

”Er du Den som ser meg?”

-Hvordan kan vi som helsepersonell så tidlig som mulig oppdage barn som rammes av omsorgssvikt, for å ivareta barnas helse og livskvalitet på beste måte?

Mathias Skree Birkeland



Prosjektoppgave ved det medisinske fakultet
UNIVERSITETET I OSLO

17.8.2013

Abstract

During the last few years, several incidents of catastrophic episodes have appeared uncovered terrible conditions of child maltreatment. Among these, Christoffer Gjerstad Kihle remains as one of the cruelest instances, resulting in death. How could we, as health professionals, become part of a system detecting such conditions as early as possible, to avoid prospective, terrible misdeeds, and reduce the sequels according to this? Approaching this issue leads me to the interview of three key figures, all of them health professionals, from whom I got the knowledge I present in this text. Most of it is based on stories and experiences from their own lives as professionals. The results have shown me that this is a far-reaching, gripping and difficult problem, which we have to face humbly. First of all, we need sufficient knowledge about the issue. Following, we know what to search. Next, we're ought to be willing to see the individuals. This includes, when necessary, to search deeper than an apparently spotless surface. In other words, we have to create a platform in which the individuals feel safe, entrusted and understood. Finally, we have to offer these human beings the continuity they need, expressing that we won't leave them.

Hentet

*Barn
har en egen måte*

*å bruke språket på.
I barnehagen der*

*Sønnen min går,
blir de for eksempel "henta".*

*Sunniva, du er henta!
Roper
De, når for eksempel
Sunniva*

*blir hentet, og Sunniva
slipper det hun har
i hendene*

*løper hvinende
nedover skråningen*

*rett
i armene på den*

*som står ved porten
og er kommet for å hente.*

*Når også jeg en gang
får øye på*

*at noen står i porten
og skal hente meg*

*da håper jeg
at det vil skje*

nøyaktig slik. (1)

Innledning

Barn har godt av å være ventet. Å ha noen å komme hjem til, som tar imot dem på en varm og kjærlig måte. Som behandler dem som de menneskene de er, ikke som objekt. Det er en av betingelsene for en god utvikling. Diktet er hentet fra diktsamlingen "Enkle dikt", og er skrevet av Johan Grip. Han setter ord på den enkle, men elementære opplevelsen av å være elsket som barn. Rettighetsplakaten (2) slår fast at barn har rett til omsorg og omtanke fra foreldre eller foresatte. Likevel ser vi stadig vekk eksempler som viser oss at det ikke er slik. At noen barn ikke møtes av en trygg Pappa etter barnehagen. At noen ikke synes det er godt med ferier eller helger, fordi de har en Mamma som ruser seg når hun endelig har fri fra jobb. Eller fordi de blir slått. Det finnes både fedre og mødre som slår barna sine. Faktisk. Som behandler barna sine som om de skulle vært "ingenting". Noen av dem vet ikke hva det gjør med disse barna. Andre gjør det på tross av at de vet dette. De vet at alle trenger å bli sett. At det er helt avgjørende med gode relasjoner og trygge tilknytninger for å kunne utvikle oss som mennesker. En mengde forskere har i senere tid fattet økt interesse for dette feltet som enda er raskt voksende. Alle mekanismer er enda ikke klarlagt, men en rekke litteratur beskriver hvordan belastende livshendelser tidlig i barndommen, ja, så langt tilbake som tidlig fosterstadium, kan manifestere seg som sykdom langt senere i livet. Både som resultat av

kumulativ eksponering av belastende/skadende livshendelser,

og som

forsinkede responser på uheldige forhold i sensitive perioder i oppveksten (3,4).

Adverse Childhood Experience -studien var en banebrytende studie som etter oppstarten i 1995 etter hvert viste en markert sammenheng mellom negative livserfaringer og sykdom et halvt århundre senere (5)! I ytterste konsekvens kan slike opplevelser føre til at mennesket i oss visner. Karsten Isachsen setter ord på dette i en av hans siste bøker (6):

*"Ingen kan gjøre noe slikt mot et barn", var manges reaksjon i en barnedrapssak. Uten å tenke over det, formulerte de tragedien i tragedien: Hvis et menneske opplever seg selv som **ingen**, så kan det ufattelige skje, det som bare **ingen** kan gjøre.*

I noen tilfeller fortsetter det vonde i en negativ sirkel. Andre ganger blir denne sirkelen brutt og erstattet av en god, positiv sirkel. Vi hører om løvetannbarn som til tross for nærmest umulige oppvekstforhold reiser seg og får et godt liv(7). Likedan orkidébarn som i tillegg til å reise seg blir til en kjemperessurs for samfunnet. Forskning på dette feltet viser at det blant annet er hvordan genene reguleres i kroppen vår, såkalt epigenetikk, som avgjør om et barn blir et løvetann- eller orkidébarn, eller om det blir preget av de nærmest umulige oppvekstvilkårene (4,3). Det som imidlertid er et faktum, er at ikke alle barn får den trygge oppveksten de har rett til i henhold til FN's barnekonvensjon. Omsorgssvikt er et utbredt problem blant barn verden over, også i Norge. Mange av disse barna vet vi om, men langt de fleste er barn som blir utsatt for omsorgssvikt uten at noen har kjennskap til det. I skrivende stund er rettsaken oppe på nytt mot moren til Christoffer Gjerstad Kihle. Gutten som ble mishandlet til døde i sitt eget hjem i bygda Kodal for åtte år siden. Denne historien blir stående som et av de verste eksemplene på at et helt samfunn unnlot å reagere på de mange bekymringstegn som fantes. Ansatte på skolen Christoffer gikk på har senere sagt at de var bekymra for at gutten stadig kom til skolen med blåmerker han ikke kunne huske han hadde fått. Legen som behandlet Christoffer to uker før han døde beskriver

...ukontrollerte hodebevegelser, gjenklistret øye og en tunge som gikk inn og ut hele tiden (8).

Likevel ble det aldri sendt bekymringsmelding til barnevernet. Heller ikke naboer eller andre bekjente tok faresignalene på alvor (8).

Christoffer-saken rystet hele Norge. Hvordan kunne det skje? Hvordan kunne et helt samfunn svikte et barn på denne måten? Denne oppgaven kommer ikke til å gi svar på disse spørsmålene, men disse spørsmålene gir opphav til problemstillingen som er utgangspunktet for oppgaven: **Hvordan kan vi som helsepersonell så tidlig som mulig oppdage barn som rammes av omsorgssvikt, for å ivareta barnas helse og livskvalitet på beste måte?** Som helsepersonell kommer vi til å møte mennesker i alle aldre og livsfaser. Før eller siden kommer vi til å være i kontakt med mennesker som direkte eller indirekte er involvert i omsorgssvikt. Den økende kunnskapen om hvordan ugunstige oppvekstforhold påvirker helsen senere i livet forteller oss at dette ikke bare er et fagfelt av stor interesse for kommende leger, men som også vil være et viktig faglig ansvar. Dette berører selve kjernen i forebyggende medisin! Problemstillingen er i høyeste grad tverrfaglig, og omfatter så vel barnemedisin som samfunnsmedisin og aldersmedisinen. Preventive inngrep fremfor symptomatisk behandling vil dessuten være av stor økonomisk betydning. Nettopp derfor blir spørsmålet viktigere enn aldri før: Hvordan kan vi som helsepersonell bli mer oppmerksom på disse tilfellene slik at vi klarer å fange opp de utsatte? Dette ønsker jeg å gi et bilde av gjennom oppgaven, og håper den kan være til nytte for leger og andre som omgås barn og unge i sin hverdag.

Som halvferdig utdannet lege er erfaringene mine rundt dette emnet nokså sparsomme. Jeg har likevel møtt en del mennesker som har vist meg at oppvekst og trygge familieforhold spiller en vesentlig rolle for hvordan man får det senere i livet. Jeg har også lært at en del kunnskap er vanskelig å presentere i lærebøker eller i artikler. Noe kunnskap må erfares, og formidles best i møte med andre personer. Kunnskapen presentert i denne oppgaven er i all hovedsak basert på personlige erfaringer og opplevelser. Gjennom tre forskningsintervju har jeg fått innblikk i informantenes tanker rundt emnet, og hørt historier knyttet opp til reelle møter med pasienter. På denne måten får jeg innblikk i hva som er deres forståelse av hva som er viktig å legge vekt på. Dette har jeg prøvd å videreformidle på en åpen og sannferdig måte, med rikelig siteringer av informantene. Av hensyn til informantene selv og historiene jeg har hørt er alle sammen anonymisert og angis kun som en barnelege, en allmennlege og en psykolog. Formen på denne oppgaven kan nok synes å være litt uformell til en prosjektoppgave å være. Innholdet er imidlertid av en slik art, at det synes å være den mest hensiktsmessige måten å fremlegge resultatene på for å ivareta informantenes betydning og deres unike svar.

