typiske reaksjoner nødvendig slik at en kan prøve ut ulike tiltak og forske på effekten av disse. Dette vil også kunne gjøre dem bedre i stand til å håndtere slike saker i fremtiden, noe som utvilsomt vil gagne de utsatte barna: klare retningslinjer, bred kunnskap og effektive tiltak gjør det sannsynlig at helsepersonell er bedre i stand til å håndtere sakene med stor profesjonalitet og med fokus på barnet, samt øke sannsynligheten for at fremtidige

tilfeller blir oppdaget. I tillegg kan det tenkes at helsepersonell som får god oppfølging og veiledning under slike saker vil være i bedre stand til å møte mishandlerne med en grunnleggende empati og bidra til at de får den hjelpen de trenger. Økt kunnskap om lidelsen, slik som kjennetegn ved disse familiene og lidelsens presentasjoner, vil også være svært viktig for forebygging og oppdagelse av tilfeller. Typiske trekk ved lidelsen nevnes under bakgrunn for oppgaven, men er ikke i fokus for denne oppgaven.

Bakgrunn

Historie

Asher referert i Rosenberg (1987, s. 548) beskrev i 1951 en psykiatrisk lidelse som gikk ut på at voksne fortalte «dramatiske og usanne medisinske historier», ledsaget av «tilsynelatende akutt sykdom», som viste seg å være uriktige. Pasientene hadde lurt leger og annet helsepersonell på flere sykehus. På grunn av den falske naturen til disse pasientenes medisinske historie, ble lidelsen kalt for Munchausen Syndrom, etter Baron Von Münchhausen, som fortalte svært overdrevne og usannsynlige historier på 1700-tallet (Raspe, referert i Rosenberg, 1987, s. 547-548). Münchhausen syndrom by proxy ble for første gang beskrevet i 1977 av Meadow. Her beskriver han foreldre som utsetter barna sine for flere skadelige medisinske prosedyrer ved å falsifisere, produsere eller lyve om medisinske symptomer.

Definisjon

Definisjonen av MSBP er mye diskutert, og MSBP har i nyere tid fått flere ulike termer, slik som Factitious disorder imposed on another, Medical child abuse, og Induced illness. Jeg velger å bruke termen Munchausen syndrom by proxy og benytter meg av Rosenberg (1987) sin definisjon i denne oppgaven, som spesifikt ekskluderer fysisk

mishandling alene, seksuell mishandling alene, og ikke-organisk manglende tilvekst (non-organic failure to thrive) alene:

1. Sykdom i et barn som er simulert (forfalsket) og/eller produsert av en forelder eller noe som er i foreldrenes sted; og
2. Presentasjon av barnet for medisinsk vurdering og omsorg, normalt vedvarende, som ofte resulterer i flere medisinske prosedyrer; og
3. Mishandler benekter å vite noe om etiologien til barnets sykdom; og
4. Akutte symptomer og tegn hos barnet avtar når barnet separeres fra mishandleren.

Prevalens

Omfanget av MSBP er ikke kartlagt i Norge (Torgalsbøen, 2008), og det finnes nærmest ingen dokumentasjoner av dette i Norge. Prevalensen til MSBP er svært vanskelig å fastslå, blant annet fordi det er lite forskning på det og det antas i litteraturen at det er store mørketall (Klebes & Fay, 1995; Rogers, 2004; Schreier, 2004; Schreier & Libow, 1993a; Schreier & Libow, 1994). McClure, Davis, Meadow og Sibert (1996) utførte en prospektiv studie over to år for å finne prevalensen til MSBP og ble utført i Storbritannia og Irland, og identifiserte 128 tilfeller. De fant at den årlige forekomsten for barn under 16 år er minst 0.5/100 000, og minst 2.8/100 000 for barn under 1 år. I tillegg har to større litteraturoversikter blitt utført av Rosenberg (1987), med henholdsvis 117 tilfeller, og Sheridan (2003), med henholdsvis 451 tilfeller av MSBP.

Hva er det som gjør at flere saker tilsynelatende ikke oppdages? Awadallah et al. (2005) og Pasqualone og Fitzgerald (1999) mener at den viktigste grunnen til at denne typen mishandlingen ikke oppdages er at helsepersonell mislykkes i å i det hele tatt ta MSBP-diagnosen i betraktning i differensialdiagnostikken. Uten bevissthet rundt diagnosen og dens

kjennetegn, kan helsepersonell ubevist legge til rette for eller forsterke mishandlingen ved å fortsette det endeløse søket etter en diagnose og behandling (Awadallah et al., 2005). Ofte er det de med mye trening og erfaring med barn eller eldre som er utsatt for mishandling som er i stand til å identifisere nivået av fabrikkering og manipulering i disse sakene (Pasqualone og Fitzgerald, 1999). Flere studier har undersøkt sykepleieres og annet helsepersonells kunnskap om MSBP, og alle har i sine utvalg funnet ut at kun ca. halvparten har hørt om dette (Bursch, Weinberg & Shilkoff, 1996; Hochhauser & Richardson, 1994; Kaufman, Coury, Pickrel & McCleery, 1989). Selv om 95% av sykepleierne svarte at det var veldig viktig å vite om MSBP, var den kun én som rapporterte å ha lært om dette under sin utdanning (Bursch et al., 1996). Hochhauser & Richardson (1994) oppgir at de som hadde hørt om MSBP kun hadde moderat kunnskap om tegn på lidelsen, og at 34% av dem hadde selv vært involvert i oppdagelse av tilfeller.

Trekk ved mishandler

I litteraturen er det bred enighet om at biologiske mødre som oftest er mishandler av MSBP, men ulike studier rapporterer noe variasjon her: Rosenberg (1987) fant at 98% av mishandlerne var de biologiske mødrene til de utsatte barna, Sheridan (2003) fant at 76.5% var biologiske mødre, og McClure et al. (1996) oppgir at 85% var biologisk mor. Sheridan (2003) fant at 30.6% var biologiske fedre. Litteraturen antyder at flere av mishandlerne arbeider eller har trening innenfor helseprofesjoner. Rosenberg (1987) fant at 27% var sykepleiere, 3% var medisinsk kontorarbeidere, 2% var sosialarbeidere og 1% var helsefagarbeider. Sheridan (2003) fant at 14.16% jobber i helserelevante profesjoner, der sykepleier var vanligst, etterfulgt av sykepleieassistent.

Det antas at hovedmotivasjonen for MSBP er oppmerksomheten eller annen type tilfredsstillelse som kommer fra assosiasjonen med et sykt barn (Sheridan, 2003). I følge

Rosenberg (1987) er det typisk at mor bruker mye tid på sykehuset sammen med barnet. Overveldende mange ble beskrevet å ha en kjærlig og vennlig oppførsel og å være sosialt dyktige.

Rosenberg (1987) fant at Munchausen Syndrom (MS), som vil si at de forfalsker eller induserer sykdom på seg selv, var til stede hos 10% av mishandlerne, og at 14% hadde noen trekk av MS, mens Sheridan (2003) fant at 29.3% hadde minst noen trekk som antydte MS. Rosenberg (1987) fant at av de psykiatriske diagnosene som ble beskrevet, var depresjon vanligst. Hysterisk personlighetsforstyrrelse ble nevnt flere ganger, mens borderline personlighetsforstyrrelse, narcissistisk personlighetsforstyrrelse og uspesifisert personlighetsforstyrrelse ble også funnet. Sheridan (2003) fant at liknende resultater, der 22.8% hadde en psykiatrisk diagnose, og de vanligste var depresjon og en form for personlighetsforstyrrelse. En historie med fysisk eller emosjonell mishandling som barn ble funnet i noen få tilfeller, og å være utsatt for vold var notert i to tilfeller i Rosenberg (1987). Sheridan (2003) fant at 21.7% hadde eller påstod å ha en personlig historie med mishandling, enten i barndom eller i parforhold.

De utsatte barna

Det er tilsynelatende ingen kjønnsforskjeller blant de utsatte barna (McClure et al., 1996; Rosenberg, 1987; Sheridan, 2003). Gjennomsnittlig alder når diagnosen ble satt var 48.6 måneder i Sheridan (2003), 39.8 måneder i Rosenberg (1987) og 20 måneder i McClure et al. (1996). Gjennomsnittlig tid fra begynnelsen på symptomer til diagnosen ble satt var 21.8 måneder i Sheridan (2003) og 14.9 måneder i Rosenberg (1987). De utsatte barna hadde i gjennomsnitt 3.25 medisinske problemer, der de vanligste rapporterte symptomene var apné, anoreksi/spiseproblemer, diaré, anfall, cyanose, atferd, astma, allergi, feber, og smerte i Sheridan (2003). De mest vanlige symptomene i Rosenberg (1987) var blødning (44%), anfall

(42%), depresjon i sentralnervesystemet (19%), som er en tilstand som kan føre til redusert pustefrekvens, redusert hjerterefrekvens og bevissthetstap, apné (15%), diaré (11%), oppkast (10%), feber (10%), og utslett (9%). Sheridan (2003) fant at i 57.2% av tilfellene ble symptomer aktivt produsert av mishandler, og i 48.8% av disse tilfellene ble det produsert symptomer under sykehusinnleggelse. De vanligste metodene for symptomproduksjon var kvelning, å gi medisiner og forgiftning. Rosenberg (1987) definerer simulert sykdom som sykdom som forfalskes av mishandler, men som ikke forårsaker skade i seg selv. Et eksempel på dette er at mishandler bruker eget blod for å kontaminere barnets urinprøve og deretter påstår at barnet har blod i urinen. Produsert sykdom defineres som sykdom påført på barnet av mishandler. Et eksempel på dette er at mishandleren injiserer avføring i barnets intravenøse slange. Rosenberg fant informasjon om simulering eller produksjon av sykdom i 72 av 117 saker, og av disse involverte 25% kun simulering av sykdom. I 72% av simuleringssakene tok simuleringen plass mens barnet var innlagt på sykehus. 50% av sakene involverte kun produksjon av sykdom, og i 95% av disse sakene tok produksjon av sykdom plass under innleggelse. I 25% av sakene var det både simulering og produksjon av sykdom, og i 84% av disse skjedde både produksjon og simulering mens barnet var innlagt.

