

Magefølelse
utløser
bekymringsmelding
til
barneverntjenesten

Intervjuer av helsesøstre om hvilke faktorer som utløser avgjørelsen om å
sende bekymringsmelding til barneverntjenesten.

Masteroppgave i barnevern
høst 2009

av

Else Karin Bukkøy

Veileder: Øyvind Kvello

Senter for barnevernstudier
Universitetet i Bergen/Det psykologiske fakultet/Institutt for Utdanning og
helse

Sammendrag

I denne studien har jeg undersøkt hvordan helsesøsteren forholder seg til omsorgssvikt og melding om dette til barneverntjenesten. Formålet med studien var å prøve å forstå hvordan helsesøsteren oppfattet omsorgssvikt og hva som førte til at hun ble så bekymret for et barns omsorgssituasjon at hun sendte bekymringsmelding til barneverntjenesten. Problemstillingen for studien var: *«Hvordan er helsesøsterens definisjon og forståelse av omsorgssvikt, hvordan vurderer hun prosessen rundt selv å sende melding, samt hvordan forstår hun sin tjenestes rolle i forhold til å sende bekymringsmeldinger til barneverntjenesten?»*

Studien baseres på et strategisk utvalg av helsesøstre. Det vil si at jeg søkte etter helsesøstre som hadde sendt bekymringsmelding til barneverntjenesten fortrinnsvis innen de to siste årene og vedrørende barn under fem år. Prosessen med å få tak i helsesøstre som ville stille til intervju var kronglete og vanskelig. Det viste seg blant flere forhold at det var en engstelse hos noen for å snakke om temaet. Begrunnelsen var at de var redde for at familier skulle kunne kjenne seg igjen, og de var engstelige for at kolleger og leder skulle kjenne igjen helsesøstrene på bakgrunn av det de fortalte. Det er derfor ikke opplyst fra hvilke kommuner i Norge helsesøstrene forteller fra. Fem helsesøstre stilte til intervju, alle hadde flere års erfaring som helsesøster og alle hadde sendt bekymringsmeldinger til barneverntjenesten mer enn en gang.

Studien har et noe fenomenologisk preg, har et islett av den hermeneutiske modellen og bygger på helsesøsterens erfaringer med og opplevelser i forbindelse med å ha sendt bekymringsmelding til barneverntjenesten. Dataene ble innhentet via et semi-strukturert forskningsintervju. Intervjuene og transkriberingen av intervjuene er utført av meg. Datamaterialet er kategorisert og bearbeidet og ble sortert i fem kategorier, av dem har to av dem tilsammen fem underkategorier. Studien er tydelig datadreven.

Kategoriene er: 1) Helsesøstrenes forståelse av begrepet og fenomenet omsorgssvikt, 2) Helsesøstrenes håndtering av bekymring for foreldrenes barneomsorg, med underkategoriene; a) å føle seg faglig alene, b) forsikringer og c) taus kunnskap, 3) Helsesøsterens rolle i bekymringssaker, med underkategoriene; a) lojalitetsvalg og b) handlingsvegring, 4) Drøftings- og samarbeidsrutiner og 5) Utrygghet i forhold til barneverntjenesten.

Funnene i datamaterialet viser at helsesøstrene var noe unyanserte i beskrivelsen av omsorgssvikt, de skilte mellom omsorgssvikt og mishandling som to ulike overordnede begrep. En av informantene uttrykte dette helt eksplisitt, de øvrige fire informantene hadde ikke et reflektert forhold til selve begrepene, men én inkluderte vold i omsorgssvikt og én seksuelle overgrep. Bekymringen for barns omsorgssituasjon kom via en magesfølelse. Håndteringen av bekymringen var mye overlatt til helsesøsteren selv, uten tydelig støtte fra kolleger og lederen i helsestasjonen. At helsesøsteren hadde gjort rett ved å sende bekymringsmeldingen, forsikret hun seg selv om. Datafunnene avdekket stor frustrasjon og undring over måten barneverntjenesten og dens saksbehandlere samarbeidet på. Særlig etterlyste de mer stabilitet av de ansatte i barneverntjenesten og mer informasjon i barnevernsaker. Funnene avdekket likevel et håp for et bedre samarbeid i fremtid. Sitatene avdekker et «skrikende» behov for mer kompetanse i helsestasjonen så vel som i barneverntjenesten i kommunene.

Forord

Tusen takk til dere fem helsesøstre for åpenheten om temaet og for motet dere utviste. Dette at helsesøstrene så sjenerøst delte sine tanker med meg, sine umiddelbare tanker, gav meg og oss en unik mulighet til å studere forholdene som denne oppgaven kretser rundt. Der målet mitt er at vi må gjøre hverandre gode på å avdekke omsorgssvikt, tørre å se det vi ser, og intervenere i forhold til det vi ser, der vi er plassert i ulike instanser i en kommune.

En stor takk til min veileder Øyvind Kvello for fantastisk og utviklende støtte gjennom prosessen frem til ferdig masteroppgave. I tillegg til alle forelesningene på Universitetet i Bergen ved Senter for barnevernstudier, har Øyvind Kvello vist veien til ytterligere kunnskap og innsikt i det komplekse faget; barnevern.

Å ha stor familie, være fulltids ansatt i barneverntjenesten og arbeide frem en masteroppgave samtidig, er en balansegang mellom studie, arbeid og familieliv. Jeg ønsker derfor også å takke min kjære mann, mine barn, mine venner, mine kolleger og andre som står meg nær for tålmodighet med meg når jeg ivrig legger ut om ny forskning, ny kunnskap og at; «nå må vi brette opp armene og øke kompetansen vår slik at vi tidlig oppdager barna som er utsatt for omsorgssvikt». Tusen takk for at dere lot meg få være engasjert.

Stavanger, november 2009

Else Karin Bukkøy

Innholdsfortegnelse:

Sammendrag.....			s	02
Forord.....			s	03
Kapittel	1	Introduksjon.....	s	06
	1.1	Tema.....	s	06
	1.2	Kort om barneverntjenestens hovedoppgave.....	s	06
	1.3	Bakgrunn for studien.....	s	07
	1.4	Problemstilling.....	s	07
		1.4.1 Aktualitet.....	s	08
		1.4.2 Oppbygging av oppgaven.....	s	08
Kapittel	2	Forskningsmetode- og -design.....	s	10
	2.1	Valg av forskningsmetodisk tilnærming.....	s	10
	2.2	Utvalget.....	s	11
		2.2.1 Utvalgets størrelse.....	s	13
		2.2.2 Presentasjon av informanter.....	s	13
	2.3	Intervju som datainnsamlingsstrategi.....	s	13
		2.3.1 Intervjuguiden.....	s	14
		2.3.2 Gjennomføring av intervju.....	s	16
	2.4	Etiske hensyn og refleksjoner.....	s	17
	2.5	Databearbeidelse.....	s	18
		2.5.1 Transkribering.....	s	19
		2.5.2 Kategorisering.....	s	20
	2.6	Forforståelse.....	s	21
	2.7	Troverdighet, bekræftbarhet og overførbarhet.....	s	23
Kapittel	3	Helsesøstrenes forståelse av begrepet og fenomenet omsorgssvikt	s	25
	3.1	Definering av begrepene omsorgssvikt og mishandling?	s	25
	3.2	Drøfting.....	s	28
Kapittel	4	Helsesøstrenes håndtering av bekymring for foreldres barneomsorg.....	s	33
	4.1	Å føle seg faglig alene.....	s	34
		4.1.1 Drøfting.....	s	34
	4.2	Forsikringer.....	s	35
		4.2.1 Drøfting.....	s	37
	4.3	Taus kunnskap.....	s	40
		4.3.1 Drøfting.....	s	41
Kapittel	5	Helsesøsterens rolle i bekymringssaker.....	s	48
	5.1	Lojalitetsvalg.....	s	49
	5.2	Handlingsvegring.....	s	52
	5.3	Drøfting.....	s	55
Kapittel	6	Drøftings- og samarbeidsrutiner i bekymrings-		

	saker.....	s	63
6.1	Drøfting.....	s	67
Kapittel	7 Utrygghet i forhold til barneverntjenesten?.....	s	71
	7.1 Drøfting.....	s	75
Kapittel	8 Sammenfattende drøfting.....	s	79
	Litteraturoversikt.....	s	89
Vedlegg 1	Informasjonsskriv og samtykkeerklæring.....	s	94
Vedlegg 2	NSD-kvittering.....	s	96
Vedlegg 3	Intervjuguide.....	s	97
Vedlegg 4	Øyvind Kvello sin definisjon av omsorgssvikt, mishandling og utnyttelse av barn.....	s	99

Kapittel 1: Introduksjon

1.1 Tema

Denne masteroppgaven omhandler deler av prosessen fra når helsesøsteren ble bekymret for et barns omsorgssituasjon, og frem til hun sendte melding til barneverntjenesten. Helsesøstre på helsestasjonen møter nesten alle barn, og det er derfor naturlig å tenke at hun bør oppdage mange av de barn som er utsatt for omsorgssvikt. Temaet for masteroppgaven er mer avgrenset til hva helsesøster legger i begrepet omsorgssvikt og hvordan helsesøsteren kommer frem til at hun skal sende en bekymringsmelding til barneverntjenesten.

Jeg har valgt å presentere helsesøsteren som hunkjønn, da hovedandelen av denne yrkesgruppen er kvinner, så også samtlige av mine informanter. Samtale med Landsforeningen for Helsesøstre indikerer at det er under ti menn som er utdannet som helsesøstre i Norge. Det har vært en debatt om de bør benevnes som helsebror, men foreløpig har det vært en bred enighet i fagforeningen om at de skal benevnes som helsesøster, fordi det er en innarbeidet benevnelse.

Bekymringen som barneverntjenesten mottar blir i lovverket og litteraturen omtalt som *melding*. I praktisk arbeid brukes ofte ordet *bekymringsmelding*. Begge disse begrepene blir brukt i oppgaven. En melding kan mottas både muntlig og skriftlig, jevnfør Lov om barneverntjenester (Barne- og familiedepartementet 1992), § 4-2.

1.2 Kort om barneverntjenestens hovedoppgave

Barneverntjenestens hovedoppgave er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid. Det benevnes ofte som kjernebarnevernet eller risikobarnevernet, fremfor velferdsbarnevernet eller det forebyggende (Stang 2007)

For at barneverntjenesten skal kunne ivareta denne oppgaven, er den avhengig av å få bekymringsmeldinger fra personer som kjenner eller vurderer barnet. Dette kan for eksempel være barnets forelder eller ansatte i helsestasjoner, barnehager, skolen og politiet. Barneverntjenesten kan i tillegg til å motta bekymringsmeldinger *anmode* om å få opplysninger fra offentlige instanser. Dette gjøres i undersøkelsessaker der det allerede er meldt bekymring, jevnfør Lov om barneverntjenester (Barne- og

familiedepartementet 1992), §§ 4-3 og 6-4.

1.3 Bakgrunn for studien

I henhold til Lov om helsetjenesten i kommunene (Sosialdepartementet 1982), jevnfør § 1-3, bokstavene b og c og § 2-2, har helsesøsteren opplysningsplikt til barneverntjenesten nedfelt i samme lov, jevnfør § 6-6, bokstaven b, når det er mistanke om omsorgssvikt og mishandling av barn.

Tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) (2008) viser at det på landsbasis i 2006 er påbegynt 23.459 undersøkelser etter melding. Helsestasjonen står for 1.287 meldinger, altså 5,5%, mens for eksempel politiet står for 2.679 (11,4%), skolen for 2.591 (11%) og leger/sykehus for 1.268 (5,4%). Tallene viser også at barnehager leverer langt færre bekymringsmeldinger enn helsestasjon, skoler og politi, disse utgjorde 750 meldinger (3,2%). Helsestasjonen sender halvparten så mange meldinger som skole og politi til barnevernet. Det er naturlig å spørre «hvorfors?» Et neste spørsmål kan være: «Hva har helsesøsteren fokus på i sin avgjørelse om å sende bekymringsmelding til barneverntjenesten?» Denne masteroppgaven belyser disse spørsmålene. Jeg deler erfaring med Reijnevald, de Meer, Wiefferink & Crone (2008) som har avdekket at mange fagpersoner som jobber med barn og unge kan for lite til å oppdage de som lever med omsorgssvikt, mishandling og utnyttelse. Eller kanskje handler det om mangel på kunnskap om eller tiltro til barneverntjenesten?

1.4 Problemstilling

Problemstillingen for studien som ligger til grunn for denne mastergradsoppgaven er:

«Hvordan er helsesøsterens definisjon og forståelse av omsorgssvikt, hvordan vurderer hun prosessen rundt selv å sende melding, samt hvordan forstår hun sin tjenestes rolle i forhold til å sende bekymringsmeldinger til barneverntjenesten?»

I planleggingsprosessen til denne oppgaven utformet jeg flere forskningsspørsmål:

- Hva legger helsesøsteren i begrepet omsorgssvikt og mishandling? Hva er helsesøsterens forståelse av begrepet bekymring?
- Hvordan håndterer helsesøsteren sin bekymring for barn og unge i egen tjeneste

og i forhold til eksterne samarbeidspartnere?

- I hvilken grad mener helsesøsteren at det generelle samarbeidet mellom helsestasjonen og barneverntjenesten påvirker bekymringsmelding til barneverntjenesten?
- Hvilke dimensjoner, momenter eller poenger har helsesøsteren fokus på i bekymringen som førte til å sende melding om bekymring til barneverntjenesten?
- Hvilken betydning har de retningslinjer og sjekklister som er anbefalt i veilederen til forskrift av 3. april 2003 nr. 450 (Sosial- og helsedirektoratet 2004) for muligheten for helsesøstre til å avdekke mulig omsorgssvikt hos barn?
- Hvilken håndtering (prosedyrer) har helsestasjonen i forhold til bekymringsmeldinger til barneverntjenesten?
- Hvordan er legitimiteten til barneverntjenesten og holdningene til denne hos ledelsen ved helsestasjonen?

1.4.1 Aktualitet

Sett i lys av intensjonen i Lov om barneverntjenester (Barne- og familiedepartementet 1992) om rett hjelp til rett tid, kan en stille spørsmål om det kan være *for* lenge for et barn og barnets familie å vente til barnet er i skolealder, når omsorgssituasjonen er mangelfull og skadelig for barnets utvikling.

Jeg valgte helsestasjonstjenesten som forskningsarena, fordi den møter så å si alle nyfødte barn i Norge, og av den grunn har kontakt med barna og deres familier fra starten på et nytt liv. I St.meld. nr. 40 (2001-2002) *Om barne- og ungdomsvernet*, står det at tidlig intervensjon er svært viktig, og for å oppnå dette trengs det varige tiltak som fanger opp risikogrupper på et tidlig stadium. Killén (2004) presiserer også at det er viktig at de barna som har bruk for tjenester etter barnevernloven oppdages så tidlig som mulig, før de skades i sin utvikling.

1.4.2 Oppbygging av oppgaven

Etter introduksjons- og forskningsmetodekapitlene, presenterer jeg funnene i datamaterialet gjennom fem kategorier i hver sitt kapittel. Jeg fant det hensiktsmessig å

legge teori til de enkelte kategoriene med påfølgende drøfting fortløpende, i stedet for å ha en egen teoridel tidlig i oppgaven. Det er en etablert fremstillingsform i kvalitativ forskning. Jeg presenterer en sammenfattende drøfting i kapittel 8.

Kapittel 2: Forskningsmetode- og -design

2.1 Valg av forskningsmetodisk tilnærming

Forskningsmetode må avpasses problemstilling(e) og utvalget. Med problemstillingene ønsket jeg helsesøsterens erfaringer og opplevelser i forhold til det å sende bekymringsmelding til barneverntjenesten. Derfor valgte jeg kvalitativ forskningsmetode med bruk av et semi-strukturert forskningsintervju (Kvale & Brinkmann 2009).

Kvalitativ forskning har ulike tilnæringsmåter. Thagaard (2002) presenterer; *symbolsk interaksjonisme*, *etnometodologi*, *fenomenologi*, *hermeneutikk*, *kritisk teori*, *postmodernisme* og *feministisk teori*. For eksempel deler Alvesson & Sköldbberg (2008) kvalitativ forskningsmetode inn i fem andre hovedområder; *empirinära metod* (grounded teori, etnometodologi, induktiv etnografi), *hermeneutikk* (objektiverande hermeneutikk, aletisk hermeneutikk og integration ock kritikk), *kritisk forskning* (kritisk teori, feminism og genealogisk metod: Foucault), *postmodernism* (postmodernism och poststrukturalisme, og diskursanalys) og *reflektiv tolkning*. Disse to oversiktene illustrerer det faktum at det er noen ulikheter i hvordan de kvalitative metoder grupperes og hvor mange som gis egen plass eller å bli slått sammen i grupper av metoder, altså en form for paraplybegreper. Alvesson & Sköldbberg (2008) sin oversikt er mer omfattende enn den Thagaard (2002) gir i tillegg til at de grupperer metodene noe annerledes. Førstnevnte toner også ned noe av de skarpe skillene som har vært tegnet mellom kvalitativ og kvantitativ metode (noe jeg ikke går nærmere inn på i denne oppgaven).

Jeg plassere ikke denne studien forskningsmetodisk klart innenfor noen av de ovennevnte retningene. En kan si at denne studien har et noe fenomenologisk preg, fordi denne studien tar utgangspunkt i det subjektive og prøver å forstå den dypere meningen av informantens opplevelser. Intervjuguiden ville inneholdt spørsmål på et enda mer overordnet nivå (med underspørsmål) for å tolke informantens svar dypere enn jeg gjør i min studie dersom jeg valgte en ren fenomenologisk retning. Det ville for eksempel ha innebåret fortolkninger av deres ordvalg, rekkefølge på momentene som de presenterer, kraften og engasjementet i de ulike delene av deres utsagn etc. Imidlertid tolker jeg ikke informantens livsverden ut fra utsagnene; tolkningen er forholdsvis teksttro. Jeg tolker informantenes utsagn noe, slik at det kan ha islett av den hermeneutiske modellen.

Hermeneutikken vektlegger at det ikke finnes en egentlig sannhet, og at meningen må forstås i lys av sammenhengen det vi studerer er en del av. Jeg har ikke latt en slik relativisme få en fremtredende plass i min fortolkning, og følger derved heller ikke helt den hermeneutiske modellen. Studien er ikke en kasusstudie tross få informanter som studeres, siden de helsesøstre som inngår i studien kunne vært byttet ut med andre helsesøstre som har sendt bekymringsmelding. I en kasusstudie er informantene så vidt unike at de ikke så lett kan byttes ut med andre informanter. Teorivalget for å belyse dataene er ikke klart eller i hovedsak innen symbolsk interaksjonisme, postmodernisme eller feministisk, og forskningsdesignet som ligger til grunn for studien har ikke de karakteristika som kjennetegner disse. En kan derimot si at denne studien er klart mer datadrevet enn teoridrevet. Metodemessig plasserer jeg meg med andre ord innenfor kvalitativ metode med det forskningsdesign jeg har laget for å besvare problemstillingen, selv om jeg ikke følger én av de kvalitative metodene, og derfor ikke tydelig innenfor én av retningene. Å ikke følge en modell kan oppleves som utrygt, men gir samtidig mulighet til å ivareta et overordnet prinsipp i kvalitativ forskningsmetode, nemlig at en *kan* tilpasse metode slik at man kombinerer aspekt fra flere skoleretninger.

2.2 Utvalget

Ved utvelgelsen av informanter måtte jeg ta stilling til en rekke spørsmål. Skulle jeg *kun* intervju helsesøstre som *hadde* sendt bekymringsmelding, eller skulle jeg i tillegg inkludere helsesøstre som ikke hadde sendt melding? Skulle utvalget komme fra flere og ulike kommuner, eller skulle alle komme fra samme kommune? Hvor stort antall informanter måtte til for at datamaterialet var tilstrekkelig for å besvare problemstillingen? Vurderingene endte med å velge helsesøstre som *hadde* meldt. Jeg vurderte det som sentralt at helsesøstre som hadde meldt, satt med viktige erfaringer, særlig om prosessen fra bekymring til faktisk sendt bekymringsmelding. Siden tidlig intervensjon er viktig for barnet, ønsket jeg at meldingen gjaldt barn under fem år og at barn i denne alderen gjerne ikke har tydelige symptomer på å lide overlast på grunn av omsorgssituasjonen som for eksempel ungdom. Jeg ønsket også at meldingen var sendt innen de to siste årene av to grunner; 1) fordi jeg antar at noe har endret seg positivt de siste to årene (større fokus på omsorgssvikt i helsestasjonen) og 2) fordi det skulle være lettere for informantene å huske følelser og detaljer enn om tidspunktet for melding var

eldre.

Jeg sendte en forespørsel på e-post til kommunaldirektøren i én stor kommune. Jeg vedla et informasjonsskriv og samtykkeerklæring (vedlegg 1), som beskrev prosjektet. Kommunaldirektøren sendte min henvendelse videre til helsestasjonstjenestens leder. Det gikk noe tid uten at jeg fikk tilbakemelding og jeg purret på kommunaldirektøren. Igjen sendte direktøren min henvendelse videre til helsestasjonstjenestens leder. Etter kort tid videresendte kommunaldirektøren meg en e-post fra helsestasjonstjenestens leder. Der stod det at forespørselen min var tatt opp på ledermøte, og at de hadde kommet frem til at de ikke hadde anledning til å imøtekomme denne forespørselen.

Deretter sendte jeg e-post til to nye kommuner, den ene stor (over 100 000 innbyggere) og den andre mellomstor (over 20 000 innbyggere). Nå sendte jeg e-post til lederne i både barneverntjenesten og helsestasjonstjenesten direkte, der informasjonsskrivet og samtykkeerklæring var vedlagt. Grunnen til at jeg også sendte e-post til barneverntjenesten, var at jeg ønsket at de også skulle kjenne til prosjektet, og gjerne kunne oppfordre helsestasjonen til å delta. Helsestasjonsledelsen i begge kommunene videresendte henvendelsen ut til alle sine helsesøstre, og utfordret dem til å delta i undersøkelsen. Det gikk en tid uten at noen informanter meldte seg, og jeg purret på de to helsestasjonstjenestene. Lederne videresendte nok en gang min forespørsel om å delta i undersøkelsen. Da fikk jeg tilbakemelding fra den mellomstore kommunen om at ingen av helsesøstrene følte for å stille til studien. Lederen skrev også at ingen av helsesøstrene hadde meldt saker til barneverntjenesten de siste to årene for barn i aldersgruppen 0 til 5 år.

Det gikk ytterligere noe tid, og jeg innså at jeg ikke ville få informanter via denne typen utvalgsmetode. Jeg måtte finne en annen måte for å skaffe informanter på. Jeg valgte å la «ryktene» om at jeg trengte informanter spres der fagpersoner som arbeidet med barn var samlet. Trondheim kommune kunne stille med i alle fall tre informanter dersom jeg heller ikke nå fikk tak i informanter i mitt nærområde via min nye strategi. Tilbudet fra Trondheim ga meg i alle fall en trygghet for at jeg nå ville kunne gjennomføre studien som planlagt. Etter denne strategien meldte det seg flere personer som kjente helsesøstre som de visste hadde meldt, og som de ville utfordre til å delta i min undersøkelse. Det var også helsesøstre som meldte seg direkte. Totalt meldte

syv helsesøstre seg etter denne utvalgsmetoden. Dette er et strategisk utvalg, altså å sikre seg at informantene tilfredsstillter kriterier som er satt for studien. Strategisk utvalg av informanter er vanlig i kvalitativ forskning siden overførbarheten (generalisering) av forskningsfunnene ikke er et mål for studien.

2.2.1 Utvalgets størrelse

Kvale (2001) og Postholm (2005) hevder at utvalgets størrelse må vurderes ut fra formål og ut fra hvor mye tid en har til rådighet, men at en må ha mange nok informanter til at problemstillingen kan besvares. Jeg valgte fem informanter, for å kunne få et håndterbart materiale innenfor den avsatte tidsperioden. Thagaard (2002) hevder at når informanter ikke gir særlig ny informasjon, er det oppnådd en metning. Det varierer når slik metning oppstår, men ofte ved 5-20 informanter.

2.2.2 Presentasjon av informantene

De fem informantene som ble intervjuet i denne studien kommer fra store og mellomstore kommuner i Norge. Tre av dem kommer fra kommuner med over 100 000 innbyggere, mens de andre kommer fra kommuner med mellom 20 000 og 70 000 innbyggere. Alle fem informantene som ble valgt stilte til intervju. En av informantene visste jeg hvem var, mens de øvrige fire var ukjente for meg. Informantene representerte både helsestasjoner og skolehelsetjenesten. Alle de fem informantene har arbeidet som helsesøster gjennom mange år, og har sendt bekymringsmelding mer enn én gang.

Noen av informantene uttrykte engstelse i forbindelse med å delta i intervjuet. De beskrev at engstelsen handlet om at familiene som var berørt av meldingen, skulle kunne gjenkjenne historiene. De var også redd for at kollegaer og/eller leder skulle gjenkjenne dem, på bakgrunn av det de fortalte i intervjuet. Kun én av informantene hadde informert sin leder om at hun skulle delta i undersøkelsen. Det grunnet deres ønske om å være anonyme. Det er interessant å undre seg over hvorfor de ikke vil gjenkjennes og informere sin leder om dette temaet. Ingen av informantene kjenner trolig til hverandre. Jeg presenterer ikke intervjudatoene under sitatene som er brukt i oppgaven. Dette for å anonymisere informantene.

2.3 Intervju som datainnsamlingsstrategi

Et intervju kan gjennomføres på ulike måter. Kvale (2001), Kvale & Brinkmann (2009) og Thagaard (2002) mener at et intervju kan bygges opp med ulik grad av struktur. Den ene ytterligheten er et relativt strukturert intervju, hvor spørsmålene og rekkefølgen på dem i stor grad er fastsatt på forhånd. Den andre ytterligheten preges av lite struktur. Her er hovedtemaet bestemt på forhånd, men intervjuet betraktes som en samtale mellom intervjuer og informant. Midt mellom disse finner vi delvis struktur, som er den mest brukte tilnærmingen. Det benevnes som et semi-strukturert forskningsintervju. Det betyr at en følger en intervjumanual slik at alle spørsmål besvares for hver informant, men med frihet til å følge opp det som blir sagt og å utdype svar som gis.

Kvale (2001) samt Kvale & Brinkmann (2009) er opptatt av at intervjueren i kvalitative forskningsintervjuer må ha kunnskap, kunne strukturere, være klar, vennlig, følsom, åpen, styrende, kritisk og ha hukommelse og kunne tolke det som blir sagt underveis i intervjuet. Det stilles med andre ord store krav til intervjueren, og Kvale (2001) mener at det viktigste verktøyet i denne type forskning, blir intervjueren. En sentral del av *troverdighetsvurderingen* (valideringen) knyttes nettopp til hvordan spørsmålene blir stilt og hvordan samtalen forløper. Hvordan jeg klarer å gjennomføre intervjuet, har derfor betydning for i hvilken grad informanten åpner seg og formidler seg om de spørsmålene som jeg har planlagt. Formålet med å bruke intervju som forskningsmetode er å forstå utvalgte temaer og de opplevelsene som da er knyttet til temaet (Kvale 2001, Kvale & Brinkmann 2009 og Postholm 2005). Kvalitativ forskning kan ikke gi en sannhet, men kan gi en forståelse i lys av den sammenhengen informanten befinner seg i (Alvesson & Sköldbberg 2008, Kvale 2001, Kvale og Brinkmann 2009, Postholm 2005 og Thagaard 2002).

Jeg har valgt å benytte meg av et semi-strukturert intervju, fordi jeg ønsket at informantene skulle kunne snakke og fortelle, uten for mange avbrudd av meg som intervjuer. Samtidig var det viktig å få belyst de spørsmålene som jeg hadde planlagt slik informanten selv følte for. Jeg gjennomførte intervjuene selv, med godt forberedte spørsmål. Jeg tok intervjuene opp på lydbånd og transkriberte selv disse i etterkant (beskriver mer i kapittel 2.5.1).

2.3.1 Intervjuguiden

Prosessen med å utarbeide en intervjuguide (vedlegg 3) gikk parallelt med utarbeidelsen

av *forskningsspørsmålene* som er beskrevet i kapittel 1.4. Jeg ønsket at intervjuene ikke ble for lange fordi jeg måtte ta hensyn til tidsaspektet og jeg ønsket å ha et datamateriale som det var mulig å gå nøye gjennom nettopp i lys av tidsaspektet. Jeg måtte derfor arbeide strukturert i forhold til hva jeg ønsket å ha med av spørsmål for å besvare problemstillingene. Jeg var opptatt av at informantene skulle snakke konkret om meldingen som var blitt sendt, og prosessene i forkant av dette. Det var også viktig for meg å finne ut hvordan helsesøstre opplevde et eventuelt samarbeid med barneverntjenesten. Det var videre vesentlig for meg hvilken oppfatning helsesøsteren og hennes instans hadde til barneverntjenesten. Nyere svensk forskning (Wiklund 2007) viser at det synes å være et anspent forhold mellom helsesøstre og barneverntjenesten. Det er grunn til å anta at dette også kan være tilfelle i Norge, og spørsmålene rundt dette temaet kunne derfor frembringe emosjonelle følelser hos helsesøsteren eller lede til at mange ikke ville delta i studien. Rubin & Rubin (1995, i Thagaard 2002) taler om at emosjonelt ladede spørsmål bør presenteres et stykke ut i intervjuet fordi de lettest besvares når forsker og informant har fått god kontakt. Jeg valgte derfor å stille spørsmål angående dette temaet mot slutten av intervjuet.

Intervjuguiden ble ikke presentert for informantene før selve intervjuet. Informantene kjente til *forskningsspørsmålene* mine, fordi disse sto skissert i informasjonsskrivet. Jeg presiserte da jeg snakket med informantene i forkant av intervjuet, at forskningsspørsmålene *ikke* måtte forveksles med intervjumanualen. Forskningsspørsmålene er grunnlaget for utviklingen av intervjumanualen.