Det er en utfordring å definere begrepet omsorgssvikt. Hvor går grensen for hva som er sviktende omsorg, og når er det riktig å gripe inn? Ved nærmere søk finner jeg at Norsk helseinformasjon har en definisjon som støttes av flere andre kilder, også med internasjonal dekning (9,10). De sier at omsorgssvikt kan deles inn i fire ulike kategorier: fysiske overgrep, vanskjøtting, psykiske overgrep og seksuelle overgrep (11). I denne oppgavesammenheng kommer jeg ikke til å skille mellom disse ulike kategoriene. Jeg kommer til å omtale omsorgssvikt under ett, som et samla begrep. Dette fordi det veldig ofte er et sammensatt bilde, der det ene også inkluderer det andre. Det bidrar også til at jeg kan rette fokus mot

mennesker som en helhet heller enn individ hørende til en bestemt kategori eller et enkelt fenomen.

I oppgavens metodekapittel presenteres begrunnelser for måten oppgaven er lagt opp på. Der beskriver jeg litt hvorfor jeg primært ønsket å basere kunnskapen i oppgaven på intervjupersoner, og hvordan jeg valgte disse. Der vil jeg også beskrive litt om prosessen rundt et intervju, fra forberedelse til gjennomføring. Hva jeg har funnet av resultater og kunnskap er presentert i oppgavens kapittel *Resultat*, som er den mest omfattende delen av oppgaven. I den siste delen, *Diskusjon*, er materialet som er presentert under *Resultat* forsøkt oppsummert og diskutert, og her kommer en konklusjon på prosjektets problemstilling. Til sist vil det også være en vurdering av prosjektets validitet. God lesning!

Metode

Det vil alltid være en rekke muligheter for å finne svar på et spørsmål eller en problemstilling. Ofte vil litteratur være en tilstrekkelig kilde for å tilegne seg ny kunnskap. I enkelte tilfeller er det likevel vanskelig å sette den kunnskapen man leser om til praksis. Og i andre tilfeller er man interessert i mer enn bare kunnskapen, nemlig hvilken rolle kunnskapen spiller for den enkelte. Vi har allerede sett flere grove eksempler nevnt der leger har unngått å oppdage at barn lider av omsorgssvikt, selv om det foreligger store mengder tilgjengelig litteratur. **Er det noe med denne kunnskapen som gjør at det er ekstra vanskelig å sette den ut i praksis?** Og hvorfor er det noen personer som likevel ser ut til å klare det?

I denne studien ønsker jeg å snakke med mennesker. Jeg ønsker å se sammenhenger. Jeg ønsker å lære meg hva kunnskap betyr i bestemte situasjoner. Å lære av andre hva jeg skal se etter. Men også å lære mer om hvordan det virkelig kan praktiseres i hverdagslivet. Jeg vil med andre ord bevege meg inn i det kvalitative intervjuarbeidet. I det følgende avsnittet vil jeg beskrive hvilke metoder jeg har brukt, hvilke fremgangsmåter jeg har ønsket å følge, og planleggingen av selve prosjektet. Hovedkilden bak dette avsnittet er boken «Det kvalitative forskningsintervju» av Steinar Kvale og Svend Brinkmann (12).

Forskningsintervjuet bygger på dagliglivets samtaler og er en profesjonell samtale. Det er et intervju der det konstrueres kunnskap i samspill eller interaksjon mellom intervjueren og den intervjuede (12).

Nettopp denne kunnskapen er jeg interessert i, jeg er interessert i samspillet, og jeg er interessert i å forstå deres hverdag ut fra en fenomenologisk tilnærming, det vil si å prøve å forstå fenomener og begrep fra aktørens side og perspektiver,

...å beskrive verden slik den oppleves av informantene.

Denne oppfatningen går ut fra en forståelse om at den virkelige virkeligheten sjelden kan leses om i en artikkel i et tidsskrift. Nei, den virkelige virkelighet er den mennesker oppfatter som virkelig, i den hverdagen de helt reelt opplever. Et forskningsintervju kan deles inn i flere faser. Steinar Kvale deler det i sin bok inn i seks faser, med intervju rapportering som den syvende:

1) tematisering av en intervjuundersøkelse, 2) design, 3) selve intervjuet, 4) transkribering, 5) analyse, og 6) verifikasjon.

I forkant av en intervjuundersøkelse er det viktig å klarlegge intervjuets kjernesporsmål; hvorfor, hva og hvordan, altså intervjuundersøkelsens tema. Intervjuets *hvorfor* skal kartlegge hva som er formålet med studien, noe som allerede er nevnt i problemstillingen innledningsvis: hvordan kan vi som helsepersonell oppdage omsorgssvikt? Omsorgssvikt oppdages vanskelig, dessverre, og selv i tilfeller der det burde oppdages, kommer det ikke frem i lyset. Formålet er å bli bedre og redusere tilfellene der barn bli oversett. Intervjuets *hva* handler om å innhente kunnskap om temaet som skal undersøkes, slik at det «utvikles en begrepsmessig og teoretisk forståelse av de fenomenene som skal undersøkes, for å skape grunnlag for tilføyelse og integrasjon av ny kunnskap. Til sist stiller man seg spørsmålet *hvordan* undersøkelsen skal gjennomføres, noe som også bringer oss over i spørsmålet om design av studien.

-Hvem skal intervjues? Hvor mange skal intervjues? Hvor langt skal et intervju være? Her er det en rekke nye spørsmål å ta stilling til. Som svar på det første spørsmålet må vi gå tilbake til formålet med studien, som er at vi som helsepersonell skal bli flinkere til å oppdage omsorgssvikt i vår arbeidssituasjon. Det er mange yrkesgrupper som helt sikkert kan si oss en del om deres erfaring med omsorgssvikt. Men for mest mulig overførbarhet til min kliniske praksis som lege ønsker jeg å intervju helsepersonell med bred erfaring innen dette emnet. Samtidig ønsker jeg litt spenn i valget av informanter, slik at de kan utfylle hverandre og gi et bredere perspektiv på problemstillinga, det vil si begge kjønn, forskjellig arbeidserfaring og ulik alder. Et annet spørsmål er hvor mange intervjupersoner jeg trenger? Svaret på dette er

-Intervju så mange personer som det trengs for å finne ut det du trenger å vite (12).

I mitt eksempel vil ett intervju gi meg noen svar på problemstillinga mi, mens flere intervju vil gi et fyldigere svar. Det er også et poeng at antallet ikke skal bli for stort i forhold til oppgavens format. Ideelt skal man intervju så mange personer at ytterligere intervju ikke lenger tilfører mye nytt. Disse innspillene tatt i betraktning tilsier at prosjektet burde ha flere enn én informant, men ikke så veldig mange flere, siden jeg uansett vil få disse personers svar på spørsmålet mitt, som alle er riktige ut fra deres virkelighet. Jeg har derfor intervjuet tre personer, hvorav en er mannlig allmennlege med langt engasjement innen unges psykiske helse, en er kvinnelig barnelege med variert erfaring blant annet fra barneomsorgssaker, og til sist en kvinnelig psykolog med lang erfaring både med barn, unge og voksne med helseproblemer etter vold og overgrep.

Med disse tre informantene har jeg langt på vei fått et grunnlag til å gå dypere inn i problemstillingen min. Informantene ble valgt ut fra egnethet, arbeidserfaring og tilgjengelighet, i samarbeid med min veileder. Jeg hadde en tidsramme på hvert av intervjuene på en time, og sendte ut et lite informasjonsskriv sammen med skjema til samtykke-erklæring i forkant. For egen del hadde jeg laget en disposisjon over intervjuet, for å være sikker på at jeg fikk svar på det jeg ønsket. Imidlertid ønsket jeg ikke å holde fast på denne disposisjonen som en spilleplan, snarere et hjelpemiddel til å komme videre ved eventuelle opphold. Selve samtalen ønsket jeg så åpen og fri som mulig, slik at informantene selv kunne legge vekt på hva de syntes var viktigst, samt at jeg kunne følge opp de svarene jeg fikk og bevege meg videre etter de retningene det åpnet for. Dette kalles et semistrukturert intervju (12). Intervjuene ble spilt inn på båndopptaker og siden transkribert av meg selv. På den måten startet prosessen med bearbeiding av materialet allerede her.

Transkripsjon er en konkret omdanning av en muntlig samtale til en skriftlig tekst(12).