Utfall for de utsatte

Sheridan (2003) fant at alle de usatte barna i det minste ble utsatt for kortvarig skade av mishandlingen, mens 7.3% led av langvarig eller permanent svekkelse. 6% døde, med en gjennomsnittsalder på 18.83 måneder. De 451 utsatte hadde 210 kjente søsken, og av disse er 25% døde. 61.3% av disse hadde enten symptomer som liknet de utsatte, eller symptomer som kan ha mistenkelig opphav. Rosenberg (1987) fant en dødelighet på 9%. Symptomene før dødsfall var apné (3), redusert bevissthetsnivå (3), blødning (2), anfall (1) og diaré (1). Årsakene til dødsfallene var kvelning (4), saltforgiftning (3), annen forgiftning (2) og uvisst

(1). Alle barnas dødsfall ble forårsaket av mor. Det var 10 dødsfall hos barnas søsken som skjedde under uvanlige omstendigheter, og det var flere av søsknene hvis omstendigheter sterkt antydte MSBP. McClure et al. (1996) fant en dødelighet på 10.24%.

Rosenberg (1987) fant at alle barna led av kortvarig morbiditet, som ble definert som smerte og/eller sykdom som ikke skapte permanent funksjonssvikt. I 75% av tilfellene ble morbiditeten forårsaket av både mishandler og helsepersonell, mens i 25% ble morbiditeten forårsaket av helsepersonell alene, og var relatert til utredninger og prosedyrer. Langvarig morbiditet ble definert som smerte og/eller sykdom som forårsaket permanent funksjonssvikt. Minst 8% fikk langvarig morbiditet, inkludert behov for flere spiserørsoperasjoner og svekkelser i gastrointestinal funksjon, alvorlige psykiske problemer, destruktive leddendringer og halting, psykisk utviklingshemming med cerebral parese og kortikal blindhet. Flere hadde flere bukoperasjoner for laparotomi, kolektomi, eller ileostomi, noe som disponerte dem for fremtidige medisinske problemer. Det ble også funnet at seksuell mishandling (1%), fysisk mishandling (1%) og manglende tilvekst (14%) var til stede hos noen av barna. Manglende tilvekst skyldes generelt sett kronisk sykdom produsert av mishandleren. Det var svært lite informasjon relatert til psykiatrisk oppfølging, men et barn hadde alvorlig tilbaketrekking, og var opptatt av å bli forgiftet eller angrepet. Et annet hadde en mild emosjonell forstyrrelse relatert til frykt for blod og døden. Et annet barn var opptatt av kroppslig integritet, moderlige forhold, tap, død, aggresjon, og sårbarhet.

. Libow (1995) fant i sin studie på 10 voksne som i sin barndom var utsatt for MSBP at to av barna hadde alvorlige fysiologiske problemer, og at de fleste hadde alvorlige emosjonelle problemer i barndommen. En av dem hadde anoreksi som barn og var overvektig i tenårene. En av dem opplevde indusert anoreksi og fabrikkerte anfall, og hadde alvorlige vekstproblemer. Flere av dem hadde symptomer på depresjon, da spesielt med en følelse av

hjelpeløshet, dårlig selvtillit, og selvdestruktiv tankegang. Frykt for egen sikkerhet og dødelighet blir også nevnt hos flere. En av dem ønsket at fæle ting skulle skje med dem for oppmerksomheten det ga, mens en annen var hypokonder med mye smerter og en manglende evne til å relatere til normale mennesker. For flere av dem hadde mishandlingen stor innvirkning på skolegangen deres.

Langsiktige konsekvenser

Oppfølgingsstudier på barn utsatt for MSBP-mishandling finnes det svært lite av. Det er derfor vanskelig å si så mye om de langsiktige konsekvensene, men det som er i litteraturen tyder på at mishandlingen har fått konsekvenser langt inn i voksenlivet for flere av dem. Libow (1995) undersøkte de langvarige psykologiske utfallene til 10 voksne som selv-identifiserte seg som overlevende av MSBP-mishandling som barn. De fleste rapporterte om langvarige og alvorlige konsekvenser av mishandlingen. To av dem mente at det påvirket dem lite i voksen alder, men at de unngikk leger så lenge som mulig. For de andre ble deres voksne liv påvirket ved at de prøvde å unngå å spille en offerrolle, hadde vanskeligheter med å opprettholde relasjoner, opplevde mye usikkerhet og konstant tvil på seg selv, følte på en søken etter moderlig kjærlighet, og hadde vanskeligheter med å separere fantasi fra virkelighet, da spesielt i relasjon til sykdom og behov for medisinsk hjelp. En stilte seg konstant spørsmål om kroppslige symptomer, en annen syntes det var vanskelig å uttrykke følelser eller vite hvordan en skal føle seg, mens en tredje var redd for å bli fysisk skadet eller få en sykdom. 7/10 hadde søkt psykologisk hjelp, med en rekkevidde på 1 uke til 14 år med behandling. De søkte hjelp for suicidalitet, vanskelige barndomsminner, angst, depresjon, og lav selvtillit. Tre hadde vanskeligheter med intenst, generalisert raseri mot familiemedlemmer, både for mishandlingen og for at de ikke ble trodd. Ni av dem fullførte en sjekkliste med 27 vanlige symptomer på Posttraumatisk stresslidelse, og de hadde et gjennomsnitt på 11

symptomer hver. Mange av dem kvalifiserte til en klinisk diagnose av Posttraumatisk stresslidelse. Halvparten av deltakerne i studien mistenkte ikke at forelderen hadde en spesifikk diagnose med medisinsk mishandling før mye senere i livet da de lærte om MSBP-diagnosen. Alle var på et visst nivå klar over at deres medisinske erfaringer var uvanlig og ikke ga mening, og alle rapporterte om langvarig bevissthet rundt bisarre behandlinger, helsehistorier eller åpenlys mishandling. Selv om de ikke var klar over at forelderen bevisst mishandlet eller feilrepresenterte dem, følte alle seg uelsket eller utrygge med forelderen. Tre av dem, der aktiv indusering tok plass, var bevisst på at de ble mishandlet fra veldig ung alder. Tre av dem hadde forsøkt å fortelle andre om mishandlingen, men ble ikke trodd.

Bools, Neale og Meadow (1993) gjorde en systematisk oppfølgingsstudie på 54 barn i flere år etter sykdomsfabrikering var identifisert. Noen av dem var blitt tenåringer og voksne under oppfølgingsstudien. Informasjon om barnas nåværende tilstand var mulig å finne hos 38 av dem. 27 barn hadde signifikante lidelser, der 17 av dem hadde vanskeligheter som ikke bedret seg, mens 10 hadde vanskeligheter som fortsatt var til stede, men som viste tegn på gradvis bedring. I tillegg fant de at flere hadde et stort problem med oppmøte på skolen, og flere slet med konsentrasjonen. Emosjonelle plager og atferdsproblemer nevnes hos flere av dem. Somatiske symptomer vedvarte for noen av dem, blant annet hos en som under studien var blitt voksen og av disse grunnene var ute av stand til å jobbe. Hypokondri nevnes også. Sekundær nattlig enurese, altså ufrivillig vannlatning, ble funnet hos to barn, og enkoprese, altså avføring i undertøyet hos et barn som normalt skal ha kontroll, ble funnet hos ett barn. Ett barn led av irreversible hjerneskader som resultat av repetert kvelning, og hadde kvadriplegi, altså lammelse i fire lemmer, og hadde alvorlige lærevansker. Utviklingsforsinkelse ble funnet hos to, og et tredje barn opplevde forsinkelse i sosial utvikling. Å være sosialt uhemmet nevnes hos tre barn. Betydelige problemer med å relatere

til jevnaldrende, generell engstelse og rastløshet ble funnet hos flere. Noen barn ble tatt i å fortelle løgner gjentatte ganger, og noen få begynte med kriminalitet i tenårene. I tillegg til vanskeligheter som var til stede under studien, hadde flere av barna som hadde blitt kvelt, vist emosjoner og atferd de første månedene etter plassering hos foster/adoptivfamilier som virket å være direkte relatert til opplevelsene de hadde hatt. Tre barn var redde for baderom. For et av barna var dette så ille at det tok omsorgsgiverne et år å oppmuntre barnet til å bruke toalettet, mens et annet barn måtte følges til badet av faren i mange måneder. Det tredje barnet var også redd for puter. Et fjerde barn var observert i å dekke over ansiktene til andre barn med egne hender som barnet lekte med, og et femte barn lekte at det kvelte en leke mens barnet badet. Flere barn led av alvorlige mareritt, og et av dem ble funnet under senga livredd flere ganger.

Varseltegn

Varseltegn hos barnet som kan indikere mulig MSBP kan være at rapporterte symptomer og tegn ikke observeres i andre settinger enn det foreldrene oppgir, ikke fullt ut kan forklares av noen kjent medisinsk lidelse hos barnet, ikke kan forklares av resultatene fra utredning og undersøkelser, har uforklarlig dårlig respons på foreskrevet behandling, som for eksempel forverring av rapportert epilepsi etter økt medisinerings, uforklarlig funksjonsfall i barnets daglige liv, inkludert oppmøte på skolen, bruk av mobiliseringshjelpemidler og sosial isolasjon, og uvanlige resultater av medisinske undersøkelser, noe som kan antyde forgiftning (Glaser, 2020).

Tegn hos omsorgsgiver kan være gjentatte rapporteringer om nye symptomer hos barnet, gjentatte presentasjoner av barnet i medisinske settinger, at de søker flere medisinske meninger (lege-shopping), gjentatte ganger lar være å ta barnet med til eller avlyser visse medisinske avtaler, insisterer på flere, klinisk uberettigede utredelser, henvisninger,

fortsettelse av eller oppstart av nye behandlinger, har innvendinger mot kommunikasjon mellom helsepersonell, hyppige klager på helsepersonell, at de ikke lar barnet bli undersøkt uten dem til stede, snakker for barnet eller at barnet gjentatte ganger refererer til forelderen, ofte bytter skole og fastlege eller det pediatriiske teamet (Glaser, 2020).

Det medisinske systemet som medskyldig?

Jureidini, Shafer og Donald (2003) argumenterer for at sosiale forventninger og naturen til den moderne medisinske praksisen fører til at sårbare leger uvitende blir medskyldige i alvorlig mishandling av barn når de blir eksponert for MSBP-mishandlere. De mener at det er en økende forventning om at medisinsk praksis vil kurerer alle sykdommer og lidelser, og en påfølgende fiendtlighet fra samfunnet mot profesjonen for dens mangler i diagnostisering og håndtering. I artikkelen tar forfatterne for seg en kasus-vignett som omhandler baby Jane, som var hospitalisert i seks måneder, der hun måtte gjenopplives over 100 ganger for hemodynamisk kollaps. Legene hennes trodde episodene skyldtes en sjelden sykdom, men de fant etter hvert ut at moren hadde induisert hver episode ved å forgifte babyen. Den vanlige responsen vil muligens være å spørre om hvordan moren kan gjøre noe slikt mot babyen sin, men forfatterne mener spørsmålet om hvordan det medisinske systemet har vært medskyldig er et like viktig spørsmål. For å besvare dette utforsker forfatterne hva som har skjedd mellom moren og det medisinske systemet under de seks månedene babyen ble forgiftet av moren sin på sykehuset, og de fant at Janes mor var intenst involvert i planlegging og implementering av medisinsk omsorg. Hun utførte sykepleierprosedyrer på barnet sitt, konfererte regelmessig med leger, og bidro aktivt i hver gjenopplivning. Hun var vennlig ovenfor helsepersonell, men viste sinne ovenfor enkelte sykepleier.