Jeg ønsket å gjennomføre et prøveintervju for å teste hvordan spørsmålene fungerte og for å øve meg selv på bruken av dem. Jeg ønsket blant annet å sjekke hvor kort, langt eller eventuelt fritt informanten besvarte spørsmålene. Jeg valgte å bruke en informant fra eget familienettverk til prøveintervjuet, for å kunne få ærlig og konstruktiv tilbakemelding. Informanten i prøveintervjuet var en mann og utdannet som lærer. Etter intervjuet fikk jeg tilbakemelding fra han om at hovedpunktene mine kom klart frem og at jeg i stor grad lot han fortelle med egne ord. Da båndopptakeren som jeg hadde tatt opp intervjuet med ble avspilt, la jeg merke til at jeg ved flere anledninger avbrøt informanten med for eksempel oppklarende spørsmål. Dette medførte at viktig informasjon kunne bli borte, fordi to personer snakket i munnen på hverandre. Jeg ble derfor svært bevisst på at jeg måtte unngå å avbryte informantene verbalt i de planlagte

intervjuene. Det var av stor betydning å ha gjennomført prøveintervjuet. Jeg antar at det var med på å kvalitetssikre intervjuprosessen.

Intervjuguiden inneholdt ti hovedspørsmål som heretter blir omtalt som hovedpunkter. Alle hovedpunktene hadde underpunkter. Underpunktene ville kun bli brukt dersom hovedpunktene ikke ble forstått eller besvart tilstrekkelig. Jeg ønsket å unngå «ja»- og «nei»-svar og å unngå å legge for mange føringer for bruk av begreper og formuleringer. Derfor formet jeg i hovedsak hovedpunktene ved å bruke ord som; *fortell/hva var det/beskriv hvilke/i hvilken/si noe*. Underpunktene var mer konkrete spørsmål, for å kunne hjelpe informantene til å besvare hovedpunktet.

2.3.2 Gjennomføring av intervjuene

Informantene fikk et gitt tidspunktet for selve intervjuet etter hvert som de meldte seg. Fire av informantene ble intervjuet på sine arbeidsplasser. En av de fire hadde skiftet arbeidsplass, og arbeidet ikke lenger som helsesøster. Den femte informant ble intervjuet i hennes hjem. Alle informantene ble intervjuet i perioden mars til mai 2009, og alle intervjuene ble gjennomført innen én time.

Thagaard (2002) er opptatt av at forskeren må prøve å unngå at informantene forteller det de tror intervjueren ønsker å høre, altså at de gir sosialt forventede svar. Dette var grunnen til at jeg ikke ville at informantene skulle kjenne til intervjuguiden på forhånd. Jeg ville at spørsmålene skulle besvares spontant, at det ikke skulle være mulig å forberede svarene i forkant. Jeg syntes at jeg klarte å bruke erfaringene fra prøveintervjuet i intervjuene, og at de derfor ble gjennomført på en god måte. Informantene snakket om den konkrete utsendte bekymringsmeldingen og fortalte om prosessene de hadde vært gjennom.

Da intervjuet med helsesøstrene var ferdig, spurte jeg dem om hvordan de opplevde selve intervjusituasjonen. Alle fem helsesøstrene svarte at de opplevde det greit. Noen av helsesøstrene gav uttrykk for at det var godt å fortelle og at de mente det var et viktig tema jeg forsket på. Alle fem helsesøstrene syntes den timen som intervjuet varte gikk fort, flere sa de godt kunne snakket mye lenger om temaet. Jeg satt igjen med et inntrykk av at alle informantene følte seg godt ivaretatt av meg som forsker i situasjonen. Jeg var fornøyd med at jeg greide å få fortellingene fra informantene til å kretse rundt mine planlagte hovedpunkter i intervjuguiden.

2.4 Etiske hensyn og refleksjoner

Det spesielle ved det kvalitative forskningsintervjuet er den nære kontakten mellom forsker og informant. Dette fordrer en ekstra etisk bevissthet gjennom hele forskningsprosessen. Thagaard (2002) snakker om at det er viktig å ivareta informantene og deres omgivelser så vel som forskningsmiljøet. Både Kvale (2001) og Thagaard (2002) påpeker tre prinsipper for etisk forsvarlig forskning: Informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser ved å delta i intervjustudien.

Etiske retningslinjer knyttet til personvern er viktig i forskningsarbeid. For å få godkjent prosjektet hos Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste måtte jeg fremlegge en detaljert beskrivelse av hvordan jeg skulle gjennomføre intervjuene. Jeg måtte forklare hvordan samtykkeerklæringene og lydbåndene skulle oppbevares og hvordan jeg skulle makulere alle spor etter informantene når arbeidet var ferdigstilt. Studien ble godkjent av Personvern for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste. Se kvittering på meldingen om behandling av personopplysninger (vedlegg 2).

Utgangspunktet for enhver studie er at informanter har gitt sitt samtykke til å delta. Både i informasjonsskrivet og i forkant av selve intervjuet ble informantene informert om at de til en hver tid kunne trekke seg fra prosjektet inntil trykking av oppgaven, og at alle innsamlede opplysninger da ville bli slettet umiddelbart. Alle de fem informantene ga informert samtykke, og samtykkeerklæringene har hele tiden ligget nedlåst. Ingen av informantene valgte å trekke sitt samtykke under studien. Samtykkene vil bli makulert straks prosjektet er ferdigstilt. Konfidensialiteten handler om å beskytte informantens privatliv og forholdet til sin arbeidsplass (Kvale 2001). I den transkriberte teksten er navnet på informanten blitt til et tall. Transkriberingen er skrevet på bokmål, for å unngå gjenkjenning av dialekt og derved øket fare for å kunne identifisere informantene. Dermed kan ikke informanten knyttes til en spesiell landsdel eller region.

Informasjonen som informanten gir forskeren ut fra sin forforståelse og kunnskap, kan bli annerledes tolket av forskeren. Dette fordi forskeren har en annen forforståelse og gjerne en annen kunnskapsbase. Dette er et etisk dilemma som forskeren må være særlig oppmerksom på. Postholm (2005) og Thagaard (2002) sier at

det er forskerens faglige perspektiv som strukturerer analysen og tolkningen av dataene. En informant kan derfor ved å lese studien, kjenne igjen ett eller flere sitater og dermed reagere på min analyse og tolkning. Thagaard (2002) mener det er viktig å fremheve at informanten kan oppleve forskerens autoritet som et tillitsbrudd i forhold til det samarbeidet som pågikk under selve intervjuet. Det er likevel viktig, hevder hun, at forskeren ved prosjektstart ikke kan gjøre rede for den forståelsen som har utviklet seg gjennom studien. Derfor *kan* forskerens forståelse oppleves problematisk for informanten. Thagaard (2002) sier det ikke finnes en fullgod løsning på problemet, og at det derfor blir sentralt å tydeliggjøre forskerens faglige ståsted, i oppgaven. Dette for at informanten skal kunne ha mulighet for å forstå tolkning ut fra hans eller hennes ståsted. Derfor er det viktig at jeg forteller hvilken kunnskapsbase og hvilke yrkesmessige erfaringer jeg har, og hvor jeg befinner meg når jeg presenterer denne masteroppgaven, se kapittel 2.6.

2.5 Databearbeidelse

Analyse og tolkning starter allerede når forskeren starter forskningsprosjektet, gjennom kontakten med informantene. Analysen og tolkningen fortsetter gjennom intervjuene og deretter gjennom transkribering (Postholm 2005 og Thagaard 2002). Det første tydelige skrittet i *databearbeidelsen* er når intervjuet blir transkribert. Thagaard (2002) hevder at det er et skille i kvalitativ databearbeidelse mellom *tekstfokusert* analyse og *personsentrerte* tilnærminger. Jeg har valgt å hente støtte til analysearbeidet i begge tilnærmingsmåtene, fordi jeg ville ha fokus på meningsinnholdet (tekstfokusert) i tekstene, men også på hvordan informantene snakket om omsorgssvikt og bekymringsmelding (personsentrert). Kategori-inndelingen brukes gjerne i personsentrerte tilnærminger. Et annet ord for kategorisering er koding (Thagaard 2002). Hun sier at koding og kategorisering er en måte å få oversikt over materialet, og har derfor et deskriptivt (beskrivende) formål. Senere kan en gå dypere inn i de ulike temaene som er kategoriserte. Denne måten å skaffe seg oversikt over datamaterialet på brukes ofte i sammenheng med den personsentrerte tilnærmingen. Thagaard (2002) sier at koding er en interaksjon mellom slik forskerens forforståelse er og tendensene som finnes i datamaterialet. I følge Thagaard (2002) bidrar denne interaksjonen til en forståelse av meningsinnholdet i kategoriene. I tillegg til personfokusert tilnærming

ønsket jeg å analysere hvordan informantene uttrykte seg. Begrepet *diskurs* blir i fremmedordboken forklart med; «samtale», «drøfting» og «disputt» (Berulfsen 1969). Diskurser gir informasjon på flere nivåer, og kan bidra til at forskeren kan få vite noe om kultur og hvordan en informant forstår seg selv og legitimerer handlingene sine (Thagaard 2002). Hun hevder begrepet diskurs kan knyttes til normer og regler innenfor ulike kulturer.

2.5.1 Transkribering

Transkriberingsarbeidet handler om å gi det muntlige intervjuet et skriftspråk. Hvilke kategorier dataene kan sorteres i, blir ofte tydelige mens en transkriberer når en hører trykk på ord, søking av ord, tempoet i og flyten i det som fortelles, og ikke minst; hva som går igjen av tema. Det er derfor anbefalt at forskeren selv transkriberer (Postholm 2005).

Kvale (2001) og Kvale & Brinkmann (2009) peker på at det er en rekke etiske spørsmål festet ved transkribering. Når en muntlig fortelling blir ordrett nedskrevet, kan teksten fremstå som en usammenhengende og forvirret tale, og som i tillegg kan indikere et svakt intellektuelt nivå. Intervjupersoner har opplevd å bli fornærmet og det har hendt at enkelte har blitt negativt overrasket når de leser det de har fortalt. Når det gjaldt mine informanter, som var engstelige for at familier som de fortalte om skulle kunne bli gjenkjent, var det en fordel at jeg selv transkriberte intervjuene. Siden det også var et tema at helsesøsteren var engstelig for å bli gjenkjent, fikk jeg også kontroll over dette forholdet. På denne måten kunne jeg fortløpende anonymisere familiene som informantene fortalte om. Jeg har også vært bevisst hvilke sitater jeg gjengir i oppgaven. Kvale (2001) gir forskeren ansvar for å beskytte informantene, slik at de i så stor grad som mulig ikke skal kunne gjenkjennes. Jeg transkriberte ikke gjentakelser, for eksempel at informanten sa småord som *at*, *men*, *altså*, *for* og lignende flere ganger rett etter en annen. Under intervjuet valgte jeg ikke å notere ned *hvordan* informantene snakket. Da tenker jeg på om de for eksempel tenkte seg godt om, om de stotret, nølte, om de virket usikre og så videre. Det bryter med en fenomenologisk tilnærming. Kvale (2001) sier at dersom en skal ha intervjupersonens generelle synspunkt, så kan det være greit om en omformulerer og fortetter noe under transkriberingen. Skal en utføre psykologiske analyser kan alt ha betydning, også «hm-er», og må tas med.

2.5.2 Kategoriseringen

Jeg dannet meg et inntrykk av intervjuene både under intervjuene, men aller mest, som nevnt, etter hvert som jeg transkriberte dem. Jeg la merke til at det var flere forhold som gikk igjen hos informantene. På samme tid planla jeg å ikke feste meg særlig ved disse inntrykkene. Jeg noterte de bare ned. Da alle intervjuene var transkribert, leste jeg naivistisk gjennom alle fem. Jeg noterte nå et mer helhetlig førsteinntrykk, og jeg erfarte at inntrykket mitt var endret i forhold til de første inntrykkene etter hvert enkelt intervju.

Jeg begynte deretter å lete etter kategorier. Jeg fant frem fargestifter, og fargela tema og uttrykk som gikk igjen med samme farge. Jeg førte en liste over temaene/ordene og hvilken farge jeg hadde gitt dem. Først farget jeg 17 tema/ord med hver sin farge. Jeg leste hvert intervju nøye flere ganger, kun på leting etter dette. Det var mange ord og begreper som kunne assosieres med hverandre, som for eksempel «skuffelse» og «frustrasjon», som «uro» og «bekymring». Jeg fortsatte kategoriseringen med å samle flere ord under samme farge og laget en midlertidig kategoriinndeling. Jeg hadde etter hvert 89 ord og begreper fordelt på fem kategorier som gjenspeilte deler av intervjuguiden. Jeg gav kategoriene følgende overskrifter; 1) Omsorgssvikt og mishandling, 2) Bekymring, 3) Tillit, 4) Samarbeid og utveksling av synspunkt og 5) Barnets beste.

Jeg hadde lest de transkriberte intervjuene uten annen tanke enn å lete etter tema/ord, sette farge på, sette disse på en liste, og litt etter litt se konturene av kategoriene. Da jeg var ferdig med fargelegging av tema/ord og begreper og hadde delt disse inn i kategorier, begynte prosessen med å skrive tekstutsnittene (sitatene) som temaene/ordene og begrepene var hentet fra. Jeg skrev 30 sider med sitater fordelt i de nevnte kategoriene. Etter hvert var den første kategoriinndelingen ikke lenger dekkende. Jeg laget seks nye kategorier, nå også med underkategorier. Noen sitater ble tatt bort. Flere sitater som omhandlet familier og barn ble tatt bort. Jeg var interessert i helsesøsterens prosesser fra bekymring til utsendt bekymringsmelding, ikke i detaljer om familiemedlemmer i barnevernsaken. Jeg var interessert i hvordan helsesøster oppfattet omsorgssvikt og hvordan hun oppfattet sin rolle. Jeg var opptatt av hvordan hun samarbeidet med andre. Hva tenkte hun, følte og hvordan hun håndterte bekymringen. Hvilket sitat skulle hvor, ble spørsmålet. Jeg måtte gå enda mer nøye

gjennom ordlyden i sitatene. Jeg prøvde meg med nye inndelinger; 1) Kunnskap om omsorgssvikt med underkategori; helsesøsterens vurdering av alvorlighetsgrad, 2) Kunnskap om å oppdage omsorgssvikt og mishandling med underkategori; taus kunnskap, 3) Definerings av helsesøsterrollen, 4) Samarbeidsrutiner med underkategoriene; a) interne og eksterne og b) kritikk til barneverntjenesten, 5) Kjennskap til barnevernet og 6) Kunnskap om hva som skjedde i barnevernsaken. Den fjerde grundige gjennomgangen av sitatene gav den endelige kategoriinndeling, og den ble slik:

1. Helsesøstrenes forståelse av begrepet og fenomenet omsorgssvikt
2. Helsesøstrenes håndtering av bekymring for foreldres barneomsorg, med underkategoriene
 - Å føle seg faglig alene
 - Forsikringer
 - Taus kunnskap
3. Helsesøsterens rolle i bekymringssaker, med underkategoriene
 - Lojalitetsvalg
 - Handlingsvegring
4. Drøftings- og samarbeidsrutiner i bekymringssaker
5. Utrygghet i forhold til barneverntjenesten

2.6 Forforståelse

Jeg har mitt ståsted i den kommunale barneverntjenesten når jeg forsker på temaet bekymringsmeldinger fra helsestasjonen til barneverntjenesten. Jeg har fra tidligere lang erfaring fra 2.-linje barnevern som miljøterapeut ved barneverninstitusjoner, samt fra barnepsykiatrien som avdelingsleder på sengeposter for psykisk syke barn. Siden jeg har den erfaringsbakgrunnen jeg har, har det vært viktig for meg å arbeide mye med forforståelsen min, når jeg nå skulle undersøke hvilken forståelse og praksis helsesøstrene har når det gjelder omsorgssvikt. Det har vært viktig å finne en så informantlojal (det informanten forteller) forskningsmetode som mulig. Derfor valgte jeg nettopp datadreven analyse og tolkning, ikke en teoridreven. Jeg har arbeidet mye med selve forskningsintervjuet, både når det gjaldt utformingen av intervjuguiden og

gjennomføringen av selve intervjuene. Jeg hadde stor oppmerksomhet på at jeg ikke skulle legge for mange føringer, for eksempel at jeg la ord og begreper «i munnen» på informantene, fordi jeg ville ha helsesøsterens egne fortellinger ikledd hennes egne ord og begreper.

Det var ikke noe tema under intervjuene, at jeg arbeidet i barneverntjenesten. Jeg presiserte det ikke, men regnet med at informantene visste det. De var rekruttert av andre som kjente dem, og det er sannsynlig at jeg var blitt presentert av dem som visste hvem jeg var. I denne rollen er jeg primært i en forskerrolle og ikke barnevernsjef.

Jeg møter helsesøstre til daglig i mitt arbeid, og møtene er konstruktive. I samtaler med helsesøstre legger jeg vekt på god samhandling både i enkeltsaker og generelt når vi snakker om utsatte barn. Jeg er opptatt av at vi må gjøre hverandre gode, og at vi må ta opp kontroverser som uenighet eller forhold vi stiller spørsmålsteget ved, når de dukker opp. Våre to faggrupper er gjensidig avhengige av hverandre i barnevernssaker, mener jeg. Det jeg har erfart, er at de to faggruppene *kan* ha et noe ulikt fokus i barnevernssaker. Det er her nødvendig å påpeke at barneverntjenesten *ikke* kjenner familier og barn før andre instanser har meldt bekymring for barna, og det er åpnet «undersøkelse i barnevern». Det ulike fokuset som helsesøsteren og barnevernarbeideren kan ha, *kan* skyldes at instansene har ulik kunnskap om familien og at informasjonstilgangen er ulik. Barneverntjenesten har, når den gjennomfører undersøkelse i barnevern, jamfør Lov om barneverntjenester (Barne- og familiedepartementet 1992), § 4-3, myndighet til å kunne skaffe frem til dels omfattende kunnskap om en familie. Derfor kan den få kjennskap til forhold som helsesøster kanskje ikke er blitt fortalt av foreldrene. I tillegg kommer det frem mye kunnskap om foreldrenes håndtering av kriser når barneverntjenesten er tett på familien i saker.

I enkeltsaker har nettopp forhold som nevnt ovenfor ført til et anspent forhold mellom ansatte i helsestasjonstjenesten og barneverntjeneste. Dette har jeg erfart og dette har jeg hørt fra andre. Jeg kjenner til at helsesøstre har reagert sterkt på barneverntjenestens håndtering av enkeltsaker der de hadde meldt bekymring. Å ha tenkt gjennom denne type forhold har vært viktig for meg i mitt arbeide med egen forforståelse.

Jeg har satt meg inn i historien til helsestasjonstjenesten i Norge og hvilke lover som regulerer den. Gjennom denne historikken har jeg fått kjennskap til hvilket fokus

helsestasjonen tradisjonelt har hatt. At jeg dannet meg en kunnskapsbase om helsestasjonen, var relevant for meg og min forforståelse, og det var viktig i forhold til mitt møte med informantene. Informantene i studien min er offentlige ansatte fagpersoner i helsestasjonstjenesten. Jeg som forsker er offentlig ansatt i barneverntjenesten.

Begrepet omsorgssvikt brukes daglig i barnevernet, både det kommunale barnevernet og i det statlig barnevernet. Sistnevnte skal i hovedsak hjelpe det kommunale barnevernet med å skaffe anbefalte fosterhjem, drive godkjente barneverninstitusjoner, og gi evidensbaserte (vitenskaplig dokumenterte) tiltak til barn og familier. Jeg tror ikke mange andre offentlige instanser i Norge bruker begrepet omsorgssvikt like ofte som barnevernet. Jeg har likevel lenge tenkt at helsestasjonstjenesten kan ha et noe større fokus på begrepet omsorgssvikt enn andre instanser. Jeg har tenkt at det ligger i «sakens natur» at helsesøstre er opptatt av å avdekke omsorgssvikt. Helsestasjonen møter nesten alle barn og deres foreldre i Norge flere ganger i førskolealder. Jeg tenker at helsestasjonstjenesten og dermed helsesøstre er i en unik posisjon til å kunne avdekke forhold som kan være risikofaktorer for barn.

Jeg forstår alle former for svik og svikt påført barn som omsorgssvikt. Jeg forstår med andre ord vanskjøtsel, mishandlingen, det fysiske og psykiske misbruket – enten det gjelder seksuelle eller andre former for utnyttelse – som omsorgssvikt. Vanskjøtsel holder jeg for å være den alvorligste svikten, og den som også er vanskeligst å avdekke. For meg har med andre ord begrepet omsorgssvikt til nå vært et overordnet begrep, et paraplybegrep over alt som er til skade for et barns utvikling.

2.7 Troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet

Thagaard (2002) presenterer begrepene troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet som sentrale i kvalitativ forskning. Seale (1999, her i Thagaard 2002) hevder at troverdighet styrkes ved å gjøre rede for hva som er informasjon fra felten og hvordan forskeren vurderer informasjonen. *Bekreftbarheten* handler om hvordan dataene er analysert og tolket. Seale (1999, i Thagaard 2002) peker på at diskusjoner kan oppstå når en forsker prøver å bekrefte en tidligere forskning utført av en annen forsker, dersom forskerne bare legger relasjonene fra felten til grunn for sin tolkning og analyse. Det er viktig å

nøye beskrive hvordan en studerte, hvem en snakket med, hvem disse var, hva de sa osv. Først da *kan* det være mulig å etterprøve et tidligere funn. Uansett hvor nøye en er med å presentere hvordan en studie er utført, vil det være utfordringer med å etterprøve resultatet. En faktor kan være tiden, hvor langt tilbake i tid ligger forskningen en prøver å bekrefte/avkrefte. Thagaard (2002) sier at forskeren må være kritisk til egne tolkninger og forforståelse. Hun foreslår at en kollega eventuelt kan spille rollen som djevelens advokat og kritisk vurdere forskerens analyser. *Overførbarhet* av fortolkninger kan knyttes til Blumer (1954, her i Thagaard 2002) og handler om at en undersøkelse kan bli prøvd og gi grunnlag for videreutvikling og nye undersøkelser. Thagaard (2002) sier at jo mer dyptgående og prinsipielt det teoretiske innholdet i en forskningsoppgave er, jo større er sannsynligheten for at leseren kan forstå det som forskningen presenterer. Leseren kan da knytte teorien til egne erfaringer, og slik kan forskningen, om noe som var ukjent, gi mening. Kvale (2001) bruker begrepet *validitet* for å påpeke at det finnes et klart skille mellom sannhet og usannhet. Begrepet *reliabilitet* hevder Kvale (2001), er særlig sentralt når det gjelder transkribering og analyse av innsamlet data, og særlig rundt såkalte ledende spørsmål, som når de ikke er planlagt, kan påvirke svarene fra informantene. Kvale (2001) viser til Schofield (1990), som presenterer begrepet *generalisering* i tre generaliseringsmål; *det som er, kan være* og *det som kunne være*. Thagaard (2002) og Kvale (2001) sine begreper om kvaliteten på forskningen glir på mange måter over i hverandre. Den mest nærliggende forskjellen er at begrepene til Thagaard (2002) er mer «folkelige» (forståelige for mange) enn Kvale (2001) sine. Dette har sammenheng med at begrepene; validitet, reliabilitet og generalisering tradisjonelt var knyttet til kvantitativ forskning, og derfor hører til vitenskapsspråket.

I hvilken grad fem kvalitative forskningsintervju med påfølgende analyse, tolkning, drøfting i lys av teori og til sist konklusjon, har overførbarhetsverdi, er et interessant spørsmål. Thagaard (2002) sier at den tolkningen som er fremkommet i et prosjekt har overførbarhet ved at den teoretiske forståelsen i prosjektet kan settes inn i en videre sammenheng. Kvale (2001) sier at overførbarhet innen forskning kan sammenlignes med rettspraksis, som han hevder på mange måter er basert på samme type logikk.

Kapittel 3: Helsesøstrenes forståelse av begrepet og fenomenet omsorgssvikt

3.1 Definerer av begrepene omsorgssvikt og mishandling?

Intervjuguiden startet med å be informantene om å definere begrepet omsorgssvikt. Dette blir også første kategori og kapittel bygget på dataresultatene. I kapittelet presenteres data fra studien om hvordan informantene definerer begrepet omsorgssvikt som analyseres i lys av teori og andres empiri.

Horwath (2007:15-18) gir et innblikk i hvordan man i ulike land har valgt å definere begrepet omsorgssvikt. Det er tydelig et klart skille mellom begrepene *abuse* (fysisk og seksuell misbruk/mishandling) og *neglect* (vanskjøtsel/forsømmelse). Derfor finner en ofte begrepene *neglect* og *abuse* presentert sammen. Forskere har ikke greid å bli enige om en definisjon av *child abuse* (barnemishandling) som har en tilstrekkelig bred forankring eller aksept hos forskere og praktikerne (Parton, Thorpe & Wattam 1997). Definisjonen av *neglect*, som jeg mener er ekvivalent til det norske *vanskjøtsel* eller *forsømmelse*, viser at det er stor variasjon i hvordan det defineres på tvers av land og kulturer.

Sitatet 1 nedenfor viser at informanten tenker seg en klar forskjell mellom begrepene omsorgssvikt og mishandling. Informanten bruker begrepene «*fysisk*» og «*psykisk*» når hun definerer omsorgssvikt, og gir eksempler på den fysiske omsorgssvikten som; «*mangel på vanlig stell*», «*hygiene*» og «*mat*». Eksempler på psykisk omsorgssvikt er; «*neglisjering*», «*nedtoning av å være betydningsfull*», og «*negativ feedback*». Det kan synes som om informanten med dette holder begrepet mishandling helt borte fra sin oppfatning av hva som ligger i omsorgssvikt.

- (1) *Jeg opplever en klar forskjell på omsorgssvikt og mishandling, sånn at vi skiller på de to tingene. Omsorgssvikt, det er mangel på, det kan være ulike grader av omsorgssvikt, det kan være alvorlig, moderat, lett. Det kan være sånn at det kan være mangel på vanlig stell, det kan være mangel på..., det kan være hygiene, det kan gå på det daglige, hva er det det heter... . Jeg tenker fysisk omsorgssvikt som mangel på mat og stell og hygiene og den slags, det kaller jeg omsorgssvikt, fysisk omsorgssvikt. Så har du den psykiske omsorgssvikten som går på neglisjering og den type nedtoning av å være betydningsfull. Ja, som går på det å rakke ned på, det som går på negativ feedback i fra omsorgspersoner som i neste*

omgang kan forårsake psykiske problemer hos barna. Jeg tenker på de to primært da, fysisk og psykisk, ja. Ja, for det er veldig mange som blander omsorgssvikt og mishandling, og det er jo vidt forskjellige begreper. (Informant nr 1, s. 1- 2).

Begrepet omsorgssvikt kan sees som et paraplybegrep, et overordnet begrep som også inkluderer mishandling og utnyttelse, men disse tre begrepene kan også sees som separate, likestilte begreper. Sitat 1 viser at informanten skiller mellom omsorgssvikt og mishandling.

Seksuelle overgrep har i teori og forskning blitt plassert både som egen kategori (seksuelle overgrep); som en undergruppe av fysisk mishandling; eller inngått i samlebetegnelsen utnyttelse. I dette datamaterialet definerte én av informantene i sitat 2 «seksuelle overgrep», «psykisk eller fysisk forsømt» og «vanskjøtsel» som å ligge til begrepet omsorgssvikt. Slik bruker informanten begrepet som et overordnet begrep, som et paraplybegrep.

- (2) *Ja, jeg tenker da på et barn som blir enten fysisk eller psykisk forsømt, eller det kan være vanskjøtsel eller for eksempel seksuelle overgrep, det er det jeg tenker på umiddelbart. (Informant nr 3, s. 1).*

Killén (2004) sier om vanskjøtsel at den er den vanligste formen for omsorgssvikt. Hun hevder at vanskjøtsel er mer eller mindre åpenbar allerede fra fødselen. Erickson & Egeland (2002:3) gir følgende definisjon av begrepet *neglect*;

Typical defined as an act of omission rather than commission, neglect may or may not be intentional. It is sometimes apparent and sometimes nearly invisible until it is too late. Neglect is often fatal, due to inadequate physical protection, nutrition or health care. Sometimes, as in the case of 'failure to thrive', it is fatale. In some cases, neglect slowly and persistently eats away a children's spirits until they have very little will to connect with others or explore the world.

Jeg forstår denne definisjonen av *neglect* (vanskjøtsel) som; forsømmelse heller enn et oppdrag (planlagt), der bevisst vanskjøtsel ikke nødvendigvis er intensjonen. Noen ganger er vanskjøtselen synlig, andre ganger nesten usynlig, inntil det er for sent. Vanskjøtsel er ofte fatalt, og fører til at barnet ikke blir ivaretatt i forhold til psykisk

vern, kosthold og helse.

- (3) *Ja, omsorgssvikt, da tenker jeg at det er omsorgspersoner eller foreldre som ikke evner å ivareta barnet sitt på en god måte, det kan være enten i forhold til sånn generell omsorgssvikt med at de ikke greier å tilby ungene det vi tenker er viktig i forhold til mat og klær, trygghet, nærhet, omsorg og varme, og det kan også være omsorgssvikt i forhold til vold, det kan være foreldre som ruser seg som ikke greier å være sensitive i forhold til de signalene som ungene sender ut, og rus, psykiatri, så tenker jeg òg at foreldrene gjerne ikke er sensitive nok til å se barnet sitt og å ivareta dem på en god måte.*
(Informant nr 4, s. 1).

Informanten i sitat 3 nevner begrepet «vold». Det kommer ikke frem i sitatet hvilken type av vold eller vold utført av hvem. Det sentrale i sitatet i tillegg til at begrepet «evner» er nevnt er at informanten i det hele tatt nevner vold under definisjonen omsorgssvikt, fordi hun er den eneste. Sitatet viser at informanten definerer omsorgssvikt i forhold til mat og klær (mangler), men også at foreldrene «ikke greier å tilby trygghet, nærhet, omsorg og varme». Her nevnes foreldre som «ruser» seg, har «psykiatri» og som «ikke greier å være er sensitive». Informanten bruker her begrepet omsorgssvikt overordnet, slik informanten i sitat 2 også brukte begrepet.

- (4) *Begrepet omsorgssvikt. Jeg har jo hatt unger hos meg som har levd under omsorgssvikt. Jeg tenker omsorgssvikt, det er ikke noe som du våkner opp til en dag, altså det er... Omsorg er noe foreldrene skal gi. Jeg tenker her omsorgssvikt, da er det noe ungene skulle hatt som de ikke får nok av. Og så, ja, så blir det jo dette at jo lenger dette får foregå jo skumlere blir det. Og noen ganger kan en oppleve dette helt tydelig og andre ganger er det mer skjult.*
(Informant nr 5, s. 1).