Likevel er det knyttet noen spørsmål til hvordan det bør utføres. Kvale erstatter spørsmålet – «Hva er en korrekt transkripsjon?» med spørsmålet – «Hva er en nyttig transkripsjon for min forskning?» Han angir dermed at det ikke finnes et korrekt svar på det første spørsmålet. I mitt tilfelle har jeg valgt å skrive så nær ordrett som mulig, og jeg har tatt med der det blir sagt feil og startet på nytt. På den måten mener jeg at jeg lettere kan leve meg inn i det intervjuet som ble holdt, for lettere å huske svarene satt i en sammenheng. Av den samme grunn er derfor intervjuene transkribert så nært opp til den dialekten informantene snakket. Det stilles imidlertid færre spørsmål til transkripsjonens pålitelighet i forbindelse med samfunnsvitenskapelige intervju enn ved sosiolingvistisk forskning, fordi man der er interessert i det språklige som virkemiddel.

Etter å ha transkribert nærmere 50 sider med intervjumateriale, er neste skritt å ta fatt på analysearbeidet. Dette har i og for seg allerede startet og pågått i en viss grad i løpet av intervjuene. Nå starter prosessen med å utdype, bekrefte, kategorisere og sammenligne. I motsetning til analyse av statistiske forskningsarbeid finnes det i analysen av kvalitative forskningsintervju ingen standardmetode for å finne vesentlige meninger og implikasjoner. Det er likevel greit å gå litt mer systematisk til verks når man skal analysere slike store tekster. Jeg kommer derfor tilbake til de samme tre spørsmål som jeg stilte i forkant av intervjuundersøkelsen, nemlig Hva, Hvorfor og Hvordan. Før jeg kan finne ut Hvordan teksten bør analyseres, må jeg finne ut Hva jeg ønsker å undersøke i analysen, og Hvorfor jeg ønsker det? Dernest kommer igjen spørsmålet Hvordan, og med hvilken metode vi skal analysere innholdet?

Hensikten med å analysere de tre intervjuene som nå er transkribert, er å treffe noen konklusjoner på hva de tre informantene faktisk har sagt om emnet. Svarer de relevant på det de får spørsmål om, angir de å mene det samme på like spørsmål, eller er det motstridende svar? Hva er spesifikt for den enkelte, og hva er felles oppfatninger? Kan de lære meg noe om emnet selv om ikke alle formidler det samme? Disse spørsmålene er interessante for å finne ut om resultatene er pålitelige, om det gjelder for enhver helsearbeider, eller bare i visse situasjoner. Kan det, som jeg på forhånd hadde håpet, overføres til min daglige praksis? Eller sier den ene noe som den andre mener er galt? Disse spørsmålene påvirker hvordan analysen av stoffet burde gjennomføres. Siden jeg i stor grad er interessert i hva den enkelte har svart på undersøkelsen ut fra sine forutsetninger, om dette samsvarer eller strider med hverandre, eller om det er relevant for meg, vil det være nærliggende å starte med å inndele tekstene etter tema.

Koding og kategorisering

Meningskoding vil si at man bruker nøkkelord for å «merke» et tekstavsnitt, slik at man senere kan identifisere dette avsnittet ved å gå tilbake til nøkkelordet. Dette knyttes ofte sammen med kategorisering, som vil si å legge tekstavsnitt som omtaler samme tema, i en og samme kategori, slik at alle uttalelser som er kommet om et tema, av en eller flere personer, er å finne innen samme kategori. Disse kategoriene kan i tillegg kodes med et nøkkelord for ytterligere tydeliggjøring, og noen av disse nøkkelordene er brukt som underoverskrifter ved presentasjonen av intervjumaterialet.

Målet er å utvikle kategorier som gir en fullstendig beskrivelse av de opplevelser og handlinger som undersøkes (12).

Dette gjør det lettere å behandle tema for tema fremfor intervju etter intervju, og er forhåpentligvis med på å gjøre det bearbejdede stoffet mer oversiktlig. Det gjør at intervjumaterialet blir mer håndterbart og lettere å presentere. På den måten kan man også sammenligne hvilke av informantene som har ment noe innenfor samme tema, og vurdere meningene innenfor samme kategori opp mot hverandre.

Jeg har brukt mange sitater når jeg har prøvd å gjengi hva informantene mener om de emnene de omtaler. Disse har jeg prøvd å gjengi så korrekt og virkelighetstro som mulig. Det vil likevel foreligge en viss fortolkning knyttet til siteringer av flere grunner. Den ene er at talespråket ofte er langt mer oppstykket enn skriftspråket, med brudd, pauser og ny start, i tillegg til at det har et dialektpreg, som gjør at jeg har måttet klippe litt i det som blir sagt. Den andre er at jeg noen ganger har måttet korte ned lengre sitat til færre strofer, for ikke å forlenge teksten for mye, og kondensere innholdet noe der det er nødvendig. Dette bringer meg over på et av de siste punktene på listen over forskningsintervjuets faser: verifikasjon.

Etter et prosjekt ser en tilbake på arbeidet. Er prosjektet verifiserbart? Har kunnskapsinnhenting vært pålitelig og troverdig? Er analysen gjennomført på en tilfredsstillende måte? Det reiser spørsmål om objektivitet, som innebærer om forskerens egne meninger blir en betydelig del av prosjektet. Objektiv kan forstås ut fra flere sammenhenger, men er kanskje vanligst å forstå som

...fordomsfri, at det utføres god, solid, håndverksmessig kompetent forskning, at det produserer kunnskap som er systematisk kontrollert og verifisert.

En annen forståelse av objektiv er at det

...avspeiler forskningsobjektets natur, å la objektet snakke, å forholde seg adekvat til den gjenstanden som undersøkes, et uttrykk for lojalitet overfor fenomenet som uttrykker forskningsgjenstandens egentlige natur (12).

Neste spørsmål omfatter reliabiliteten og validiteten ved prosjektet. Er resultatet reproducerbart? Kunne den samme informasjonen vært produsert av en annen forsker på et annet tidspunkt? Og for validiteten: Ble det målt det som skulle måles? I hvilken grad reflekterer våre observasjoner faktisk de fenomenene vi ønsker å vite noe om. Slike ting hører med i en evaluering av resultatet og tas ytterligere opp i oppgavens diskusjonsdel.

Resultat

Å snakke med mennesker direkte gir en verdifull førstehåndsinformasjon som forplikter når man skal videreformidle. I løpet av mine tre intervju har jeg som allerede nevnt, møtt tre nokså forskjellige, men på hver sin måte utrolig engasjerende personer. De har ulik bakgrunn og yrkeserfaring, og har en rekke tanker med individuelle innfallsvinkler rundt den problemstillingen de fikk presentert. I den neste og mest omfattende delen av prosjektoppgaven forsøker jeg å gjengi kunnskapen som har oppstått i møte med disse menneskene. Noe vil være felles opplevelser og erfaringer de alle sitter inne med, noe vil være unikt for to eller kanskje bare en av dem. Likevel har disse funnene stor verdi for oss, fordi de alle vil være med å gi oss et bredere grunnlag for å forstå hvordan vi kan møte mennesker for å oppdage at barn rammes av omsorgssvikt.

Kunnskap

Jeg møter opp på barnelegens kontor en formiddag i januar. Timen som ligger foran er spekket med informasjon om et tema jeg fortsatt ikke vet så altfor mye om. Hun går rett på sak:

-Det første er jo at en må ha kunnskap om hva omsorgssvikt er, at det finnes, og at det er ganske hyppig.

-Og dermed er første nøkkelordet nevnt: Kunnskap, som også bekreftes av de andre to informantene. Kunnskap om hva begrepet innebærer, kunnskap om hvem som rammes, eller i alle fall hvem som er i risikozonen. Det er nemlig sånn at noen barn har større risiko enn andre for å rammes. Barn av enslige foreldre, foreldre med lavere eller manglende utdanning, foreldre som selv har vært utsatt for overgrep. Barn i familier som har økt nivå av stress, for eksempel ved alkoholproblemer, økonomiproblemer, skilsmisse, alvorlig sykdom eller tap av jobb. Barn utsatt for tidligere overgrep har økt risiko for å møte det igjen (13). Ved å være seg bevisst risikofaktorer for omsorgssvikt kan man tidligere legge merke til familier der dette er tilfelle, og følge opp barna ekstra godt:

-Der det er foreldre med alkoholproblemer for eksempel, da skal man alltid som fastlege være opptatt av barna, og også spørre direkte, har du barn? Hvordan er det med dem? Har du en pasient som ruser seg? Da bør det nesten automatisk generere en bekymringsmelding til barnevernet.