Videre diskuterer Jureidini et al. (2003) om egenskaper ved det medisinske systemet, slik som økt brukermedvirkning, subspecialisering, risikostyring, profesjonell status og

rivalisering mellom kollegaer, tillater at MSBP lar seg utvikle, blant annet ved å føre til tap av et bredere perspektiv og gjør viktig samarbeid mellom klinikere vanskeligere. Ved brukermedvirkning må legen og pasienten nå en felles enighet om hvordan symptomene skal forstås og håndteres når en pasient presenterer med tvetydige symptomer. Denne prosessen er allerede potensielt mer komplisert og mottakelig for feil i den tredelte – lege/forelder/pasient – relasjonen som er karakteristisk i pediatri. Brukermedvirkning har uten tvil mange gode aspekter ved seg, men kan også gjøre at det blir gjentakende konsultasjoner med foreldre heller enn med kollegaer, noe som gir foreldre et forum der de kan være talsmann for, og noen ganger insistere på, flere utredninger eller behandlinger (Donald og Jureidini referert i Jureidini et al., 2003, s. 131; Jureidini og Donald referert i Jureidini et al., 2003, s. 131). Videre skriver Jureidini et al. (2003) at legers forpliktelser når det kommer til informert samtykke kan føre til at for mye informasjon og ansvar blir lagt på pasienter og familiene deres, og at dette i hvert fall delvis er et resultat av søksmål og brukermedvirkning. Når man informerer en pasient om en medisinsk prosedyre, er det et klart krav om å informere om all risiko, inkludert sjeldne men farlige komplikasjoner. De spekulerer om at kanskje mangelen på diskresjon i informasjonsdelingen og den resulterende overeksponeringen omsorgspersoner blir for spennende og angstproduserende medisinske «intimiteter», slik som muligheten for en sjelden men alvorlig diagnose, kan bidra til oppstarten av MSBP.

Muligens er det slik at leger assosierer høyere personlig status ved å finne *den* diagnosen, heller enn å avklare at et problem har flere sykdomsdefinerte årsaker, og kanskje frykter de også å innrømme at de ikke vet hva som er galt fordi de er redd for å fremstå som inkompetent. Når en forelder er kritisk ovenfor tidligere leger, kan den nye legen aksepterer utfordringen om å håndtere pasienten uten hjelp og konsultasjoner fra andre leger, med den tanken at «kun jeg kan håndtere denne saken», noe som MSBP-mishandlere pleier å forsterke

gjennom idealisering av legen og fornærmelse av andre som legen konsulterer. Mishandler tildeler ofte legene en rolle, og dersom de ikke spiller rollen sin, kan de bare erstattes. Dette fenomenet kalles for «lege-shopping» («doctor-shopping»). Resultatet er at mishandleren og legen får et intimt partnerskap, der de konfererer med hverandre på sykesengen til et kritisk sykt barn, der legen har tunnelsyn på den nåværende krisen, og ikke er tilstrekkelig klar over andre fremtredende detaljer (Jureidini et al., 2003).

Videre spekulerer Jureidini et al. (2003) på om legens begeistring for liv-og-død-scenarier, eller fascinasjon for tilsynelatende sjeldne og publiserbare saker, kan få legen til å uvitende oppmuntre pasienter til å komme opp med flere spesielle symptomer og tegn. Denne viktige toveisdynamikken – pasienten påvirker legen og vice versa – er åpenbar i MSBP. Slik kan man forstå hvordan pasienter og foreldre «mobiliserer» ulike deler av det medisinske systemet med ulike presentasjoner. Når det kommer til MSBP fører dette til en vond sirkel. Forfatterne konkluderer med at MSBP er mindre sannsynlig å oppstå i et miljø der empatiske klinikere nøye henter inn sykehistorie, og den diagnostiske prosessen involverer samarbeidende henvisninger og kontinuerlig refleksjon i konsultasjonsprosessen. Klinikere bør tilnærme seg både historie -og kausdiskusjoner med respektfull skepsis.

Rapportering og håndtering av mistanker

Alt helsepersonell er lovpålagt å rapportere om mistenkt barnemishandling, og dokumentasjon er sentralt her. Dokumentasjonen bør være objektiv, nøyaktig og detaljert. Den bør beskrive detaljer fra faktiske observasjoner av mishandlers atferd, inkludert interaksjoner med barnet, personalet, lege og ektefelle. Aktuelle sitater fra mishandler bør skrives ned. Det bør være konsistent, nøye dokumentering av barnets symptomer, både i fravær og samvær med mishandler (Schreier & Libow, 1993b). Noen ganger er bruk av videoovervåking viktig og nødvendig i dokumentasjonen av mishandlingen. Children's

Healthcare of Atlanta ved Scottish Rite brukte skjult videoovervåking over en periode på 5 år og avslørte MSBP i 23 av 41 pasienter de overvåkte (Surprise: You're on Hidden Camera, referert i Thomas, 2003, s. 177). Uten video er det ikke sikkert at disse tilfellene hadde blitt oppdaget og avverget.

Å ha en prosedyre eller politikk på plass som eksplisitt gir retningslinjer for hvordan man skal håndtere mistenkte MSBP-tilfeller, er essensielt, og bør gi instruksjoner om å varsle sykehusets sosiale tjenester, barnevernet og politiet. Dersom barnet er i fare må det overvåkes med kontinuerlig en-til-en-oppfølging av sykepleier frem til mishandleren kan hindres fra kontakt med det utsatte barnet. Det kan være nødvendig med en rettskjennelse som sørger for null kontakt mellom forelder og barn (Thomas, 2003). Til slutt må mishandleren konfronteres. Schreier og Libow (1993b) gjennomgikk litteraturen angående nettopp dette og kom frem til disse retningslinjene:

- Før forelderen konfronteres, bør barnevernet og/eller politiet bringes inn i saken. Politiet kan skaffe et besøksforbud.
- Ha ektefelle eller annen familie tilstede når den mistenkte konfronteres. Dette vil muliggjøre en vurdering av ektefelle/familiemedvirkning og potensialet for ektefelle/familiestøtte for intervensjoner som barnevern og obligatorisk psykoterapeutisk behandling.
- Fortell ektefelle/familie klart og direkte hva som mistenkes. Målet her er å informere de involverte at MSBP har blitt avdekket, at nye steg blir tatt for å beskytte barnet, og at hjelp til mishandleren kommer. En tilståelse er ikke målet her.
- Psykiatrisk behandling bør initieres etter konfrontasjonen og bør inkludere en vurdering av risiko for suicidal atferd.

- Barnevernet bør overta omsorgen for barnet for kortsiktig beskyttelse. Flytting av søsken kan også være nødvendig. Nødplassering av barna bør som regel være i hjemmene til omsorgspersoner utenfor familien eller venner, fordi familie og venner potensielt sett avviser MSBP-diagnosen, og tillater muligens at mishandleren ser barnet.

Meadow (1985) råder helsepersonell til å kun forholde seg til de områdene der man føler seg helt sikker på sannheten. Han forklarer at på det tidspunktet der konfrontasjon er nødvendig, kan det være områder der man er i tvil, der man kanskje ikke kan forklare alle sidene ved barnets sykehistorie eller symptomer. Han sier at konfrontasjonen bør gjøres med mor alene først, for å unngå at far eller andre familiemedlemmer, som ikke vet noe om bedrageriet, dominerer samtalen ved å være sint eller benekte det. Dette strider imot det Schreier og Libow (1993b) konkluderte med. En helhetlig vurdering bør derfor gjøres i hver enkelt sak.

Den langsiktige håndteringen av barnet og mishandleren vurderes herfra av barnevernet, psykiatere/psykologer, advokater og dommere. Mishandler bør få en psykiatrisk vurdering og behandling. Dersom barnets fastlege anerkjenner diagnosen, bør hen fortsette å være ansvarlig for barnets helse (Thomas, 2003).

Utfordringer for helsepersonell

Glaser (2020) anerkjenner at legene er i en veldig vanskelig situasjon. De trenger og ønsker å stole på og kunne samarbeide med omsorgsgiverne til barn. Mange barn usatt for MSBP har også hatt eller har en genuin helseutfordring, noe som gjør oppgaven svært komplisert for legene. Den primære bekymringen for leger er å ikke overse en årsak til barnets symptomer som faktisk kan behandles. God medisinsk praksis inkluderer å utrede for å fastslå korrekt diagnose, gi behandling, få flere medisinske meninger, å støtte bruk av hjelpemidler der det er nødvendig, som for eksempel rullestol, og å akseptere omsorgsgivers

informasjon om andre legers involvering og meninger. Problemet oppstår når legen er uvitende ovenfor omsorgsgivers intensjoner og responderer slik som han eller henne normalt ville gjort. I tilfeller med MSBP, blir god medisinsk praksis gjort om til utilsiktet skade mot barnet, ved å utrede for mye, overbehandle, henvise til andre leger, og støtte barnet og familien på måter som er unødvendig og skadelig for barnet (Stirling & Committee on Child Abuse Neglect, 2007).

Det ville vært naturlig at helsepersonell kvier seg for å ta opp mistankene med kollegaer eller konfrontere foreldrene, og det kan være mange grunnet til dette, men det kan tenkes at noe av det skyldes frykt for å ta innover seg egen rolle. I litteraturen går det igjen at mødrene ofte skaper sterke relasjoner til helsepersonell og fremstår som omsorgsfulle og kjærlige (Jureidini et al., 2003; Rosenberg, 1987). Omstillingen fra å se mor som omsorgsfull til at hun driver med alvorlig mishandling av eget barn kan være veldig vanskelig (Torgalsbøen, 2008). I tillegg er mange helseutøvere motvillige til å innrømme nederlag i møte med kompliserte saker (Langer, 2009), så det er mulig flere rett og slett ikke ønsker å vurdere muligheten for en indusert sykdom, fordi de med det må innrømme at de har feildiagnostisert og feilbehandlet barnet.