Det går ikke klart frem i sitat 4 at informanten her tenker på er den følelsesmessige omsorgssvikten. Kanskje mener hun både den fysiske og psykiske omsorgssvikten når hun sier «noe ungene skulle hatt som de ikke får nok av»? Hun sier at når unger ikke får nok av det de skulle hatt så er det skummelt, og det kan være tydelig men også vanskelig å oppdage. Sitatet kan peke mot det som tidligere ble kalt armod og nød, og som er begreper som ikke lenger brukes i dagligtale. Sitatet kan også peke mot begrepet vanskjøtsel. Begrepene i sitatet er noe diffuse og kan derfor tolkes

ulikt, noe som førte til at det ble vanskelig å definere utsagnet.

- (5) *Ja, omsorgssvikt, da.. Det legger jeg i at omsorgspersonene, fortrinnsvis foreldrene ikke er i stand til å gi barn den omsorgen de trenger, og det går både på fysisk stell, psykisk omsorg, hvordan de klarer å knytte seg til barnet, ja, at de får helt nødvendig omsorg for at de kan få gode oppvekstvilkår, ja, og det går ikke bare på den fysiske med behov på mat og sønn, men det går ikke minst på det psykiske, ja, og litt sønn beskyttelse mot farer òg, tenker jeg, at det på en måte er en sønn trygg base som alle barn har rett på.*
(Informant nr 2, s. 1).

I sitat 5 nevner informanten foreldre som ikke «er i stand til å gi barna den omsorgen de trenger» som definisjon og hvordan de klarer «å knytte seg til barnet», at barnet får «helt nødvendig omsorg» og «en sønn trygg base som alle barn har rett på». Dette defineres tradisjonelt inn under omsorgssvikt, mer spesifikt kan en legge det inn under undergruppene; psykisk og emosjonell omsorgssvikt.

3.2 Drøfting

Som det ble vist til innledningsvis i dette kapitlet, er begrepet omsorgssvikt et komplekst begrep med varierte definisjoner. Det som blir viktig når en skal forstå de ulike begrepene er om begrepet omsorgssvikt står som et paraplybegrep på et overordnet nivå, der mishandling og utnyttelse (der for eksempel seksuelle overgrep) inngår. Eller om begrepet skal sideordnes med begrepene mishandling og utnyttelse. Jeg vil nedenfor vise til noen forskere som har definert omsorgssvikt, mishandling, misbruk og vanskjøtsel. Deretter vil jeg vise til Kvello (2009) sin nye variant av det han kaller; «Former for mangelfull og skadelig omsorg for barn» (vedlegg 4).

Killén (2004) bruker begrepet omsorgssvikt, slik jeg forstår henne, som et overordnet begrep, som et paraplybegrep. Hun sier i tillegg; «Jeg reserverer betegnelsen barnemishandling til overgrep av alvorlig og straffbar karakter» (s. 35). Da forstår jeg henne slik at når hun bruker omsorgssvikt som et paraplybegrep har hun de alvorlige straffbare (kriminelle) overgrepene i en egen «boks» i tillegg under paraplybegrepet. Hun sier at i litteraturen veksler en ofte mellom fire former for omsorgssvikt; 1) barn som blir utsatt for vanskjøtsel, 2) barn som blir utsatt for fysiske overgrep, 3) barn som blir utsatt for psykiske overgrep og 4) barn som blir utsatt for seksuelle overgrep. Hun

sier videre at den ene typen overgrep ikke utelukker den andre, ofte er det slik at barn utsettes for flere av de ulike typene overgrep samtidig. Lazenbatt & Freeman (2005) har i sin studie i England funnet at 7% av barna lider under alvorlig mishandling utført av foreldrene, og to barn under 15 år dør som følge av mishandlingen hver uke. De to forskerne er opptatt av at å avdekke barnemishandling avhenger av kunnskap og dyktighet hos ulike profesjonelle helsearbeidere.

Informanten i sitat 1 plasserer seg i følge Killén (2004) under hennes kategori 1 og 3 i likhet med informantene i sitatene 4 og 5. Jeg har tatt sitat 4 med her på bakgrunn av ordene; «*noen ganger kan du oppleve dette helt tydelig og andre ganger er det mer skjult*». Setningen gir tanker om vanskjøtsel eller *neglect* som Erickson & Egeland (2002) definerer på s. 21 ovenfor. Informanten i sitat 3 plasserer seg i Killéns kategori 1, 2 og 3. Informanten i sitat 2 plasserer seg i hennes kategori 1, 3 og 4. Det var med andre ord ingen av informantene som plasserte seg fullt ut innfor Killéns fire kategorier under paraplybegrepet omsorgssvikt.

En form for omsorgssvikt, og som ingen av informantene nevnte eksplisitt, er barn som er vitne til vold i hjemmet, mellom voksne partnere eller mellom voksne og barn. Ny internasjonal forskning om *abuse* (misbruk/mishandling) og *neglect* (vanskjøtsel/forsømmelse), viser at barn lider både fordi de blir misbrukt/mishandlet og fordi de er vitne til vold mellom andre i hjemmet (English, Edleson & Herrick 2005, Edleson, Gassman-Pines & Hill 2006 og Hartley 2004). Jeg viser, som et eksempel, til studiet som Hartley (2004) har utført. Forskeren konkluderer med at det er sentralt at barnevernarbeidere forstår hvordan barnemishandling og voldsbruk i hjemmet henger sammen. Hun peker på at en enda vet lite om sammenhengen mellom vold mellom partnere og vanskjøtsel/forsømmelse («*neglect*») av barnet. Hun har studert forskjellen mellom familier med alvorlig vold med familier med mindre vold i hjemmet. Hun finner at barnet ble mindre fysisk mishandlet i hjem med alvorlig vold mellom voksne enn i hjem med mindre vold mellom voksne. Men hun fant også at i hjem med alvorlig vold mellom voksne ble barnet oftere utsatt for «*a higher percentage of neglect, specifically lack of supervision*». Fysisk mishandling («*abuse*») av barnet var med andre ord høyere der volden mellom voksne forekommer sjeldnere, mens vanskjøtsel («*neglect*») av barnet var høyest der volden var alvorlig mellom de voksne.

Begrepet *utnyttelse* av barn ble ikke nevnt av meg som forsker, og heller ikke av

informantene. Jeg forstår begrepet som å gjelde alle former for utnyttelse og som inngår i min definisjon av omsorgssvikt som et paraplybegrep. Eksempler kan være seksuelle overgrep, sitat 2, og at barn tilbys som seksuelle objekter til andre voksne. Men barn utnyttet også på andre måter, som for eksempel i «krigen» mellom to foreldre etter samlivsbrudd. Setter vi et internasjonalt blikk på utnyttelse av barn, må en ta med barn som blir brukt i krig, barnesoldater, en har barnarbeidere, barn som tiggere og andre kriminelle handling som barn tvinges til å utføre. Forente Nasjoners Barnekonvensjon om barns rettigheter, kapittel 19 sier;

Partene skal treffe alle egnede lovgivningsmessige, administrative, sosiale og opplæringsmessige tiltak for å beskytte barnet mot alle former for fysisk eller psykisk vold, skade eller misbruk, vanskjøtsel eller forsømmelig behandling, mishandling eller utnyttning, herunder seksuelt misbruk, mens en eller begge foreldrene, verge(r) eller eventuelt annen person har omsorgen for barnet (Barne- og familiedepartementet 2003).

Killén (2004:15) viser til et sitat av forfatteren Herbjørg Wassmo; «*Det sviktede barnet er mye av årsaken til at verden ser ut som den gjør*». Backe-Hansen (2004:33) sier; «*Hvordan avvikende omsorg defineres, er imidlertid både et historisk, kulturelt og politisk spørsmål. Dette gjenspeiles i at det finnes flere, til dels konkurrerende måter å forstå omsorgssvikt på*». Erickson & Egeland (2002) beskriver både hvor vanskelig det er å avdekke vanskjøtsel (ofte uten ytre tegn på mishandling) og de beskriver hvor ødeleggende vanskjøtsel er for et barns utvikling. I sitat (4) pekes det på det nettopp Erickson & Egeland (2002) hevder, at noen ganger kan en oppleve omsorgssvikt helt tydelig og andre ganger er det mer skjult. Horwath (2007) bruker begrepet *maltreatment* (mishandling) for å beskrive vanskjøtsel. Slik jeg forstår begrepet vanskjøtsel vil jeg si at alle fem informantene, sitatene 1, 2, 3, 4 og 5 brukte begreper for vanskjøtsel.

Jeg vil nå presentere Kvello (2009) sin nye variant for beskrivelse av manglende barneomsorg. Han presenterer tre hovedbegrep, nemlig *omsorgssvikt*, *mishandling* og *utnyttelse* som sideordnet/på samme nivå. Dersom han har et paraplybegrep, forstår jeg forskeren slik at det er; «*Mangelfull og skadelig omsorg for barn*». Hovedbegrepene hans deles igjen inn i undergrupper. Ser vi sitatene i dette kapittelet i lys av hans tre hovedbegrep, ser vi at han har plassert sitat 1 om mangel på stell som hygiene, mat og

klær under omsorgssvikt, da i undergruppen fysisk omsorgssvikt. Begrep som neglisjering, nedtoning av å være betydningsfull, rakke ned på og negativ feedback i sitat 1 ble av informanten plassert under psykisk omsorgssvikt. Kvello plasserer det sannsynligvis under mishandling, da i undergruppen emosjonell mishandling. Vanskjøtsel i sitat 2 plasserer informanten under omsorgssvikt, dette er i tråd med Kvello. Seksuelle overgrep i sitat 2 plasserer informanten under omsorgssvikt, men Kvello plasserer det under utnyttelse. Informanten i sitat 3 plasserte begrepene vold, rus og psykiatri, samt det å være sensitiv under omsorgssviktsbegrepet. Kvello har plassert vold, dersom det kan forstås som en aktiv fysisk vold, under begrepet mishandling. Sitat 4 var så uklart at det var vanskelig å plassere inn i Kvello sin variant, men som jeg gjorde når jeg vurderte sitatet i forhold til Killén (2004), så tolket jeg det som ble sagt som vanskjøtsel, og da kan sitatet plasseres under omsorgssvikt. Informanten i sitat 5 plasserte begrepene fysisk stell, psykisk omsorg, fysisk behov for mat, beskyttelse mot farer og en trygg base som omsorgssvikt, i tråd med Kvello sin plassering. Riktig nok kan det diskuteres om begrepet psykisk omsorg (eller mangel på) plasseres under Kvellos omsorgssvikt eller mishandling. Som igjen bekrefter at begrepene er mange, komplekse, noe overlappende og til dels forvirrende.

Oppsummert finner jeg at informantene har skilt mellom omsorgssvikt og mishandling, sitatene 1, 4 og 5, der sitat 1 har skilt tydelig ved å påpeke skillet. Men informanter har også benyttet det på et overordnet nivå, som et paraplybegrep slik at det rommer de alvorligste voksenpåførte vansker for barn (2 og 3). Legger vi Killén sine fire kategorier til grunn for analysen, var det ingen av informantene som i sin forståelse av begrepet omsorgssvikt brukte begreper eller forklaringer som kvalifiserte til alle hennes fire kategoriene. Legger vi Kvello sine tre varianter til grunn, var det ingen av informantene som brukte begreper som kvalifiserte for alle disse tre. Som forsker sitter jeg igjen med et inntrykk av at informantene hadde noe unyanserte beskrivelser av omsorgssvikt sett i lys av teorien. På samme tid som jeg tenker at det er vanskelig å vite hvilke begreper en skal bruke om mangelfull omsorg for barn, uten å ha spesiell kompetanse på fagfeltet. De tydeligste avvikene i forhold til kjent teori og som en kan forvente at helsesøstre har kunnskap om, fant jeg i forhold til dette med voldsproblematikken (English, Edleson & Herrick 2005, Edleson, Gassman-Pines & Hill 2006 og Hartley 2004). Jeg ble også overrasket over å finne at tre av informantene

ikke nevnte seksuelle overgrep. Det er et åpent spørsmål om informantene hadde definert flere eksempler på skadelig barneomsorg dersom jeg hadde hatt et eget hovedpunkt i intervjuguiden om begrepet mishandling. Det var bare i sitat 1 det eksplisitt ble sagt at det er et klart skille mellom omsorgssvikt og mishandling, men det er ikke utenkelig at sitatene 4 og 5 delte det synet. Selv om sitat 2 hadde med seksuelle overgrep, var vold ikke nevnt, og der sitat 3 hadde med vold, så var seksuelle overgrep ikke nevnt.

Avslutningsvis viser litteraturen både i Norge og internasjonalt at definisjoner av omsorgssvikt er sprikende. Det samme fant jeg i datamaterialet i denne studien. Bare en av informantene uttalte at hun forstod omsorgssvikt og mishandling som to sideordnede begrep, de øvrige informantene avdekket ikke noen refleksjon i forhold til begrepsbruken.

Kapittel 4: Helsesøstrenes håndtering av bekymring for foreldres barneomsorg

Helsestasjonstjenesten er hjemlet i Lov om helsetjenesten i kommunene (Sosialdepartementet 1982), § 1-3, bokstaven b og c, samt § 2-2. Det kan være nyttig med litt informasjon om historien til helsestasjonstjenesten for å forstå dataene i denne studien om helsesøstrenes håndtering av bekymring for foreldrenes barneomsorg. Andrews (1999) samt Andrews & Wærness (2004) hevder at helsestasjonsarbeidet i Vestens kulturer fra 1970-tallet av og fremover, har blitt fratatt myndighet i form av deprofesjonalisering. Forskerne presenterer historien til helsestasjonene i Norge, som startet ved at Norske Kvinners Sanitetsforening tok initiativ til oppstarten av «'The Norwegian Women's Nursing Society' (Norske kvinners sanitetsforening)», mor-barn-klinikker i 1914. Helsestasjonsloven ble gjort gjeldende i 1974. Fra 1980-årene av ble helsestasjonsvirksomheten vesentlig endret (Andrews & Wærness 2004). Det innebar at helsesøstrene fikk flere problemer som de skulle forebygge. Forfatterne viser til forskrift til loven om helsetjenester i kommunene av 1983, som påpekte at de kommunale helsestasjonene skulle bidra til å bedre livssituasjonen og oppvekstforholdene til barn, både innenfor fysiske, psykiske og sosiale områder, samtidig som de skulle tone ned makt- og kontrollaspektet i tjenesten (Sosialdepartementet 1983, her i Andrews & Wærness 2004). Forfatterne viser til at flere av de oppgavene som departementet skisserte i 1983 skulle ikke helsesøstrene være alene om, de skulle ha et utstrakt og forpliktende samarbeid med andre kommunale tjenester, etater og sektorer, for eksempel sosialtjenesten, barneverntjenesten, PPT, barnehage og skole (Statens helsetilsyn 1998, Sosialdepartementet 1983, her i Andrews og Wærness 2004). Forfatterne påpeker at både helsestasjonstjenesten og barneverntjenesten har et pålagt ansvar for å hindre omsorgssvikt hjemlet i sine respektive lovverk. Tjenestene er plassert organisatorisk på samme nivå/linje i kommunene, men likevel har ikke helsesøsteren mandat til å vurdere om et barn bør gå i barnehage, uten å søke via barneverntjenesten, som da kan overprøve helsesøsterens vurdering. I 1994 fikk alle barn i Norge lovfestet rett til helseundersøkelse, men foreldre kan velge selv om de vil ta barnet til helsestasjon og lege. I 2003 kom en ny forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende

arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Sosial- og helsedepartementet 2003). En veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450 (Sosial- og helsedirektoratet 2004), heretter kalt veilederen (2004), er utarbeidet for å utdype formålet med forskriften som er å fremme gode sosiale og miljømessige forhold, psykisk og fysisk helse og forebygge sykdommer og skader. Målet med forskriften (og veilederen) er; 1) flere leveår med god helse i befolkningen som helhet, og 2) å redusere helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn.

Jeg vil i dette kapittelet belyse tre faktorer som jeg fant i datamaterialet; a) Å føle seg faglig alene, b) Forsikringer og c) Taus kunnskap.

4.1 Å føle seg faglig alene

Ikke noen av informantene fortalte gjennom intervjuene at de ble oppfordret av sine ledere til å være spesielt oppmerksomme på omsorgssvikt. En av informantene fortalte at hun følte seg alene når hun sendte melding til barneverntjenesten De to sitatene 6 og 7, gir imidlertid uttrykk for helsesøsterens savn etter sterkere føringer og støtte fra leder og kolleger.

(6) *Og min beslutning... ja, ja, det var det. Og jeg følte ikke noe sånn, altså jeg følte mer at OK, altså her er det viktig at jeg informerer, at sånn gjør jeg det, men ikke noe sånn... . Jeg følte at jeg ikke fikk så mye hjelp til det.*

(Informant nr 2, s. 14).

(7) *Nei, jeg bare... . Jeg tror nok jeg følte meg litt alene om det òg, men at det er helt greit at du gjør det, ja.*

(Informant nr 2, s. 14).

Glavin (1999) peker på at det ofte er lite kontakt mellom helsesøstrene og dermed lite rom for faglige diskusjoner. Dette igjen fører til stor grad av egeninnflytelse på beslutningsprosesser og selvstendighet i faglige spørsmål. Det kan ofte tenkes å være positivt, men der helsesøstrene føler seg usikre på sine vurderinger eller frykter konsekvensene som vil komme i etterkant av dem, så er selvråderetten en tydelig ulempe ved at de føler seg alene.

4.1.1 Drøfting

At informantene ikke ble oppfordret av ledere om å være spesielt opptatt av omsorgssvikt kan forstås som at omsorgssvikt og tidlig intervensjon ikke har et sterkt fokus i helsestasjonen for denne gruppen av utsatte barn. Det kan også bety at helsesøsteren bare glemte å fortelle det, men det er et gjennomgående tema gjennom alle fem intervjuene at helsesøstrene «leter» etter noen å dele bekymringene om foreldrenes barneomsorg med. I tillegg til Glavin (1999) som peker på lite kontakt mellom helsesøstrene og dermed lite rom for faglige diskusjoner, så peker Killén (2004) på behovet for å avklare helsesøsterens rolle med hensyn til familier i omsorgssviktsituasjoner – både i forhold til barneverntjenesten og andre samarbeidspartnere. Killén (2004) hevder at helsesøsteren som ser hele barnebefolkningen, gir henne en helt spesiell kompetanse i å vite når omsorgen for et barn ikke er god nok. Informantene i denne studien har et uttalt savn om støtte fra ledelsen på helsestasjonen, og sitatene 6 og 7 fra samme informant uttaler dette helt tydelig da hun bestemte seg for å sende en bekymringsmelding til barneverntjenesten.

4.2 Forsikringer

Et fenomen som jeg fant i datamaterialet, var det jeg har benevnt som forsikringer. Forsikringer betyr her bekreftelser på at helsesøstrene gjorde rett da de vurderte omsorgssvikt og senere sendte bekymringsmelding med «rette» opplysninger til barneverntjenesten.

- (8) *For ordet bekymring har jeg tenkt mye på. Hvis du er bekymret, hvis du er bekymret for meg, og ikke gjør noe med det, hva hjelper det meg? Ingenting. Hvis jeg sitter her og er bekymret for deg, og ikke sier noen ting, hva hjelper det? Ingenting. Det er sløsing av energi og krefter å gå rundt å holde på å være bekymret. Enten så gjør jeg noe med det, eller så legger jeg det vekk, ikke sant? Og av og til som helsesøster så får jeg den bekymringen som bare tar meg, og da må jeg stoppe opp, og da er... . Da føler jeg at hele apparatet er i jobb, og da finner jeg helsekortet og går tilbake og sjekker. «Jeg... finn ut: Er dette en bekymring i deg nå? Hva skal du gjøre med den? Er det akkurat denne episoden? Vil det gå over i neste uke? Er dette noe du må holde på, holde på? Hva kjenner du nå?» Fordi det kan være en bekymring som jeg kan tenke; «Sikkert, bare, meg! Sant?». Men når jeg finner helsekortet så finner jeg ofte svar på om jeg skal bare la den roe seg litt, i alle fall ta helg. Men noen ganger, hvis jeg da finner noe der òg, så klarer jeg heller ikke å ta helg, for da tar dette, og du jobber hele tiden, til jeg får det på plass, og så*

tenker jeg; «sånn», og sånn tror jeg det aldri vil bli annerledes for meg.
(Informant nr 5, s. 30-31).

Sitat 8 gir en detaljert beskrivelse av hvordan helsesøsteren resonnerer i forhold til bekymring, og hvordan hun drøfter med seg selv for å avklare om hun skal handle på den informasjonen hun har eller ikke. Hun forteller også om at saker hvor hun er usikker på om barnet har fått god nok omsorg er noe som hun tar med seg etter kontortid, at det preger henne. Hun forteller hvordan hun bruker historien om barnet slik det er skrevet inn i helsekortet, forsøker å se barnets utviklingshistorie for å holde fast ved eller dempe sin bekymring. Sitatet 8 viser tydelig hvordan dokumentasjon i saken kan virke avklarende for å bedømme hva hun skal foreta seg. Nyere forskning viser at i de to første leveår predikeres barns utvikling godt ved følgende to dimensjoner: a) karakteristika ved omsorgspersonen og b) karakteristika ved samspillet mellom forelder og barn (Malatesta, Culver, Rich-Tesmann & Shepard 1989). Jo mer et helsekort inneholder opplysninger om barnet ved kontrollen og ikke om omsorgspersonen og samspillet forelderen har med barnet, desto vanskeligere kan det være å oppdage i en tidlig fase at barnet kan sies å være i risikogruppe for psykiske vansker, jevnfør veilederen (2004) om flere leveår med god helse i befolkningen som helhet. Nyere forskning har også vist at det er fare for feil bedømmelse av spedbarn om en er fokusert på varigheten av ett symptom. Siden symptomer på å lide overlast gjerne uttrykkes aldersadekvat (når det ikke dreier seg om regresjon), så vil symptomer endres i tråd med barnets utvikling. Det er variasjoner mellom de ulike teorier, men i første leveår så er utviklingsfasene gjerne på én måned. I andre leveår er det gjerne kvartalsvis, i tredje leveår halvårsvis og fra fjerde leveår er det årvisse. I stedet for å være fokusert på varigheten i ett symptom skal man heller se etter hvor vedvarende barnet er belastet med ett eller flere symptom(er) (og ikke ha fokus på om symptomet varer over utviklingsfasene). Deretter skal en se på omfanget av og intensiteten i symptomene, og konsekvensene det har for barnet og de nære omsorgspersonene (Mathiesen & Sanson 2000). I sitat 8 søker helsesøsteren etter historien til barnet ved å lese helsekortet dersom hun ikke opplever å ha nok fakta til å avklare barnets situasjon og behov. Helsekortet inneholder ofte fakta og ikke tolkninger (Veilederen 2004). Innholdet i kontrollene er sterkere på barnet enn på relasjonen mellom omsorgspersonen og barnet. Denne praksisen kan hindre helsesøsteren noe fra å identifisere mangelfullt og skadelig

samspill før det setter seg i form av tydelige symptom i barnet.

- (9) *... og da begynte jo bjellene å ringe. Og da ble det til at jeg gikk på uanmeldt hjemmebesøk, for jeg fikk ikke tak i dem og da kom... . Da var de hjemme og jeg kom inn, og så syns... . Da reagerte jeg på hvordan det var hjemme, der var dritt og ustelt, skittent, ungene gikk rundt i tunge bleier, og ja, mens mor og far var hjemme. Her tenkte jeg at dette er ikke som det skal være. Og da ved sånn samlet vurdering av de observasjonene jeg hadde gjort med en gang jeg møtte familien og pluss det som jeg så hjemme, gjorde at jeg tenkte at nå er jeg nødt til å sende en bekymring, for dette er ikke godt nok, det var nokså tydelig, syns jeg, og da skrev jeg en bekymringsmelding på tre barn, det gjorde jeg.*
(Informant nr 2, s. 3-4).

Slik jeg tolker sitatet 9 står en her overfor det jeg betegner som vanskjøtsel, og helsesøsteren har gått langt i å avdekke dette, for eksempel ved å gå på uanmeldt hjemmebesøk. Sitatet avdekker også at helsesøsteren hadde gjort seg noen urovekkende observasjoner tidligere også. Begge sitatene, 8 og 9, peker mot *forsikringer*, helsesøsteren kommer frem til en erkjennelse, og erkjennelsen om at her måtte hun melde, omgjør hun til en bekreftelse om at det var riktig å melde. Som i følgende sitat:

- (10) *Men jeg kom til den erkjennelse at her må jeg melde, så var det egentlig bare en bekreftelse på at dette var riktig. For det at det hadde lagt i magen på meg over tid, at det var noe jeg måtte gjøre.*
(Informant nr 4, s. 3)

Som vi ser i sitat 11, finner vi igjen det jeg kaller forsikringer, at informanten må forsikre seg om at hun har kommet frem med «rette opplysninger» i bekymringsmeldingen. Hva som er rette opplysninger, hvor hun finner dem og hvem hun har drøftet saken med kommer ikke frem.

- (11) *... jeg måtte på en måte uttrykke meg saklig og komme frem med rette opplysninger, jeg måtte skrive på hvert barn, så jeg følte det var nokså sånn omfattende på en måte, ikke bare noe du skriver på slutten av dagen og sender inn. Så jeg brukte mye arbeid på det og mye tanker og mye energi på det, husker jeg.*
(Informant 2, s. 13).

4.2.1 Drøfting

Informanten i sitat 8 bruker helsekortet til barnet for å se etter «gammel historie».

Finner hun noe i helsekortet, så tolker jeg det som at hun får den forsikringen hun trenger. Under overskriften: «Strategier» i veilederen (2004:9), også nevnt i innledningen i dette kapittelet, står det at; «Personlig kontakt med småbarnsfamiliene gir gode muligheter for kartlegging av familier og barn med risikotilstander slik at det kan iverksettes spesiell forebygging i forhold til avdekket risiko». Ser vi sitat 9 i lys av dette, så er informantens uanmeldte hjemmebesøk ment å kartlegge risikotilstander. Sitatene 10 og 11 har en noe annerledes forsikring, i sitat 10 står det eksplisitt at erkjennelsen om at informanten måtte melde ble bekreftelsen på at det var riktig. Og i sitat 11 er det forsikringen om at det må være riktige opplysninger som kommer frem, uten at det er noen utenfor helsesøsteren som sier hva «rette opplysninger» er. Helsesøsteren forsikrer seg selv i sitat 11, ved å uttrykke seg «*saklig*», som hun sier det.

Sitatene avdekker ikke i hvilken grad helsesøstrene har forholdt seg til å iverksette spesiell forebygging i forhold til avdekket risiko, slik veilederen (2004) legger opp til (s. 9). De sier ikke hvem som skal tilby denne spesielle forebyggingen eller etter hvilket lovverk. På s. 21 i veilederen, påpekes opplysningsplikten til barneverntjenesten, noe sitatene 8, 9, 10 og 11 avdekker at helsesøstrene har overholdt. Hvorfor viste ikke helsesøstrene i de fire sistnevnte sitatene til litteratur om omsorgssvikt, til teorien eller til sin egen sentrale veileder (2004) fremfor å forsikre seg selv ved hjelp av tidligere nedtegnelser i helsekort med derpå følgende usikkerhet (mer fakta om barnet enn samspillet barnet/forelderen), sitat 8, et uanmeldt hjemmebesøk (inngripen i privat sfære), sitat 9, en erkjennelse (selvtrygging) i sitat 10 og uttrykksform (saklighet) i sitat 11?

Dale (1999) påpeker hvor viktig den daglige samtalen med kolleger er, nettopp fordi en da kan beskrive situasjoner og hendelser for hverandre og slik kunne utveksle erfaringer og støtte hverandre faglig. Sitatene 8, 9, 10 og 11 referer ingen slike samtaler. For, hevder forfatteren, samtale kan føre til hensiktsmessige arbeidsmåter når en står overfor mulig omsorgssvikt. I hvilken grad er det i dag mulig for helsesøstrene å ha de mulighetene som både Glavin (1999) og Dale (1999) peker på? Jeg tenker at helsesøstrene som har meldt bekymring til barneverntjenesten har håndtert bekymringen om alvorlige mangler ved foreldrenes barneomsorg på en god måte, på tross av situasjonen sin. Dette er kanskje et eksempel på det Glavin (1999) kaller egeninnflytelse på beslutningsprosesser, fordi helsesøstrene ofte har liten kontakt med hverandre. Det

kan dog være en egeninnflytelse som det kan stilles spørsmål ved, fordi det da blir personavhengig.

Jevnfør det åttende hovedpunktet i intervjuguiden til denne studien, spurte jeg informantene om i hvilken grad helsestasjonen gir rammer for å oppdage omsorgssvikt og misbruk av barn. Jeg spurte i hvilken grad helsesøsteren brukte veilederen (2004) som vist til i innledningen i dette kapittelet og senere brukt i drøftingen ovenfor. Informantene ga uklare svar: En sa hun kjente den igjen på navnet, en sa hun ikke hadde hørt om den, en sa de brukte den, og kalte den «*helsesøstrenes bibel og håndbok*». I ettertid er jeg noe usikker på om hun mente noe annet enn den veilederen som jeg spesielt hadde spurt etter. Kanskje hun mente «Håndbok for helsestasjonen 0-5 år» (Misvær & Oftedal 2006)? Derfor tar jeg utgangspunkt i en av bokens bidragsytere, nemlig Killén (her i Misvær & Oftedal 2006) som omtaler samspill mellom barn og foreldre og god og uheldig tilknytning. Hun lister opp åtte punkter der hun sier hva en helsesøster skal være bekymret for. Kort fortalt skal hun bekymre seg når foreldrene ikke er i stand til å engasjere seg positivt og gledesfylt i barnet sitt, hun nevner deprimerte mødre, depressive symptomer hos mødre, foreldre med sterkt belastet sosioøkonomisk situasjon, foreldre med psykiske lidelser, psykotiske, personlighetsforstyrrede, foreldre som ikke selv har fått god omsorg, foreldre som viser et sterkt irrasjonelt engasjement i barnet og der foreldrene viser en atferd og har en livsstil som fører til at barnet lever med kronisk bekymring for sine foreldre.