På den måten kan man være med på å fange opp disse barna helt fra starten av. Man må også være oppmerksom på omfanget av omsorgssvikt, og kjenne til hvor hyppig det er, sier barnelegen og viser til NOVA-undersøkelsen fra 2007. Dette var en landsdekkende undersøkelse som involverte 7033 avgangselever ved 67 videregående skoler i hele Norge. Det var en omfattende spørreundersøkelse om ulike typer volds- og overgrepssopplevelser. Studien viste blant annet at hele 22 prosent av jentene og åtte prosent av guttene oppga at de var blitt utsatt for et mildt seksuelt overgrep. 15 prosent av jentene og sju prosent av guttene oppga at de hadde vært utsatt for mer alvorlige seksuelle krenkelses, mens hele ni prosent av jentene rapporterte om erfaringer med voldtekt eller voldtektsforsøk. Den viste også at to prosent av de involverte hadde opplevd høyfrekvent vold, definert som å ha blitt slått mer enn ti ganger (14). Disse tallene viser at det er mange som på en eller annen måte er involvert i ulike typer vold eller overgrep. Og dette er kun personer som har fullført videregående. Det reelle tallet vil trolig ligge enda høyere.

Å vite en del om betydningen av tilknytning i nære relasjoner, hva en god tilknytning innebærer og hvordan det vises på folk, er også viktig. Har du en god tilknytning, så er du trygg på at du er okay, trygg på at du har nok, og du har en åpen tillit til andre.

Familierelasjoner er det som skal bygge grunnlaget for barns evne til å knytte seg til andre mennesker. Erfaringer fra relasjoner i barndommen preger relasjoner senere i livet, og kan vise seg ved unaturlig tilknytning til omsorgspersoner allerede ved kontroll på helsestasjonen. Betydningen av dette er det viktig å kunne en del om. Dette kommer jeg tilbake til senere i oppgaven. Først skal vi se på et annet redskap kanskje spesielt fastlegen kan benytte seg av for å få mer innblikk i disse situasjonene.

Kjennskap

Jeg ser jo at der står allmennlegene i en helt enestående posisjon, samtidig som jeg også ser at det er vanskelig.

Få dager etter samtalen med barnelegen har jeg møtt opp på et nytt legekontor. Det er spesialisten i allmennmedisin som snakker nå, ut fra mange års erfaring, blant annet som bydelsoverlege. Som fastlege kjenner man ofte familien godt, og det er et nyttig verktøy å ha med seg, for de som er så heldige å ha mulighet til det:

..ofte så kjenner vi jo familien, sant, så vi begynner med svangerskapskontroller. De som jeg har i min praksis nå, de har jeg gjerne hatt i to tre år først, jeg vet de har hatt en utagerende atferd eller andre problemer, en sosial tilknytning som ikke er så heldig. Kanskje har de brukt litt hasj, litt stoff. Kanskje noe kriminalitet, eller noe småtterier. Det kjenner jeg som regel til. Og noen ganger kjenner jeg også far. Så kommer de på svangerskapskontroll. Og da er jeg jo litt trigget på forhånd. Også føder de. Og disse menneskene har ofte en oversykkelighetsrisiko, som vi ser ganske ofte. Og da har de gjerne med seg barnet, eller de forteller hvordan det går med barnet. Og det er lett å få de til å fortelle. Og noen ganger så ser jeg om jeg kan forhøre meg om hvilket nettverk de har i familie og venner, noen ganger ser jeg at det ser ut til at de klarer det greit, eller jeg kan se at barnet er trygt. Det har det bra, jeg hører at det kommer greit til barnehage og så videre..

Som fastlege kjenner en altså ofte til familien fra før, og kan reagere fortere hvis en opplever at ting ikke er som det skal være. Det kan gi et fortrinn når det gjelder å oppdage dysfunksjonelle forhold. Men det knyttes også utfordringer ved det å kjenne familier på kloss hold. Ofte kan det oppstå en slags lojalitetskonflikt mellom lege og pasient, fordi en unnskylder foreldrene litt for mye og ønsker at de skal greie å ordne opp på egen hånd, og fordi mange fastleger har et inntrykk av at barnevernet ikke nødvendigvis gjør det bedre for barnet og familien. Noen ganger har de erfart i enkelte episoder at situasjonen ble verre for familien etter at barnevernet rykket inn, og vil dermed nøle med å kontakte dem senere. Og andre ganger vil det slett ikke være riktig å kontakte barnevernet. Som fastlege sitter en med kompetanse til å følge disse familier et stykke på vei, og noen ganger vil det stykket være nok til at familiene kommer på rett kjøll igjen. Det er også en mulighet å invitere seg selv til skoler, barnehager og lignende for å orientere seg om situasjonen og bli kjent med familiens funksjon i det daglige, og også avtale møter med foreldre og ansatte i skolen. Det har allmennlegespesialisten gjort mange ganger selv, og noen ganger, forteller han, avdekker det dysfunksjonelle forhold som ikke kommer fram på et legekontor. Det er viktig å benytte seg av den kompetansen en omgis av også, og både den pedagogisk-psykologiske tjenesten (PPT), Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP), i tillegg til at det mange ganger er lurt å ha et godt samarbeid med barnevernet. Barnevernet er ikke først og fremst en instans som ønsker å "ta" barnet. De er der for å hjelpe familier, slik at de kan klare å ta vare på barna på egen hånd. Så rett og slett å oppmuntre familier til selv å ta kontakt med barnevernet er gunstig i mange tilfeller.

-90 prosent av de sakene som barnevernet går inn i er jo frivillige tiltak som er satt ut for å hjelpe familien, det er kun ti prosent eller noe sånt som er omsorgsovertakelser.

Barnelegen understreker også viktigheten av et godt samarbeid med barnevernet, sammen med det å være ydmyk i forhold til saker der det kan være snakk om omsorgssvikt. Det er

fornuftig å ta kontakt med nærmeste barneavdeling eller barnevernet slik at man kan få hjelp til å utrede videre, for ofte er dette en komplisert oppgave i samarbeid med det rettsmedisinske, politiet, påtalemyndighetene, der fastlegenes oppgave først og fremst er å oppdage. Da er det viktig å kjenne til varsellamper og såkalte røde flagg, som jeg straks kommer tilbake til.

Som fastlege er man ofte vel kjent med noen pasienters aggravering av symptomer. Aggravering innebærer f.eks. at foreldre, ofte ressurssterke personer, kommer til fastlegen på et tidspunkt der symptomene er flest og tydeligst for å få best mulig hjelp. Ofte gjør de også situasjonen mer alvorlig enn den er. Dette innebærer at det som regel vil være bedring å finne ved å la pasienten vente og se, og eventuelt komme tilbake om noen dager hvis situasjonen ikke har bedret seg. En vente-og-se -strategi vil derimot være svært uheldig for barn som rammes av omsorgssvikt, der symptomer og merker vil forsvinne, mens situasjonen egentlig bare fortsetter eller kanskje til og med forverres. Disse utfordringene er det greit å kjenne til og være seg bevisst, og sammen med at en kjenner til forholdene rundt familien kan det bidra til at vi blir flinkere fastleger. Dette er likevel bare en liten bit av den kompetansen en bør ha for å oppdage omsorgssvikt.

Røde flagg

I en del fagfelt innen medisinen er det ofte snakk om røde flagg. Varsellampene. Tegn og signaler som automatisk skal fortelle oss at her er det noe som ikke er som det skal være. I møte med de tre erfarne helsearbeiderne får jeg innblikk i hva en skal se etter når ting er nettopp slik. Blåmerker for eksempel. Det er helt vanlig at barn i ung alder har blåmerker på kroppen. Hvis disse merkene ikke har en naturlig forklaring derimot, skal det vekke mistanke.

Da må en kjenne til litt om mønster og utbredelse, ikke sant. Blåmerker er jo vanlig på benete framspring i panna, på knær, legger, albuer. Men hvis du plutselig får inn et barn med merker på baksiden av lårene, på rumpa, på halsen, ansiktet og sånne steder, skal det ringe en varselbjelle.

Dette er midt i fagfeltet til barnespesialisten, som også har jobbet på Barnehuset, et sted der politianmeldte overgrep- og voldssaker kommer for å få gjort en legeundersøkelse. Tilsvarende gjelder for arr, unaturlig mange eller på unaturlige steder, samt brudd. Ulike typer brudd som ikke følger prinsippene til naturlige skademekanismer. På små barn som ikke har lært å gå er

-blåmerker mishandling inntil det motsatte er bevist!