Annen type barnemishandling

Det vil være interessant å undersøke hva litteraturen sier om helsepersonells reaksjoner på annen type barnemishandling, som fysisk, emosjonell og seksuell mishandling. Også her er litteraturen svært mangelfull. Tingberg, Bredlöv og Ygge (2008) undersøkte 11 sykepleieres opplevelser i møte med barn utsatt for mishandling av foreldrene sine i Sverige. Flere opplevde en emosjonell ambivalens, der de opplevde en følelse av hat rettet mot mishandleren, empati for barnet og gjenkjennelse av den mistenkte mishandlerens behov for trøst. En sykepleier oppga at hun anerkjente at mishandler trengte støtte, men at hun ikke

klarte å gi dette mens det pågikk. En av de største utfordringene til sykepleierne var det å skulle oppføre seg som om man ikke følte noe samtidig som man følte på sterke følelser. De var også bekymret for at de ikke var godt nok forberedt på å håndtere denne pasientgruppen. De opplevde det som vanskelig å opprettholde en profesjonell holdning i møte med foreldrene. De følte på rollekonflikt, der de både skal ivareta barnet, men også innta en rolle som politi og sikkerhetsvakt. Sykepleierne uttrykte et behov for psykologisk støtte fra kollegaer, men flere følte også et behov for mer formell veiledning. De uttrykte at det var vanskelig å i det hele tatt mistenke mishandling når foreldrene virket å være hyggelige.

Seidl, Stanton, Pillitteri, Smith og Boehler (1993) undersøkte holdningene 318 sykepleiere hadde til utsatte barn og mishandlere av emosjonell, fysisk og seksuell mishandling. Resultatene viste at sykepleierne var minst komfortable med å håndtere seksuell mishandling, deretter emosjonell og mest komfortable med fysisk. De var minst komfortable med å håndtere en far som mishandler. Flere enn halvparten følte seg komfortable med å håndtere alle typer mishandling og de utsatte i alle aldersgrupper, men var usikre eller ute av stand til å håndtere barnemishandlere.

Albaek, Binder og Milde (2020) utførte en kvalitativ studie på opplevelsene til ti barnevernansatte og ni psykologer innenfor barns mentale helsetjenester i Norge. Resultatene viste at å lytte til barn som var usatt for mishandling førte til sterke emosjoner som frykt, avsky, tristhet, engstelse, skyld, skam og sinne. Balansen mellom selvivaretagelse og empati var vanskelig, og flere var bekymret for at det å distansere seg emosjonelt og begrense empatisk involvering hadde en negativ effekt på omsorgen de kunne gi til barna, men at dette var en mestringsstrategi de likevel brukte for å klare og stå i slike saker. De uttrykte også hvor vanskelig det var å akseptere at folk, spesielt foreldre, kan påføre barn så mye skade. Denne mistroen gjorde det vanskelig å mistenke og å forhøre seg om mishandling. Barn kan reagere

med sinne, tristhet, skyld, engstelse, frykt og skam når de blir spurt om mishandling, noe som førte til at deltakerne følte seg skyldige og slemme. De var redde for å påføre barnet skade ved å stille vanskelige spørsmål, sette dem i en lojalitetskonflikt med foreldrene sine, og at ikke tillitsbåndet mellom dem selv og barnet var godt nok etablert. Tvil på egne evner og ferdigheter gikk igjen hos flere. Frykt for å svike barnet ved å ikke klare å bedre situasjonen deres gikk igjen hos alle. Å overse pågående mishandling var en stor bekymring for de fleste deltakerne. Dersom de ikke klarte å bekrefte mistanker om mishandling, følte de at de sviktet barnet, sviktet som en profesjonell, og mislyktes i å møte samfunnets forventninger.

Sekundært traumatisk stress

Figley referert i Beck (2011, s. 2-3) oppgir at det å høre om en traumatisk hendelse som har skjedd med noen andre potensielt sett kan traumatisere lytteren. Sekundær traumatisering defineres som de naturlige, konsekvente emosjonene og atferden som oppstår fra kunnskap om en traumatisk hendelse erfart av en annen. Det er stresset som oppstår fra å hjelpe eller ønske å hjelpe en traumatisert eller lidende person. Personen får altså symptomer ved å utsettes for et traumatisert individ, heller enn hendelsen i seg selv. Symptomene på sekundært traume er nesten identiske til PTSD-symptomer (Jenkins & Baird, 2002). ICD-10 oppgir at PTSD oppstår som en forsinket eller langvarig reaksjon på en belastende hendelse eller situasjon av usedvanlig truende eller katastrofal art, og at det er sannsynlig at fremkaller sterkt ubehag hos de fleste. Typiske symptomer er at individet gjenopplever traumet i påtrengende minner, drømmer eller mareritt, samtidig med at individet har en fornemmelse av nummenhet og følelsesmessig avflatning, distansering fra andre, nedsatt reaksjoner på omgivelsene, anhedoni og unngåelse av aktiviteter og situasjoner som minner om traumet. Det foreligger vanligvis autonom hyperaktivitet og vaksomhet, lettskremthet og søvnløshet. Angst og depresjon er ofte forbundet med symptomene (World Health Organization, 1999).

Beck (2011) gjennomførte en systematisk litteraturoversikt om sekundær traumatisk stress hos sykepleiere, og inkluderte syv studier. Sekundær traumatisk stress ble rapportert i alle syv studiene, henholdsvis hos rettsmedisinske sykepleiere som jobbet med seksuelle overgrep, sykepleiere ansatt på legevakta, onkologiske sykepleiere, pediatriske sykepleiere som jobbet med kronisk syke barn, og hospitsykepleiere. Empati, egne ubearbeidede traumer og det å jobbe med barn utsatt for traumer oppgis som risikofaktorer for at helseutøvere med omsorg for traumeutsatte individer utvikler sekundær traumatisk stress (Figley, referert i Beck, 2011, s. 3).

Som beskrevet i de øvrige avsnittene kan helsepersonell som jobber med barn utsatt for flere typer mishandling føle på hat og sinne rettet mot mishandleren, empati for det usatte barnet, rollekonflikt, frykt, avsky, tristhet, engstelse, skyld og skam. Noen opplever vanskeligheter med å ta innover seg at foreldre mishandler barnet sitt. I tillegg ser vi at helsepersonell er i risiko for å utvikle sekundært traumatisk stress ved å jobbe med traumeutsatte mennesker. Formålet med denne oppgaven er å undersøke hvilke reaksjoner helsepersonell har under og i etterkant av MSBP-saker. Vil vi se liknende funn som ved annen type barnemishandling, eller rapporterer helsepersonell om andre reaksjoner?

Metode

Et systematisk søk ble gjort på alle artikler som involverte MSBP. Jeg inkluderte artikler der MSBP var beskrevet ved bruk av andre termer, slik som «medical child abuse», «Factitious disorder by proxy» og «fabricated illness». Alle typer studier er av interesse. Kasusstudier der MSBP var mistenkt, men ikke nødvendigvis bekreftet, ble også inkludert. Dette fordi følelser og tanker rundt pasientsakene er relevant for min problemstilling også ved kun mistanker om MSBP. Inklusjonskriterier er at artikkelen rapporterer om helsepersonells opplevelser, tanker eller følelser under og/eller etter tilfeller av MSBP, og at pasientsaken

samsvarer med definisjonen av MSBP, og ikke for eksempel annen type barnemishandling eller Munchausen syndrom. Grunnet egne språkbegrensninger blir alle språk utenom engelsk, norsk, svensk eller dansk ekskludert.

Søkestrategi

Litteratursøket inkluderte alle artikler som var publisert frem til 7. oktober 2020. Søket ble gjort i SCOPUS sine databaser, med nøkkelordene «munchausen by proxy»; «munchausen by proxy»; «medical child abuse»; «fabricated illness»; «factit»; «induced illness»; «illness falsification». Søket ga 108 dokumenter. Titler og abstrakt ble lest for å vurdere relevans i henhold til problemstilling. Artikler som ikke nevnte noe om helsepersonells rolle eller opplevelse i tittel eller abstrakt ble i første omgang ekskludert, men grunnet svært få relevante funn, ble kasusstudier, litteraturoversikter (reviews) og noen andre artikler skimlest i fulltekst for å øke sjansen for relevans. Noen artikler som muligens kunne være interessant ble ekskludert grunnet at jeg ikke fikk tilgang eller at de måtte kjøpes. Etter abstraktlesing og skimlesing satt jeg igjen med 22 artikler som ble gjennomgått nøye i fulltekst. Etter dette satt jeg igjen med 6 relevante artikler.

Søkeoppskriften brukt i SCOPUS, etter språk og «article in press» ble ekskludert, gjengis her: munchausen AND by AND proxy OR munchausen AND by AND proxy OR medical AND child AND abuse OR fabricated AND illness OR factit OR induced AND illness OR illness AND falsification AND (EXCLUDE (PUBSTAGE , «aip»)) AND (EXCLUDE (LANGUAGE , «French») OR EXCLUDE (LANGUAGE , «German») OR EXCLUDE (LANGUAGE , «Spanish») OR EXCLUDE (LANGUAGE , «Turkish») OR EXCLUDE (LANGUAGE , «Dutch») OR EXCLUDE (LANGUAGE , «Italian») OR EXCLUDE (LANGUAGE , «Korean») OR EXCLUDE (LANGUAGE , «Polish»)).

Søk ble også gjort på GoogleScholar med samme søkeord som i SCOPUS. Jeg fikk da opp 203 resultater. Jeg brukte samme strategi her som på SCOPUS, der jeg ekskluderte basert på tittel og abstrakt. 4 artikler ble lest i fulltekst, der 2 ble vurdert som relevant.

Referanselistene i de relevante artiklene ble i tillegg gjennomgått og sjekket for relevans. Interessante titler ble søkt opp og abstraktet ble lest. Mange artikler ble lest i fulltekst. Referanselistene til nye relevante artikler ble også gjennomgått, og jeg fant til sammen 15 relevante artikler.

Totalt fant jeg 23 relevante artikler.

Resultater

Kun én av artiklene, Blix og Brack (1988), hadde som hovedformål å undersøke hvordan MSBP kan påvirke helsepersonell emosjonelt. De resterende artiklene er kasusrapporter, litteraturoversikter, spørreundersøkelser eller andre typer studier som i varierende grad rapporterer om egne eller andres erfaringer og reaksjoner på tilfeller med mistenkt og/eller bekreftet MSBP. Jeg rapporterer kategorisk de ulike reaksjonene funnene ga. Noen steder vil det være relevant med kasusbeskrivelser og utsagn.

Sinne

Sinne rettet mot en selv. Helsepersonell kan ofte føle på sinne rettet mot seg selv fordi de ikke klarte å oppdage mishandlingen tidligere (Blix & Brack, 1988; Fulton, 2000; Langer, 2009), og over at de har blitt lurt og manipulert (Meadow, 1985; Rogers, 2004).