Det kan her være interessant å se sitatene 8, 9, 10 og 11 i dette kapittelet opp mot Jane Addams som sosialarbeider i første halvdel av 1900-tallet (Levin & Trost 2005). Hun mislikte sosialarbeidere som sluttet av arbeidet klokken fem, hun mislikte faste arbeidstider, hun kalte ikke de hun jobbet med for klienter og hun mislikte ordet «cases», om sine naboer, som hun kalte dem. Sitatene 8, 9 og 11 forteller alle om et særlig sterkt engasjement. Sitatene sier også noe om tidsbruk, og bruk av krefter, både emosjonelle og praktiske. Men er dette hva de politiske myndigheter legger opp til når de påpeker helsefremmende og forebyggende arbeid i veilederen (2004)? Eller er det slik som Misvær & Oftedal (2006:26) peker på, at det er mulig at det er manglende politisk forståelse for helsestasjonsvirksomheten, med særlig vekt på det forebyggende og helsefremmende arbeidet for barn og unge i kommunene?

4.3 Taus kunnskap

Ordet «*magefølelse*» går igjen i flere av sitatene til informantene når de forteller hva som utløste bekymringen for barnets ve og vel og utviklingsmuligheter. Sitat 12 gir en eksplisitt uttalelse på at; «*Det var en sånn magefølelse som jeg hadde*». Jeg tolker utsagnet som det første varselet til helsesøsteren selv om at her måtte hun søke å avdekke risikofaktorene knyttet til barnets omsorgssituasjon. Dette er i tråd med veilederen (2004:9) om personlig kontakt med småbarnsfamiliene med fokus på risikotilstander.

- (12) *Ja, jeg sa jeg var bekymret allerede fra dag én. Det var en sånn magefølelse som jeg hadde, men jeg tenkte ikke at jeg skulle sende en melding da, for da tenkte jeg at jeg får prøve å gå inn og jobbe med denne familien for å se om det kan ha noen effekt.*
(Informant nr 4, s. 4).

Å si at en har en negativ magefølelse, forteller at en har en kunnskap om noe som ikke er bra, og når vi kjenner dette igjen, kommer det til oss i en følelse av ubehag. Neidhardt (1979) viser til Michael Polanyi og hans utsagn om at vi kan vite mer enn vi kan fortelle, også kalt taus kunnskap («tacit knowlegde»). Slik kunnskap tilegner en seg gjennom arbeid og erfaringer. Levin & Trost (2005) hevder at den fagkunnskapen som er ervervet gjennom nettopp arbeid og erfaringer innen ulike faggrupper lett kan underkommuniseres. Det betyr at en type kunnskap ikke like lett synliggjøres, for eksempel *taus kunnskap* og erfaringskunnskap.

- (13) *... det var akkurat som jeg på en måte fikk en magefølelse av at her må jeg ha en knagg å henge... Hva skal jeg si? Hennes... for hun var litt tilbakeholden med opplysninger, hun var ikke sånn åpen.*
(Informant nr 3, s. 3).

Sitat 13 beskriver hvordan magefølelsen vekker bekymring for barnet og hvordan informanten strever med å få konkrete holdepunkter for å underbygge sin magefølelse. Informanten opplevde moren som lukket og ga lite opplysninger som gjorde det mer utfordrende for helsesøsteren å dokumentere eller berettige sin magefølelse. Slik intuisjon, som beskrives i sitatet, vil kanskje være ekstra fremtredende for helsesøstre siden de har korte helsekontroller med barnet etter en streng

strukturering.

- (14) *Det var totalinntrykket, magefølelsen min.*
(Informant nr 2, s. 7).
- (15) *... jeg får en sånn magefølelse, at når du stadig må ha en bekreftelse, at du sitter sammen... . Jeg tror vi satt inne hos meg nesten en time. Hele tiden så må hun ha bekreftelse på at: «Jeg er en god mor, ikke sant?»*
(Informant nr 3, s. 17).

Både sitatene 13 og 15 er fra samme informant. I sitat 15 forteller informanten om tiden hun bruker i en bekymringssak, om hvordan hun håndterer bekymringen. Hun forteller om en mor som hele tiden må ha bekreftelse på at hun er en god mor. Informanten sier ikke hva som gjorde at hun hadde en negativ magefølelse, hun referer ikke innholdet i den timelange samtalen, annet enn at en mor stadig måtte ha bekreftelse. Magefølelse er ofte vanskelig å konkretisere, det handler om det som fanges opp ubevisst, de små signaler, kombinasjoner og gjenkjennelse fra andre saker. Alt dette kan virke vanskelig tilgjengelig for logisk analyse, det er mer en fornemmelse, en abstrahert form for erfaring og innsikt. Sitat 16 viser at helsesøsterens hovedstrategi for å forsøke å få klarhet i om barnets situasjon, er å lese helsekortet. Historien er det hun lener seg til for å konkretisere eller trygges på om det er grunn til bekymring for barnet eller ei, akkurat som sitat 8.

- (16) *Og så er det jo det at når du er helsesøster og kjenner på en uro, så kan du gå litt tilbake i historien. Og da, når jeg gikk litt tilbake i historien, så skapte det mer uro. Ja, for det at her hadde det vært mange som hadde vært urolige før meg, er du med, for det at det kan jo noen ganger hjelpe mot uro. Hvis jeg har en vag uro og går tilbake og ser på historien, og ser på en måte bare ting som gir meg trygghet, trygghet, trygghet, så legger ikke det en ekstra..., «ikke sant, vel?». Men her ble det bare at dersom jeg hadde et lys, et blålys som var tent litt hos meg, så ble jo det forsterket ut i fra det som jeg leste da.*
(Informant nr 5, s. 4-5).

4.3.1 Drøfting

Jeg definerer begrepene magefølelse og uro som taus kunnskap. Taus kunnskap eller den tause dimensjonen, som Polanyi (2000) beskriver den som, er en alt for lite påaktet kunnskap. Han får støtte i dette av Neidhardt (1979), som påpeker at vitenskaplig

kunnskap ikke er helt objektiv og fri fra personlig involvering, at også denne kunnskapen har sin taushet, sin personlige komponent som er felles med andre menneskelige aktiviteter.

Polanyi (2000) sier; «*vi kan vite mer enn vi kan si*». Vi kjenner igjen et ansikt, men vi kan ikke beskrive ansiktstrekkene, kanskje husker vi ett av dem. Politiet har brukt kunnskapen om dette fenomenet til å lage mange bilder av forskjellige typer ansikt, for at vitner skal kunne hente ut enkelttrekk fra de ulike bildene, og slik kunne utarbeide et nytt ansikt sammen med politiet. Jeg skal her prøve å forklare hva Polanyi legger i begrepet taus kunnskap. Han låner kunnskap fra gestaltpsykologien, og sier det slik; «Jeg ser derimot på gestalt som resultatet av aktiv forming av erfaring som utføres i søken etter kunnskap. Denne formingen eller integreringen regner jeg som den fantastiske og uunnværlige tause evnen som lar oss oppdage kunnskap og deretter holder den for sann.» (Polanyi 2000:18) En lege som skal diagnostisere må både bruker tester og observasjoner. Polanyi bruker begrepet kunnskap som et paraplybegrep der både praktisk og teoretisk kunnskap inngår. Polanyi viser til Eriksen & Kuethe (1956, her i Polanyi 2000) sin demonstrasjon for å dokumentere den tause kunnskapen. Forskerne utsatte en person for elektriske støt hver gang personen uttalte noe som ble assosiert til bestemte støt-ord. Etter en tid lærte forsøkspersonen å unngå støt ved å unnlate ord som ble assosiert med støt-ord. Når forsøkspersonen ble spurt om hvordan vedkommende unngikk å få støt, kunne vedkommende ikke svare. Polanyi hevder, som nevnt over, at en kan mer enn en kan si. Grunnen til at denne tause kunnskapen ikke ble kommunisert, var at de som utførte og observerte eksperimentet erfarte at en annen person (forsøkspersonen) hadde en kunnskap som vedkommende ikke kunne gjøre rede for. Den grunnleggende strukturen i taus kunnskap er to ledd (to typer ting); 1) støt-assosiasjonen og 2) selve støtet. Men forbindelsen mellom disse to leddene ble underslått. Polanyi seier at dette skjer fordi forsøkspersonen brukte sin oppmerksomhet på det elektriske støtet, altså på det siste leddet. Støtet er «spesifikt» kjent. Men vi kjenner de støtproduserende elementene bare ved at vi bruker vår kjennskap til dem for å rette oppmerksomheten mot noe annet, nemlig selve støtet. Derfor blir den tause kunnskapen, som vi lærte ved å unngå å få støtet, underslått. Vi klarer ikke å identifisere denne kunnskapen, den blir den «*funksjonelle relasjonen*» mellom de to leddene i taus kunnskap. Når det gjelder et ansikt, så retter vi oppmerksomheten *fra* trekkene (i

ansiktet) *til* ansiktet. Når noen da spør oss om vi vil beskrive trekkene i ansiktet, greier vi det ikke. Den tause kunnskapen oppstår fordi vi retter oppmerksomheten fra noe til noe annet, fra det første leddet til det andre i en underforstått (funksjonell) relasjon. Det første leddet er ofte det som er nærmest oss. I sitatene 12, 13, 14 og 15, er ordet «magefølelse» nevnt. I sitat 16 er «uro» nevnt og «et blålys som var tent i meg». Alle de fem sitatene refererer noe i kroppen og de har sagt at de ble bekymret. Dersom jeg forstår Polanyi (2000) rett, er bekymringen det *andre* leddet i taus kunnskap, og det som en er oppmerksom på. Det *første* leddet og som står nærmest kroppen, har enda ikke fått et språk, det er en magefølelsen og uroen. Polanyi kaller dette leddet «*proksimalt*» (organ som ligger nær legemets midtlinje), og det andre «*distalt*» (organ som ligger forholdsvis langt fra legemets midtlinje) (Berulfsen 1969). Det er førstnevnte vi kanskje ikke så lett kan formulere i ord. Polanyi (2000:27) hevder; «Dette viser oss at det ikke er ved å se på ting, men ved å være i dem at vi forstår deres samlede mening». Å *være i* tingene er magefølelsen. Han sier videre (op. cit., s. 30); «For å se et problem er å se noe som er skjult. Det er å ha en anelse om en sammenheng mellom deler som en ennå ikke har oppfattet». Han sier at kroppen vår er *redskapet* for kunnskap om ytre forhold, både intellektuelt og praktisk. Når vi er våkne bruker vi vår oppfattelse av kroppens kontakt med ytre ting. På denne måten retter vi oppmerksomheten mot disse tingene. Han mener denne bruken av kroppen er en intelligent bruk, og den er *vår* kropp og ikke en ting utenfor. Han sier også at det gir mening å si at vi har en taus forståelse av ting som enda ikke er oppdaget. Når informantene i sitatene 12, 13, 14 og 15 trygt svarer meg som forsker, at de hadde en magefølelse, så har informantene brukt kroppen intelligent, dersom jeg har forstått Polanyi rett, og at det gir mening å si at de fikk en magefølelse. Men, sier Polanyi, å ha kunnskap betyr at kunnskapen forplikter oss til å oppdage det skjulte. Kunnskapen er personlig; det betyr at den involverer personligheten til den som har kunnskapen, og den er som regel ensom, «men det er ingen spor av karaktersvakhet i den», sier Polanyi (op. cit., s. 33).

Polanyi (2000) brukte begrepet aning, og nært til begrepet aning ligger begrepet intuisjon, mennesket får en intuisjon om noe. Kolstad (2001) viser til filosofen Henri Bergsons (1989, her i Kolstad 2001) som mente at intuisjonen er en helt bestemt bevissthetsevne som gjør at en kan leve «*med i*» andre sine opplevelser. Dette kan minne om Polanyis tause kunnskap. Men Bergson (Kolstad 2001) hevder at intuisjonen

ikke utgjør et følelses-, opplevelses- eller erkjennelsesmodus, den er umiddelbar, en direkte berøring med virkeligheten, som først i ettertid kan gjøres til gjenstand for erkjennelsesmessig bearbeidelse. Intuisjonen inneholder mer og er rikere enn erkjennelsen. Bollas (1994:88) sier om intuisjon at den er et slags begjær som har forbindelse med jeg'ets fornemmelse om hva en skal se på og hva en skal se etter. Denne evnen, hevder han, stammer delvis fra strukturer som danner seg når en har opplevelser og delvis fra den intelligensen som involverer jeg'ets valg av former. Han sier også at intuisjonens styrke ligger i dens skjulthet, som magefølelsen i sitatene 12, 13, 14 og 15, som uroen i sitat 16?

Polanyis forskning om den tause kunnskapen er omstridt. I etterordet i boken «*Den tause dimensjonen*», spør Knut Ågotnes om ikke Polanyi undergraver vitenskapen når han avviser muligheten for å gi kunnskapen et rasjonelt fundament. For skal ikke vitenskapen heve oss ut av «kulturens halvglemte minner, arbeidets tause tradering og de subjektive fornemmelsenes fargelegging av virkeligheten, og heller gi oss objektive, personuavhengig kunnskap, som gir den dens «*raison d'être?*» (Polanyi 2000).

Å stadig henviser til taus kunnskap kan også dekke over mangelfull refleksjon. På flere områder ser en hvordan avansert kunnskap kan begrepssettes, for eksempel avansert artisteri, kunstutøvelse etc. I et slikt lys kan det virke underlig om en må vise til taus kunnskap når en skal beskrive mellommenneskelige relasjoner.

Vi har det vi kaller ekspertkunnskap i tillegg til erfaringskunnskap, der taus kunnskap er inkludert. Dreyfus & Dreyfus (1986) skildrer den i fem stadier; 1) nybegynneren, 2) den viderekomne, 3) den kompetente, 4) den kyndige og 5) eksperten. Dette er lært kunnskap gjennom utdanning eller i lære hos noen.

Informantene i denne oppgaven har alle meldt bekymring til barneverntjenesten. De har valgt barnet, slik jeg ser det, de har kjent på en magefølelse og uro, de har brukt denne følelsen eller uroen til å handle. Det er interessant å se sitatene 12, 13, 14, 15 og 16 i lys av Polanyis (2000) teori om taus kunnskap og Bollas (1994) teori om intuisjon. Siden vi kjenner til at informantene i denne oppgaven har meldt mer enn en gang, kan en tenke at disse evnene, erkjennelsen om den tause kunnskapen og intuisjonen er trent opp i helsesøstre, at evnen de har er i et indre bevissthetsnivå som faktisk førte til handlinger? Slike spørsmål åpner for nye undersøkelser og ligger utenfor denne oppgaven. Hvorfor ikler ikke helsesøsteren bekymringen om foreldrenes barneomsorg

et fagspråk? Dette kan tolkes som a) mangel på teoretisk kunnskap om omsorgssvikt eller b) manglende refleksjon over nødvendigheten av å ikle omsorgssvikten et teoretisk språk. Det kan tolkes langt mer, men la oss holde på disse to variablene. Dale (1999) viser til Mead (1934, her i Dale 1999) og hans språkforståelse som går ut på at språk gir grunnlag for innbyrdes handlinger. Når helsesøstre har en magefølelse så reflekterer det noe i helsesøster, noe hun tidligere kan ha erfart, og som hun kan snakke med andre om ved å ikle magefølelsen et språk. Dersom hun gjør det, kan det føre til ny kunnskap som igjen kan føre til innbyrdes handlinger, for eksempel prosedyrer i helsestasjonen. Men hun kan la det være uten å reflektere særlig over det. Dale (1999:200-201) sier at; «de daglige samtaler mellom kolleger er veven i felles tradisjon». Når det gjelder erfaringskunnskap sier Backe-Hansen (2004) at praktikerer står overfor utfordringer med sin erfarings-baserte kunnskap, fordi den ikke har noen forrang fremfor for eksempel forsknings-basert kunnskap. Utfordringen består i at erfaringskunnskapen så lett suppleres med normative og verdibaserte standpunkter, sier hun.

Ser vi alle sitatene (6-16) i dette kapittelet under ett så avdekkes det at ikke et eneste av de ordene eller begrepene som Misvær & Oftedal (2006:233) viste til i håndboken til helsestasjonen ble brukt. Riktig nok avdekket sitat 9 ordene; «*dritt og ustelt, skittent, ungene gikk rundt i tunge bleier, og ja, mens mor og far var hjemme*». Informanten ikledde ikke det hun var bekymret for et omsorgssviktsteoretisk fagspråk. Dette kan en tolke på mange måter. Jeg tolker det til at det kan også være et resultat av mangel på gode samtaler mellom helsesøstre og andre fagpersoner om omsorgssvikt. Slik jeg leser veilederen (2004), så peker den på helsestasjonens ansvar for å fange opp tidlige signaler om risiko for omsorgssvikt. I veilederens punkt 7.2 heter det; «En god psykisk helse er viktig fra første leveår. Tjenesten har en sentral og viktig rolle i forebyggende psykososialt arbeid» (s. 34). I veilederens punkt 8.2, som omhandler kommunenes arbeid og virkemidler (s. 45-48), står det at kommunen kan ansette eller inngå nødvendig avtaler med andre fagpersoner, som for eksempel psykolog eller annet høyskoleutdannet personell med pedagogikk og sosialfag, for å styrke det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Veilederens punkt 8.6.1; «anbefalt helsestasjonsprogram 0-5 år» (s. 54-56), omhandler fysiske og psykiske helse ved hjemmebesøk 0-2 uker etter at barnet er født. I veilederen står det; «Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en viktig arena for tidlig intervensjon. Tjenesten må ha

kompetanse på å fange opp signaler på omsorgssvikt, mistriivsel og utviklingsavvik» (s. 35). I veilederens punkt 8.7.3, under overskriften «nervesystemet», gis det anbefalinger om «prosedyrer og rutiner for å sikre at barns generelle utvikling observeres» (s. 59). Veilederens punkt 8.8.2; «Sjekkliste for oppfølging/henvisning etter helseundersøkelse» (s. 66-68) inneholder; «bekymring for barn og familie», med start ved seksukerskontrollen med varighet til og med fireårs-kontrollen for barnet.

Det kan være interessant å se veilederen i lys av den håndteringen som helsesøstrene i denne studien faktisk utfører ved at de *har* meldt bekymring til barneverntjenesten flere ganger. Jeg finner ikke i sitatene 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 og 16 spor etter interne prosedyrer, regelmessige drøftinger, kollegadiskusjoner eller kontakt med eller ansatte med annen fagbakgrunn enn helsesøsterutdanning i helsestasjonen når det gjelder bekymringssaker.

I ny tid har det blitt opprettet Familiesenter i mange kommuner. Det er et lavterskeltilbud til alle foreldre med barn i kommunen som helsesøstrene kan henvise familier til når de tenker foreldrene trenger hjelp, blant annet til å bedre sin barneomsorg. Disse nye sentrene har helsesøstre og andre fagpersoner ansatt, der finnes kanskje en psykolog, en barnevernpedagog, en spesialpedagog eller andre faggrupper. Familiesentrene må det henvises og/eller søkes til. I et bekymringshierarki kan det kanskje i dag være slik at helsesøstrene søker bekymringssaker inn til Familiesentrene *før* eventuelt melding til barneverntjenesten? Spørsmålet ligger utenfor denne oppgaven. Jeg forholder meg til helsestasjonen og skolehelsetjenesten som gir primærforebyggingstjenester. Slik jeg forstår veilederen er det helsestasjonen (ikke Familiesentrene) som kan ansette eller inngå nødvendige avtaler med andre fagpersoner for å styrke det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Med det mener jeg at et flerfaglig miljø i helsestasjonen kanskje kunne hindret at helsesøstrene som i denne studien manglet begreper på den omsorgssvikten de var vitne til og som satte seg i magen et sted.

I en oppsummering er det tydeligste i dette kapittelet at helsesøstrene ikke ikler omsorgssvikten et teoretisk fagspråk i enkeltsaker. De forteller at de er bekymret, de kjenner det i magen, de har blålys tent (12, 13, 14, 15 og 16), de er alene (6 og 7) og de trenger forsikringer (8, 9, 10 og 11). Da informantene i kapittel 3 (1, 2, 3, 4 og 5) fortalte om sin oppfatning av omsorgssviktsbegrepet generelt, brukte de ord og begreper

som er kjent i omsorgssviktsteorien, dog noe unyansert, men i enkeltsaker mangler begrepene i sitatene i dette kapitlet.

Jeg valgte å utforske den tause kunnskapen ved hjelp fra teorien, nettopp fordi det ble så tydelig uttalt at det var en magefølelse som utløste en bekymring. I helsesøsterens møte med familien, ble det utløst en bekymring, forklart som en magefølelse i henne, om foreldrenes barneomsorg. Denne bekymringen ble ikke ikledd et teoretisk språk, men *håndteringen* av bekymringen førte likevel til en handling. Jeg fant via teori om taus kunnskap (Polanyi 2000) at mennesker, som erkjenner at kroppen (redskapet) har denne kunnskapen og som uttaler at de har denne forståelsen, har en type personlighet og bruker kroppen intelligent. Denne kunnskapen er som regel ensom, men den er ikke karaktersvak, sier Polanyi. Helsesøstrene i denne oppgaven har vist til taus kunnskap og har gitt seg selv støtte. I gjennomgangen av sitatene i dette kapitlet søkte jeg spesielt etter noe som kunne peke mot strukturer, prosedyrer og kultur internt i helsestasjonen. Noe som helsesøstrene kunne støtte seg til ved bekymring om foreldrenes barneomsorg, og i videre håndteringen av denne bekymringen? Jeg fant ikke noe annet enn at helsesøstrene på mange måter stod alene, og var alene ansvarlig for at bekymringsmeldingen ble sendt.

Kapittel 5: Helsesøsterens rolle i bekymringssaker

En rolle er noe en har i en gitt situasjon med de rettigheter, forpliktelser, muligheter og begrensninger rollen gir. En kvinne kan ha rollen som mor, som hustru, som tante, som svigermor, som yrkesutøver, som sykepleier, som helsesøster osv. Rollen i denne oppgaven er helsesøsterrollen og enda mer presist, rollen som helsesøster i bekymringssaker. Orvik (2004) argumenterer for at siden det er forventninger knyttet til roller, så vil rollekonflikter oppstå når det er motstridende forventninger til rollen. En intrarollekonflikt betegner motstridende forventninger knyttet til én og samme rolle, mens interrollekonflikt betegner konflikter mellom to eller flere roller samme person innehar. I denne oppgaven er det ikke bare *forventninger* til sykepleieren og helsesøsteren om å sende melding til barneverntjenesten når det gjelder mistanke om omsorgssvikt av barn. De *plikter* å gi opplysninger til barneverntjenesten (Barne- og likestillingsdepartementet 2006). Glavin & Erdal (2007:197) viser til Lov om helsepersonell m.v. § 33 (opplysningsplikt til barneverntjenesten) som har slikt innhold:

Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side.

Uten hinder av taushetsplikt etter § 21 skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, jf. lov om barneverntjenester § 4-10, § 4-11 og § 4-12. Det samme gjelder når et barn har vist vedvarende og alvorlige atferdsvansker, jf. nevnte lov § 4-24.

Også etter pålegg fra de organer som er ansvarlige for gjennomføringen av lov om barneverntjenester, skal helsepersonell gi slike opplysninger.

I helseinstitusjoner skal det utpekes en person som skal ha ansvaret for utleveringen av slike opplysninger.

Helsestasjonen bør alltid informere foreldrene når den vurderer å måtte sende melding, og den skal alltid varsle foreldrene når den sender melding. Unntaket fra regelen er når bekymringen handler om grov mishandling herunder seksuelle overgrep fra omsorgspersonene. Helsestasjonen skal ikke melde saken til politiet i tillegg til barneverntjenesten, og skal heller ikke prøve å bekrefte eller avkrefte mistanken (Glavin & Erdal 2007).

Helsesøsteren blir den som innehar rollen i å avdekke mistanke om omsorgssvikt

av barn, og på vegne av helsestasjonen å handle i bekymrings saker ved å sende en bekymringsmelding til barneverntjenesten. Hva gjør så helsesøsteren i slike saker? Sitatene nedenfor gir et innblikk i hva de fem helsesøstrene som var med i denne studien gjør og ikke gjør i bekymrings saker. Sitatene forteller noe om holdning i tillegg til handling, og de avdekker lojalitetsproblematikk i forhold til barnet, foreldrene, ledelse av helsestasjonen og faget og de avdekker vegring, slik jeg tolker dem. Jeg har derfor valgt å ha to underkategorier i dette kapittelet; a) Lojalitetsvalg og b) Handlingsvegring. Jeg drøfter ikke underkategoriene hver for seg, fordi jeg finner det mer hensiktsmessig å se underkategoriene i sammenheng med hverandre.

5.1 Lojalitetsvalg

Sitatene jeg nå skal presentere viser nettopp den vanskelige avveiningen en helsesøster står i ved bekymrings saker. Sitat 17 illustrerer helt tydelig disse avveiningene. Hun svarer her på hva det gjør med henne og ha sendt en bekymringsmelding til barneverntjenesten.

- (17) *Ja, altså i meg selv, det er klart at det er ikke en lett ting å gjøre, spesielt ikke når du er knyttet til helsestasjonstjenesten som på en måte skal være et lavterskeltilbud. Det skal være..., vi ønsker jo at flest mulig skal føle tillit til oss, så det er jo ikke lett å gjøre, men samtidig må du ha barn i fokus, tenker jeg.
(Informant nr 4, s. 6-7).*

Sitat 17 illustrerer at helsesøsteren har tatt et klart valg; hun valgte barnet, hun sendte en bekymringsmelding. Freire (1988) sier om sosialt arbeid, at kjærlighet betyr å velge side, våre klienter krever at vi handler, sier han, men ikke spontant og blindt. Det kan selvsagt diskuteres om helsesøsteren her utførte sosialt arbeid når hun vurderte omsorgssvikt og deretter handlet ved å sende en bekymringsmelding.

- (18) *Det var den første gangen at jeg har sendt en bekymringsmelding uten å melde ifra til foreldrene på forhånd, så det..., derfor så var det veldig annerledes, og jeg kjente òg på den lojalitetskonflikten personlig, så dermed så tenkte jeg; hva er viktigst her.
(Informant nr 1, s. 11).*

Sitatene 17 og 18 viser at det er tatt et klart standpunkt og valg av lojalitet til

barnet. Sitat 17 illustrerer et dilemma; hvordan sende bekymringsmelding til barneverntjenesten når en er et lavterskeltilbud basert på at folk skal ha tillit til den tjenesten og ikke frykte at det meldes til barneverntjenesten. Sitat 18 viser lojalitetskonflikten ved å oppleve å «gå bak ryggen» til foreldrene. En kan tolke dette som en intrarollekonflikt; her skal en ha tillit fra alle, samtidig som en har en plikt til å melde bekymring til barneverntjenesten når lovverket tilsier det - altså opplysningsplikten, men også i en del andre situasjoner; opplysningsrett. Intrarollekonflikten er godt kjent også for barneverntjenestens arbeidere; rollen som hjelper og kontrollør kan stå i motstrid til hverandre og lede til vanskelige avveininger.

- (19) *Jeg merker meg, når jeg jobber på helsestasjonen, at når du blir spurt om å gi uttalelser, så sånn fra ledernivå så skal en si minst mulig. Vi skal skjerme familien på et vis; «sant?». «At nei, de må ikke få vite for mye, barneverntjenesten, for da, uff, hva kan skje med familien da, dersom vi forteller alt?». Så den kontrollfunksjonen, den sitter nok litt i, selv om den er blitt litt mer dempet. For vi vet jo at barneverntjenesten har så mye annet å tilby enn å ta ungene fra folk; «sant?». For det som er hovedfokus, det er jo å hjelpe familien. Men dersom jeg skulle fått skrevet det slik jeg ønsket, så hadde jeg nok skrevet litt mer, tenker jeg. (Informant nr 4, s. 11-12).*

Sitat 19 illustrerer en annen lojalitetskonflikten; lojalitet til leder, men kan også forstås som lojalitet til foreldrene; «For det som er hovedfokus, det er å hjelpe familien». Om informanten her referer sitt eget syn eller leders syn, er noe usikkert. Det kan også være at fokuset er sterkt på familien, og at familien her betyr foreldrene. «Vi skal skjerme familien på et vis» (19). Lederen i sitat 19 kan ha ment at opplysningsplikten ikke var utløst i de enkelte sakene som det ble anmodet om opplysninger om. Men jeg tolket innholdet i sitatet som en praksis i helsestasjonen, ikke som en individuell vurdering i hver enkelt sak.

- (20) *Jeg har fått et inntrykk av at barneverntjenesten har litt bedre rykte, kan du si, på helsestasjonen. Men for to år siden så var det enda litt sånn at, i alle fall der jeg jobber - må jo forholde meg til den arbeidsplassen som jeg har - at min leder var litt av den oppfatning at: «ikke skriv for mye, skriv heller litt mindre!» Og jeg tenkte i mitt stille sinn, og det tenker jeg enda, at jeg tenker motsatt, for jeg tenker at her er det jo et barn, og vi må se barnet, og vi må se barnets beste. Min leder tenkte nok gjerne litt mer; hvordan vil vår image bli, dersom helsestasjonen får et rykte på seg*

for at de gir for mange opplysninger og de melder og litt sånn.
(Informant nr 4, s. 13).

Sitat 20 kan tolkes som en generell redsel i informantens helsestasjonstjeneste i forhold til å gi opplysninger til og samarbeid med barneverntjenesten. I sitatet kan man også lese en uenighet mellom informant 4 og hennes leder. Sitatet gir innblikk i en uenighet om rollen en har som helsesøster i forhold til egen tjeneste; «*jeg tenkte i mitt stille sinn, og det tenker jeg enda, at jeg tenker motsatt*». Helsesøsteren får i tillegg til uenigheten til egen leder et problem i forhold til barneverntjenesten.

(21) *Ja, det som jeg har tenkt på og som jeg har diskutert med andre det er jo det at sånn generelt tror jeg helsesøstre er litt redd for å melde. Sånn som min leder sa; at vi må passe på hvilket rykte vi har, sant? At vi ønsker at flest mulig barn skal komme til helsestasjonen. Det skal være et godt tilbud, det skal være trygt, foreldre skal kunne føle tillit og kunne fortelle til helsesøster det som de har på hjertet, det som er vanskelig og det som er kjekt og greit. Og at det blir stort, og det er viktig, det er viktig at helsestasjonen er en arena for de fleste barn i Norge i dag.*
(Informant nr 4, s. 16).

Sitatene 19, 20 og 21 er alle fra samme informant. Det kan synes som om informanten er svært opptatt av helsesøsterens rolle i bekymringssaker. Jeg tolker disse tre sitatene som generelle utsagn, løsrevet fra den konkrete bekymringssaken som informanten refererte fra i sitat 17.