En må også lytte til forklaringen. Hvis vedkommende forteller at barnet har falt, og det har masse blåmerker på ryggen, stemmer det ikke overens. Det kan være at det er variasjoner ut fra hvem som gir forklaringen, endrede opplysninger underveis, mangelfulle opplysninger eller hendelser der personen angir at den ikke kan huske hva som har skjedd, til tross for at det er hendelser som åpenbart bør ligge klart for en. Det kan også være episoder der hendelsen åpenbart ikke kan ha skjedd sånn det er blitt forklart, for eksempel fordi tidsaspektet gjør det umulig. Ved å lære seg å ha en kritisk tanke kan en lettere legge merke til unaturlige sammenhenger. I alle tilfeller der det er mistanke om vold eller lignende er det viktig å undersøke barna avkledd, for å oppdage merker som ellers ikke ville blitt oppdaget. Ved eventuelle funn er betydningen av å dokumentere vesentlig. Disse merkene kan være de eneste bevisene på at det har foregått noe kriminelt, som kan bli avgjørende for en eventuell

straffesak. De fleste foreldre vil som regel akseptere dette. Får du derimot sinnereaksjoner som ikke står i henhold til situasjonen, er dette muligens et signal om at her har de noe mer å skjule.

Uttalt tannr te kan være et tegn på omsorgssvikt. Nyere studier viser at det mest sannsynlig foreligger en langt større sammenheng mellom dårlige oppvekstforhold og dårlig tannstatus enn kun dårlig tannhygiene.  kt forekomst av kariogene bakterier og kortisolsekresjon gjennom saliva er blant funnene som viser seg å kunne forklare sammenhengen (15). Generelt ustelte barn, barn som gjentatte ganger kommer skitne på legekontoret, som ikke har klær som passer skikkelig og som ikke passer til v r og temperatur, og som i tillegg har dårlig tannstatus, da skal en tenke seg godt om.

Overhyppighet av sykdom er noe vi ofte ser i primærhelsetjenesten, forteller spesialisten i allmennmedisin, som underbygges av Bruce McEwen, med forklaring i endret immunforsvar (4).  rebetennelser eller halsbetennelser spesielt, men også andre sykdommer generelt. Dette fører i seg selv til hyppigere besøk på legekontoret, noe som også gir anledning til ekstra oppfølging av familier:

-det hender også jeg sier til mor, er det en ørebetennelse eller en halsbetennelse, så vil jeg gjerne at du kommer med barnet, så vil jeg se på det.

Blant de litt eldre barn og ungdom er tegn på selvskading et alvorlig symptom, som kanskje ikke så ofte oppdages på et legekontor. Men det er viktig å gripe inn dersom det skulle gjøre det, eller hvis man kommer over det i andre sammenhenger. Tilsvarende gjelder for spiseforstyrrelser:

-Jeg tenker at det er egentlig det samme, både selvskading, sulting og overspising. De handler alle om å prøve å håndtere,   få ut, en smerte som egentlig kommer et helt annet steds fra. Det å kutte seg, skj re seg og sulte seg, noen kjenner at de føler mindre når de ikke spiser, og da bruker de jo det, ikke sant. Andre kjenner mindre hvis de stapper i seg..

Det er psykologen som nå sitter ved den andre enden av bordet og forteller. Min tredje informant på fire dager og et godt stykke reising etter at mitt første spørsmål ble stilt til barnespesialisten. Psykologen har mye på hjertet om dette, og har jobbet i mange år med å hjelpe folk opp på beina igjen etter opplevelser av overgrep og andre typer omsorgssvikt. Hun har blant annet erfaring fra PPT og har siden 2006 vært med på å drive en egen enhet for traumebehandling.

-Og noen springer og springer og springer og springer.

Noen ganger kan overdreven treningsnarkomani være uttrykk for noe av det samme, oppgir hun.

Så det er ingen ende på signaler de kan sende ut, men det er en beskyttelse mot smertene... En annen observasjon her, var ei som hadde oppdaget i journalen sin at hun hadde skreket nesten konstant de tre første månedene av livet sitt, og deretter blei det nesten helt stilt. Hvordan er tilknytning og kommunikasjon og nærhet da? Nå ville jeg tenkt at først skriker barnet i desperasjon, den ungen har prøvd å få noe oppmerksomhet, og så har man til slutt gitt opp. Og da risikerer du å bli ganske

ukommunikativ altså.

Unormal oppførsel altså, plutselige endringer, eller bare avvik fra normalen er ting man skal være oppmerksom på. Forsinket utvikling generelt, sier barnelegen, kan være symptom på at noe er galt. Forsinket språkutvikling, motorisk utvikling og dårlig vekttoppgang kan være tegn på omsorgssvikt og mangelfull stimulering, selv om det også kan skyldes andre årsaker. Det å kjenne til ”differensialdiagnoser”, til disse symptomene, er dermed viktig som helsepersonell. Dessuten har både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten et gjensidig utbytte av å samarbeide om disse tilfellene, fordi begge sitter på informasjon og kunnskap som kan være vanskelig tilgjengelig for den andre. Og der er det viktig å huske på:

-er du bekymra for et barn, så viker taushetsplikten! Er det barn inni bildet, og du er bekymra, så må man sørge for at sykehuset eller barnevernet eller andre som jobber tett opp mot barnet får tilgang på den informasjonen som fastlegen har.

Atferd

Jeg har nå sett litt på åpenbare fysiske symptom og tegn ved omsorgssvikt. Etter møtene med tre erfarne behandlere har jeg forstått at dette forekommer sjeldnere enn ofte, og at det derfor er andre ting som er avgjørende for å klare å avdekke svikten. Ved å opparbeide seg kompetanse både ved hjelp av å lese, ved å erfare, og ved å lytte til allerede erfarne kollegaer kan man bli i stand til å legge merke til andre tegn som ikke er fullt så tydelige på overflaten, men som likevel er der, noen ganger i svært betydelig grad.

Barns tilknytning til voksne skal ideelt sett være preget av trygghet. Trygghet på at du kan være deg selv, at du er bra nok, og at du kan oppleve tillit fra foreldrene dine. Og motsatt: At en er ukritisk i sin kontakt med voksne. Trygghet betyr blant annet at du i relasjonen til foreldre skal ha lov til å uttrykke både glede, sorg, sinne og frykt, de fire grunnfølelsene, uten at du trenger å være redd for hvilke reaksjoner du da kan få. Psykologen jeg har snakket med tror dette er helt avgjørende for god helse både fysisk og psykisk, og får god støtte i boken ”Hvordan krenkede barn blir syke voksne”, skrevet av Anna Luise Kirkengen (16). Men det er først når denne tilknytningen ikke er som den skal være, at en merker noe galt. Dette preger i stor grad barns atferd, men også de voksnes atferd. Dette avsnittet omhandler hva vi skal se etter i relasjonen barn-voksen, men også atferden til barnet isolert sett.

... jeg husker jeg hadde gjentatte samtaler med dette barnet, og da, den siste gangen når vi var ferdig, så sier hun plutselig til meg: ”har du noen unge du?” Og da hadde jeg jo et barn, så jeg sa: ”jeg har ei jente som er fire år, like gammel som du.” Også tar hun og graver nedi lomma si, også drar hun opp et lite krølla glansbilde av ei jente som ser veldig fin og glad ut og som holder i et lite lam. Og så sier hun: ”Kan du ta med det her til jenta di også gi det til henne. Fra meg?”

Denne jenta var blitt utsatt for flere seksuelle overgrep. Hun hadde opplevd hjelp og forståelse til tross for meget krevende og vanskelige samtaler. Som en avslutning spør hun psykologen om hennes familiesituasjon og om hun har barn. Dette er imponerende i seg selv, situasjonen tatt i betraktning, og viser at denne jenta også evner å ha fokus på psykologen og hennes familie. Glansbildet er det eneste hun har for hånden, men hun velger å gi dette bort som en gest, en anerkjennelse både til psykologen og det barnet hun viser omsorg for. Det forteller oss blant annet at en fireåring med omfattende traumeerfaring kan ha enorm emosjonell kapasitet for andre, og minner oss om at vi ikke må undervurdere dem. Når små barn viser en slik omsorg for andre kan det fortelle oss noe om omfanget av det de har vært gjennom. De

har opplevd noe de ikke unner andre barn å oppleve, og dette kan gjenspeiles i atferden i forhold til andre barn. Slik atferd er det viktig å møte. Det er likevel ikke alltid barn viser atferd som peker på hvilke forhold de lever i. Noen fellestrekk vil imidlertid oftere være der, noe vi som helsepersonell kan være bevisst på. For eksempel barn som nettopp ikke er ukritiske i sin kontakt med voksne. Allmennlegen forteller om erfaringer han har hatt i møte med barn:

*...det kan være barn som er kritiske i sin kontakt med voksne, som i språk eller i atferd demonstrerer angst eller redsel for ting som burde være helt trygt. De kan være veldig urolige, ukonsentrert uro, fyke rundt i konsultasjonsrommet hele tida uansett hva mor eller far sier. Er dette noe som skjer en gang og neste gang er relativt normalt, så vil jeg ikke legge noe vekt på det, men er det et mønster hver gang, så vil jeg reagere på det.....Andre ganger så kan jeg tenke at det barnet var alltid litt trist, at jeg faktisk har reagert på at det barnet der aldri uttrykte noe særlig glede. Det kan være et symptom. Et annet symptom kan være veldig stille barn, hvor jeg har tenkt at dette varierer, at noen barn er veldig stille og forsagte, andre mer frampå, men når jeg ser på de i ettertid, så kan jeg tenke at dette barnet var nok mer stille enn bare som et personlighetstrekk. **Og noen ganger så må jeg bare konkludere med at her har det ikke vært noe som jeg kunne fått tak i..***

Andre ganger er det først når vi ser tilbake på episoder at vi ser sammenhengene. En av informantene forteller om en godt voksen person som hadde hatt en veldig traumatisk oppvekst. Hun hadde først i voksen alder kommet over journalen sin fra de første leveårene. I den sto det beskrevet av en helt tilfeldig lege at hun, allerede som spedbarn, ”fremstår som meget, meget engstelig”. Uten at noe ble gjort. Flere ting var registrert i senere journaler, men ingen tiltak var registrert gjort, til tross for at dette er et veldig alvorlig tegn. Det er viktig å ha nok kompetanse til å kjenne igjen slike ting som faresignal. Vi ser altså at det kan være hele spekteret, fra de helt stille og beskjedne, til de urolige og ukonsentrerte. Hos noen barn får man inntrykk av at de alltid sitter litt på vakt, fordi de er vant til at fryktelige ting skjer helt uventet. Andre barn kan være veldig søkende. De har fått frykten for nye mennesker blandet sammen med håpet om en dag å møte et menneske som ser dem..

Plutselig endring av atferd skal man også være veldig oppmerksom på. Barn som plutselig blir mer utagerende, eller som trekker seg mer og mer inn i seg selv og blir tilbaketrukket. Noen barn kan raskt endre personlighet, og hvis man som fastlege har hatt dette barnet relativt hyppig til kontroll over litt tid, har man gode muligheter til å merke seg dette. Der man er i tvil, må man spørre direkte. Direkte og alene. Det er viktig å være klar over at barn har rettigheter i forhold til barnekonvensjonen, som sier at de fra fylte tolv skal tilbys samtale med lege alene. Dette er det barnelegen som opplyser om. Videre understreker hun at det i mange tilfeller kan være nyttig å snakke med barnet alene allerede lenge før den alderen også. Allmennlegen forteller at han har hatt mange erfaringer der han har fått snakke med barn alene, og pleier alltid på en høflig måte å avbryte mødre for å høre barnet sin versjon først. Han har til og med videoeksempler fra en konsultasjon der en åtteårig jente ganske raskt forteller ting i det øyeblikket moren har forlatt rommet.

For barn utsatt for overgrep kan enkelte spørsmål, men også den kliniske undersøkelsen i seg selv, oppleves ubehagelig. Noen barn er generelt redde og urolige. De motsetter seg og protesterer på undersøkelse som innebærer å kle av seg, kikke inn i eller få fremmede ting i munnen, eller ved gynekologisk undersøkelse. Andre kan forholde seg nærmest likegyldig til det samme, som om det er tydelig at dette er de vant med. Dette spekteret er stort også for

uaffiserte barn, og igjen er det viktig å danne seg et bilde ut fra hele situasjonen. Men det er et bekymringstegn hvis barn virkelig protesterer og viser avsky mot enkelte ting andre ikke reagerer på i det hele tatt. For mange barn som er utsatt for kriminelle voldshandlinger gjelder det at de ikke vet de blir utsatt for noe galt eller unormalt. Nettopp derfor kan det ved kroppsundersøkelse komme spontane bemerkelser for eksempel som denne:

-jeg liker ikke at pappa har skjegg jeg.. Det stikker sånn mellom lårene mine.

-Helt uten forvarsel. Å ta sånne ting på alvor, ikke bortforklare det med ren fantasi eller unnskyldte det av andre grunner, er viktig. Å være klar over at barn i en undersøkelsessituasjon, som kan ligne på eller minne om et overgrep, kan formidle spontane tanker og følelser. Det er kanskje lett å forstå at denne typen hinting er viktig å legge merke til. Men dessverre er disse hintene omhyggelig pakket inn. Ofte vil barna nærmest ubevisst kamufflere disse ytringene slik at det er kun det trente øret som hører det. Eller de som er villige til å høre. Jeg lærer av barnelegen ordtaket ”du ser det ikke før du tror det”, som setter ord på viktigheten av å tenke tanken, ha klart for seg at muligheten er der, legge den naive tiltro til foreldre til side for et øyeblikk. Dessuten er barn som regel veldig lojale overfor foreldre. Og hvis de skjønner at de har sagt noe som de voksne reagerer på, kan de ofte finne på å trekke det tilbake. Dette er en utfordring i retten, at barna trekker sin forklaring når de skjønner hvilke konsekvenser det kan føre til, og omfanget av det. Lojalitetskraften kan bli et middel, brukt av overgriperne.

Usunne relasjoner mellom barn og voksne kan vise seg på flere måter. Noen ganger kan man legge merke til at barnet virker underkuet. Foreldre som overtar styringen, og som f.eks. ikke gir barna anledning til å komme til orde, men selv putter ord i munnen på dem. Man kan også registrere måten barnet møtes på, om det ser ut til å ligge noe under overflaten. Dette kan for eksempel vise seg ved redusert eller uvennlig blikkontakt. Flakkende blick er et signal, men også språket kan vise seg å bli mer flakkende, eller famlende, i utrygge situasjoner. Jo nærmere det kompliserte forholdet man kommer, jo tydeligere blir talen påvirket. Barn er ofte vant til at det kan medføre negative konsekvenser å sette ord på det, eller har fått trusler om ikke å si noe. Noen ganger er det forbundet med så stor trussel at de ikke en gang har noen ord på det. Dette kan merkes ved en usikker tale. Alle sånne dårlige eller unaturlige samspillsituasjoner er bekymringsfulle og bør tas på alvor.

Når barn møter en brutalitet og en ondskap som tilhører en annen verden, kan den naturlige reaksjonen være å reagere på en tilsvarende måte, fra en annen verden. En måte som ikke alltid blir forstått i møte med mange legers tradisjonelle syn på årsak-virknings-aksen. Noen barn lærer seg å dissosiere. Å knytte nye erfaringer til tidligere vil si å assosiere. Å sjalte ut nye erfaringer fra gamle, er å dissosiere. Men man kan også dissosiere seg fra kroppen, sjalte ut hele eller deler av kroppen for ikke å vedkjenne seg det grufulle som skjer. I det følgende presenteres tre eksempler på at barn både dissosierer og assosierer.

..ved overgrep, da har de jo noen grep, de lærer seg å bli nummen i kroppen, bli følelsesløse, dissosiere, ikke være til stede. Og det verste er når de ikke rekker å forberede seg, for da blir det sånn at de kjenner mer, føler mer, og man husker det mye tydeligere. Så den dissosiasjonsevnen, som vi tydeligvis har, gjør at man kan forsvinne selv om vi er der, hvis vi blir stående i situasjoner hvor vi må tåle ting som vi ikke egentlig skal bli utsatt for.

Kirkengen gir i boka si et annet eksempel på hvordan et barn reagerer i møte med denne ondskapen. I eksempelet kalles hun Tanja Tambs.

Fra hun var fire til hun var elleve år ble Tanja Tambs misbrukt av en onkel. Hun besøkte ham og hans kone svært ofte. Hun ble overøst med oppmerksomhet og gaver. Hun ble kjælt og kost med fra hun kom til hun reiste. Onkelen la henne hver kveld med et ritual som rommet både kjærighet og krenkelse. Derfor kunne Tanja ikke forstå hvorfor hun hatet å legge seg. Den snille onkelen kunne umulig være skyld i det ekle og vonde som skjedde om kvelden i sengen. Barnet Tanja hjalp seg selv med å gjøre det ubegripelige begripelig: hun ga sengen skylden for det som skjedde der. Derfor fikk sengen en ny betydning for Tanja: redsel. Hennes redsel for Sengen fulgte med henne. Hjemme ble hun søvnløs og fikk hodesmerter mot kvelden. Huslegen ga sovemedisin fra hun var fem år. Verken han eller Tanjas bekymrede foreldre lurte på hvorfor hun kunne sovne alle steder der hun gjemte seg ved leggetid. Hun sovnet under trappen, i kottet, i badekaret og bak sofaen, men aldri i sin egen seng (16).