Sinne rettet mot mishandler. Sinne og raseri ovenfor foreldre som med vilje har påført barnet lidelse og skade rapporteres hos flere (Blix & Brack, 1988; Light & Sheridan, 1990; Rogers, 2004; Sigal, Gelkopf & Meadow, 1989; Sugar, Belfer, Israel & Herzog, 1991) Sinne for at foreldrene hadde «brukt» dem og at de fortsatte mishandlingen mens pasienten var innlagt nevnes også (Blix & Brack, 1988).

Sinne rettet mot kollegaer. Sinne rettet mot kollegaer som mistenker og/eller undersøker mistankene rapporteres (Meadow, 1985; Mercer & Perdue, 1993; Schreier, 2004). Dette går også andre veien, der individer opplever sinne ovenfor kollegaer som ikke rapporterer mistankene (Fulton, 2000). Schreier (2002) har erfaringer med at leger som henviser en sak på bakgrunn av mistanker om MSBP likevel blir sinte på teamet som undersøker mistankene når de begynner å bekrefte MSBP, og at de til og med noen ganger fjerner teamet fra barnets omsorg. Meadow (1985) har erfart at ansatte har beskyldt barnelegen som iverksetter tiltak grunnet mistanker om MSBP for omsorgsløs atferd.

Skyldfølelse

Funnene indikerer at skyldfølelse over at de ikke klarte å oppdage mishandlingen tidligere er vanlig hos helsepersonell som utsettes for denne pasientgruppen (Fulton, 2000; Langer, 2009). Flere føler at de ufrivillig har blitt medskyldige, og viser til at utredninger og behandlinger har forårsaket unødvendig smerte og lidelse (Blix & Brack, 1988; Sugar et al., 1991). Sugar et al. (1991) oppgir at noen av barnelegene og sykepleierne som jobbet med saken om 3 år gamle Billy, der døden var det tragiske utfallet, vil føle seg skyldig over hjelpeløsheten deres, beslutninger som ble tatt og sinnet mot moren.

Skam

Skam over at en har blitt lurt og manipulert rapporteres (Meadow, 1985; Rogers, 2004), samt skam over å ha utført de gjentatte undersøkende og terapeutiske overgrepene mot disse barna (Meadow, 1982).

Mislykkelse

En følelse av å ikke strekke til eller mislykkes forekommer hos noen (Sigal et al., 1989; Sugar et al., 1991). Meadow (1982) satt igjen med en følelse av fiasko etter en sak der

et barn han konsulterte for døde som følger av at den henvisende legen tvilte på funnene til Meadow og teamet hans, og dermed ikke iverksatte nødvendige tiltak for å beskytte barnet.

Maktesløshet

Awadallah et al. (2005) beskriver et kasus med en 14 år gammel gutt med flere fysiske og psykiatriske diagnoser, som etter hvert viste seg å være et tilfelle av MSBP. Etter diagnosen ble mistenkt ble barnets primære barnelege kontaktet. Barnelegen hadde også mistenkt diagnosen, men følte seg maktesløs da flere spesialister fortsatte å sette diagnoser og behandle barnet med nye medisiner. Han opplevde selv at dette gjorde det umulig å rapportere mistankene til barneverntjenesten.

Manglende kunnskap og forberedelse

Blix og Brack (1988) utførte en spørreundersøkelse på 20 sykepleiere i etterkant av en sak med en 17 måneder gammel jente der MSBP var mistenkt. Her undersøkte de blant annet sykepleiernes kunnskap og erfaring med MSBP samt hvor forberedt de følte seg på å håndtere en slik sak. Kun 10% hadde tidligere erfaring med pasienter der MSBP var mistenkt, og de fleste hadde ingen tidligere kunnskap om denne typen mishandling. 75% følte seg profesjonelt uforberedt, og 80% følte seg emosjonelt uforberedt. Mange av dem følte at de ikke visste hvordan de skulle definere deres «rolle» i en slik situasjon, slik som hvordan de skulle dokumentere foreldrenes atferd og hvordan interagere med foreldrene.

Frustrasjon

Frustrasjon når de oppdager mishandlers handlinger er heller ikke uvanlig (Sigal et al., 1989; Sugar et al., 1991). Light og Sheridan (1990) gjorde en spørreundersøkelse på 51 sentre for apné-programmer om mistenkte MSBP-tilfeller, og de fleste respondentene opplevde disse familiene som ekstremt frustrerende, ettersom barnelegene ikke klarte å sette en diagnose eller

behandle, men likevel ble konfrontert med spedbarn som foreldrene påstod at var nære ved å dø.

Konflikt

I de fleste tilfeller vil helsepersonell oppleve mishandler som omsorgsfull og kjærlig. Å akseptere at tilsynelatende eksemplariske foreldre kunne indusere symptomer var ofte vanskelig og førte til en indre konflikt hos helsepersonell (Blix & Brack, 1988; Light & Sheridan, 1990; Rosenberg, 1987; Sigal et al., 1989). Denne konflikten kan føre til sinne og mistro hos dem som «støtter» den mistenkte (Mercer & Perdue, 1993). Torgalsbøen (2008) forklarer at behandlende leger ofte blir emosjonelt involvert i barnets lidelse på grunn av de mange medisinske undersøkelsene, og at dette kan bidra til å gjøre det vanskelig å endre forståelsen av mor som en omsorgsfull person til en overgriper. Schreier (2002) skriver at det ser ut til at legen som er nærmest pasienten, spesielt dersom det er over lengre tid, er den som tror mest på mishandler.

Motvilje

Langer (2009) forklarer at leger er trent i å løse medisinske puslespill og å sette nøyaktige diagnoser, og at de fleste dermed er motvillige til å innrømme nederlag i møte med en komplisert, unnvikende eller uklar sykdom. Meadow (1985) mener at motvilje både stammer fra et ønske om å tro godt om foreldre og fra et ønske om å unngå å ta innover seg det faktum at alle utredninger og behandlinger både har vært upassende og skadelige, at man har blitt ført bak lyset, og har satt en fullstendig feilaktig diagnose. Han skriver at motvilje hos personalet kan gjøre nærmere overvåking av mor og barn vanskelig.

Splittelse og mistro

Svært mange rapporterer om splittelse i personalgruppen grunnet at flere opplever mistro i møte med en MSBP-diagnose og rett og slett benekter, avviser og fordømmer

mistankene (Blix & Brack, 1988; Fulton, 2000; Meadow, 1985; Mercer & Perdue, 1993; Pasqualone & Fitzgerald, 1999; Rosenberg, 1987; Schreier, 2004; Schreier & Libow, 1994; Sigal et al., 1989; Southall, Plunkett, Banks, Falkov & Samuels, 1997; Squires & Squires, 2010; Sugar et al., 1991; Szajnberg, Moilanen, Kanerva & Tolf, 1996). Mistro og splittelse virker spesielt å være tilfellet når helsepersonell står i konflikten mellom at mor fremstår som følsom, omsorgsfull og hengiven ovenfor barnet sitt samtidig som det er flere indisier og eventuelt evidens for at hun er årsak til barnets symptomer (Mercer & Perdue, 1993; Pasqualone & Fitzgerald, 1999; Rosenberg, 1987; Schreier & Libow, 1994). Awadallah et al. (2005) mener at mange leger ikke er klar over at også eldre barn og tenåringer kan utsettes for MSBP, noe som fører til mistro og avvising av mistanker. Dette baserer de på flere egenerfaringer.

Von Hahn et al. (2001) forteller om en 3 år gammel gutt som barnevernet etter hvert overtok omsorg for grunnet mistanker om MSBP. I et brev til retten kom familiens barnelege med flere påstander om at MSBP umulig kunne være tilfellet. Han trodde at den korte listen han hadde over hospitaliseringer og polikliniske besøk var komplett, noe den ikke var, at barnets tegn og symptomer ville vært umulig å forfalske eller feiltolke, at isolerte positive funn av tvilsom signifikans, noe som jo er sannsynlig når omfattende testing utføres, utelukket denne formen for mishandling, at moren ikke kunne holdes ansvarlig fordi leger faktisk bestilte testene og medisinene, at mishandling ikke kunne skje fordi det virket til at mor og barn var glad i hverandre, at tilstedeværelse av sporadisk autentiske sykdommer beviste at alle var autentiske, og at moren ikke kunne overliste godt trente leger. Alt dette er vanlige misforståelser mennesker har i møte med MSBP. Schreier (2004) beskriver en sak der en psykolog behandlet en mistenkt mor i et år. Behandlingen var rettsbestemt, og han rapporterte til retten at moren ikke hadde mishandlet barnet og ikke hadde MSBP.

Argumentet han brukte var at barnet fortsatte å være syk til tross for separasjonen fra moren, men den eneste kilden han hadde til dette var moren selv. Meadow (1985) og Schreier og Libow (1994) har liknende erfaringer med rettssystemet, der psykiatere, psykologer, leger og sykepleiere avlegger vitnemål der de avviser beskyldningene, og legger frem dokumenter der det står at mor har blitt evaluert av en psykiater eller psykolog som mener at hun er «normal».

Meadow (1982) beskriver en sak han og teamet hans konsulterte på grunnnet mistanker om MSBP. Legen som henviste pasienten til Meadow tvilte så på funnene deres at han valgte å ikke konfrontere moren direkte med mistankene. Konsekvensen av dette var at barnet ble sendt tilbake til moren og døde etter en tid, antakelig som følge av forgiftning. Dette er et eksempel på hvor fatalt og tragisk det kan være når mistro og tvil blir dominerende hos helsepersonell.

I Blix og Brack (1988) sin undersøkelse uttrykte flere sykepleiere at selv om diagnosen på et intellektuelt nivå ga mening, var mistankene nesten umulig å akseptere på et emosjonelt nivå. I ettertid er flere av dem enige om at den mistenkte forelderen viste tegn på avvikende atferd, men det var vanskelig å se dette da det pågikk da flere av dem følte seg «nære» foreldrene.

Andre reaksjoner

Sugar et al. (1991) forteller at det tragiske dødsfallet til Billy, som ble nevnt i avsnittet om skyldfølelse, hadde en dyp innvirkning på alle som hadde omsorg for han, og at betydelig tid og innsats var nødvendig for å sørge over dødsfallet samt tolerere tvetydigheten ved å aldri vite helt sikkert. Dødsfallet ga i tillegg en opplevelse av ydmykhet. Meadow (1982) rapporterer om 19 barn utsatt for MSBP som han selv har behandlet, konsultert for eller på annen måte har kjennskap til, og skriver at legene som møtte disse familiene ikke vil glemme dem, da sakene åpenbart har gjort store inntrykk.

Koetting (2015) forteller om en sak hun hadde personlig erfaring med som involverte et søskenpar på 4 og 6 år. For den 4 år gamle gutten ble døden det tragiske utfallet, og hun forteller at hun alltid har følt seg dårlig i ettertid for at hun ikke var i stand til å gjøre noe for å endre utfallet, selv om hun hadde på følelsen at noe var galt.