(22) *... vi kan trekke ned rullegardinene våre av og til, når ting blir for ubehagelig. Jeg har vært i fylkesnemnda flere ganger, det er så ubehagelig for meg at jeg sier nesten hver gang; at neste gang vil jeg heller gå i fengsel. Men jeg går jo likevel, for vi må gå, og der vet jeg det er noe med oss helsesøstre. Noen synes det er så ubehagelig, og da kan det være at... Det er lett å smette unna her, og så kan vi bli opptatt av alt det andre vi skal gjøre, forebyggende, forebyggende og helsefremmende, ikke sant? Ja, for det er tøft å stå i og ta i, men vi må ikke bukke under her, da trenger vi å stå i sammen.*
(Informant nr 5, s. 30).

Finnes det også et fjerde lojalitetsdilemma i eller til eget fag? Dersom en tenker at lojalitet til barnet er ett mulig valg, lojalitet til foreldre et annet, så kan lojalitet til leder i helsestasjonen være et tredje mulig valg, og at lojalitet til eget fag kan sies å

være et fjerde. Peker sitat 22 mot et lojalitetsvalg til det å drive med forebygging og helsefremmende arbeid, at en «svikter» primær oppgaven til helsestasjonen på en måte dersom en melder bekymring til en annen instans? Sitat 22 inneholder setningen; «*det er lett å smette unna her*». Kan det tolkes som at det er lett å smette unna fordi hun kan drive med forebygging og helsefremmende arbeid? Killén (2007) sier at neppe alt kan forebygges. Informanten sier også; «*og der vet jeg det er noe med oss helsesøstre. Noen synes det er så ubehagelig*». Informanten forteller også; «*vi kan trekke ned rullegardinene våre av og til, når ting blir for ubehagelig*». Jeg tolker sitatet slik at informanten kan kjenne til at kollegaer kan dekke seg bak forebygging og helsefremmende arbeid, og dermed lar være å sende bekymringsmelding til barneverntjenesten i omsorgssviktsaker.

5.2 Handlingsvegring

Foreldrene kan fremstilles som eksperter på egne barn. Slik blir det ofte sagt. Og ideologisk er det også uttalt. Jeg tenker da på brukermedvirkningsperspektivet, også kalt *empowerment* (Andrews 2002 og Orvik 2004). Begrepet «empowerment» står for å gi makt til menneske for at de skal få kontroll over egne liv. En har gitt dette den norske betegnelsen myndiggjøring.

- (23) *Ja, det kan jeg huske veldig godt. For da hadde mor sagt at hun ville avslutte. Og så diskuterte jeg dette, min bekymring med lederen min, og hun sa at; henne kan du ikke gi slipp på. Og så valgte jeg å tenke at: «OK, da må jeg snakke med mor om at jeg var bekymret, at jeg fortsatt er bekymret», og det hadde jeg sagt før òg. Så jeg tok kontakt med mor flere ganger, jeg ringte til henne for å få i stand en samtale, men hun svarte aldri på telefonene mine. Jeg sendte sms for å prøve å få til et møte, men hun svarte ikke på det heller. Så sendte jeg et nytt brev og skrev òg at jeg tenkte at hun hadde..., at jeg var bekymret, at jeg så at hun hadde behov for mer oppfølging enn det hun hadde fått hos oss, og innkalte henne til samtale, og hun møtte heller ikke. Så da når jeg hadde gjort alt det, det tok meg litt tid, så skrev jeg meldingen og sendte den. (Informant nr 4, s. 5-6).*

Sitat 23 forteller at før helsesøsteren sender meldingen har hun nedlagt mye arbeid og brukt lang tid for å få kontakt med mor. Jeg tolker sitatet i lys av kunnskap knyttet til nærhetsetikk (Henriksen & Vetlesen 2006). Helsesøsteren hadde ikke handlet

på den uro hun hadde kjent på, men når mor sa hun ville avslutte og helsesøsteren ikke fikk tak i henne, så besluttet hun å sende en bekymringsmelding. Det kan være vanskelig å ta beslutninger som andre misliker. Jo mer en kjenner en person, desto verre kan det være å gjøre nødvendige beslutninger som vil bli negativt mottatt. Det kan oppleves lettere å gjøre slike valg når en ikke står ansikt til ansikt med den en gjør negative beslutninger for. Nærhetsetikken kan være nyttig for å beskrive de prosesser mange opplever når en vegrer seg for å foreta handlinger overfor personer en kjenner litt til framfor dem som er fremmed for en. Prosessene i nærhetsetikken er hvordan en bygger opp et *forsvarsverk* for å endre syn eller handle mot egne prinsipper fordi det rammer et menneske en kjenner til. Et annet begrep for en prosess som kan forklare helsesøsterens (og andres) vegring mot å melde til barneverntjenesten er *parallellprosess*. Begrepet er hentet fra psykoterapi og betegner at i et terapeut-pasient-forhold må terapeuten la seg «farge» eller influere av pasientens opplevelser, erfaringer, oppfatninger osv. Likeså må pasienten la seg påvirke av terapeuten (Løvlie Schibbye 2009). Om dette ikke skjer, så blir det et subjekt-objekt-forhold, mens parallellprosesser leder til et mer subjekt-subjekt-forhold, uten at rollelikhet er fundamentet eller målet med relasjonen terapeut-pasient (Schjødt & Egeland 2006). Parallellprosess kan lede til at en blir *mindre* objektiv i sin vurdering av den andre enn om en har et mer analytisk, vurderende («objektivt») blikk. En kan tenke seg at den sterke rollen helsesøsteren inntar på å være serviceorientert og alliere seg med foreldrene for å sikre trygghet i bruk av et lavterskeltilbud, kan skape tydelige parallellprosesser. Sitatene 24 og 25 kan også forstås som en vegringsatferd.

(24) *Så jeg har tenkt på det og diskutert det med andre helsesøstre. Vi har snakket en del om det, bare sånn generelt. Og det er mange enige i, at du prøver litt til, du venter litt til, for å se om det du..., de tiltakene du sette inn selv, kan ha noen effekt.*
(Informant nr 4, s. 17).

(25) *..., men det er òg en faktor, men det at man innenfor en kultur; la oss si i ulike miljø er greit og akseptert, så kan det være sånn at man syns det er vanskelig å melde ifra, fordi at man syns ikke det etter eget skjønn ikke er alvorlig nok, sant?*
(Informant nr 1, s. 24).

Kan en stille spørsmålstegn ved at en helsesøster sier; «fordi at man synes ikke det etter eget skjønn ikke er alvorlig nok»? Utsagnet kan tolkes som å ha stor egeninnflytelse i arbeidet. Som allerede nevnt peker jo nettopp Glavin (1999) på at helsesøstrene til daglig har lite kontakt med hverandre og arbeider svært selvstendig, spesielt i mindre kommuner eller i kommuner med små helsestasjoner. Spørsmålet blir da hvordan denne selvstendigheten kommer til uttrykk i bekymringsaker? Hun peker på nødvendigheten av en synlig ledelse og høy tilgjengelighet. I sitat 26 nedenfor ser vi et dilemma som helsesøsteren også kan komme bort i, nemlig at hun får opplysninger om foreldre som forsømmer barna sine, for eksempel fra naboer eller bekjente. Hva gjør hun med slike meldinger? En av informantene i denne oppgaven opplevde dette. Og sitat 26 viser til denne hendelsen.

- (26) *Men så ringte jeg altså til barnevernet, og så sier hun i barnevernet: «Dette er du pliktig til å informere om!» Så sa jeg at jeg vet jo det er viktig å informere om det, men jeg kjenner på et dilemma, fordi det har gått gjennom mange ledd.*
(Informant nr 1, s. 6).

Helsesøstrene henviser gjerne barn de er bekymret for til andre instanser innen kommunen. Det kan gjelde fysiske årsaker hos barnet som trenger utredning, det kan også være psykiske årsaker. En av informantene viser til slitasjen mellom å oppfatte at man skulle ha meldt bekymringsmelding til barneverntjenesten samtidig som noe holder en tilbake fra dette (intrarollekonflikt), og velger i stedet å melde til en annen instans for bistand, slik sitat 27 viser.

- (27) *... og så kommer mor til helsestasjonen, og da henviser jeg òg det barnet, for hun var født litt for tidlig, til fysioterapeuten, for jeg tenker... Det gjør jeg ofte når jeg begynner å lure, fordi da ser en litt samspill og så ser en litt på utviklingen til barnet, motorisk utvikling.*
(Informant nr 3, s. 26).

Informanten sier «begynner å lure», og konteksten sitatet er hentet fra, gjør at jeg tolker det som å stille spørsmål ved morens barneomsorg i denne saken (27). På spørsmål knyttet til omsorgssvikt overfor barn forteller helsesøsteren at hun henviste et barn til fysioterapitjenesten. Kan hende hadde barnet behov for en fysioterapeuts vurdering og bistand til motorisk utvikling, men det er grunn til å undre seg på om at det

i tillegg eller i stedet burde ha vært sendt en melding til barneverntjenesten. Faren ved å henvise til feil tjeneste/instans eller bare én tjeneste når en burde ha aktivert flere, kan hindre at barnet får den bistand det bør eller at slik hjelp kommer sent.

(28) ... og da lå jo bekymringen mer opp i dagen kanskje, og så flyttet hun til en annen kommune, men da skrev jeg: OBS!, OBS! på en gul lapp, og satte utenpå. Og så flyttet hun tilbake til oss etter to år. Og da var det meldt og hun hadde ikke omsorgen lenger. Det var en annen i familien som har..., så tenkte jeg, der skulle jeg bare..., hun gikk hos meg fra barnet var seks måneder til ett år. Så, så lenge hadde jeg henne... .
(Informant nr 3, s. 26).

Sitat 28 handler om en situasjon som er klarere for helsesøster enn den som beskrives i sitat 27. I sitat 28 ser vi at bekymringen lå «*mer opp i dagen kanskje*», da barnet var ett år. Likevel sendte ikke helsesøsteren en bekymringsmelding. Da mor flyttet tilbake to år etter, var barnet plassert hos andre. Dette kan stå som et eksempel på vegring, og slik vegring er alvorlig for barnet og for barnets utvikling.

5.3 Drøfting

Jeg vil her drøfte hvordan helsesøsterens *rolle* i denne studien er i bekymrings saker. Andrews & Wærness (2004) peker på at rollefordelingen mellom helsesøstrene på den ene siden og barnevernpedagoger og sosionomer på den andre er uklar i det primærforbyggende arbeidet. Videre hevder forskerne at helsesøstrene har tapt oppgaver som tidligere ga dem prestisje i lokalsamfunnet. De har også tapt eneretten til det administrative ansvaret for helsestasjonen. En av informantene (19), nevnte «*kontrollfunksjonen, den sitter nok litt i*».

Ser en helsesøsterrollen som profesjon i et historisk perspektiv, altså før 1982, så hadde helsesøstre stor makt og stor innflytelse i kommunene. For å nevne ett eksempel, så var det helsesøstrene som tidligere vurderte familier som ønsket å adoptere barn (Andrews & Wærness 2004:4). I dag er det ansatte i den kommunale barneverntjenesten som utfører omsorgsvurderingene av de som ønsker å adoptere barn, og Barne- Ungdoms- og Familieetaten, BUFetat (Statens barnevern) godkjenner eller avslår søknadene, på bakgrunn av anbefalinger fra den kommunale barneverntjenesten og etter egne grundige vurderinger. Rollen til helsesøster er vesentlig endret fra 1970 og til i

dag, både ideologisk og i den praktiske hverdagen, sier Andrews (2002). Torgersen (1972) hevder at helsesøstrene har tapt et av de viktigste kjennetegn ved yrker som går inn under begrepet profesjoner. Jeg vil i drøftingen ta med meg *profesjonsperspektivet*, fordi det er sentralt i forhold til rollen til helsesøsteren, og det *kan* ha betydning i forhold til melding til barneverntjenesten (19). I det forebyggende arbeidet er det økende oppmerksomhet på å styrke folks sosiale nettverk (Mæland 2005). Han hevder at det er helsesøstrene som kommer nærmest betegnelsen «forebyggingsekspert». Et viktig trekk ved helsestasjonene er at de aller fleste barn opp til fireårsalder bruker tjenesten. Helsestasjonene er vel ansett i befolkningen, men enkelte utsatte grupper bruker helsestasjonen sjeldnere. Ofte gjelder dette innvandrere, aleneforeldre og problemfamilier (Mæland 2005). Likevel, hevder han, er ikke helsesøstrene generalister innen forebygging. Som Glavin (1999), trekker han frem at helsesøstrene har ettårig utdanning etter å ha avlagt sykepleiereksamen.

Vi kan se sitatene i dette kapittelet i lys av to sentrale begrep, nemlig *beskyttelse* av barnet og *velferden* til barnet. Begrepene «child protection» (beskyttelse av barn) og «child welfare» (velferden til barnet) er viktig å holde fra hverandre, fordi de peker mot ulik forståelse. Khoo, Hyvönen & Nygren (2002) har utført en studie i «focus group with social workers in Sweeden and Canada», som belyser likheter og ulikheter i prosessen om sosialt inngrep i barnemishandlingssaker. Forskerne finner seks kategorier som former ulike hypoteser orientert etter *velferdsmodellen* eller *beskyttelsesmodellen*. I Sveriges velferdsmodell er en klar til å gripe inn med målrettede resurser der fokus er forebygging i familien. I Canada blir bare de mest nødstilte barna valgt ut for en begrenset service, intervensjonen er strukturelt drevet med liten fokus på velferd og langsiktig planlegging. Khoo, Hyvönen & Nygren (2002:457) hevder at;

If a child is abused or neglected, does it matter whether social workers are oriented toward child protection rather than child welfare? We found important evidence that the discourses of child protection and child welfare (Jack, 1997) are not just interesting conceptual magnets. As we will show, these concepts shape how social intervention is described.

Kort oversatt spiller det en rolle, når en står overfor omsorgssvikt og mishandling, hvordan sosialarbeideren er orientert, enten innenfor velferden til barnet eller innenfor beskyttelse av barnet, og at de to ulike begrepene styrte den sosiale

intervensjonen. I Norge har Stang (2007) gjennomført en studie av 40 vedtak om hjelpetiltak etter lov om barneverntjenester (§ 4-4), i to barneverntjenester i Akershus fylke i 1996. Vedtakene ble nøye undersøkt og analysert og viste at tiltakene i stor grad ble gitt etter sitt formål (barnevernlovens formål om hjelpetiltak som forebygging av negativ utvikling for barnet). Det som kom frem i undersøkelsen var at «risikobarnevernet» dominert fremfor «velferdsbarnevernet». Funnene viste også at risikobarnevernet ikke fungerte offensivt og effektivt nok. Flere saker viste at hjelpetiltak ble satt inn i alt for lang tid, uten at situasjonen til barna ble bedret. Faktisk ble det avdekket at for noen barn ble situasjonen forverret i tiden med hjelpetiltak. Sakene viste at noen av tiltakene bygget på overdrevne forventninger til foreldrene (særlig morens) evne til forandring, samarbeid og forbedring. Bakgrunnen for undersøkelsen hennes var et spørsmål om barnevernet var i en utvikling fra et risikobarnevern til et velferdsbarnevern (erstatning for andre «manglende» offentlige tiltak). Sitatene 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 24, 25, 26, 27 og 28 kan tyde på at risikobarnevernet er det som skremmer helsesøstrene fra kontakt med barneverntjenesten. Det er imidlertid velferdsbarnevernet de ønsker seg, og paradokset er at nettopp dette er det mest fremtredende i norsk barnevern i dag. Stang (2007) hevder at lovgivers intensjoner med barnevernloven var risikobarna. Om velferdsbarnevernet skal være så fremtredende som det er i dag, så hevder hun at lovgivende myndigheter må gjøre lovendringer. Frykten hos helsesøstrene er altså risikobarnevernet, mens dette er bekymringsfullt ivaretatt i dagens barnevern, i følge Stang (op. cit).

Hvor den norske helsestasjonstjenesten står i dag, er vanskelig å finne noe entydig svar på. Flere av sitatene i dette kapitlet viser en forvirring (17, 19, 20, 21, 22, 24, 25 og 28). Jeg tolker sitatene som et uttrykk for at helsestasjonen driver en velferdstjeneste, og at vanskene kommer der det er spørsmål om barna er godt nok beskyttet i forhold til omsorgssvikt. Som i Sverige, har Norge en modell som er klar på å gripe inn med målrettede resurser der fokus er forebygging. Det finnes gruppetilbud i helsestasjonen til foreldre med små barn, for eksempel barselgrupper. Barn av psykisk syke foreldre kan av helsesøstren henvises til grupper for barn av psykisk syke foreldre i noen kommuner etc.

Flere av sitatene i denne oppgaven avdekker en holdning i helsestasjonen der

fokus ikke nødvendigvis er beskyttelse av barnet, men foreldrene (eller familien) (19, 20, 21, 22, 25 og 28). Hva er det så datamaterialet i dette kapittelet avdekker? Er det å trekke sitatene for langt når en undrer seg over at noen helsesøstre melder til barneverntjenesten fordi de har et annet verdi- og holdningssyn enn de helsesøstre som de refererer til? Jeg *kan* tolke sitatene 21, 22, 24 og 25 slik at sitatene avdekker to forhold og at skillet går mellom de som sender bekymringsmelding og de som ikke gjør det. Denne studien helsesøstre deltok i handlet om hva en gjør i bekymringsaker, og uttalelsene i disse sitatene må sees i denne konteksten.

Flaherty, Jones & Sege (2004) har utført en studie om barnemishandling, hos leger i primærhelsetjenesten i USA. Resultatet av studien viste at alle de spurte legene nevnte den travle vaktordningen som et av hindrene for å evaluere og rapportere om «suspected abuse» (mistanke om misbruk/mishandling). Andre hindringer var tidligere erfaringer med barneverntjenesten og mangel på kunnskap om barnemishandling. Alle helsestasjoner i Norge har også en legetjeneste knyttet til seg. Det kommer få bekymringsmeldinger fra leger i Norge. Som vi så i kapittel 1.2.1, var meldingstallet fra 2006 (SSB 2008) for helsestasjoner lavt, fra leger og sykehus til sammen var tallet like lavt, nøyaktig 1268 meldinger (5,4%). Kan funnene fra primærhelsetjenesten i USA overføres til norske forhold? Lagerberg (2001), som har gjennomført en undersøkelse via e-post til ca 3.000 (alle) helsestasjoner i Sverige og der 55 % svarte, viser at meldingsfrekvensen fra helsestasjonstjenesten også i Sverige er «amazingly low». Hun fant i sin undersøkelse at grunnene som gikk igjen for å ikke melde fra om «abuse and neglect til child protection services (CPS)» var; «bad for me», «I can do better than the system» og «not reportable». Nå har jeg i denne undersøkelsen bare stilt spørsmål til helsesøstre som *har* meldt, slik at informantene i min studie svarer ikke på samme type spørsmål som undersøkelsen fra Sverige viser til. Studien er likevel interessant, vi kan blant annet se den i sammenheng med lave meldingstall (5,5%) fra helsestasjonstjenesten også i Norge.

Rollen som helsesøster kan ses i lys av ideologi. Andrews (2002) peker på ideologiske endringer i den norske helsestasjonsvirksomheten, en snart et hundre år gammel tradisjon, og hvilken betydning endringene har for helsestasjonen i dag. I følge Andrews (2002) finnes det få utdypende studier av hva som har skjedd med helsestasjonstilbudet etter at utjevningen av makt (deliberalisering) ble innført på 1980-

tallet. Som et resultat av denne maktutjevningen dukket nye begreper opp.

Brukermedvirkningsperspektivet og empowerment (Andrews 2002 og Orvik 2004) er eksempel på slike begrep. «Deltagelse skal bidra til å fremme demokrati og omfordele makt og autoritet i samfunnet ut fra ideer om at tradisjonelle maktrelasjoner skaper uhelse Andrews» (2006:14). Helsestasjonen ønsker blant annet å signalisere respekt for at foreldre selv vet hva som er bra for barnet, og dette gjøres ved å fremheve foreldrene som eksperter på egne barn, og at helsesøstrene toner ned sin rolle som eksperter.

I datamaterialet fant jeg uttalelser som kan forstås som *handlingsvegring* (23, 24, 25, 26, 27 og 28), det er derfor viktig å se denne eventuelle vegringen i lys av tradisjonen på helsestasjonen. Kan en eventuell vegring ses i lys av brukermedvirkningsperspektivet? At fordi foreldrene skal kunne ha stor makt over eget liv og egne handlinger, så blir helsesøsteren usikker?

Andrews (1999) finner at myndiggjøring/brukermedvirkning ikke er i harmoni med hverdagsproblematikken på helsestasjonen. Hun dypintervjuet 30 helsesøstre gjennom siste halvdel av 1990-årene, der helsesøstrene ble bedt om detaljert å fortelle fra møter med foreldre på helsestasjonen og på hjemmebesøk. Funnene i studien hennes avdekket betydelige dilemmaer for helsesøsteren. Den nye ideen fastholder at foreldrene vet best, og helsesøsteren skal bare svare klart på spørsmål som har svar som er vitenskaplig dokumentert. Spørsmål fra foreldrene om når bør barnet sove, gis mat og hvor mye mat, når bør det kunne gå, hvordan å grensesette etc. skal ikke helsesøsteren svare på (dersom det ikke er vitenskaplig forankret og dokumentert hva som er rett). Helsesøstrene i studien til Andrews (op. cit.) fortalte at de skulle sende spørsmålene fra foreldrene tilbake til dem. Helsesøstrene problematiserte rundt hvordan de skulle «oppføre» seg på hjemmebesøk, sett i lys av den nye ideologien. Skulle de være en gjest? Hvordan skulle de opptre når de ikke skulle gi råd eller svare på spørsmål? Dette å se etter hvordan barnet hadde det, kanskje se forhold som skulle vært snakket om? Hvordan påpeke mangler hos foreldrene? Et av sitatene i studien til Andrews (op. cit.) hadde nettopp dette innholdet;

Sometimes I am afraid I am too kind, but it is pretty hard to make corrections ..., and making clear my intention of control, as well. Having a look at the baby's navel, however, is legitimate, and at the same time I'll have a look at the baby's body and clothing. (Irene)

Andrews (1999) sine informanter peker også på dette med standarder for «rett» og «galt», samt «god» og «dårlig» omsorg og helsesøstrene påpeker at avgjørelsen av hva som kan skade barnet, i mange saker ble overlatt til den enkelte helsesøsteren. Valget for den enkelte kunne bli å ikke nevne det som ikke var bra av frykt for å miste foreldrenes tillit. Hun konkluderer i sin studie med at den «nye» retningen innen helsestasjonsarbeidet som er ment å være antiautoritær nok er for rigid. Hun sier det kan være en risiko for at en kaster barnet ut med badevannet. Hun avslutter sin presentasjon av studien med å si at en praktisering etter myndiggjøringsmodellen (brukermedvirkning) vil kunne skape nye problem heller enn å løse problemer i helsestasjonsvirksomheten.

Helsesøsteren står helt klart overfor valg, lojalitetsvalg, slik jeg tolker situatene. Av mangel på interne strukturer og prosedyrer, står en alene om alvorlige avgjørelser, slik nettopp Andrews (1999) fant i sin studie. Ingen av informantene i min studie uttalte eksplisitt at de stod overfor et slikt valg. Det er situatene deres som avdekker at de tok de valgene som de gjorde. Informantene forteller at de brukte lang tid på å bestemme seg. Det kan vi lese i sitatene 23, 24, 25, 26, 27 og 28. I sitat 24 står det; *«Og det er mange enige i, at du prøver litt til, du venter litt til, for å se om det du..., de tiltakene du setter inn selv, kan ha noen effekt»*. Og i sitat 27 der en av informantene sier at *«ofte»* når hun begynner å *«lure»*, da henviser hun barnet *«til fysioterapeuten»*. Sitatene viser også at bekymringsmelding *ikke* ble skrevet og sendt, men en gul lapp med *«OBS!»* på, ble skrevet i barnets helsekort på veien til en ny helsestasjon (28). I sistnevnte sitat sier informanten; *«... der skulle jeg bare..., hun gikk hos meg fra barnet var seks måneder til et år. Så så lenge hadde jeg henne...»*. I veilederen til forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet 2004) står det under overskriften; *«Strategier»* (s. 9) klart; at personlig kontakt med småbarnsfamilier gir gode muligheter for å avdekke risiko, og at en kan sette inn spesiell forebygging. Det står i veilederens punkt 3.5 (s. 21) at helsepersonell skal sende bekymringsmelding til barneverntjenesten hvis en er bekymret for et barn eller en familie. Både helsestasjonstjenesten og barneverntjenesten har hjemlet i sine respektive lovverk, å hindre omsorgssvikt (Sosialdepartementet 1982 og Barne- og familiedepartementet 1992). En leder i helsestasjonen i sitat 20 ble presentert av en av sine ansatte helsesøstre til å ha, *«litt av den oppfatningen at ikke skriv for mye,*

skriv heller litt mindre» (når helsestasjonen ble anmodet om å gi opplysninger om barn til barneverntjenesten). Spørsmålet blir da hvilken rolle helsesøsteren skal innta, skal hun følge lederen eller styres av sin egen vurdering? Sitatet avdekker at helsesøsteren ville skrevet mer. Hun sa ikke om hun gjorde det.

Det er uklart hvor grensene går mellom offentlig ansatte i helsestasjonstjenesten og offentlig ansatte i barneverntjenesten i kommunene, og hvilke roller de ulike aktørene skal ha (Andrews & Wærness 2004). I mitt datamateriale er det funn som avdekker at helsesøstrene utfører mye, av det jeg vil kalle sosialt arbeid. Mæland (2005) hevder at det er helsesøstrene som kommer nærmest betegnelsen «forebyggingseksperter». Vi vet mye om omsorgssvikt i dag, påpeker Killén (2004), og dette tilsier at helsesøsteren som møter foreldre og barn tidlig i livet bør spille en sentral rolle. Rollen hennes må avklares og utvikles med hensyn til familier i omsorgssviktssituasjoner og i møte med barnevern og andre samarbeidsparter.

Oppsummert har jeg i dette kapittelet presentert sitater som i noen grad peker på helsesøsters rolle, men også rollen som hennes arbeidsplass skal ha i forhold til bekymringssaker som gjelder omsorgssvikt. Først var jeg inne på at det var uklare roller mellom helsesøstre på den ene siden og barnevernpedagoger og sosionomer på den andre siden i det forebyggende arbeid. Slik jeg har tolket sitatene i dette kapittelet, finner jeg at lojalitetsproblemer mellom «beskyttelse» av foreldre (familien) og faglig begrunnelse for å melde bekymring til barneverntjenesten om deres barn, er sentral hos helsesøstre (17, 18, 19 og 21) Valgene handlet om hvem som skulle ha fokus, barnet, foreldrene eller leder og helsestasjonen. I sitat 20 ser vi spor etter lojalitetskonflikt mellom lederen og helsesøsteren. Jeg fant også lojalitetskonflikt i forhold til helsesøstrenes eget fag, om hva en burde ha mestret, nemlig forebygging og helsefremming (22). Funnene i datamaterialet *kan* tolkes som at det generelt er relativt stor handlingsvegring når det gjelder å sende en bekymringsmelding til barneverntjenesten. Det søkes mye kunnskap om foreldre i bekymringssaker (23), *før* bekymringsmeldingen blir sendt, noe som er positivt og i tråd med veilederen (2004), men sitatet avdekket at det tok lang tid. Sitatene 24 og 25 peker mot en «kultur» i forhold til dette å sende meldinger. På den *ene* siden hadde informantene i denne oppgaven sendt melding mer enn en gang de ble kjent med forhold som tilsa at barnet vokste opp med svake omsorgsbetingelser. På den *andre* siden ble det delvis erkjent at

meldinger *ikke* ble sendt der det var sterke grunner for en slik kontakt med barneverntjenesten (27 og 28). I kraft av sin helsesøsterrolle i forhold til bekymringssaker har hun en plikt til å melde bekymring for alvorlig omsorgssvikt, jevnfør innledningen i dette kapittelet. Sitatene i dette kapittel avdekker at plikten utfordres kraftig. Fire ulike lojalitetsvariabler fører til handlingsvegring, og vegringen fører til at tiden går for barna som kanskje trenger bistand og hjelp etter Lov om barneverntjenester.

Kapittel 6: Drøftings- og samarbeidsrutiner i bekymringsaker

I følge Glavin & Erdal (2007) blir samarbeid i jobbsammenheng definert som samspill, kompaniskap og det å arbeide sammen. Begrepene blir ofte brukt om en annen. En kan skille mellom uformelt og formelt samarbeid. Formelt samarbeid i kommunen er ofte forankret i toppledelsen, der ulike instanser kan bli pålagt å samarbeide og der overordnede ledere følger opp pålegget. Det uformelle samarbeidet finnes der fagfolk og praktikere i ulike instanser søker å få til et samarbeid og der en kan bli enige om oppgavefordeling for eksempel og hensiktsmessige måter å samarbeide på. Denne uformelle samarbeidsformen er en ulempe, mener forfatterne, fordi den ikke minst fører til store forskjeller når det gjelder kvaliteten på samarbeidet. Forskjellene kommer av at en da i stor grad er avhengig av den enkelte instans og praktiker. I dette kapitlet er det samarbeidet i forbindelse med bekymringsaker informantene er opptatt av. Hvem kan de drøfte sakene med? Hvordan ha muligheten til et samarbeid enten internt eller eksternt som formelt forum for å få drøftet bekymringsaker?

- (29) *... og da fikk vi trukket i tråder for å på en måte få ansvarliggjort alle sammen som satt rundt det bordet. Dette er en trist historie egentlig, for det gikk mange år før den her jenten fikk hjelp.*
(Informant nr 1, s. 18).

Sitat 29 er et alvorlig eksempel på mangel på formelt og forpliktende samarbeid mellom hjelpetjenestene. Sitatet handler om at rutiner ikke fungerer og at man må mobilisere innsats, en ansvarliggjør hverandre i en konkret sak.

Informantene i denne studien fikk spørsmål om de tidligere hadde snakket med andre helsesøstre om å sende bekymringsmeldinger, og de fikk spørsmål om i hvilken grad helsestasjonen ga rammer for å oppdage omsorgssvikt og misbruk av barn. Alle fem informantene fortalte om ulike former for samarbeid i egen instans og med andre etater. Temaet ble så fremtredende i datamaterialet og belyser problemstillingene, at det dannet en egen kategori.

- (30) *Ja, skottene er for store. Og det som min leder sier til meg, det er at det er så vanskelig å få til en sånn prosess der en opparbeider samarbeid over tid, og bare sånn som når... . Er det i et år de har prøvd disse her*

lederne? Der er utskiftninger hele tiden, og i en sånn viktig gruppe, som det er snakk om å få til.
(Informant nr 5, s. 22).