Fordi sengen ble assosiert med redsel og krenkelse klarte ikke Tanja å sove lenger. Hun fortsatte å assosiere sengen med noe vondt. Allmennlegen jeg intervjuet ga meg nok et eksempel på at barn assosierer. De siste to eksemplene forteller oss noe om at årsak-virknings- sammenhengen lett kan forvrenses.

Jeg husker en åtteåring som kom på legekantoret med mora si. Og de fortalte at det som var skjedd, var at han plutselig hadde fått veldig høy puls mens han lekte med en kamerat, og han holdt på å besvime, og han holdt på å kaste opp. Kameraten hans ble så redd for han at han løp ned for å hente mora si, og de fulgte han til hans egen mor. Hun var redd for at han hadde fått epilepsi. Vi kom raskt fram til at det hadde vært et angstanfall. Jeg spurte han om han hadde noe han var redd for, og da svarte han ”den kvite bilen”. Det viste seg da at det var en veldig uttalt konflikt mellom foreldrene, som lå i separasjon, og noen måneder før dette skjedde hos lekekameraten, så hadde familien sittet ute på solterassen, faren ramlet bakover og slått ut med armene, og dermed slått denne gutten rett i bakken. Gutten hadde tolket dette til å være fordi han hadde vært på parti med mor i den samlivssituasjonen. Og faren kjørte en hvit bil. Derfor, hver gang han så en hvit bil som lignet på farens bil, så var han sikker på at faren var kommet for å ta han, for å ta hevnen.

Vi ser igjen hvordan man kan reagere uforholdsmessig sterkt i forhold til det andre oppfatter som situasjonen, hvis den assosieres til noe større og skumlere som ligger bak. Dette er en helt reell følelse av angst og redsel, og kan utvikle seg til sykdom hvis man aldri møter noen som er interessert i å forstå hvorfor de er redde. Det gjelder altså å ta alle sanne situasjoner på alvor. Reaksjoner som ikke står i henhold til en opplevelse er det som regel en årsak til. Både fra barns og foreldres side. For det hender også at man kan få reaksjoner fra foreldre man reagerer på. Og noen ganger kan det være eneste tegn på en uheldig familiesituasjon.

For barna, de er rågode på ikke å gi tegn.

Men det hender at voksne ikke har like god trening i å skjule tegn.

-Jeg har til og med opplevd foreldre som er så ute av kontroll at de har klabba til barna sine på sykehuset, mens andre har sett på.

Det er klart at dette er ekstreme tilfeller, men de voksnes atferd blir også satt på prøve i pressede situasjoner, og i noen av disse situasjonen klarer de ikke holde masken. Ofte er det mye som står på spill for disse menneskene, fra høye stillinger til tillitsfulle verv, som gjør at disse historiene for all del ikke må komme i offentlighetens lys. De blir på en måte i en forsvarsposisjon. Og for noen er det slik at det beste forsvar er angrep. Alle informantene forteller om opplevelser der de blir ”angrepet” for det de har gjort. I noen tilfeller går ”de truede” til pressen, som dermed lager en sak mot helsevesenet, eller barnevernet. Slike reaksjoner er sjelden helt tilfeldig. En av informantene forteller om erfaringer med anklager om å plante falske minner i barna. Da er det ikke vanskelig å skjønne at denne typen motstand gjør det til en tøff sak å kjempe:

... det er jo ingen som liker å bli trukket fram på denne måten, så det kan jo friste til å ignorere, la ting passere..

Når en i tillegg står der med nokså tynne bevis, er det nok noen som blir skremt fra å gå den samme veien neste gang. Dessverre. Men atferden vitner om at de berørte har noe å frykte, som ikke bør komme ut i lyset. Langt de fleste uskyldige vil ha forståelse for at du som lege ønsker å ta på alvor at du har mistanke om omsorgssvikt. Andre igjen erkjenner problemet, men ikke hvordan de skal komme seg ut av det, og kommer til deg for å få hjelp. Det kan være foreldre som forteller at de har problemer med mye aggresjon, som for eksempel sliter med post traumatisk stress syndrom, eller som forteller at de sliter med å sette grenser for barna, eller med barneoppdragelse. Slike direkte hentydninger kommer også. Et trygt samarbeid med barnevernet med grundig oppfølging kan i disse tilfellene løse situasjonen uten det volder større skade.

Som vi har sett, er det for den oppvakte mange hint eller tegn både barn og foreldre sender ut, frivillig eller ufrivillig. Likevel er det ikke alltid at disse tegnene kommer opp til overflaten av seg selv, blant annet fordi de involverte har en grunnleggende oppfatning av at dette er informasjon som ingen må få vite noe om. Hva gjør man da? Er det noe vi som leger kan gjøre, eller vil det si at det er umulig å ta tak i? Neste avsnittet handler om dette, et avsnitt preget av psykologi og medmenneskelighet.

Fornemmelsen

Om barn har aldri så mye symptomer og tegn, men klarer å skjule det, hjelper det oss veldig lite. Som allerede nevnt lærer barna seg å bli spesialister på å skjule disse tegnene, fordi det er assosiert med fare å vise dem. Å oppdage omsorgssvikt er dermed en utfordring som ikke bare krever kunnskap om forekomst og symptomer og atferdsendringer. Det krever også noe annet, ulikt det man ofte kan lese om i lærebøkene. I møte med psykologen kommer det fram en annerledes og viktig samtale, kanskje nettopp fordi hun er psykolog. Kanskje fordi hun er et medmenneske. Kanskje fordi hun bare er villig. Villig til å se det vonde som har fått vokse inni mennesker. Og hjelpe de med å få det ut. Hun snakker om det å fornemme en følelse. Om at her er det noe som ikke stemmer. Her er det et barn som ikke har det bra. Som søker et eller annet fra en eller annen, men som ikke er sikker verken på hva det er eller hvem det er. Denne søken fra disse barna er det hun fornemmer. Og hovedbudskapet i det hun forteller er at vi må prøve å få til en relasjon der det er mulig for disse tegna å komme frem.

Først og fremst å skape en tillit som gjør at barn og ungdom får en opplevelse av at folk vil dem vel og er interessert i å stå på litt, det er det viktigste. Og da kommer tegna. Og jeg har jobbet med ungene fra de var tre år, og sett den enorme

belastningen det er, og den kapasiteten de har, og likevel greier de å fremstå som normale i andre sosial settinger!

Denne relasjonen er altså helt avgjørende for at mennesker skal føle seg sett og forstått. Først da dannes en arena der det er greit å fortelle om følelser og opplevelser. I første omgang er det altså å formidle at jeg er en som er interessert i å vite hva som ligger på innsiden av deg, hva du tenker på og hvem du er. I neste omgang går det ut på å lære seg å fornemme dette vage, det diffuse, og kjenne det igjen som noe viktig. Derifra blir neste skritt å vise seg tilliten verdig, og gå veien for å ta barna på alvor, følge opp det de noen ganger har ventet på hele livet.

Jeg tenker, at det i bunn og grunn handler om å vise seg interessert, vise empati, og at du først og fremst signaliserer noe som alle barn er veldig skarpe til å fornemme; om du er villig til å se og forstå.

Du må vise at du virkelig ønsker å respektere disse menneskene. Forstå dem, ikke forklare hva som feiler dem. Og gi trygghet til å fortelle ting som kanskje aldri har vært satt ord på før. Enten fordi de har vært truet til aldri å snakke om det, eller rett og slett fordi de ikke vet hvordan de skal sette ord på det.

-Å vise at du er interessert i historier og sammenhenger, og at du faktisk har tid til det. Og da må du kunne stå der. Gjennom år tenker jeg, og ikke si at nå er vårt oppdrag ferdig, timene våre er brukt opp.