Szajnberg et al. (1996) forteller om en psykiater som skulle evaluere en MSBP-mishandler i etterkant av at diagnosen ble bekreftet, og som følte på skrekk og undring over at moren kunne gjøre disse tingene, og var forvirret over alle diagnosene moren hadde fått, spesielt med tanke på at ingen av dem var satt før MSBP-handlingene startet. I sin beskrivelse av tre saker forteller forfatterne om at foreldrene vekket en følelse av kognitiv dissonans hos klinkerne.

I Blix og Brack (1988) sin undersøkelse uttrykte 25% av sykepleierne en følelse av å være kvalm og frastøtt av tanken på at MSBP var en mulighet. Tanken på at foreldre med vilje skadet barnet sitt var forstyrrende for flere av dem. Koetting (2015) oppgir at helsepersonell kan føle seg bitre og tåpelige når det går opp for dem av de uvitende har blitt et instrument i mishandlingen. Andre reaksjoner det rapporteres om er sjokk og overraskelse når mistanker blir tatt opp i personalgruppen (Blix & Brack, 1988), forferdelse over at det tok så lang tid før mishandlingen ble oppdaget (Szajnberg et al., 1996), svik (Light & Sheridan, 1990), tristhet (Meadow, 1982; Sugar et al., 1991; Szajnberg et al., 1996), og bekymringer knyttet til foreldrenes tilstrekkelighet og barnets sikkerhet (Light & Sheridan, 1990).

Konsekvenser i ettertid

I Blix og Brack (1988) sin undersøkelse følte 65% av sykepleierne at saken påvirket synet deres på pasienter og familiene deres, og 40% trodde at denne saken ville påvirke deres fremtidige forhold til pasienter eller familier. De oppga at de ble mer observante og vaksomme rundt foreldre, da spesielt i interaksjonen mellom barn og forelder. De

sykepleierne som følte at saken ikke ville påvirke synet deres oppgave at saken var for sjelden til å berettigede endringer, men de indikerte likevel at de kunne være tilbøyelige til å være nøyer i sine observasjoner av foreldre fremover. En av sykepleierne sa: «Det ville vært veldig vanskelig å fortsette med denne jobben hvis du bekymret deg for at enhver forelder har dette syndromet» (s. 406, egen oversettelse). Flere følte at de stolte mindre på andre, noe som også Klebes og Fay (1995) bekrefter.

Diskusjon

Problemstillingen til denne oppgaven var hvilke reaksjoner helsepersonell har under og i etterkant av tilfeller av MSBP. I resultatene ser vi at sinne, både rettet mot seg selv, kollegaer og mishandler, indre konflikt i arbeidet med å akseptere at tilsynelatende eksemplariske foreldre fremprovoserer sykdom hos barnet sitt, splittelse i personalgruppen og mistro er de vanligste reaksjonene det meldes om. I tillegg rapporterer flere i helsevesenet om skyldfølelse, skam, mislykkelse, maktesløshet, en følelse av å være uforberedt, frustrasjon, motvilje, kvalme, å være frastøtt, sjokk, overraskelse, forferdelse, svik, tristhet, bekymring og mistillit til fremtidige pasienter og familier.

Helsepersonell sin rolle er i de aller fleste tilfeller å hjelpe pasientene sine til å bli friske, samt fremme god fysisk og psykisk helse. Det er derfor forståelig at helsepersonell kan oppleve å bli sinte på seg selv, føle på skyld og at de mislyktes i jobben sin når de plutselig har gjort nettopp det motsatte: barnet ble ikke ivaretatt og de bidro til at barnet ble utsatt for skade og ubehag, noen ganger midlertidig men andre ganger permanent. I noen av tilfellene bidrar helsepersonell til at barnet dør som følger av utredningene og behandlingene de har gitt dem. På mange måter blir helsepersonell også offer for mishandlingen, og deres reaksjoner kan forstås som naturlige responser på dette. Albaek et al. (2020) mener at skam og skyld er hovedårsak til negative reaksjoner på selvevaluering og selvrefleksjon, og at skam og

skyld utløser sekundære reaksjoner og defensiv atferd, som kan sammenliknes med Nathansons skamkompass: Nathanson referert i Albaek et al. (2020, s. 1220) mener at skam fører til forsvarsmekanismer som unngåelse, å skyld på seg selv, tilbaketrekking, og å skyld på andre. Unngåelse kan observeres hos helsepersonell som mistro, benektelse av emosjoner og selvbedrag. Å skyld på seg selv kan vi se når helsepersonell har tanker om at de ikke er gode nok eller mislykkes. Tilbaketrekking ser vi når helsepersonell unnlater å søke støtte hos andre. Å skyld på andre ser vi gjennom sinne rettet mot kollegaer. Dette er i stor grad kompatibelt med resultatene fra denne litteraturoversikten, og vi ser at disse reaksjonene går igjen hos svært mange.

Blix og Brack (1988) har lagd en stegvis modell som viser personalets reaksjoner under og etter den aktuelle saken i studien deres. I det første stadiet har majoriteten en oppfatning av foreldrene som kjærlige, bekymret og omsorgsfull, og deler av personalet føler seg «nær» med den mistenkte forelderen. I det neste stadiet blir den mistenkte diagnosen lagt frem for personalgruppen, og de fleste opplever intense negative følelser, slik som sjokk, mistro og benektelse. De fleste følte på sinne rettet mot forelderen, mot legen som kom med diagnosen, og seg selv. Etter sjokket begynte personalet å samle informasjon og definere deres profesjonelle rolle i situasjonen. Deretter begynte personalet å mobilisere støttesystemer via kommunikasjon og ventilasjon av følelser og bekymringer. I det neste stadiet kom det flere reaksjoner, slik som aksept for diagnosen og de innså at forelderen var «for perfekt» til at det kunne være sant. Personalet ble mer årvåken og rettet mer oppmerksomhet mot interaksjoner mellom forelder og barn. Noen få opplevde en midlertidig mistillit mot foreldre generelt. I det siste stadiet viste langtidsvirkningene seg. Eksponering og involvering i saken ga personalet ny kunnskap om lidelsen, dens etiologi og symptomatologi, noe som bør legges til rette for oppdagelse og behandling av fremtidige tilfeller. Hos deler av personalgruppen

fortsatte tendensen til å overvåke forelder-barn-interaksjoner, da spesielt i uvanlige saker. Hos noen få kan det være en vedvarende mistillit til foreldre. Denne stegvise modellen samsvarer godt med funnene mine, og virker å være typisk i møte med MSBP-saker. Alle følger naturligvis ikke denne modellen, og vi ser for eksempel at noen aldri kommer dit at de aksepterer diagnosen. Hva det er som gjør at noen reagerer annerledes enn andre, trengs det mer forskning på for å slå fast. Kanskje kan det være at forsvarsmekanismer som unngåelse og tendensen til å skyldte på andre sitter så sterkt i disse individene at åpenhet for andre tolkninger nærmest blir umulig for dem.

Som vi har sett i Blix og Brack (1988) sin studie kan det være både positive og negative konsekvenser av at helsepersonell blir kjent med MSBP-saker. Det positive ved det er at de får økt erfaring og kunnskap om diagnosen i seg selv, og erfaring i hvordan de kan håndtere sakene. På profesjonelt nivå får de trening i å opprettholde en profesjonell holdning, sende inn bekymringsmelding og samarbeide med eventuelle andre instanser, slik som politi og barneverntjenesten. På et personlig nivå får de erfare hvordan det oppleves for dem å stå i slike saker og å håndtere eventuelle vanskelige følelser og tanker i ettertid. Når det kommer til konsekvenser for hvordan helsepersonell møter fremtidige pasienter og familien deres, er det både negativt og positivt at erfaringene deres påvirker her. Blix og Brack (1988) fant at 65% av sykepleierne følte at erfaringen deres vil påvirke synet deres på pasienter og familiene, og at de nå er spesielt observant i interaksjonen mellom forelder og barn. 40% trodde at saken ville påvirke det fremtidige forholdet til pasienter eller familier. Her oppnår man jo noe av det som vil være ønskelig: nemlig at helsepersonell er mer observante og faktisk vurderer at mishandling kan forekomme. Det å se en forelder utføre så grov mishandling av egne barn og manipulering av et helt helsevesen kan unektelig gjøre noe med tilliten de føler til pasienter og foreldre. Ofte vil det være foreldrene som oppgir sykehistorien til barna sine, og det kan

være uheldig dersom en ansatt tviler på alt de sier. Som en av sykepleierne sa: «det ville vært veldig vanskelig å fortsette med denne jobben hvis du bekymret deg for at enhver forelder har dette syndromet» (Blix & Brack, 1988, s. 406, egen oversettelse). Balansen mellom tillit til foreldre og å ha et kritisk blikk på historien og symptomene som presenteres, er noe helsepersonell med fordel kan opplæres i.

MSBP-mishandling skiller seg fra annen type barnemishandling i den forstand at helsepersonell blir et svært viktig ledd i utførelsen av mishandlingen i MSBP-tilfeller, noe som ikke er tilfellet når en forelder slår barnet sitt eller forgriper seg på et barn. I følge Donald og Jureidini referert i Criddle (2010, s. 50) er graden av overlegg det viktigste skillet mellom MSBP og fysisk mishandling. Likevel ser vi at reaksjonene helsepersonell får i møte med barnemishandling likner hverandre. Sinne mot mishandler, bekymring knyttet til om de er godt nok forberedt til å håndtere saken og vil klare å opprettholde en profesjonell holdning, rollekonflikt, skyld, skam, og en følelse av mislykkelse går igjen hos helsepersonell som håndterer helt ulike former for mishandling. Det er åpenbart at helsepersonell lar seg sterkt berøre av barnemishandling, og at det blir vanskelig å skille personlige følelser fra jobben de utfører. Vi vet også på generelt grunnlag at sekundært traumatisk stress er noe helsepersonell er i risiko for å utvikle (Figley, referert i Beck, 2011, s. 2-3), men jeg finner ikke støtte i mine funn om at helsepersonell spesifikt opplever dette. Det er likevel ikke utenkelig, spesielt med tanke på hvor emosjonelt aktivert og knyttet de blir til sakene de jobber med, at dette faktisk er tilfelle for noen av dem.