Sitat 30 viser at informanten har oppnådd samarbeid over tid. Det som alle informantene var sterkt opptatt av, var samarbeidet med barneverntjenesten i bekymringssaker, eller retttere sagt; mangel på samarbeid. Ordlyden i sitat 30, «*skottene er for store*», kan tolkes til å gjelde mellom helsestasjon og barnevern, men også flere instanser enn barneverntjenesten. Sitatet viser at kommunen hun representerer ikke har fått til et formelt samarbeid med enten bare barneverntjenesten eller også flere instanser som arbeider med barn, der en; «*opparbeider samarbeid over tid*».

(31) *Ja, så det er litt mer sånne rammer på en måte til å ta opp vanskelige situasjoner og der vi lur på, hva er det her, ja. Så har vi òg møter med barneverntjenesten, skal egentlig være en gang i måneden, som vi kan drøfte saker og sånn. Så vi har vel litt mer sånne ting og jeg tror nok at vi... har vi mistanke om at her er det ikke helt bra, så tror jeg nok de fleste hos oss i alle fall vil ta det opp i en eller annen setting, for å drøfte, at hva skal en gå videre med her, ja. Men det er mye som er kommet de siste årene, det var mindre av det før.*
(Informant nr 2, s. 18).

Kommunen informant 2 arbeidet i, har månedlige møter med barneverntjenesten der en kan drøfte saker. Sitatet kan gi inntrykk av at den enkelte helsesøster har stor egeninnflytelse, slik som Glavin (1999) også konkluderer med. Informant 2 kan styre om hun vil ta opp en sak til drøfting eller ikke. Informanten indikerer sterkt, tolker jeg, at dette ikke er noe hun for eksempel *plikter* å gjøre i bekymringssaker. Noen av informantene fortalte om samarbeid som ga mening og kunnskap (32).

(32) *Og jeg kjenner at når jeg forteller historien og vi sitter og jeg snakker med dem, så gjør det noe med meg, for da ser jeg historien litt mer i sin helhet, og ja, får litt input fra kolleger. Og ja, det er veldig verdifullt egentlig. Når du sitter og jobber med en sak og så plutselig så skjer det, og så blir det masse annet å forholde seg til, og så er det små biter som ligger i historien, og i en travel hverdag, så det er ikke alltid du pusler de bitene sammen.*
(Informant nr 3, s. 15).

Sitat 32 er et godt eksempel på det Dale (1999) holder fram som viktig i den

daglige samtalen med kolleger, fordi en ved å beskrive situasjoner og hendelser for hverandre, også kan organisere funksjonelle handlinger, som han kaller det. Han viser til Shulman (1989, her i Dale 1999) som skiller mellom to typer kolleger; den synlige og den usynlige. Den synlige ønsker gjerne å fortelle ansikt til ansikt om erfaringer, den usynlige omgås kollegaer ved å vite om at de har felles kunnskap og minner gjerne om nye artikler og ved å delta på forskningskonferanser etc. Informanten forteller her at hun hører til den førstnevnte kategori.

(33) *Ja, vi diskuterte det med kollegaer, ja, og nå har vi jo også begynt med noe som heter psykososiale team, det er det både i skole, men jeg er med i et som er med barnehager, og da er vi en tre-fire barnehager og en fra barnevern, en fra PPT og helsestasjon, og da tar vi anonyme saker.*
(Informasjon nr 3, s. 10).

I sitat 33 vises det til tverretattlig og tverrfaglig samarbeid. Sitatet sier ikke noe om at foreldre kan inviteres inn i disse møtene. I sitatet står det at «*da tar vi anonyme saker*». Glavin & Erdal (2007) anbefaler en firetrinns behandling av bekymringsaker innad i de ulike tjenestene, som for eksempel i helsestasjonen. På trinn 1 vurderer helsesøstrene bekymringen ved hjelp av opplysninger fra et utarbeidet observasjonsskjema, på trinn 2 drøftes bekymringen med foreldrene, på trinn 3 tas saken opp til intern drøfting dersom bekymringsaken enda er uklar, og på trinn 4 tas saken til et tverrfaglig møte dersom alvorlighetsgraden nødvendiggjør dette. Følger en modellen til Glavin & Erdal (2007) så forståes sitat 33 inn i trinn 4, der saken bringes opp i «*psykososiale team*». Psykososiale team, slik det her blir presentert i sitat 33 mener jeg kan passe inn i forfatterens nivå-tenkning: Nivå 1 (primærforebyggende) kan være samarbeid mellom ulike frivillige organisasjoner og eventuelt kommunale instanser. Nivå 2 (sekundærforebyggende), som jeg mener sitat 33 refererer til, gjelder samarbeid mellom to eller flere kommunale instanser og nivå 3 (tertiærforebyggende) som handlet om familier og barn som har etablert problemer, og der det er etablert ansvarsgruppe rundt barnet eller familien. Selv om forfatterne skisserer gode samarbeidsmodeller og viser til flere prosjekter i Norge gjennom de siste ti-femten årene, så fremkommer det ikke opplysninger om at slike samarbeidsforum fører til at flere barn i risiko blir meldt til barneverntjenesten. Jeg finner ikke at forfatterne problematiserer akkurat dette fenomenet. Jeg finner at forfatterne (op. cit.)

oppfordrer barneverntjenestens samarbeidspartnere om å ikke skape forventninger hos foreldre og barn om at tiltak raskt kan iverksettes når de har sendt en melding. Jeg finner at deltakerne i tverretatlige samarbeidsforum opplever samarbeidet positivt og faglig utviklende. Altså vet vi ikke enda om samarbeid i bekymringsaker fører til flere meldinger til barneverntjenesten i Norge.

(34) ... sånn som for eksempel tverrfaglige møter, det synes jeg er kjempeviktige møter, det og samarbeidsmøter er også veldig viktige møter, for det at da er det sånn at du trenger ikke ha kalt inn til det på forhånd. Men når ting hopper seg opp eller det er frustrasjonstopper, så kan man kalle i hop de viktigste personene, kan ta tak i det, ikke sant, og sette i gang tiltak med en gang.
(Informasjon nr 1, s. 27).

Sitat 34 kan stå som et eksempel på at begrepene som brukes om samarbeid kan skape forvirring. Her brukes «*tverrfaglige møter*» og «*samarbeidsmøter*» i samme setning, og jeg tolker det som to ulike *forum*. Det er uklart om et av disse forumene er den type møter som informantene i sitat 33 kaller psykososiale team, og deler av sitatet indikerer en form for ad hoc-funksjon med enkeltmedlemmer i det psykososiale teamet.

Killén (2004) peker på en rekke «fallgruver», og for å unngå disse bør en som deltaker i en samarbeidsgruppe ha et høyt refleksjonsnivå i bekymringsaker. Den enkelte deltaker må være nøyaktig i sin beskrivelse av sin observasjon av familien og kunne skille mellom hva foreldre forteller og hva en faktisk har observert. Fagpersonen må være reflektert sin eventuelle behandlingsoptimisme og spørre seg om barnets perspektiver er tatt inn i saken. Fagpersonen må spørre seg om hvilket foreldre/barn-syn eller profesjons- og systemsyn han eller hun har? Omsorgssviktsaker er komplekse for alle involverte, så komplekse at en kan bli overveldet, og særlig dersom disse sakene har vakt bekymring gjennom en årrekke, og en føler på maktesløsheten. I møtene kan en (som helsesøster for eksempel eller som saksbehandler i en annen tjeneste) føle en kommer til kort, at ens observasjoner ikke blir trodd eller akseptert der avvisningen kan være mer eller mindre åpen. En kan også i en gruppe «*finne et projiseringsobjekt utenfor gruppen*» (Killén 2004:376), «en felles fiende». Når en kommer til spørsmålet om å ta ansvar, er det mange som vegrer seg. Problemstillinger som å ta vare på seg selv inntreffer, ting som er sagt trekkes tilbake og omsorgssvikten kan bagatelliseres. Hva sitat 34 peker mot; «*når ting hopper seg opp eller det er frustrasjonstopper så kan man kalle i*

hop de viktigste personene», kommer ikke klart frem. Det kan tolkes som om at en snakker sammen om en konkret sak utenom de faste samarbeidsmøter. Slike mer uformelle møter (der kanskje sentrale aktører ikke deltar) *kan* også være med å undergrave samarbeidsgruppens avtaler og målsettinger. Det kan det være en av «fallgruvene» som jeg mener Killén (2004) advarer mot.

6.1 Drøfting

Det er uklart hva slags type samarbeid informantene ønsker i forhold til drøfting i bekymringssaker. Det er flere typer møter som nevnes; «*samarbeid over tid*» (30), «*litt mer sånne rammer på en måte til å ta opp vanskelige situasjoner og der vi lurer på, hva er det her*» (31), «*vi sitter og jeg snakker med dem*» (32), «*vi diskuterte med kollegaer*» og har «*begynt med noe som heter psykososiale team*» (33), «*sånn som for eksempel tverrfaglige møter*» (34). I Sitat 29 brukes ordene; «*trekt i tråder*» for å få «*ansvarliggjort alle sammen som satt rundt det bordet*». Det er ikke klart hva slags type møte dette siste utsagnet peker mot, men det kan tolkes som et av de møtene Killén (2004) viser til der en finner vegring for å ta ansvar, og at her klarte en å fordele ansvaret. Sitatet kan også tolkes som at noen av deltakerne i en samarbeidsgruppe fort bare bestemmer seg for å gjøre noe.

Glavin & Erdal (2007) hevder at for å få til et godt tverrfaglig og tverretatlig samarbeid, må tjenestene være enige om hvilke oppgaver som skal løses. Det betinger at de fagpersonene som inngår i et samarbeid er godt forankret i sitt eget fag, har teoretisk kompetanse og praktiske erfaringer. Oppgavene som skal utføres må være mulig å gjennomføre innenfor denne nødvendige kunnskapen. Glavin & Erdal (2007:36) peker på at de ulike aktørene må ha realistiske forventninger til samarbeidet. Forfatterne presenterer hindringene;

- at troen på og ønsket om at samarbeid bygger på en problemfri og ukomplisert virkelighet
- at samarbeidet ses på som nyttig bare når det gir utbytte for en selv
- at betydningen av uenighet dempes for å unngå konsekvenser for egen praksis
- at ansvaret for at samarbeidet skal fungere bra, legges over på de andre, og det er liten vilje til selvkritikk.

Disse nevnte hindringene må være avklart i forkant, noe som betinger

systematisk planlegging i en kommune. Forfatterne hevder at en rekke faktorer spiller inn; ledelse, verdigrunnlag, menneskesyn, respekt, åpenhet og rederlighet, anerkjenne forskjellighet, samarbeidskompetanse, plan for opplæring og kunnskap og ferdigheter. Suksesskriteriene er mange, og respekt, tillit og kunnskap om hverandre, er blant dem.

Det var to forhold informantene var opptatte av i forhold til samarbeid knyttet til barn utsatt for omsorgssvikt; a) hvor kan en få drøftet bekymringssaker (29, 30, 31, 32, 33 og 34), og b) hvem kan gjøre hva (29, 31 og 34). Ingen av sitatene i dette kapitlet avdekket kjennskap til et gode tverrfaglige- og -etatlige samarbeidsforum som fungerte slik Glavin & Erdal (2007) påpeker at et godt samarbeid skal fungere. Men flere av sitatene peker mot at en *nylig* har fått til et samarbeid (33 og 34), som informantene opplevde fungerte for dem. Sitat 32 referer kollegasamtaler som er gode for henne. Sitatene 32, 33 og 34 står i kontrast til sitatene 29, 30 og 31 som er mer vage på hva type samarbeid dette egentlig er og om de/det fungerer hensiktsmessig. Glavin & Erdal (2007) gir en oversikt over hindringene, der ett av dem er at samarbeidet ses på som nyttig bare når det gir utbytte for en selv. Psykososiale team, slik det her blir presentert i sitat 33, mener jeg passer inn i Glavin og Erdals nivå-tenkning som vist til ovenfor, og da på nivå 2. Det er uklart om foreldre er inkludert i de psykososiale teamene som sitat 33 referer til.

Wiklund (2007) har gjort en studie i Sverige som han har kalt; «United we stand? Collaboration as means for identifying children and adolescents at risk». Han finner i sin studie at samarbeidet mellom instansene i kommunen ikke nødvendigvis fører til at barn i risiko blir meldt til barneverntjenesten. Det er to viktige politiske prinsipper i Sverige, det ene er å finne barn og unge i risiko og det andre er å samarbeide «in the child welfare field». Begge ble påpekt i den siste reviderte barnevernloven i Sverige. Samarbeid med tanke på tidlig intervensjon var også sterkt anbefalt i en ny nasjonal plan: «action for Swedish child welfare» (Wiklund 2007:210). Forskeren er overrasket over å finne at samarbeid mellom barnevern og helsestasjon førte til lavere meldingsfrekvens. Det samme gjaldt samarbeid mellom barnevern og skole. Blant en rekke individuelle og strukturelle faktorer var regelmessig kontakt mellom helsesøstre og sosialarbeidere den viktigste faktoren i forklaringen på et betydelig gap mellom bekymring om omsorgssvikt og melding. Han konkluderer i sin studie med at samarbeid mellom barnevern og helsestasjon har liten verdi når det gjelder «case finding». Han

avslutter artikkelen med: «However, the possible benefits of collaboration remain to be shown». Samarbeid mellom helsestasjonstjenesten og barneverntjenesten i Sverige er et sterkt verdiladet konsept og er sjeldent problematisert, hevder han.

Datafunnene i denne kategorien kan kort oppsummeres slik; Alle informantene var sterkt opptatt av møter med andre fagpersoner i bekymringssaker. Ett av sitatene (30) gir informasjon om for tette skott mellom barneverntjenesten og helsestasjonen. Flere sitat avdekket at et formelt og forpliktende samarbeid med andre instanser i kommunen i bekymringssaker fungerte delvis. Det vil si at noen kommuner ikke hadde slike fora (30), mens andre kommuner hadde tverretatlige møter (33 og 34) som nylig eller innen de siste to årene var kommet i gang. Alle sitatene i dette kapittelet avdekket behovet som helsesøstre har for å drøfte bekymringssakene sine med andre fagpersoner. Sitatene viser, slik jeg tolker det, at helsestasjonene ikke har *interne* prosedyrer i forhold til bekymringssaker, da tenker jeg på for eksempel de trinnvise prosedyrene anbefalt av Glavin og Erdal (2007) og som vist til under sitat 33 (s. 60) . To av sitatene (32 og 33) gir oss innsikt i at helsesøstre fortalte og diskuterte med kolleger, men det er usikkert om dette var resultat av interne prosedyrer som fungerte forpliktende. Det *kan* en tolke som at helsesøsteren i stor grad selv avgjør om hun ville bringe bekymringssaker opp til drøfting. Noen av informantene uttaler seg positivt om formelt samarbeid som de har god erfaring med (32, 33 og 34). Jeg klarte ikke å identifisere klart noen av de to typene samarbeidsforum som Glavin og Erdal (2007) skisserer ovenfor, hverken interne drøftingsmøter i helsestasjonen eller et tverretatlig forum. Psykososiale team som ble presentert i sitat 33 var noe uklart presentert, men *kan* minne om et forum for formelt, planlagt og forpliktende samarbeid.

Det vil være et åpent spørsmål om formalisert og godt strukturert samarbeidet mellom instanser som arbeider med barn og unge i risiko i kommunene, for eksempel samarbeidet mellom helsestasjonen og barneverntjenesten påvirker meldingsfrekvensen i Norge negativt, slik som funnene i Sverige avdekker. Jeg finner ikke noe forskning utført i Norge på dette. Det jeg finner i litteraturen er i hovedsak påpekningen om mangel på *samarbeidskunnskap*. Glavin og Erdal (2007) hevder at det må utvikles en samarbeidskompetanse på lik linje som fagkompetanse. Killén (2004:361) sier det slik; «Den oppsplittingen vi i dag har i hjelpetilbudene til barnet og familien, er ikke hensiktsmessig. Videre utvikling av samarbeid og tiltak vil forutsette andre

organisasjonsformer og rolleutforminger enn de vi har i dag». Siden barn som i dag er i hjelpeapparatet har mer sammensatte vansker enn for bare 20 år tilbake (Kvelling 2007), så vil de ha behov og rettigheter som dekkes i ulikt lovverk, som igjen ofte innebærer ulike etater. Det forutsettes et godt tverretatlig og flerfaglig samarbeid for å sikre at barnet ikke splittes opp i deler, men at hjelpen koordineres slik at en ivaretar at barnet er et hele selv om behovene og rettighetene det har ligger til ulike etater.

Brukerevalueringer gir nedslående resultater; de opplever at hjelpetjenestene ikke er koordinerte, det er brukere som ofte må be om bistand fra andre etater, brukere må binde tjenestene sammen fordi informasjonsflyten er svak etc. (Kvelling 2008). En kan si at situasjonen gjengitt i denne oppgaven viser at helsesøstrene føyer seg inn i dette bildet; de sender ikke meldinger til barneverntjenesten i den grad de skulle. Informantene gir en situasjonsbeskrivelse som stemmer med det lave antallet barn som helsestasjonens ansatte melder til barneverntjenesten (jvnfør tidligere presentert oversikt av meldinger).

Den tyske systemteoretikeren Luhmann (Reese-Schäfer 2009) snakker om, at alle systemer bygger på en indre logikk som leder til at de blir atskilt fra andre systemer. Lukkethet gjør systemer klare for åpne systemer blir uklare i avgrensing og identitet. Samtidig leder slik lukkethet til at systemene ikke så lett kobles på andre systemer. Systemene har derved bygget på en egen logikk ut fra målet for tjenesten, de har sine egne kommunikasjonsmønstre og de er lukkede. Luhmanns teori kan forklare noe av grunnlaget i komplikasjonene som fremsettes i samarbeidet mellom tjenester (eller koblinger som Luhmann kaller det). Dette kan forklare helsesøstrenes opplevelse av et mystisk, underlig og forskanset barnevern. Samarbeid forutsetter at en kan klare å koble systemene, men nettopp slik samarbeid og kobling vil, i følge Luhmann, true systemets identitet og kommunikasjon. Det samarbeidet som Glavin og Erdal (2007) etterlyser og påpeker, har gått trådt. Det er årsaken til at staten nok en gang setter ned et utvalg for å se på samarbeid mellom hjelpetjenestene i kommunene og mellom disse tjenestene på kommunalt nivå og spesialisttjenesten (det såkalte Flatø-utvalget som leverer sin NOU i desember 2009). Tverretatlig samarbeid er et meget komplekst tema som jeg ikke kan gå mer inn på i denne oppgaven.

Kapittel 7: Utrygghet i forhold til barneverntjenesten?

I datamaterialet i denne studien har informantene et sterkt fokus på barnevernets rolle. Informantene fortalte om en høy grad av frustrasjon i enkeltsaker der de hadde hatt et samarbeid eller rettere sagt; kontakt med barneverntjenesten. I tillegg svarte informantene mer generelt på det niende hovedpunktet i intervjuguiden, der de ble utfordret til å si noe om oppfatningen ansatte i helsestasjonen har av barneverntjenesten. Lesing av sitatene i dette kapitlet forutsetter at leseren er oppmerksom på at informantene forteller *spesielt* om saken de meldte til barneverntjenesten, og *generelt* om helsestasjonens oppfatning av barnevernet.

Jeg har vurdert ulike betegnelser for denne kategorien, som; *kritikk* til barneverntjenesten, *kritisk* til barneverntjenesten eller *forventninger* til barneverntjenesten. Jeg valgte *utrygghet i forhold til barneverntjenesten* som kategoribetegnelse, og mener det dekker best de utsagnene som fremkommer i datamaterialet og som presenteres i dette kapitlet. Noe av det som kom klarest frem under intervjuene var nettopp det problematiske samarbeidet de opplevde å ha med barneverntjenesten, eller mer presist; med saksbehandlerne i barneverntjenesten. Informantene brukte ord som «*pinlig*», «*sånn nykonfirmerte og som sitter der og...*, *kom ut av skolen*», «*jeg var frustrert over at det er så tungrodd system*» og «*trist*». Ordlyden er markant hard og vitner både om frustrasjon, noe mistillit, resignasjon og undring. (Det er imidlertid ikke et godt utgangspunkt for videre samarbeid, som var tema i forrige kapittel).

- (35) *Men jeg har fått veldig mange utsagn fra noen jeg samarbeider med som sier at det er ikke noe vits å melde i fra til barnevernet fordi at de kan jo ikke hjelpe likevel. Så det syns jeg er trist.*
(Informant nr 1, s. 20).
- (36) *Det er sånn som jeg tenker at vi på vår helsestasjon oppfatter det. Og sånn generelt ellers òg, for det at vi føler kanskje at vi får litt lite hjelp i saker, vi føler det går litt sånn enveis, vi får lite tilbakemelding på saker som vi melder. Som jeg har sagt tidligere òg, at... og så, ja, akkurat som det er mye frustrasjon rundt det. Og vi har de der faste samarbeids-møtene, men det jeg opplever er at det er veldig mye utskifting av personalet, det er forskjellige som kommer, og det har og egentlig... . Så de siste årene så tror jeg alltid vi har tatt opp det der med mangel*

på tilbakemelding, for vi ønsker samarbeid, men vi føler at det går én vei.

(Informant nr 2, s. 19).

(37) *Da brukte jeg mine kolleger, for jeg var veldig frustrert. Jeg var frustrert over barnevernet. Jeg var frustrert over at det er så tungrodd system.*

(Informant nr 1, side 18).

(38) *... vi jobber jo for barnets beste. Hvorfor er barnevernet så steile på det å ville utveksle informasjon med oss? Det er jo et spørsmål og en undring som jeg sitter med. For det er jo ikke til barnets beste, og det undrer vi oss. Og vi som helsesøstre så forstår vi jo ikke dette.*

(Informant nr 3, s. 27).

Sitatene 35, 36, 37 og 38 gir alle et dystert bilde av hvordan helsesøstrene oppfatter barneverntjenestene de har erfaring med. Helsesøstrene reagerer med undring og irritasjon på det de kan hende opplever som en lukket tjeneste bygget på en logikk som synes fjern fra dem.

Kvello (2007) sier at barnevernet har en *tyngende* taushetsplikt og har blitt beskyldt for å i liten grad slippe til for innsyn. Han sier videre at det er få deler av det kommunale hjelpeapparatet som er underlagt så streng kontroll som barneverntjenesten, men han hevder at kanskje har noen av de som arbeider i barneverntjenesten vært for restriktive med å gi viktig informasjon av hensyn til taushetsplikten (36, 38, 39, 40 og 42). Samtidig peker han på behovet for åpenhet for å sikre at politikere, byråkrater og samarbeidspartnere skal bli mer trygge på barneverntjenestens faglighet. En kan ikke *forvente* respekt og tillit, en må *berettige* det gjennom sin faglighet, hevder han. Det var statsråd Laila Dāvøy (KrF) som statsråd i Bondevik II-regjeringen som lanserte Barne- og familiedepartementets satsning på et «åpnere barnevern». Det er derfor viktig at barneverntjenesten ikke holder alle kort så tett til brystet at de viktigste samarbeidspartnerne distanserer seg fra dem fordi de ikke forstår eller respekterer det arbeidet som utføres (39).

(39) *De mener at... altså, det er jo et faktum at barnevernet er..., det er jo meningen at vi skal samarbeide med dem, ikke sant? Men det er ikke alltid vi får det til. Men det har jeg lyst å si, for å være litt positiv, det er det at det har skjedd ting. Vi har hatt mange møter som har gått på det at taushetsplikten ikke skal være så streng at den forhindrer oss i å hjelpe*

barn i å få hjelp, for det er noe med at sånn var det tidligere. Vi kunne sitte på et tverrfaglig møte, vedkommende fra barnevernet sa ingenting fordi at hun var så begrenset av taushetsplikten at hun ikke kunne delta i det tverrfaglige samarbeidet. Og det syns jeg var litt pinlig, rett og slett. Så det opplevde vi som veldig vanskelig. Vi tok det opp på en ordentlig måte og vi hadde også et stormøte i kommunen med de ulike etater til stede. Der var politi og der var; «ikke sant», alle vi som har..., som har fokus på barn og forebygging og vi drøftet det. Og hva skal vi mene? At vi hadde en felles forståelse av hvor viktig det var å tenke på... . Så er det faktisk ikke et problem lenger, heldigvis. Men holdningen til barnevernet, altså, det... . Dersom du tenker på det her med farlig eller ikke farlig, så opplever ikke jeg det i det hele tatt. Jeg opplever det som en samarbeidspartner, jeg opplever det som en, for mitt vedkommende, som en veldig god og viktig samarbeidspartner. Men så er det av og til... .
(Informant nr 1, s. 23).

I sitat 39 framkommer to viktige poenger: a) forebygging; «*alle vi som har..., som har fokus på barn og forebygging og vi drøftet det, og hva skal vi mene. At vi hadde en felles forståelse av hvor viktig det var å tenke på... »*, og b) legitimiteten til barneverntjenesten; «*Men holdningen til barnevernet, altså det..., dersom du tenker på det her med farlig eller ikke farlig, så opplever ikke jeg det i det hele tatt.*» Forebyggingsbegrepet brukes ulikt i ulike instanser i en kommune. Forebygging kan være på primært (for alle), sekundært (for grupper), og på et tertiært (individet) nivå. Når det gjelder legitimiteten til barneverntjenesten, så kan den nettopp omhandle åpenheten om det som skal skje i en sak. Backe-Hansen (2004) er opptatt av at en kan dele kunnskap og reflektere sammen, men også være klar på usikkerhet i sakene. Sitat 39 avdekker, sett i et helhetsperspektiv en ambivalent oppfatning; både at barneverntjenesten er bra og ikke så bra; «*men så er det av og til...*». Altså kan det tolkes som om det ligger en usikkerhet i forhold til barneverntjenesten.

(40) *... jeg skulle ønske de hadde sagt til meg at nå har vi mottatt meldingen, vi gjør sånn og sånn. Og når de visste det at det ble omsorgsovertakelse, at jeg fikk beskjed. For da hadde jeg visst at OK, da var det riktig av meg å gjøre det, og da tror jeg det kanskje hadde vært lettere å meldt en annen gang òg. For når en ikke vet noen ting, så blir en litt sånn usikker; «var det riktig?» For det er ganske... . På en måte er det... . Du rokker jo med noe grunnleggende i hele familien når du sender en melding.*
(Informant nr 2, s. 11-12).

Sitat 40 avdekker et uttalt ønske om å få beskjed fra barneverntjenesten. Men sitatet avdekker også og *kan* derfor tolkes som at barneverntjenestens måte å forholde seg til samarbeidspartnere (her helsesøsteren), kan forklare at de får for få meldinger om barn i en omsorgssviktssituasjon. Informanten er tydelig på at tilbakemelding fra barnevernet ville ha ledet til både en større trygghet på at det var riktig å sende melding, og gi mer innsikt i barneverntjenesten. Samtidig beviste denne saken omsorgsovertakelse, selv om det er noe barneverntjenesten ønsker å unngå. Sitatet *kan* gi tanker om at når alle forsøk fra helsesøsterens og helsestasjonens side ikke førte til endring/bedring, så sendes melding til barneverntjenesten, for at denne skal forberede sak om omsorgsovertakelse. At meldingen kommer mer som en ekspedering av omsorgsovertakelse?

(41) *... men når du spør etter hva jeg tror at de andre mener, så syns jeg at det er vanskelig å ha formening om det. Men jeg har hørt kommentarer. Og kommentarene ...det er jo det at; «Nei, det er ikke noen vits. For det at der er det såpass gjennomtrekk og det er bare sånne nykonfirmerte, og som sitter der og..., kom ut av skolen og...». Det er for så vidt litt flåsete, men når man er vitne til at de skiftes veldig ofte ut, så han man kanskje en forståelse for det.*
(Informant nr 1, s. 24).

(42) *Jeg har et inntrykk av at de på en måte sier, at vi kan ikke, av hensyn til taushetsplikten, men jeg savner litt det å se på oss som en samarbeidspartner. For det går an at vi innhenter samtykke fra foreldrene òg, at dersom barneverntjenesten kunne se at vi har kontakt med alle barna, at vi kan være en viktig samarbeidspartner, at foreldrene kan dra nytte av at de gir informasjon til oss. Den savner jeg veldig, og det tror jeg er gjengs for mange.*
(Informant nr 2, s. 20).

Kanskje noe av det sentrale i disse to ulike sitatene er likheten, nemlig at sitat 41 peker på nyutdannede barnevernansatte og stor gjennomtrekk i barneverntjenesten, og sitat 42 på at helsesøsteren inviterer til samarbeid med ansatte i barneverntjenesten ved å påpeke muligheten om å innhente samtykke fra foreldre. Jeg kjenner til utryggheten ved å gjøre noe, si noe, gi opplysninger om noe som foreldrene ikke vil jeg skal, og likevel må jeg gjøre det i en vurdering av barnets beste. Killén (2004:418) sier det slik; «Å kunne bruke faglig autoritet er en forutsetning for å lykkes i dette arbeidet». Hun henviser her til barnevernsarbeidet. Å bruke faglig autoritet betinger å kunne påvirke

andre direkte, en må kunne være åpen og formidle bekymring. Bruk av faglig autoritet betyr også at en i større eller mindre grad må gå på tvers av det foreldrene verbalt uttrykker at de ønsker, hevder hun. Bruk av nettverksmøter, der private parter møter instansene (helsesøster, PP-tjenesten, skolen etc.) hos barneverntjenesten og der en åpent, så alle hører det, peker på bekymringene, og der eventuelle tiltak drøftes, kan fremme åpenhet. For en nyutdannet og ung saksbehandler i barneverntjenesten, er dette en svært utfordrende oppgave å administrere. Med å påpeke dette siste ønsker jeg et fokus på manglene i barneverntjenesten ved nettopp å «slippe til» de nyutdannede barnevernarbeiderne med «bare» en høyskoleutdanning i dette komplekse arbeidsfeltet. Kvello (2007:366) sier; «Neste utfordring [etter at barneverntjenesten har fått bedre arbeids-, lønns- og videreutdanningsvilkår] er å sikre at de ansatte i barnevernet får en grunnutdanning på mastergradsnivå og gode muligheter til spesialisering i det kommunale barnevernet». Disse tankene gjenspeiles også i det såkalte Befrings-utvalget (NOU 2009:8) hvor man tar til orde for sertifiseringer, spesialiseringer og stryking av faget barnevern.