Blix og Brack (1988) rapporterer om at 75% av sykepleierne i utvalget sitt ikke følte seg profesjonelt forberedt og 80% ikke følte seg emosjonelt forberedt på å stå i en slik sak. Det er bortimot uunngåelig at helsepersonell, spesielt de som jobber på sykehus, i barneverntjenesten eller andre foretak rettet mot barn, vil møte på barnemishandling i flere

ulike former. Å føle seg trygg i håndtering av slike saker og ha den kunnskapen som er nødvendig, er derfor av stor viktighet. Flere studier som målte helsepersonells kunnskap om MSBP viste at kun ca. halvparten har hørt om det (Bursch et al., 1996; Hochhauser & Richardson, 1994; Kaufman et al., 1989), og at de færreste lærer om dette under utdannelsen (Bursch et al., 1996). Som nevnt er hovedårsaken til at tilfeller ikke blir oppdaget i helsevesenet at helsepersonell ikke betrakter MSBP som en årsaksforklaring når de gjør differensialdiagnostikk (Awadallah et al., 2005; Pasqualone & Fitzgerald, 1999). Pasqualone og Fitzgerald (1999) fant at det ofte er de med mye trening og erfaring med barn eller eldre som blir utsatt for mishandling som er i stand til å identifisere nivået av fabrikkering og manipulering i tilfeller med MSBP. Mangel på spesifikk trening i klinisk omsorg for utsatte av barnemishandling ble oppgitt av mange som grunn til at personell ikke er i stand til å bedømme graden av sannhet og de forklaringene foreldrene gir om barnets skader. Mangel på klare retningslinjer og protokoller gjør det vanskelig å rapportere mistankene (Tingberg et al., 2008).

Som nevnt i innledningen legger Jureidini et al. (2003) frem egenskaper ved det medisinske systemet som tilrettelegger for og tillater at MSBP får utspille seg. Her diskuterer de økt brukermedvirkning, subspecialisering, risikostyring, profesjonell status og rivalisering mellom kollegaer som medvirkende årsaker. Dårlig kommunikasjon på tvers av og innenfor ulike instanser og en frykt for å innrømme at de ikke klarer å finne årsaker til symptomene, nevnes flere steder (Jureidini et al., 2003; Langer, 2009; Squires & Squires, 2010; Von Hahn et al., 2001). Squires og Squires (2010) skriver at selv innenfor sykehuset blir kommunikasjonen mellom spesialister og sykepleiere mindre verbal og mer elektronisk, og at «lege-shopping» enkelt lar seg gjøre og sjelden oppdages av behandlende leger. Det er uten tvil flere fordeler med brukermedvirkning, men når det kommer til MSBP, ser det ut til at

pasientenes foreldre får medvirke i overkant mye, og at helsepersonell til tider kan danne upassende relasjoner til foreldrene. Som Jureidini et al. (2003) beskriver, var pasientens mor involvert i nesten alle aspekter ved barnets omsorg mens det var innlagt, da inkludert at hun aktivt bidro i gjenopplivning av barnet sitt. Meadow (1985) har erfart at så nære relasjoner mellom helsepersonell og mishandler har blitt dannet at ansatte har blitt gudforeldre for barnet og at barnet er oppkalt etter ansatte. Dette kan være svært problematisk, for hvordan kan en ansatt være objektiv og i det hele tatt vurdere mishandling når relasjonen til mishandler er så nær? Kanskje vil dette også føre til mangel på diskresjon i informasjonsdelingen med forelderen, slik Jureidini et al. (2003) spekulerer om.

Eminson og Jureidini (2003) tror at det største utbyttet i forebygging av MSBP kommer av å bedre forståelsen av leger og helsesystemet i sin helhet, heller enn fra å forstå mishandleren bedre. Steg for å forbedre kvaliteten på historietaking, koordinering av medisinsk omsorg og oppmerksomhet rettet mot psykososiale utfordringer i forståelsen av pasienter fjerner potensiell toksisitet fra den potensielle mishandleren. Primær intervensjon bør derfor rettes mot helsesystemet, med forskning og studier på dens akademiske, etiske og finansielle nødvendigheter. Andre intervensjoner rettet mot foreldres atferd og medisinsk atferd der man setter inn tiltak som fokuserer på tidligere og mindre alvorlige «stasjoner» på veien, slik som tiltak rettet mot gruppen av foreldre med en særlig risiko for å ha høye nivåer av somatiske presentasjoner av barna sine, vil også ha potensialet til å være effektivt. Å bringe sammen foreldrefaktorer som predikerer somatisering hos barn sammen med faktorer innenfor helsesystemet som tilrettelegger for somatiseringsatferd kan være en mer produktiv grunnmur for forskning på forebygging av MSBP heller enn prosjekter rettet direkte mot MSBP. Slik forskning kan også lede til intervensjoner innen utdanning. Helsepersonell bør få hjelp til å utforske deres oppfatninger av og responser til pasienter som stadig oppsøker

helsesystemet, og til en forelders avvikende responser og inkonsekvente symptomer og tegn, slik at de får øvelse i alternative måter å tenke og respondere på i slike situasjoner. Leger kan hjelpes til å revurdere og fornye synet deres på hva som kan være skadelige effekter av utredninger og behandlinger, blir mer konsekvent og åpne i kliniske vurderinger, samt å bli flinkere til å be om hjelp (Eminson & Jureidini, 2003).

Brack, LaClave og Campbell referert i Blix og Brack (1988, s. 408) foreslår at restrukturering er en viktig mestringsstrategi i en stressende medisinsk setting full av liknende paradokser og motsetninger. Restrukturering vil si å endre måten man ser ting på og forsøke å finne alternative måter å oppfatte ideer, hendelser eller situasjoner (Throop referert i Robson & Troutman-Jordan, 2014, s. 56). Dette er noe helsepersonell gjør når de endrer forståelsen sin om forelderen som kjærlig og omsorgsfull til en forelder som mishandler barnet sitt. Fulton (2000) presiserer viktigheten ved at institusjonen tilbyr helsepersonell et forum der de fritt kan uttrykke følelsene sine og ikke være redde for konsekvensene. Dette vil være en viktig del av tilretteleggingen for restrukturering og godt samarbeid i personalgruppen. For eksempel vil det være viktig å restrukturere i møte med en komplisert sak. I tilfeller med faktisk sykdom vil en motvilje mot å innrømme nederlag ha positive effekter, da helsepersonell gjør flere utredninger som er nødvendig for å finne rett diagnose. Når det kommer til MSBP blir jo dette en utfordring, for her er det avgjørende at helsepersonell stopper opp og ser på andre mulige årsaker til symptomene. Som vi har fått innblikk i, utsettes barna for utallige utredninger, prosedyrer og behandlingsformer, så det er liten tvil om at ingen behandling noen ganger er rett behandling.

Som vi ser er det et stort forbedringspotensial, både innenfor utdanning og kunnskapsheving, men også i håndtering av saker og intervensjoner rettet mot helsepersonell. Å utdanne helsepersonell til å være oppmerksom på barnemishandling, lære dem om typiske

tegn ved disse familiene slik at de ikke fanges av de vanlige misforståelsene om MSBP, og gi dem opplæring i håndtering av mishandlingssaker er av enorm viktighet. I tillegg vil gode og klare retningslinjer for håndtering av saker og gode rutiner for debrief i etterkant av saker, kunne øke sannsynligheten for at tilfeller blir oppdaget og avverget når pasientene er i møte med helsevesenet, samt at helsepersonell får tilstrekkelig oppfølging. Med trygge og erfarne helseutøvere og et godt samarbeid både innad i personalgruppen og på tvers av ulike instanser, vil både barnet, mishandleren og helsepersonell bli ivaretatt.

Begrensninger og videre anbefalinger

Det hadde vært ønskelig å benytte seg av flere databaser i litteratursøket, og dette er en av begrensninger ved denne studien. I denne studien er det inkludert både kasus-studier, oversiktslitteraturer og andre typer artikler. Det finnes svært lite informasjon om og studier på hvilke reaksjoner helsepersonell har under og i ettertid av MSBP-saker. Min studie gir i beste fall en indikasjon på hvilke reaksjoner som går igjen hos flere, slik som mistro og sinne, men det er vanskelig å trekke klare slutninger om hvilke reaksjoner som er mest problematisk for helsepersonell basert på et så tynt datautvalg. Det kan tenkes at forskning med større utvalg vil vise at andre reaksjoner også forekommer. I tillegg er data hentet fra MSBP-kasusstudier noe som bør ses på med et noe kritisk blikk, da det kan tenkes at sakene det rapporteres om i litteraturen og som generelt oppdages ofte vil være svært alvorlige og muligens «enklere» å oppdage. Klebes og Fay (1995) tror at de verste tilfellene pleier å være de som dokumenteres i litteraturen og at de kan være de eneste sakene som blir diagnostisert. Det er en mulighet for at «mindre alvorlige» tilfeller ikke blir oppdaget. For eksempel kan det tenkes at det er enklere for en helseutøver å reagere på et sykdomsbilde som er svært uvanlig, alvorlig, komplekst og usannsynlig, og dermed vurdere mishandling som alternativ, enn et barn som presenteres med milde og helt vanlige symptomer. Hvilke reaksjoner som oppstår hos

helsepersonell som står i saker av «lavere alvorlighet» trenger ikke nødvendigvis å være de samme som de som står i saker med livstruende skader og store funksjonsfall. I tillegg går det igjen i flere av mine kasusstudier at forfatteren snakker på vegne av seg selv og kollegaene sine. Vi får dermed ikke opplevelsen fra hver enkelt person.

Flere og større studier på dette temaet er ønskelig og nødvendig for å kartlegge reaksjonsmønstre bedre, noe som kan gi grunnlag for intervensjoner og kunnskapsheving rettet mot helsepersonell i håndteringen av sakene og vanskelige personlige følelser. Undersøkelser spesifikt rettet mot målinger av sekundært traumatisk stress kunne bidratt med å indikere i hvor stor grad helsepersonell opplever MSBP-saker som traumatiserende og kan gi et bilde på hvordan MSBP, i tillegg til å påvirke funksjonsnivået til det utsatte barnet, også kan påvirke funksjonsnivået til helsepersonell. Informasjon fra Norge er svært begrenset, og det ville vært interessant å finne ut om funn fra USA og andre land er overførbare til norske forhold.

Konklusjon

Munchausen syndrom by proxy er en lidelse som påvirker det utsatte barnet og helsepersonell i stor grad. Helsepersonell sin rolle er som hjelpere og omsorgsgivere, noe som kan føre til konflikt når de må påta seg rollen som observatør og en slags sikkerhetsvakt i møte med mishandling. På mange måter blir også helsepersonell offer for mishandlingen, i form av måten de blir utnyttet og manipulert på samt at de uvitende og ufrivillig bidrar til barnemishandling. Flere opplever det som vanskelig å dele mistanker med kollegaer og mange savner klare retningslinjer for og trening i hvordan mistankene skal håndteres. En stor andel føler seg også emosjonelt og profesjonelt uforberedt på å stå i slike saker. Det diskuteres om egenskaper ved det medisinske systemet på mange måter tilrettelegger og tillater at MSBP får utvikle seg, i tillegg til manglende kunnskap og klare retningslinjer. Det

er vanskelig å trekke klare konklusjoner på bakgrunn av mitt datautvalg. Likevel ser vi at reaksjoner som sinne, konflikt, splittelse i personalgruppen og mistro er svært utbredt hos helsepersonell som står i MSBP-saker, og at de blir sterkt berørt. Det er ønskelig og helt nødvendig med mer forskning på feltet, slik at både helsepersonell, det utsatte barnet og mishandleren blir ivaretatt på en tilstrekkelig måte.

Referanseliste

- Albaek, A. U., Binder, P.-E. & Milde, A. M. (2020). Plunging Into a Dark Sea of Emotions: Professionals' Emotional Experiences Addressing Child Abuse in Interviews With Children. *Qual Health Res*, 30(8), 1212-1224. DOI: 10.1177/1049732318825145
- Awadallah, N., Vaughan, A., Franco, K., Munir, F., Sharaby, N. A. & Goldfarb, J. (2005). Munchausen by proxy: A case, chart series, and literature review of older victims. *Child Abuse Negl*, 29(8), 931-941. DOI: 10.1016/j.chiabu.2004.11.007
- Beck, C. T. (2011). Secondary Traumatic Stress in Nurses: A Systematic Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(1), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2010.05.005>
- Blix, S. & Brack, G. (1988). The effects of a suspected case of Munchausen's syndrome by proxy on a pediatric nursing staff. *Gen Hosp Psychiatry*, 10(6), 402-409. DOI: 10.1016/0163-8343(88)90063-1
- Bools, C., Neale, B. & Meadow, S. (1993). Follow up of victims of fabricated illness (Munchausen syndrome by proxy). *Archives of disease in childhood*, 69(6), 625-630.
- Bursch, B., Weinberg, H. D. & Shilkoff, S. (1996). Nurses' knowledge of and experience with Munchausen Syndrome by Proxy. *Issues in comprehensive pediatric nursing*, 19(2), 93-102.
- Criddle, L. (2010). Monsters in the closet: Munchausen syndrome by proxy. *Critical care nurse*, 30(6), 46-55.
- Eminson, M. & Jureidini, J. (2003). Concerns about research and prevention strategies in Munchausen Syndrome by Proxy (MSBP) abuse. *Child Abuse Negl*, 27(4), 413-420. DOI: 10.1016/S0145-2134(03)00028-0
- Fulton, D. R. (2000). Early recognition of Munchausen Syndrome by Proxy. *Critical Care Nursing Quarterly*, 23(2), 35–42. <https://doi.org/10.1097/00002727-200008000-00005>

- Glaser, D. (2020). Fabricated or induced illness: From “Munchausen by proxy” to child and family-oriented action. *Child abuse & neglect*, *108*, 104649-104649. DOI: 10.1016/j.chiabu.2020.104649
- Hochhauser, K. G. & Richardson, R. A. (1994). Munchausen syndrome by proxy: an exploratory study of pediatric nurses' knowledge and involvement. *Journal of Pediatric Nursing*, *9*(5), 313-320.
- Jenkins, S. R. & Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *J Trauma Stress*, *15*(5), 423-432. DOI: 10.1023/A:1020193526843
- Jureidini, J. N., Shafer, A. T. & Donald, T. G. (2003). “Munchausen by proxy syndrome”: not only pathological parenting but also problematic doctoring? *Medical Journal of Australia*, *178*(3), 130-132. DOI: 10.5694/j.1326-5377.2003.tb05104.x
- Kaufman, K. L., Coury, D., Pickrel, E. & McCleery, J. (1989). Munchausen syndrome by proxy: A survey of professionals' knowledge. *Child Abuse & Neglect*, *13*(1), 141-147. DOI: 10.1016/0145-2134(89)90037-9
- Klebes, C. & Fay, S. (1995). Munchausen syndrome by proxy: A review, case study, and nursing implications. *Journal of Pediatric Nursing*, *10*(2), 93-98. DOI: 10.1016/s0882-5963(05)80004-1
- Koetting, C. (2015). Caregiver-fabricated illness in a child. *Journal of Forensic Nursing*, *11*(2), 114-117. DOI: 10.1097/JFN.0000000000000066
- Langer, R. (2009). "A Dignified and Caring Mother:" An Examination of Munchausen Syndrome by Proxy Case Law. *Psychiatry, psychology, and law*, *16*(2), 217-239. DOI: 10.1080/13218710802552963
- Libow, J. A. (1995). Munchausen by proxy victims in adulthood: a first look. *Child abuse & neglect*, *19*(9), 1131-1142.

- Light, M. J. & Sheridan, M. S. (1990). Munchausen Syndrome by Proxy and Apnea (MBPA): A Survey of Apnea Programs. *Clinical Pediatrics*, 29(3), 162-168. DOI: 10.1177/000992289002900304
- McClure, R. J., Davis, P. M., Meadow, S. R. & Sibert, J. R. (1996). Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Archives of Disease in Childhood*, 75(1), 57-61. DOI: 10.1136/adc.75.1.57
- Meadow, R. (1977). MUNCHAUSEN SYNDROME BY PROXY THE HINTERLAND OF CHILD ABUSE. *The Lancet (British edition)*, 310(8033), 343-345. DOI: 10.1016/s0140-6736(77)91497-0
- Meadow, R. (1982). Munchausen syndrome by proxy. *Archives of Disease in Childhood*, 57(2), 92-98. DOI: 10.1136/adc.57.2.92
- Meadow, R. (1985). Management of Munchausen syndrome by proxy. *Archives of Disease in Childhood*, 60(4), 385-393. DOI: 10.1136/adc.60.4.385
- Mercer, S. O. & Perdue, J. D. (1993). Munchausen Syndrome by Proxy: Social Work's Role. *Social Work*, 38(1), 74-81. DOI: 10.1093/sw/38.1.74
- Pasqualone, G. A. & Fitzgerald, S. M. (1999). Munchausen by Proxy syndrome: The forensic challenge of recognition, diagnosis, and reporting. *Critical Care Nursing Quarterly*, 22(1), 52-64. DOI: 10.1097/00002727-199905000-00007
- Robson Jr, J. P. & Troutman-Jordan, M. (2014). A Concept Analysis of Cognitive Reframing. *Journal of Theory Construction & Testing*, 18(2).
- Rogers, R. (2004). Diagnostic, explanatory, and detection models of Munchausen by proxy: extrapolations from malingering and deception. *Child abuse & neglect*, 28(2), 225-238. DOI: 10.1016/j.chiabu.2003.08.004

- Rosenberg, D. A. (1987). Web of deceit: A literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse & Neglect*, 11(4), 547-563. DOI: 10.1016/0145-2134(87)90081-0
- Schreier, H. (2002). On the importance of motivation in Munchausen by Proxy: the case of Kathy Bush. *Child Abuse & Neglect*, 26(5), 537-549. DOI: 10.1016/S0145-2134(02)00329-0
- Schreier, H. (2004). Munchausen by proxy. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 34(3), 126-143. DOI: 10.1016/j.cppeds.2003.09.003
- Schreier, H. A. & Libow, J. A. (1993a). MUNCHAUSEN SYNDROME BY PROXY: Diagnosis and Prevalence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63(2), 318-321. DOI: 10.1037/h0079426
- Schreier, H. A. & Libow, J. A. (1993b). *Hurting for love: Munchausen by proxy syndrome*. New York: Guilford Press.
- Schreier, H. A. & Libow, J. A. (1994). Munchausen by proxy syndrome: A modern pediatric challenge. *The Journal of Pediatrics*, 125(6), 110-115. DOI: 10.1016/s0022-3476(05)82934-8
- Seidl, A. H., Stanton, M. P., Pillitteri, A., Smith, C. & Boehler, B. (1993). Nurses' Attitudes toward the Child Victims and the Perpetrators of Emotional, Physical, and Sexual Abuse. *Issues in child abuse accusations*, 5(1), 28-38.
- Sheridan, M. S. (2003). The deceit continues: an updated literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse & Neglect*, 27(4), 431-451. DOI: 10.1016/s0145-2134(03)00030-9
- Sigal, M., Gelkopf, M. & Meadow, R. S. (1989). Munchausen By Proxy Syndrome: The triad of abuse, self-abuse, and deception. *Comprehensive Psychiatry*, 30(6), 527-533. DOI: 10.1016/0010-440X(89)90083-7

- Southall, D. P., Plunkett, M. C. B., Banks, M. W., Falkov, A. F. & Samuels, M. P. (1997). Covert Video Recordings of Life-threatening Child Abuse: Lessons for Child Protection. *Pediatrics*, 100(5), 735-760. DOI: 10.1542/peds.100.5.735
- Squires, J. E. & Squires, R. H. (2010). Munchausen Syndrome by Proxy: Ongoing Clinical Challenges. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 51(3), 248-253. DOI: 10.1097/MPG.0b013e3181e33b15
- Stirling, J. & Committee on Child Abuse Neglect. (2007). Beyond Munchausen syndrome by proxy: identification and treatment of child abuse in a medical setting. *Pediatrics*, 119(5), 1026-1030.
- Sugar, J. A., Belfer, M., Israel, E. & Herzog, D. B. (1991). A 3-Year-Old Boy's Chronic Diarrhea and Unexplained Death. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(6), 1015-1021. DOI: 10.1097/00004583-199111000-00023
- Szajnberg, N. M., Moilanen, I., Kanerva, A. & Tolf, B. (1996). Munchausen-by-proxy syndrome: Countertransference as a diagnostic tool. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 60(2), 229-237.
- Thomas, K. (2003). Munchausen Syndrome by Proxy: Identification and diagnosis. *Journal of Pediatric Nursing*, 18(3), 174-180. DOI: 10.1053/jpdn.2003.35
- Tingberg, B., Bredlöv, B. & Ygge, B. M. (2008). Nurses' experience in clinical encounters with children experiencing abuse and their parents. *Journal of Clinical Nursing*, 17(20), 2718-2724. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02353.x
- Torgalsbøen, A.-K. (2008). Når behovet for oppmerksomhet og sympati overgår morsfølelsen: En litteraturgjennomgang av Münchausen syndrome by proxy. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(4).

Von Hahn, L., Harper, G., McDaniel, S. H., Siegel, D. M., Feldman, M. D. & Libow, J. A.

(2001). A case of factitious disorder by proxy: The role of the health-care system, diagnostic dilemmas, and family dynamics. *Harvard Review of Psychiatry*, 9(3), 124-135. DOI: 10.1080/10673220127886

World Health, O. (1999). *ICD-10: psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser : kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer* *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders.*