7.1 Drøfting

Som jeg nevnte innledningsvis, snakket informantene mer generelt enn spesielt i sitatene som er gjengitt i dette kapittelet. Legitimiteten til barnevernet er sentral i forhold hva informantene fortalte. Folkelig sagt gjør barnevernet enten for «mye» eller for «lite». Backe-Hansen (2004:3) som har omtalt en del betente og mediaprofilerte barnevernsaker, spør; «Blir det galt uansett hva man gjør?». Hun hevder at det ikke finnes enkle svar på vanskelige spørsmål, og kompleksiteten i sakene er stor og måles mot abstrakte juridiske standarder. Det er tvingende nødvendig, påpeker hun, å videreutvikle kompetanse, slik at barnevernansatte greier å håndtere kompleksiteten og kunne ta så gode beslutninger som mulig. Hun hevder at legitimiteten til barneverntjenesten er uløselig knyttet til godt, profesjonelt arbeid innenfor de juridiske og politiske rammene for barneverntjenesten. Begrepet legitimitet betyr lovlighet, rettmessighet (Berulfsen 1969). Hvordan står det til med legitimiteten til barneverntjenesten? Skivenes (2002) har i sin doktorgradsavhandling tatt for seg barnevernloven og legitimitet. Hun hevder at det er et legitimitetsproblem ved selve barnevernloven, ved at borgerne i Norge ikke i tilstrekkelig grad fikk medvirke til

utformingen av loven, før den ble vedtatt i 1992 (s. 222).

Har barneverntjenesten legitimitet i helsestasjonen, hos helsesøstrene? Kunnskap om *hvorfor* beslutninger i barnevernssaker tas, og kunnskap om *hvordan* beslutningene tas er sentralt. Backe-Hansen (2004) peker på at det i barnevernssaker ikke er mulig å være helt sikker, det er også slik at beslutninger må tas på grunnlag av usikker kunnskap og motstridende verdier. «Alle» har en mening om hva barneverntjenesten bør gjøre i enkeltsaker som blir omtalt i media. Backe-Hansen (2004) peker på at barneverntjenesten kan eller må aldri være skråsikre på beslutningene sine, derfor må den *usikkerheten* som alltid vil måtte være til stede i komplekse og alvorlige barnevernssaker verbaliseres og reflekteres over, slik at også usikkerheten kan få en legitim posisjon i beslutningsprosesser. Er det denne verbaliseringen og refleksjonen helsesøstrene ønsker at barneverntjenesten skal dele med dem? Den usikkerheten som Backe-Hansen (2004) her peker på, må ikke forveksles med den usikkerheten som sitatene til informantene i denne studien omhandler. Det er dog viktig å være oppmerksom på at barnevernfeltet er et komplekst arbeidsfelt for alle involverte fagpersoner og et emosjonelt og eksistensielt problemområde for den private part, altså for foreldre og foreldrenes nettverk og storfamilie. Informantenes usikkerhet er rettet som forventning og kanskje også kritikk mot barneverntjenesten (35, 36, 37, 38, 39, 40, 41 og 42). Barnevernets taushetsplikt er nevnt av informantene (38, 39 og 42), at barnevernet ikke gir tilbakemeldinger (36, 38, 39, 40 og 42), og at det er en stor gjennomtrekk av ansatte, ofte nyutdannede barnevernarbeidere (36 og 41). Indirekte avdekker sitatene det Backe-Hansen (2004) og Kvello (2007) peker på, nemlig påpekingen om å videreutvikle kompetanse i barneverntjenesten. Og selvsagt kan det være det vanskelig å videreutvikle kompetansen når det er stor utskiftning i personalgruppen i barneverntjenesten. Kvello (2007) hevder at barnevernsarbeid forutsetter at allmennheten har høy tillit til barneverntjenesten. Han hevder videre at det kreves sterk faglighet for å sikre at barneverntjenesten beholder de oppgavene som politikere og byråkrater har gitt tjenesten tillit til å forvalte. Killén (2004) peker på den oppsplittingen som vi har i dag med mange instanser som arbeider for barn og familier ikke er god, og spør om det finnes andre organisasjonsformer og rolleutforminger? Denne studien påpeker indirekte mye av det samme som Killén, gjennom alle sitatene om manglende samarbeid, manglende hjelp og støtte og manglende tilbakemeldinger

ikke minst fra barneverntjenesten.

Barnevernloven ble i 2009 gitt nye bestemmelser. Blant annet skal offentlige ansatte som melder til barnevernet få informasjon om hva som skjer i saken, jevnfør § 6-7 a. Denne bestemmelsen omfatter ikke privatpersoner, hvor hovedårsaken er at de ikke omfattes av taushetspliktbestemmelser. Denne lovbestemmelsen vil imøtekomme noe av det helsesøstrene i denne studien etterlyser (36, 38, 39 og 40) men om barneverntjenesten ikke gir mer enn dette, så er samarbeidet fortsatt spartansk utviklet til det samarbeidet jeg tolker at mine informanter etterlyser (37, 39 og 42).

Noen av informantene mente det gikk for seint før barneverntjenesten satte inn tiltak, og én (37), pekte på «*tungrodd system*». Beslutninger (slutninger) som tas i barneverntjenesten har store konsekvenser for barn, foreldre og pårørende. Det er derfor viktig å sikre seg de beste fagfolkene, de mest erfarne og de best kompetente barnevernarbeiderne. Det ligger et paradoks i nevnte problemstilling, slik flere av informantene påpeker (37, 38, 39, 40, 41 og 42) i sin kritikk og frustrasjon over barneverntjenesten med gjennomtrekk av ansatte og unge, uerfarne saksbehandlere. Kvello (2007) sier at det er viktig å få skapt en nyansert debatt som kan skape en positiv utvikling for barneverntjenesten i kommunene, ved å presenter sitt faglige grunnlag og invitere andre til å komme med innspill. Det kreves både faglig og personlig trygghet og en innsikt i at barnet hjelpes best om en får til et godt samarbeid mellom de etater som skal bistå barnet og familien.

Wiklund (2007) sine funn i Sverige om et anspent forhold mellom helsestasjonen og barneverntjenesten, kan vi også ane i denne studien, slik jeg tolker det. Men jeg tolker også at i alle fall en av informantene er på gli over til å ha et annet og mer forsonende forhold til barneverntjenesten (42), der helsesøsteren så klart sier hva hun *savner* og like klart sier hva hun kan *tilby*, med henvisning til at hun har kontakt med alle barna. Dog finner jeg en usikkerhet i sitatet, nemlig hvordan jeg skal tolke «*at foreldrene kan dra nytte av at de gir informasjon til oss*», «*de*» er her barneverntjenesten.

Sitatene i dette kapittelet viser stor usikkerhet i forhold til barneverntjenesten. Som ansatte i barneverntjenesten, står også helsesøstrene overfor vanskelige vurderingene i omsorgssviktssaker, i andre vurderinger enn barneverntjenesten riktig nok. Det som *kan* tolkes som projisering over på en annen instans kan derfor være

uheldig (35, 40 og 41). Jeg finner ikke mye egenrefleksjon i sitatene i dette kapittelet, da i forhold til to spørsmål; a) Hvordan kan jeg som helsesøster selv bidra for et bedre samarbeid med ansatte i barneverntjenesten?, og b) Hvor kritisk (reflektert) er jeg til min kritikk av barneverntjenesten, hvor nyansert er kritikken? Killén (2004:383) påpeker hvor viktig det er å utvikle «*erkjennelse av kompleksiteten* i omsorgssvikt og vanskelighetsgraden i arbeidet». Refleksjonen over det Killén peker på må vi alle parter i et samarbeid ta inn over oss, så vel helsesøsteren som barnevernarbeideren.

Kapittel 8: Sammenfattende drøfting

Problemstillingen for den studien som denne mastergraden bygger på var: «*Hvordan er helsesøsterens definisjon og forståelse av omsorgssvikt, hvordan vurderer hun prosessen rundt selv å sende melding, samt hvordan forstår hun sin tjenestes rolle i forhold til å sende bekymringsmeldinger til barneverntjenesten?*» Studien ble basert på intervju via et semi-strukturert forskningsintervju. Dataanalysen viste at problemstillingene ble besvart via dannelsen av fem hovedkategorier, to av dem med tilsammen fem underkategorier.

Innledningsvis i dette kapitlet vil jeg minne om at informantene i studien min er offentlige ansatte helsesøstre i helsestasjonstjenesten og jeg som forsker er offentlig ansatt i barneverntjenesten. I et kommunikasjonsperspektiv er helsesøsteren og barnevernarbeideren i kommunen like (symmetriske) som partnere ved at begge har en fagutdanning der intensjonen er å hjelpe, lindre, forebygge og intervensere. Riktig nok er fagbakgrunnen ulike ved at helsesøsteren er utdannet innen en medisinsk tradisjon og barnevernarbeideren innen en sosial (humaniora) tradisjon. Med når den ene blir forskeren og den andre informant som i denne studien, så oppstår det et asymmetrisk forhold fordi det er forskeren som sitter med definisjonsmakten.

Jeg vil i dette kapitlet sammenfatte drøftingene av datafunnene gjengitt i fem kategorier. Den første kategorien hadde overskriften; «*Helsesøstrenes forståelse av begrepet og fenomenet omsorgssvikt*». Informantene oppfattet begrepet omsorgssvikt som fysisk og psykisk omsorgssvikt, der de hadde langt flere oppfatninger om hva psykisk omsorgssvikt var enn fysisk omsorgssvikt. Én av fem informanter inkluderte vold og én seksuelle overgrep som omsorgssvikt. Én av informantene sa det var et klart skille mellom omsorgssvikt og mishandling (1). Informantene brukte teoribaserte begreper når de presenterte sin oppfatning av omsorgssvikt, særlig psykisk omsorgssvikt (1, 2, 3, 4 og 5). Teoribegrepene var riktig nok noe unyansert og kan derfor peke mot mangelfull teoretisk kunnskap om temaet omsorgssvikt.

Andre kategori var; «*Helsesøstrenes håndtering av bekymring for foreldres barneomsorg*». Denne kategorien ble delt opp i underkategoriene; «*Å føle seg faglig alene*» (6 og 7), «*Forsikringer*» (8, 9, 10 og 11) og «*Taus kunnskap*» (12, 13, 14, 15 og 16) med påfølgende drøftinger. For det første fant jeg at når informanten snakket om

enkeltsaker så ble det ikke brukt teoribegreper om omsorgssvikt. Flertallet av informantene oppdaget omsorgssvikten via en magefølelse. Etter at de hadde investert mye tid og mye arbeid i å finne frem til hva de skulle knytte til bekymringen, så forsikrer de seg selv om at det de hadde gjort, observert, vurdert, konkludert og deretter sendt en bekymringsmelding til barneverntjenesten, var rett. At selve beslutningen deres fungerte som bekreftelse på at de gjorde rett, eksplisitt uttalt i sitat 10, men også avdekket i 8, 9 og 11. Det kom også frem i datamaterialet at helsesøsteren følte seg faglig alene når hun stod i disse vanskelige sakene (6 og 7). Avgjørelsen om å sende bekymringsmelding var deres egen, og sitatene 6 og 7 avdekker hvor alene informanten følte seg. Som litteraturen har vist oss, regnes vanskjøtsel for å være den formen for omsorgssvikt som er vanskeligst å avdekke. Det er også denne formen for omsorgssvikt som informantene i kapittel 3 har beskrevet best (1, 2, 3, 4 og 5). Derfor er det interessant at ingen av informantene gav uttrykk for at det var vanskelig å oppdage denne omsorgssvikten.

Magefølelsen som utløste bekymringen har jeg i denne oppgaven forstått som taus kunnskap og intuisjon. Jeg har gjort et forsøk på å beskrive taus kunnskap, denne kunnskapen som (Polanyi 2000) kaller den, noe mer inngående i kapittel 4.3.1. Kort oppsummert her er taus kunnskap en personlig evne til å oppdage noe skult (få en bekymring for eksempel) i tillegg til kroppens (redskapets) intelligens til å «fange» denne følelsen, og erkjenne den. Kunnskapen ligger i personligheten og kan uttrykkes i at vi vet mer enn vi kan si. Polanyi sier at denne kunnskapen er personlig, den er som regel ensom, og den forplikter oss til å oppdage det skjulte. Jeg tenker at taus kunnskap er sentral i forhold til teamet å avdekke det som ofte er skult, nemlig omsorgssvikt. *Kunnskap* om taus kunnskap (12, 13, 14, 15 og 16) kan kanskje også forklare følelsen helsesøsteren har om å føle seg alene (6 og 7), og kanskje også at hun forsikrer seg (8, 9, 10 og 11) ved å lete etter bekreftelser på at hun har handlet riktig i bekymringssaker. Helsestasjonen har en veileder (2004) som skal hjelpe helsesøstre til blant annet å tidlig i barnets liv oppdage barn som lever i risiko for omsorgssvikt med fokus på 0 - 5 år. Veilederen (2004) synes ikke klart å være kjent for informantene. I stedet ble det vist til «*helsesøstrenes bibel og håndbok*», som jeg fant kunne være «Håndbok for helsestasjonen 0-5 år (Misvær og Oftedal 2006), der det ramses opp åtte punkter om hva helsesøstre skal være bekymret for, og særlig skal en være oppmerksom på mor til

barnet, hvilke belastninger har barnets mor (s. 34 i denne oppgaven). Ingen av de nevnte bekymringsområdene ble nevnt i intervjuene jeg hadde med fem helsesøstre. Dataene viser at det er behov for å jobbe videre med interne prosedyrer, skape rom for regelmessige drøftinger, kollegadiskusjoner eller tilsette personer med annen fagbakgrunn enn helsesøsterutdanningen i tillegg til helsesøstrene i helsestasjonen.

I tredje kategori; «*Helsesøsterens rolle i bekymringssaker*» kommer det ikke klart frem hvordan helsesøsteren selv ser på sin rolle. Hun sier ikke noe om rollen hun er gitt av lovverk og forskrifter. Informanten i sitat 20 omtaler ryktet og image til helsestasjonen, sitatene avdekker lojalitetskonflikten helsesøstrene står i ved bekymringssaker (17, 18, 19 og 21). Sitatene viser også en handlingsvegring ved at de en del ganger ikke melder til tross for at de vurderer at saker burde meldes (23, 24, 25, 26, 27 og 28). Sitatene avdekker også hvor mye arbeid og energi helsesøstrene legger ned i bekymringssaker. Det kan her stilles spørsmål om helsesøstrene går for langt i å utføre sin egen omsorgsvurdering. Omsorgsvurderinger ligger innenfor barneverntjenestens mandat hjemlet i barnevernloven (1992) § 4-3, og gjelder plikten til å undersøke om barn lever under slike vilkår som beskrevet i barnevernloven.

Det mest sentrale funnet i denne kategorien var kanskje det Kvello (2007) omtaler som lojalitetshierarki. Han hevder at alle ansatte i hjelpeapparatet har lojalitetshierarki og at rangeringen av hvem som skal være øverst delvis styres av lovverk, økonomi, etikk, etablert praksis, teori og lignende. Barnevernet har et klart lojalitetshierarki, der barnet er suverent nummer én, hevder han (s. 363). Det skiller barnevernet fra tjenester som har sterkest lojalitet til foreldrene. Han hevder blant annet at PPT har en delt lojalitet, delt mellom barnet/eleven, foresatte, barnehage og skole, mens voksenpsykiatrien har sterkest lojalitet til voksne. Kvello nevner ikke helsestasjonen eksplisitt, han bruker ordene; «mange ansatte i hjelpeapparatet og i pedagogiske arenaer». Han sier at internasjonale studier viser at mange ansatte, også ansatte som jobber med barn og unge, lett identifiserer seg med foreldrene og får en parallellprosess med disse. Han hevder at det ikke er faglig dokumentert at dersom foreldrene får hjelp, så får barna det automatisk også bedre. Det avhenger av foreldrenes omsorgskompetanse som ikke nødvendigvis bedres om foreldrene får bistand til å redusere intensiteten eller fjerne en psykisk lidelse. Det er hjelpetiltak som settes inn mot barnet som skal måles av barneverntjenesten. Han sier at det kan se ut som om

barneverntjenesten går en «motstrøms tjeneste som hele tiden forfekter barns behov og rettigheter, og som ikke føyer seg inn i hovedmønsteret av hjelpere som primært tar utgangspunkt i de voksne» (s .363). Spørsmålet blir om lojalitetshierarkiet som viser seg å være så ulikt hos ulike faggrupper og instanser, kan ha betydning for i hvilken grad utsatte barn og unge får rett hjelp til rett tid? En slik tenkning i form av et lojalitetshierarki, selv om Kvello forenkler det noe, kan passe inn i Luhmanns systemteori. Ulikt lojalitetshierarki er nettopp én av dimensjonene som gjør systemene klart avgrensede i forhold til hverandre og gjør dem mer lukket slik at koblingene mellom dem blir svakere.

Alle de fem informantene i denne studien har meldt bekymring mer enn en gang. Jeg tenker at det ligger i sakens natur at det betyr at alle de fem informantene helt konkret og veldig tydelig har valgt barnet. Men de refererer til at kolleger ikke nødvendigvis gjør det, og de refererte at hovedfokuset i helsestasjonen er å hjelpe familien (17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27 og 28). Nå var det ikke eksplisitt uttalt i alle sitatene fra 17 til og med 28, men jeg tolket sitatene slik at indirekte var det denne vegringen som ble avdekket i sitatene i kapittel 4 som kunne anes bakom ordene i sitatene. En informant (19 og 20) viste til sin leder som sa; «*ikke skriv for mye*» (20), når anmodninger om opplysninger kom.

Ideologien om brukermedvirkning legger opp til det samme, støtte til foreldrene. Andrews (1999) finner i en studie at myndiggjøring/brukermedvirkning ikke er i harmoni med hverdagsproblematikken på helsestasjonen. Hun hadde dybdeintervju med 30 helsesøstre gjennom siste halvdel av 1990-årene, der helsesøstrene ble bedt om å detaljert fortelle fra møter med foreldre på helsestasjonen og på hjemmebesøk. Funnene i studien hennes avdekket betydelige dilemmaer for helsesøstren. Foreldre skal vite hva som er best for barna, dersom de spør helsesøstrene skal de bare svare klart på det som er vitenskaplig dokumentert. Helsesøstrene i hennes studie gav uttrykk for usikkerhet rundt hvordan de skulle «oppføre» seg på hjemmebesøk, sett i lys av den nye ideologien. Skulle de være en gjest? Hvordan skulle de opptre når de ikke skulle gi råd eller svare på spørsmål? Helsesøstrene påpekte at avgjørelsen av hva som kan skade barnet, i mange saker ble overlatt til den enkelte helsesøstren. Valget for den enkelte kunne bli å ikke nevne det som ikke var bra av frykt for å miste foreldrenes tillit. Hun konkluderer i sin studie med at den «nye» retningen (brukermedvirkningen) innen

helsestasjonsarbeidet, som er ment å være antiautoritær, nok er for rigid. Hun sier det kan være en risiko for at «en kaster barnet ut med badevannet» (s. 282). Hun avslutter sin presentasjon av studien med å si at en praktisering etter myndiggjøringsmodellen (brukermedvirkning) vil kunne skape nye problem heller enn å løse problemer i helsestasjonsvirksomheten. Temaet brukermedvirkning ble ikke nevnt av noen av informantene i min studie.

Et annet tema og spørsmål når det gjelder å avdekke omsorgssvikt, er om Norge praktiserer en velferdsmodell slik Sverige gjør, ifølge Khoo, Hyvönen & Nygren (2002)? Stang (2007) gjennomført en studie av 40 vedtak om hjelpetiltak etter lov om barneverntjenester (§ 4-4), i to barneverntjenester i Akershus fylke i 1996. Det som kom frem i undersøkelsen var at «risikobarnevernet» dominert fremfor «velferdsbarnevernet». Funnene viste også at risikobarnevernet ikke fungerte offensivt og effektivt nok. Sakene viste at noen av tiltakene bygget på overdrevne forventninger til foreldrene (særlig morens) evne til forandring, samarbeid og forbedring (s. 258-259). Disse funnene minner om funnene i sitatene i denne oppgaven. Sitatene 17-28 handler sannsynligvis indirekte om overdrevne forventninger, og som kommer til uttrykk i lojalitetsvalg og handlingsvegring som ble omtalt i kapittel 4.

Kan dette sterke fokuset på familie og foreldre være uheldig for barna i bekymringssaker? Jeg finner i liten grad spor av strukturer og prosedyrer i forhold til håndtering av bekymringssaker innad i helsestasjonstjenesten, noe som kan forsterke tolkningen om at helsesøstrenes rolle i bekymringssaker på mange måter er en faglig ensom rolle. Kvello (2007) peker på at flere tiår med informasjon om utsatte barn og unge, ikke har ført til at viktige faggrupper innen medisinske og pedagogiske miljøer har endret praksis. Han gir på sin måte uttrykk for mye av det Wiklund (2007) peker på, nemlig at meldingsfrekvensen fra helsestasjon i Sverige er lav, selv om formelt samarbeid for utsatte barn og unge har vært et politisk satsningsområde. I Norge har samarbeid om utsatte barn og unge hatt stort fokus siden 1982, da helsestasjonen fikk ny lov. Brukermedvirkning som begrep og ideologi har plass i den nye loven, der det eksplisitt uttales at makten og autoriteten til helsesøster skal nedtones og foreldrene selv skal være ekspertene på egne barn. Jeg har her stilt spørsmålet; kan ideologien ha ført til at helsesøstrene har fått en ny rolle i møte med foreldre, en mer usikker rolle? Og at dette rammer de foreldrene, som har ulike og kanskje flere risikofaktorer i familien, og

barna deres? Helsesøstrene i denne studien sa ikke noe om hvor vanskelig de synes rollen sin i møte med omsorgssvikt var. De sa noe om hvor frustrerte de var i møte og med, eller i mangelen på møter og samarbeid med barneverntjenesten.

Funnene i studien om den fjerde kategorien; «*Drøftings- og samarbeidsrutiner i bekymringsaker*» avdekker flere forhold. Det mest oppsiktsvekkende fant jeg i sitat 31 der en kan tolke sitatet som om helsesøsteren selv avgjør i hvilken grad hun skal benytte seg av å få drøftet bekymringsaker. Særlig om en da tenker at saken ikke blir sendt som bekymringsmelding til barneverntjenesten. Andre forhold i kategorien avdekket at det mangler gode formelle drøftings- og samarbeidsforum i kommunene. Noen kommuner hadde ulike fora, kalt tverretatlige møter, samarbeidsmøter og psykososiale team, andre hadde ikke. Funnene avdekket hvor stor betydning det hadde å kunne drøfte vanskelige saker med andre, både kollegaer og/eller andre fagpersoner (32, 33 og 34). Det er viktig å påpeke her at fordi om helsesøstrene uttrykker å nyte godt av drøftingspartnere, så er det ikke nødvendigvis slik at de omsorgssviktede barna nyter godt av det. Studien til Wiklund (2007) fra Sverige viser faktisk det motsatte, at det *ikke* var samsvar mellom bekymringsaker og antall meldinger, selv om helsestasjonen og barneverntjenesten samarbeidet. Jeg finner ikke noe forskning om sammenhengen mellom samarbeid og meldinger i Norge, men jeg finner påpekingen om mangel på *samarbeidskunnskap* (Glavin & Erdal 2007).

Funnene i kategori fem; «*Utrygghet i forhold til barneverntjenesten*» forteller om stor usikkerhet i forhold til barneverntjenesten. Jeg vurderte om jeg skulle bruke ord som kritikk til barneverntjenesten eller å ha forventninger til barneverntjenesten i benevnelsen av denne kategorien, og valgte ordet utrygghet. Det som går igjen hos alle fem informantene er stor frustrasjon i forholdet til barneverntjenesten. Det jeg ikke fant i datamaterialet, og som jeg mener er alvorlig, var to forhold: 1) Ingen av informantene nevnte opplysningsplikten til barneverntjenesten under intervjuene. 2) Ikke noen av informanter avdekket selvrefleksjon i forhold til sin kritikk av barneverntjenesten, tvert imot mener jeg at jeg fant projisering, at ansvar for manglende bekymringsmeldinger ble skjøvet over på barneverntjenesten. Informantene (35, 40 og 41) gikk langt i å si at det ikke var noen vits å sende en melding, fordi det var stor gjennomtrekk og utskiftninger av ansatte i barneverntjenesten og at de ansatte var nyutdannede. Dog er det to sitater; 39 og 42 fra to informanter som signaliserer noe i tillegg til frustrasjonen,

nemlig det jeg tolker som en spire til håp for endring.

Et av forskningsspørsmålene i denne oppgaven var hvilken legitimitet helsesøstrene og helsestasjonen har til barnevernet. Jeg har problematisert om samarbeid mellom barnevernet og helsestasjonen kan ha betydning for meldingsfrekvens. Jeg har fått vite noe om helsesøsterens vurderinger, håndtering og ensomhet når det er alvorlige bekymringssaker. Jeg har fått avdekket kompleksiteten i sakene, helsesøsterens manglende teoretiske kunnskap og helsestasjonens manglende fokus på barn i risiko. Jeg har fått problematisert det vanskelige samarbeidet på tvers av fagpersoner, fagmiljøer og instanser innen en og samme kommune. Etter alt dette sitter jeg likevel igjen med et håp for fremtiden for de utsatte barna og deres familier. I noen av sitatene (17, 20 og 39) fant jeg ordene; «*barnets beste*» og «*barn i fokus*». Jeg fant at den utryggheten som informantene uttrykte i stor grad skyldtes at helsesøstrene hadde forventninger til barneverntjenesten om å få tilbakemeldinger med opplysninger om utviklingen i barnevernssaker. Helsesøstrene mente de var viktige samarbeidspartnere i barnevernssaker.

Kvello (2007) sier at en viktig metode for å sikre en nyansert debatt som kan skape en positiv utvikling for barnevernet, er å presenter sitt faglige grunnlag og invitere andre til å komme med innspill. Helsesøstre er viktige fagarbeidere som vil ha viktige innspill. Internasjonal forskning peker på en voksende interesse og entusiasme for program som har som mål å forebygge mishandling og vanskjøtsel (Leventhal 2002). Både fagfolk og lekfolk er enige om at mishandling, misbruk og vanskjøtsel skjer, og at det må være noe av de mest skadelige erfaringer i et barns liv, hevder forskeren og viser til at atskillige studier dokumenterer de alvorlige kortsiktige og langsiktige konsekvenser slike alvorlige erfaringer har. Mishandling i form av vanskjøtsel er både kompleks og utfordrende, som det kreves tverrfaglig samarbeid om, for å kunne identifisere og beskrive, hevder Horwath (2007). Kvello (2007) sier at omsorg for barn ikke kan løsrives fra barnets forutsetninger og omsorgsbehov.

Kanskje kan begrepet jurisdiksjon fungere i analysen av sitatene? Jurisdiksjon handler om yrkers myndighets- og ansvarsområde innenfor et arbeidsfelt, altså hvilke oppgaver og rettigheter som er tillagt en profesjon eller en tjeneste. Jurisdiksjonsteori (Abbott 1988) tar utgangspunkt i et historisk-sosiologisk perspektiv. Jurisdiksjoner rangeres med full jurisdiksjon som det høyeste, og med begrensede jurisdiksjoner som

det laveste myndighets- og ansvarsområde. Full jurisdiksjon gir eksklusive rettigheter. Et eksempel på full jurisdiksjonsgrad er legers rett til diagnostisering og medisinerer. De fleste profesjoner har begrensede jurisdiksjoner. Intellektuell jurisdiksjon er en kunnskapsmessig kontroll av fagfeltet. Rådgivende jurisdiksjon er svakere enn intellektuell jurisdiksjon, fordi selv om de som fatter beslutninger plikter å søke råd hos profesjonen, har en ingen plikt til å følge rådene. Rådgivende jurisdiksjon er derved ikke det samme som å ha beslutningsmyndighet.

Jurisdiksjonsgrader baseres på historie, men endres ofte på grunn av en profesjons dokumentering av teoretisk innsikt og/eller effekten av tiltak. Enhver profesjon blir derved presset til å dokumentere sitt virke for å beholde eller øke sin jurisdiksjonsgrad. Jurisdiksjonelle konflikter oppstår eller kommer tydelig til syne når profesjons- eller yrkesgrenser endres. Det kan sies at barnevern i betydelig grad har vært basert på ideologi. I et jurisdiksjonsperspektiv gir ideologi klart lavere rang enn et virke basert på forskning.

Barnevernloven forutsetter at barneverntjenesten har høy jurisdiksjonsgrad. Barnevernets troverdighet handler ikke bare om å informere slik at en får bukt med stereotypiske oppfatninger og fordommer. Effekten av et åpnere barnevern blir bare god dersom en overbeviser fagpersoner og allmennheten om at en gjør gode vurderinger og velger riktige tiltak. Mange av uttalelsene av helsesøstrene i denne studien viste at de tiltror barnevernet mindre kompetanse og kvalitet enn det jurisdiksjonsgraden tillagt barneverntjenesten tilsier (35, 36, 37, 38, 41). Det er bekymringsfullt for barnevernet som er avhengig av stor tillit til sin yrkesutførelse av politikere, byråkrater, allmenheten og samarbeidspartnere. En kan kritisere helsesøstrene for at de selv foretar for mye omsorgsvurderinger (9, 23, 24, 25, 26, 27 og 28), og at de har mange unnlåtelsessynder, som sitatene 27 og 28 kan stå som eksempler på, men det er ikke så enkelt at de skal bære hele ansvaret for en slik praksis. Barneverntjenesten har også en forpliktelse til å være åpen slik at deres konklusjoner blir underbygget med faglige resonnementtrekker som må kommuniseres ut til grupper barnevernet trenger å få tillit fra og som igjen er grunnlaget for den jurisdiksjonsgrad tjenesten blir tillagt.

Den høye jurisdiksjonsgraden som ligger til grunn for barnevernloven, illustreres ved de fire hovedtyper av slutninger som loven baseres på: *Deskriptive slutninger* heter det når en observerer virkeligheten for å si noe om ikke-observerte forhold, for

eksempel når en formulerer; «... *det er alvorlige mangler ved den daglige omsorgen som barnet får ...*» (§ 4-12 a). *Kausalslutninger* er vurdering av årsak-virkning-forhold ut fra observasjoner. Her må saksbehandleren vurdere forholdet mellom barnets helse og utvikling i lys av forholdene i hjemmet/kompetansen til foreldrene (§ 4-12 d). *Prediktive slutninger* er å si noe om hvordan barnet vil få det på sikt, hva er barnets beste (§ 4-1) men også omsorgsovertakelse når det er fare for barnets utvikling (§ 4-12d). *Komparative slutninger* tas når en vurderer om hjelpetiltakene som er igangsatt overfor barnet (eller/og i familien) har ført til bedring/ikke bedring for barnet (Kvelling 2007:16).

Mer kompetansen på omsorgssvikt, i betydningen et paraplybegrep om alt som kan skade et barn, oppdage barna som er i risiko for å intervensjon, finne gode tiltak, hjelpe i tide, forebygge omsorgsovertakelser og arbeide sammen mot felles mål, er helt nødvendig hos helsesøstrene jeg intervjuet. Ordet *mot* blir et nødvendig begrep å hente frem. Jeg tenkte underveis i denne studien at de helsesøstrene som har meldt bekymring til barneverntjenesten har utvist et mot, de har gjort et valg og stått ved avgjørelsen om å sende melding til barneverntjenesten, og forsikret seg selv om at det var rett. De har gjort det, ikke fordi de ble oppmuntret til det, i alle fall er det intet i datamaterialet som tilsier det, de gjorde det faktisk på tross av mange hindringer. Barna i risiko trenger modige fagpersoner. Bunkholdt (2002) sier om fagfolk i hjelpe- og omsorgsyrker, for eksempel barnevernarbeider og sykepleiere, at stress på grunn av belastningene ved å møte store problemer og vanskelige livssituasjoner er en daglig belastning, og stresset kan bli et alvorlig problem. Når det ikke er samsvar mellom problemenes størrelse og resurstilgang på de forskjellige nivåene, kan det føre til utbrenthet. Dette er det viktig å kjenne til og kjenne på og advare mot at skjer. Skal helsestasjonstjenesten greie å gjennomføre det som står i veilederen (2004) om flere leveår med god helse i befolkningen som helhet og å redusere helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn, der tidlig intervensjon er et nøkkelbegrep, må vi ta vare på hverandre og på de som skal hjelpes til et bra liv. På en måte fant jeg at legitimiteten til barneverntjenesten ikke nødvendigvis var dårlig, tvert imot fikk jeg tanker om at den ikke var så verst, men at helsesøstrene var skuffet og stilte seg undrende til barneverntjenestens håndtering av barnevernssaker. Å være skuffet gir håp, fordi det peker mot «oppvask» og «forsoning».

De fleste barnevernssaker handler om å gi *hjelpetiltak* (§ 4-4) til barn og familier. For at barnet eller familien skal kunne motta et hjelpetiltak må barnet ha et særlig behov ifølge barnevernloven. Det er barneverntjenesten som vurderer behovet. Kravet om at barnet må ha særlige behov, betyr at barnet sitt hjelpebehov må overstige de behov som de fleste andre barn har (St. meld. nr. 40 2001-2002). For helsesøsteren kan det selvsagt være frustrerende dersom hun mener barnet kunne nyttiggjøre seg et besøkshjem, men hun kan risikere at hennes vurdering blir overprøvet av barneverntjenesten.

En studie gjort av Vogt Grinde (2004) viste at det er betydelige forskjeller mellom beslutninger som tas i saker mellom de ulike kommunene sine barneverntjenester. Det er en utfordring å sikre at barneverntjenestene har mer like standarder i vurdering og valg av hjelpetiltak. Store forskjeller i fagvurderinger gjør det vanskelig for andre å bli kloke på tjenesten, det blir vanskeligere å skape et åpent barnevern, det blir vanskelig å koble seg opp mot tjenesten i et samarbeid, for å bruke et Luhmannsk begrep, og det truer den jusrisdiksjonsgrad som barneverntjenesten er avhengig av. Samarbeidet mellom barnevernet og andre hjelpetjenester må helt klart videreutvikles.

Målet med studien er å utforske prosesser knyttet til helsesøstrenes melding til barneverntjenesten på barn i førskolealder. Studien er eksplorerende og ikke generaliserbar. De fem helsesøstrene har gitt verdifull innsikt i hvordan de definerer omsorgssvikt, hva som fremmer og hemmer at de melder bekymring til barneverntjenesten. Problemstillingen ble belyst ved at dataene dannet til sammen fem kategorier, der to av kategoriene tilsammen har fem underkategorier. Studien kan danne utgangspunkt for videre utvikling i form av kunnskapsspredning og utvikling av systemer for å drøfte, melde og samarbeide.

Litteratur:

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago, IL: The University of Chicago Press.
- Alvesson, M., & Sköldbberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion: Vitenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Andrews, T. (1999). Pulled between contradictory expectations: Norwegian mother/child service and the 'new' public health discourse. *Critical Public Health*, 9(4), 269-285.
- Andrews, T. (2002). *Tvetydige ideologier og motstridende krav. En studie av endringer i den norske helsestasjonsvirksomheten*. Bergen: Universitetet i Bergen, Sosiologisk institutt.
- Andrews, T. (2006). *Brukermedvirkning i helsestasjonstjenesten*. Tidsskrift for Velferdsforskning, 9(1), 14-25.
- Andrews, T., & Wærness, K. (2004). *Deprofesjonalisering av helsesøsteryrket?* Sosiologisk tidsskrift, 4, 325-341.
- Backe-Hansen, E. (2004). *God nok omsorg. Riktige beslutninger i barnevernet*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Barne- og familiedepartementet (1992). *Lov om barneverntjenester*. Oslo: Barne- og familiedepartementet.
- Barne- og familiedepartementet (2003). *FNs konvensjon om barnets rettigheter*. Oslo: Barne- og familiedepartementet.
- Barne- og likestillingsdepartementet (2006). *Opplysningsplikt til barnevernet og barnevernets adgang til å gi opplysninger*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.
- Bergson, H. (1989). Med en innføring ved Asbjørn Aarnes og en epilog av Emmanuel Lévinas. *Den filosofiske intuisjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Berulfsen, B. (1969). *Fremmedordbok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Blumer, H. (1954). What is Wrong with Social Theory? *American Sociological Review* 19(1), 3-10.
- Bollas, C. (1994). *Psykoanalyse & selvoplevelse. At oppleve sig selv som et selv*. Copenhagen: Nordisk Forlag.
- Bunkholdt, V. (2002). *Psykologi: En innføring for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Dale, L. E. (1999). *Utdanning med pedagogisk profesjonalitet*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Dreyfus, H., & Dreyfus, S. (1986). *Intuitiv ekspertise. Den bristende drøm om tænkende maskiner*. Viborg: Munksgaard.
- Edleson, J. L., Gassman-Pines, J., & Hill, M. B. (2006). Defining Child Exposure to Domestic Violence as Neglect: Minnesota's Difficult Experience. *Sosial Work*, 51(2), 167-174.
- English, D. J., Edleson, J. L., & Herrick, M. E. (2005). Domestic violence in one state's child protective caseload: A study of differential case dispositions and outcomes. *Children and Youth Services Review*, 27(11), 1183-1201.
- Erickson, M. F., & Egeland, B. (2002). Child Neglect. I J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny, & T. A. Reid (red.), *The APSAC Handbook on child Maltreatment* (ss. 3-20). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Eriksen, C. W., & Kuethe, J. L. (1956). Avoidance Conditioning of Verbal Behaviour Without Awareness: A Paradigm of Repression. *Journal of Abnormal and social Psychology*, 53(2), 203-209.
- Flaherty, E. G., Jones, R., & Sege, R. (2004). Telling their stories: primary care practitioners' experience evaluating and reporting injuries caused by child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 28, 939-945.
- Forente Nasjoner (1989/2003). *FNs konvensjon om barns rettigheter*. Oslo: Barne- og familiedepartementet.
- Freire, P. (1988). Kjærlighet betyr å velge side. *Sosionomen*, 1, 14-88.
- Glavin, K. (1999). *Ledelse og kvalitet i helsesøstertjenesten*. Oslo: Hovedoppgave i sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo.
- Glavin, K., & Erdal, B. (2007). *Tverrfaglig samarbeid i praksis - til beste for barn og unge i kommune-Norge*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Hartley, C. C. (2004). Severe domestic violence and child maltreatment: considering child physical abuse, neglect, and failure to protect. *Children and Youth Services Review*, 26, 373-392.
- Henriksen, J.-O., & Vetlesen, A. J. (2006): *Nærhet og distanse: grunnlag, verdier og etiske verdier i arbeid med mennesker*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Horwath, J. (2007): *Child Neglect. Identification & assessment*. Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Khoo, E. G., Hyvönen, U., & Nygren, L. (2002). Child Welfare or Child Protection.

Uncovering Swedish and Canadian Orientations to Social Intervention in Child Maltreatment. *Qualitative Social Work*, 1(4), 451-471.

- Killén, K. (2000). *Barndommen varer i generasjoner*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Killén, K. (2004). *Sveket. Omsorgssvikt er alles ansvar*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Killén, K. (2007). *Barndommen varer i generasjoner (2. utg.). Forebygging er alles ansvar*. Oslo: Kommuneforlaget
- Kolstad, H. (2001). *Henri Bergsons filosofi - betydning og aktualitet*. Oslo: Humanist Forlag.
- Kvale, S. (2001). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal.
- Kvello, Ø. (2007). *Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og misbruk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kvello, Ø. (2008). *Oppvekst. Om barn og unges utvikling og oppvekstmiljø*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvello, Ø. (2009). *Definisjoner på omsorgssvikt, mishandling og utnyttelse av barn*. Vedlegg nr. 4, s. 93 i denne oppgaven.
- Lagerberg, D. (2001). A descriptive survey of Swedish child health nurses' awareness of abuse and neglect. I. Characteristics of the nurses. *Child Abuse & Neglect*, 25(12), 1583-1601.
- Lazenbatt, A., & Freeman, R. (2005). Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare professionals. *Issues and innovations in nursing practice*, 56(3), 227-236.
- Leventhal, J. M. (2002). Preventing Child Abuse and Neglect. We (You, Your Colleagues, and I) Have to Do More. *Clinical Child psychology and Psychiatry*, 7(4), 501-504.
- Levin, I., & Trost, J (2005). *Hverdagsliv og samhandling med et symbolsk interaksjonistisk perspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Løvlie Schibbye, A.-L. (2009). *Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malatesta, C. Z., Culver, C., Rich-Tesman, J., & Shepard, B. (1989). The development of emotion expression during the first two years of life. *Monograph of the Society for Research in Child Development*, 54, 1-2.

- Mathiesen, K. S., & Sanson, A. (2000). Dimensions of early childhood behaviour problems - Stability and predictors of change from 18 to 30 months. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 431-439
- Mead, G. H. (1934). *Mind, Self, & Society. From the standpoint of a social behaviorist*. Chicago, Illinois: The University Of Chicago Press.
- Misvær, N., & Oftedal, G. (2006). *Håndbok for helsestasjoner 0-5 år*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Neidhardt, W. J. (1979). Possible Relationships Between Polanyi's Insights and Modern Findings in Psychology, Brain Research, and Theories of Science. *New Jersey Institute og Technology*, 31, 61-62.
- NOU 8 (2009). *Kompetanseutvikling i barnevernet*. Oslo: Barne- og likestillingsutvalget.
- Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse - i sykepleie og i helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen Forlag.
- Parton, N., Thorpe, D., & Wattam, C. (1997). *Child Protection. Risk and the Moral Order*. Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Polanyi, M. (2000). *Den tause dimensjonen. En introduksjon til taus kunnskap*. Oslo: Spartacus Forlag.
- Postholm, M. B. (red.) (2005). *Kvalitativ metode - en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Reese-Schäfer, W. (2009). *Niklas Luhmann: En innføring*. Oslo: Abstrakt.
- Reijnevald, S. A., de Meer, G., Wiefferink, C. H., & Crone, M. R. (2008). Detection of child abuse by Dutch preventive child-healthcare doctors and nurses: has it changed? *Child and Neglect*, 32, 831-837.
- Rubin, H. J., & Rubin, I. S. (1995). *Qualitativ Intervjuing: The act of hearing Data*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Schjødt, B., & Egeland, T. E. (2006). *Fra systemteori til familierapi*. Oslo: Pensumtjenesten.
- Schofield, J. W. (1990). Increasing the generalistizability of qualitative resarch. I: E. W. Eisner, & A. Peshkin (red.), *Qualitative inquiry in education* (ss. 201-232). New York: Teachers College Press.

- Seale, C. (1999). *The Quality of Qualitative Research*. London: Sage Publications.
- Shulman, L. (1989). «Teaching alone, learning together: Needed agendas for the new reforms» i: Thomas J. Sergiovanni og John H. Moore (red.): *Schooling for tomorrow. Directing reforms to issues that counts*. Boston: Allyn & Bacon.
- Skivenes, M. (2002). *Lovgivning og legitimitet. En evaluering av lov om barneverntjenester av 1992 i et deliberalt perspektiv. Rapport nr 79*. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Sosialdepartementet (1982). *Lov om helsetjenesten i kommunene*. Oslo: Sosialdepartementet.
- Sosialdepartementet (1983). *Forskrift om helsestasjonsvirksomhet, 23. november*. Oslo:
- Sosial- og helsedepartementet (2003). *Forskrift for kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Sosial- og helsedirektoratet (2004). *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr 450*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Stang, E. G. (2007). *Det er barnets sak: Barnets rettighetsstilling i sak om hjelpetiltak etter Barnevernsloven § 4-4*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Statens helsetilsyn (1998): *Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veiledningsserie 2-98*. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Statistisk sentralbyrå (2008). *Undersøkingar i barnevern, 2006. Stor auke i talet på undersøkingar*. [funnet 02.03.08] <http://www.ssb.no/barnevernund/main.html>
- Stortingsmelding 40 (2001-2002). *Om barne- og ungdomsvernet*. Oslo: Barne- og familiedepartementet.
- Thagaard, T. (2002). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Torgersen, U. (1972). *Profesjonssosiologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Vogt Grinde, T. (2004). *Nordisk barnevern: Terskelen for barneverntiltak og beslutningsprosessen ved bruk av tvang*. Oslo: NOVA, Rapport nr. 18.
- Wassmo, H. (2003). *I klassekampen, 07.11.03*, sitert i Nilsen og Thorbjørnsen (red.) *Den store norske kvinnesitatboka*. Oslo: Cappelen, 2004.
- Wiklund, S. (2007). United we stand? Collaboration as a means for identifying children and adolescents at risk. *International journal of Social Welfare*, 16, 202-211.

INFORMASJONSSKRIV TIL HELSESØSTRER OM MASTEROPPGAVE MED
TEMA; MELDING FRA HELSESTASJON TIL BARNEVERNTJENESTEN.

Kjære helsesøster!

Det er av stor betydning for barn som lever under omsorgssvikt at forholdene avdekkes så tidlig som mulig i barnets liv. Det er sentralt å ta utgangspunkt i helsestasjonen fordi den gir tilbud til alle familier som får barn i Norge. Det er ikke mye forskning i Norge på problemstillingen min. Jeg finner noe forskning internasjonalt, blant annet i Sverige.

Du inviteres herved til å delta i en undersøkelse (intervju) der problemstillingen er;
«Hvordan er helsesøsters forståelse av omsorgssvikt og vurdering av egen og sin tjenestes rolle i forhold til bekymringsmelding til barneverntjenesten?»

Forskningsspørsmålene mine er: Hva legger helsesøster i begrepet omsorgssvikt og mishandling? Hva er helsesøsters forståelse av begrepet bekymring? Hvordan håndterer helsesøster sin bekymring for barn og unge i egen tjeneste og i forhold til eksterne samarbeidspartnere (slik som andre hjelpetjenester)? I hvilken grad mener helsesøster at det generelle samarbeidet mellom barneverntjenesten og helsestasjonen påvirker bekymringsmelding til barneverntjenesten? Hvilke dimensjoner, momenter eller poenger har helsesøster fokus på i bekymringen som førte til å sende melding om bekymring til barneverntjenesten? Hvilken betydning har de retningslinjer og sjekklister som er anbefalt i veilederen til forskrift av 3. april 2003 nr 450 (Sosial- og helsedirektoratet 2004) for muligheten for helsesøster til å avdekke mulig omsorgssvikt hos barn? Hvilken håndtering (prosedyrer) generelt har helsestasjonen i forhold til bekymringsmeldinger til barneverntjenesten? Hvordan er legitimiteten til barneverntjenesten og holdningene til denne hos ledelsen ved helsestasjonen.

Intervjuene taes opp på lydbånd og vil vare ca halvannen time. Navnene på deltakerne vil makuleres så snart intervjuet er avsluttet. Lydbåndene vil være nedlåste og ødelegges når undersøkelsen er ferdig høsten 09. Transkripsjoner av lydbåndet vil makuleres når undersøkelsen er ferdig. Jeg vil analysere samtalene og bruke dataene i masteroppgaven. Jeg vil ikke stille spørsmål om tredjepersoner. Det vil ikke bli opplyst i hvilken kommune du arbeider. Det vil ikke være mulig for klienter eller andre tredjepersoner å kjenne seg igjen, historiene vil anonymiseres slik at dette ikke skal være mulig.

Jeg vil sikre deltakerne full konfidensialitet, det vil si at jeg og min veileder, Øyvind Kvello, har taushetsplikt. Daglig ansvarlig, Anette Christine Iversen på Universitetet i Bergen, har også taushetsplikt. Bare oss tre personer har tilgang til personopplysningene.

Undersøkelsen er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskaplige datatjeneste (NSD).

Det er frivillig å delta i undersøkelsen og du kan til en hver tid trekke deg fra prosjektet.

Alle samlede opplysninger vil da bli slettet umiddelbart.

Vedlagt følger en samtykkeerklæring som jeg ber deg fylle ut og sende til meg hvis du vil delta i prosjektet. Jeg kan treffes på telefon 95216869. Veileder til masteroppgaven, Øyvind Kvello, kan treffes på telefon 73591805. Daglig ansvarlig for prosjektet, Anette Christine Iversen, kan treffes hos Universitetet i Bergen på telefon 55582808. Ta gjerne kontakt hvis du har spørsmål!

Stavanger, mars 2009

Med vennlig hilsen

Else Karin Bukkøy
Masterstudent ved Universitetet i Bergen

Vedlegg: Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring til deltakelse i en undersøkelse rundt temaet: Melding fra helsestasjonen til barneverntjenesten.

Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet og er villig til å delta i undersøkelsen.

_____	_____
Navn	Dato

Adresse	

Telefon	

Det er frivillig å delta i undersøkelsen og du kan til en hver tid trekke deg fra prosjektet. Alle samlede opplysninger vil da bli slettet umiddelbart.

Vennligst send samtykkeerklæringen til:

Masterstudent Else Karin Bukkøy, Auglendsbakken 1 A, 4018 Stavanger.

Mobil: Ring 95216869 dersom du er usikker på noe.



Reidar Jakobsen
Det psykologiske fakultet
Universitetet i Bergen
Christiesgate 13
5020 BERGEN

Vår dato: 01.09.2008

Vår ref.: 19498 / 2 / IB Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 24.06.2008. Meldingen gjelder prosjektet:

19498	<i>Hvordan kan vi forstå helsesters oppfatning av omsorgsvikt?</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Bergen, ved institusjonens overste leder
Daglig ansvarlig	Reidar Jakobsen
Student	Else Karin Bukkøy

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

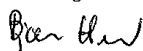
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysningen kan settes i gang.

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.05.2009, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Inga Brautaset

Kontaktperson: Inga Brautaset tlf: 55 58 26 35
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Else Karin Bukkøy, Auglendsbakken 1A, 4018 STAVANGER

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no

Vedlegg 2

INTERVJUGUIDE

Innledning: Først vil jeg presentere meg og fortelle om undersøkelsens overordnede mål. Jeg vil gå gjennom det skriftlige samtykket helsesøster har gitt og opplyse om at hun fritt kan trekke seg fra prosjektet når tid som helst gjennom hele prosessen, samt at hun sikres konfidensialitet.

Informasjon til helsesøster: Jeg vil si at hun ikke skal bruke navn eller andre opplysninger om tredjepersoner (klienter/kollegaer) under intervjuet som kan identifiseres. Kommer det likevel frem indirekte personidentifiserbare opplysninger om helsesøsters klienter, vil disse omskrives under transkriberingen for å sikre klientenes anonymitet.

Selve intervjuet:

Mine spørsmål:

- 1) Fortell hvordan du oppfatter begrepet omsorgssvikt, slik at det er lettere for meg å følge deg i samtalen. Underspørsmål kan være; Tenker du fysisk mishandling? Tenker du på noe annet?
- 2) Fortell om bekymringsmeldingen du sendte til barneverntjenesten, om første gang du ble bekymret. Underspørsmål kan være; Fortell hva som var grunnlaget for bekymringen? Si noe om hvordan du opplevde å måtte erkjenne bekymringen og faktisk gjøre noe med den?
- 3) Hva var det ved saken/situasjonen som bekymret deg? Underspørsmål kan være; Skilte denne saken seg fra andre saker på en spesiell måte? Klarer du å si minst tre ting om denne saken som skilte den fra alle de andre sakene du arbeider med?
- 4) Fortell hvor lenge du tenkte på at du skulle sende bekymringsmeldingen til barneverntjenesten. Underspørsmål kan være; Var det mer eller mindre enn tre måneder? Husker du om du snakket med noen i barneverntjenesten i denne perioden? Hva var det som i denne perioden holdt deg tilbake fra å skrive meldingen?
- 5) Var det reaksjoner fra kollegaer på at du sendte bekymringsmeldingen, eller fra andre personer, for eksempel foreldre eller pårørende til foreldrene?

Underspørsmål kan være; Angret du eller følte du lettelse for at du sendte bekymringsmeldingen? Er det noe annet du vil fortelle meg om reaksjoner fra andre eller reaksjoner i deg?

- 6) Beskriv hvilke følelser, tanker eller kroppslige reaksjoner du hadde da du hadde bestemte deg for å sende bekymringsmeldingen? Underspørsmål kan være; Husker du om du snakket med noen? Kollegaer? Leder? Andre?
- 7) Har du tidligere snakket med andre helsesøstre om å sende bekymringsmelding, og spesielt i forkant av denne bekymringsmeldingen? Underspørsmål kan være; Snakker dere om omsorgssvikt og bekymringsmelding med hverandre? Hvor mange tror du at du har snakket med, om dette temaet?
- 8) I hvilken grad gir helsestasjonen rammer for å oppdage omsorgssvikt og misbruk av barn? Underspørsmål kan være; I hvilken grad bruker du veilederen til forskrift av 3. april 2003 kalt *Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjeneste*? Bruker du andre hjelpemidler, teorier, fagbøker, tester eller annet?
- 9) Si noe om oppfatningen av barnevernet i helsestasjonen. Underspørsmål kan være: Hvordan oppfatter du hva de fleste helsesøstre generelt mener om barnevernet?
- 10) Dersom helsesøster har meldt flere ganger: Er det noen grunn for at du har meldt flere ganger og/eller flere saker enn dine kollegaer? Si litt om det.

Avrunding: Er det noe du vil fortelle meg som jeg ikke har spurt deg om?

1. Hvordan opplevde du å bli intervjuet?
2. Er det noe av det du har sagt du ønsker å korrigere?

ØYVIND KVELLO SINE DEFINISJONER AV OMSORGSSVIKT, MISHANDLING OG UTNYTTELSE AV BARN.

«Former for mangelfull og skadelig omsorg for barn».

Og her er den slik den framstår per i dag før siste gjennomlesing av forlaget:

Begrepene omsorgssvikt, mishandling og utnyttelse av barn [Nivå 1]
En grovinndeling av skadelig barneomsorg kan være fysisk og psykisk mishandling samt fysisk og psykisk omsorgssvikt (Erickson & Egeland 2002). Man kan si at dette bare gir en overfladisk oversikt i de ulike former for omsorgssvikt, mishandling og utnyttelse som barn og unge kan utsettes for. Mine definisjoner av begrepene og inndeling i ulike former av skadelige og avvikende omsorgsformer omfatter tre hovedformer med til sammen 19 underkategorier:

- (1) Omsorgssvikt: kan også benevnes som forsømmelse eller vanskjøtsel. Det handler om en betydelig sviktende ivaretagelse av barnets grunnleggende behov. Omsorgssvikt kan deles inn i undergruppene:
 - a. Mangelfull sikring: å utsette barnet for fysiske farer, eller å la barn være på steder med betydelig fare for å påføres skader.
 - b. Mangelfullt tilsyn: å forlate barnet uten tilsyn eller med kvalitativt og/eller kvantitativt dårlig tilsyn. Punktene a og b kan være knyttet til hverandre.
 - c. Fysisk omsorgssvikt: å ikke gi barnet tilstrekkelige mengder av og ernæringsrik mat, hensiktsmessig påkledning for anledning, vær og føre, eller å ivareta et tilstrekkelig hygienisk nivå av barnets kropp, klær eller i hjemmet.
 - d. Medisinsk omsorgssvikt: å ikke gi barnet somatisk, psykisk eller tannhelsemessig hjelp for å forebygge eller behandle vansker.
 - e. Utviklingsmessig omsorgssvikt: mangelfull emosjonell, sosial, kognitiv eller fysisk under-, over- eller feilstimulering som kan lede til sterkt ubehag eller utviklingsmessige vansker hos barnet.
 - f. Utdanningsmessig omsorgssvikt: å holde barnet tilbake fra eller tillate/godta at barnet ikke går i grunnskolen, og ikke søke eller samarbeide med kvalifisert hjelp for å få barnet til skolen.
 - g. Emosjonell omsorgssvikt: ignorering av barnets kontaktsøking som vises ved lite respondering på og involvering i barnet, overser barnets hint og signaler, en psykisk fjernhet/emosjonelt lite tilgjengelighet for barnet.
 - h. Offentlig omsorgssvikt: skoleansatte og -myndigheter som tillater at barn er borte fra skolen over lengre tidsperioder, ikke griper inn når de vet eller bør forstå at barn lider overlast av forsømmelse, kvalitativt for dårlige offentlige tilbud slik som barnehage, skole, skolefritidsordning, fritidsaktiviteter i det offentlige regi og utarmede nærmiljø, slik at det er

sannsynlig at barnet belastes mye eller utvikler vansker som en konsekvens av dette.

i. Omsorgssvikt av foster: at foreldrene/mor ikke sikrer at sistnevnte får i seg tilstrekkelig med mengder av ernæringsrik kost, ro og nok søvn, slik at fosteret med sannsynlighet kan skades eller dets utvikling forringes.

(2) Mishandling: å aktivt påføre barnet smerte som innebærer en betydelig risiko for at det oppstår skade. Mishandling kan deles inn i undergruppene:

a. Fysisk mishandling: å slå, sparke, bite, lugge, stikke med gjenstander, trykke på steder slik at det leder til smerte (for eksempel fingre mot øyne, sprengte store fingre opp i nesebor, trykke hardt mot brystkasse, mage etc.), ta kvelertak på, kaste, brenne barn etc.

b. Emosjonell (psykisk) mishandling: sarkasme, kritisere, latterliggjøre, ydmyke, true, avvise, ekskludere fra fellesskapet og urimelig hard, overdrevent omfattende eller ydmykende kontroll av barnet.

c. Offentlig mishandling: barn som fysisk krenkes av offentlige ansatte eller ansatte i fritidsaktiviteter i offentlig regi eller i større private styrte aktiviteter, som for eksempel idretts- og musikkaktiviteter, som de blir kjent med via nevnte roller - for eksempel å bli slått, tatt kvelertak på, lugget etc., av for eksempel lærer, fotballtrener, speiderleder etc., eller at offentlige ansatte ikke griper inn for å beskytte barn når de vet eller burde forstått at barnet er utsatt for mishandling.

d. Mishandling av foster: slag mot mors mage som kan skade fosteret, mors rusbruk under svangerskapet, å innta potensielt skadelige stoffer slik som gifter etc., og å framprovosere for tidlig fødsel.

(3) Utnyttelse: å utnytte barn for egne eller andres tilfredsstillelse:

a. Seksuelle overgrep: upassende seksuell kontakt som kan skade barnet. I mest alvorlig form inkluderer det vaginal, oral og anal stimulering og inntregning.

b. Seksuell utnyttelse: å utnytte barnet seksuelt ved å spille inn pornografiske filmer og å lede eller tvinge til prostitusjon, eller via Internett-kontakt forføre eller presse barn til å strippe seg eller å foreta seksuelle handlinger foran webkamera etc.

c. Uetisk veiledning av barnet: å aktivt involvere eller ikke hindre eller hjelpe barnet ut av skadelige handlinger slik som antisosiale handlinger i form av kriminalitet, rusmiddelmisbruk, prostitusjon, eller skadelige relasjoner som for grovt eldre kjærester etc.

d. Parentifisering (nivellert med de voksne): barnet trekkes inn i en voksenverden det ikke er modent for eller gis mer belastninger enn det som er kulturelt vanlig eller ansett som forsvarlig ut fra alder og modenhet. Det er to former for parentifisering; emosjonell og praktisk. Sistnevnte er når barn gis byrder av arbeidsoppgaver som mye pass av søsken, husarbeid etc. Det skjer ofte i familier med store belastninger slik som mange barn, søsken med alvorlige funksjonsnedsettelse etc., og hos en del etniske minoriteter. Emosjonell type av parentifisering er å innlemme barnet i voksentema som barnet ikke er modent

nok til å håndtere eller fører til at det blir unødig utfordret på lojalitet, eller krav om at barnet gir forpliktende svar det ikke har grunnlag for eller kjenner vegring mot å avgi slike løfter. Emosjonell parentifisering omfatter også å fritte ut barnet for detaljer om seksuell aktivitet, involvere det i intime detaljer om eget kjærlighetsliv, bruke barnet som trøst.

e. Utnyttelse av barnet for å ramme andre: å bruke barnet for å ramme en tredje part, for eksempel foreldre som ikke makter å la hverandre i fred etter samlivsbrudd, men forsøker å krenke hverandre ved å bruke barnet som middel. Eksempler kan være å ikke overholde samværsavtale med barnet fordi det kan gi den andre forelder fritid som kan nyttes til å treffe potensielt nye kjæresten, å holde tilbake betaling av bidrag for å hindre bedre økonomi hos den andre forelderpart, fritte ut barnet for informasjon om den andre forelder om intime, private forhold som for eksempel nye kjæresten eller hva de gjør på kveldene, sverte andre som barnet involveres i eller avkreves lojalitet mot.

f. Når offentlige ansatte eller ansatte i fritidsaktiviteter i offentlig regi eller i større private styrte aktiviteter, som for eksempel idretts- og musikkaktiviteter etc. driver utnyttelse av barn de kommer i kontakt med via nevnte rolle.