-Dette er personer som kanskje aldri har erfart å ha familie eller venner rundt seg. De trenger at helsevesenet viser at de er villige til å ta seg tid. I alle seksjoner innen helse i dag stilles det stadig større og større krav til effektivisering, der målet er raskest mulig å komme seg frisk tilbake. Dette er derimot prosesser som tar lang tid, og som må foregå i pasientens tempo. Jens Bjørneboe skriver i boken Haiene: "hjelpsomhet forplikter seg -filantropi er en kostbar fornøyelse" (17). Og kanskje er det nettopp det det er. Filantropi. I tillegg har denne nye kunnskapen, som allerede nevnt, vist oss at det også er vårt faglige anliggende, og av økende interesse i Norge. Flere rapporter, deriblant "Da lykkeliten kom til verden – om belastninger i tidlige livsfasen" ved Den norske legeforening (18), fremlegger betydningen av å fokusere på barns oppvekst og erfaringer tidlig i livet, for bedre å forstå plager og sykdom som opptrer senere i livet. Norsk forening for allmenntilleggsmedisin (NFA) la i 2011 fram et Policydokument, tett etterfulgt av American Academy of Pediatrics (19) der de gjør rede for prinsipper forebyggende helsearbeid bør baseres på og blant annet skriver

Fastlegen bør være spesielt oppmerksom på mennesker som har opplevd eller opplever omsorgssvikt, traumer eller krenkelser av ulike slag (20)

***Er du en jeg kan stole på?** Hvis jeg holder på med å snakke om helt vanlige ting, trenger den ikke å være der, men ofte fornemmer jeg likevel den lille; er du en jeg kan stole på? Den: "ser du meg, vil du meg godt" – sjekkinga, som er veldig forskjellig fra barn som ikke har noen traumbakgrunn. Du merker liksom at de søker: Er det noe plass der, et håp om noen som endelig forstår, og som tar vare på dem på en god måte... noen av de traumatiserte har en måte å ta kontakt på som du kjenner blir mer enn en vanlig unge, som nesten sier: "Kan ikke du bare ta meg med hjem?" Altså, hvis*

de finner et godt menneske, så vil de bare bli med, og komme seg vekk. Det er et signal på at noe slettes ikke er okay..

I møte med psykologen skjønner jeg at dette med fornemmelse er en vesentlig del av hennes møte med barn. Fortrinnsvis barn hun har på tomannshånd. En evne som virkelig gir resultat. Men jeg får også inntrykk av at dette er en evne hver og en må lære seg selv. Jeg kan prøve å viderefremde prinsippene, og tankegangen rundt det, men selve teknikken er ikke noe man bare kan lese om i en bok, for så å bli flink til. Verdien ved det synes imidlertid på meg å være enorm, jeg tror mennesker i møte med slike behandlere opplever tillit, respekt og trygghet, og jeg skjønner etter dette møtet at det er helt avgjørende i disse behandler situasjonene. På spørsmålet om dette er noe vi alle har evne til, er svaret et litt tvetydig ja. Hun mener at alle mennesker er født med en veldig relasjonell evne som gjør at vi som små barn kan reagere på kommunikasjon, ansiktsuttrykk, lyder og så videre. Derfra utvikles det ulikt. Men det er mulig å lære seg å bli flinkere. Dette er ferdigheter som trenes opp underveis, og her spiller erfaring en viktig rolle. Jo mer erfaring, jo fortere fornemmer man denne følelsen neste gang. Så må man da heller lære av de gangene man kanskje burde ha oppdaget, men ikke klarte det. Fornemmelsen vekker til live magesfølelsen i oss. Som man igjen må lære seg å stole på, å verifisere:

*Jeg husker en vanskelig sak jeg holdt på med en gang, i samarbeid med politiet. Vi hadde en unge som var fryktelig utrygg, og så valgte vi å ta mora inni rommet. Og mora tok ungen på fanget. Og jeg fikk en så **forferdelig feil følelse**, det var et eller annet som ikke var greit, som jeg... ikke kan sette fingeren på. Det var en fornemmelse av at stemningen..., det var et eller annet som vart helt feil i rommet..... Og mange år senere kom det frem at det verste var det som ikke ble sagt den gang, nemlig at mora var medvirkende i overgrepene. Så jeg tenker at sånne fornemmelser skal vi ta veldig seriøst.*

Også hos de andre informantene er magesfølelse et innarbeidet begrep, og et "verktøy" som brukes i legerollen, basert på erfaringer fra tidligere møter med mennesker.

Nettopp i slike eksempler som nevnt over er det viktig å lære i etterkant. Evaluere hendelsen. Hva kunne man gjort annerledes, og hva burde man gjøre neste gang? Bruke episodene konstruktivt til læring heller enn å klandre seg for at man ikke klarte å oppdage det. For det er vanskelig, det er alle sammen enige om. Når magesfølelsen først slår ut, skal vi derfor ta den på alvor, for så og i neste skritt prøve å kartlegge hva som er problemet. Deretter skal vi tenke på hvordan vi kan hjelpe på best mulig måte. Igjen er det ofte avgjørende å ha barnet på egen hånd, avhengig av alderen. Noen ganger kommer det nærmest av seg selv. Andre ganger er man nødt til å improvisere, kanskje særlig før man har så masse erfaring at man er handlingstrygg nok. En av behandlerne forteller at hun noen ganger kan spørre barna:

Jeg har jo møtt en del andre, og hørt en del fortellinger, og vet at sånn og sånn kan skje. Og jeg vet ikke om noe sånt har skjedd med deg, men jeg har en uro på at det er noe som ikke er greit...

Eller enda mer presist:

Jeg kjenner på meg at det er et eller annet, er det noe mer du vil si eller som jeg burde vite, er det noe som er vanskelig å si?

Hun forteller videre at hun som respons har fått høre at pasienter helst bare vil springe ut av rommet, fordi de synes det er helt forferdelig. Samtidig kjenner de at dette er noe de har ventet på hele livet. Som de ikke har klart å møte enda. Og i disse tilfellene er det ekstremt viktig å gi tid. Ikke å gi opp, men for eksempel avtale et nytt møte om ikke så lenge, gi folk rom til å tenke gjennom skrittene de vil gå. Oppmuntre, men ikke tvinge.

Jeg husker ei anna som sa: ”-jamen du vet det jo! Kan ikke du si det da!” Bare ut fra måten jeg spurte på. Barnet konkluderte intuitivt at her er en person som vet og forstår.

Mange av disse vil så gjerne si det, men får det ikke til, både fordi det er forbundet med skam, men også fordi det er så store trusler bak å skulle si det. Så lenge barna føler seg ubeskytta er det veldig viktig for dem å ikke bli tatt for å ha sagt det. Da hender det at helsepersonell må ty til andre uttrykksformer for å få fatt i problemet. Noen kan eksempelvis synes det er lettere å tegne eller skrive det, og da hender det at en må jobbe en del med disse virkemidlene. Skammen kan komme til uttrykk ved at barna ikke klarer å møte blikket ditt, jeg får eksempler på barn, og voksne også for så vidt, som setter seg under bordet eller tar søppelbøtta på hodet, altså som helst ikke vil bli sett. Dette er mennesker som har fått høre at det er deres skyld alt som skjer, og at det er de som får det til å skje:

”... det er jo min feil, jeg er feil, og jeg burde gjort ting helt annerledes. Jeg har bare meg selv å skylde og...” Ja, sånne ting, og jeg tror at man overlever på den måten, istedenfor å tenke at det er verden som er ond, som man er helt avhengig, så tenker man at det her er sånn det skal være, fordi det er noe med meg. Det blir en slags overlevelsesstrategi. Og sånn klarer man å holde ut. For hvis man tenker at det her er feil, og det her fortjener jeg ikke, så blir det helt uhåndterlig, når du skal stå konstant i den trusselen.

Alle eksemplene over skildrer at temaet er omfattende. Det er alvorlig, det er frihetsberøvende, og det er i høyeste grad ulovlig. Derfor er det viktig at vi som helsepersonell bryr oss. At vi ikke lukker øynene når ting blir ubehagelig for oss, men tør å stole på magefølelsen, og tør å ta barna på alvor. Det er ikke galt å spørre direkte. Allmennlegen forteller begeistret om den tilliten han opplever at folk flest har til allmennleger og seg selv. Han setter av tre til fem minutter på å spørre ut hvordan de har det, hvordan det går med dem hjemme og sånn, hvis han får den minste uro på magefølelsen. Kanskje du er den eneste disse barna møter som klarer å se at noe er galt. Bare de siste årene har vi sett flere grufulle eksempler på at barn ikke har blitt sett tidsnok. Barn som går rundt og føler seg som ingen, fordi noen tror at de har rett til å trække på dem, stjele deres frihet. Disse barna trenger forståelse og respekt for at de ikke selv skal bli trukket inn i en negativ spiral. Vi som helsepersonell, som leger, men også som medmennesker, kan bryte disse onde sirkelene, og være med på å danne gode sirkler av trygghet, sunn tilknytning og kjærlighet. Psykologen forteller at hun stadig får tilbakemelding fra tidligere pasienter hun har hatt som forteller at det å få tilbake æren og verdigheten i livet sitt også har hatt store positive virkninger også i pasientens egne relasjoner til sin egen familie.

Finnes det egentlig objektive tester for stress og psykisk helse? Kortisolnivået i kroppen kan si oss noe om belastninger og indre uro (3), men utover det er det særdeles vanskelig å måle objektivt hvordan mennesker har det. Derfor må vi spørre. Snakke med mennesker om disse spørsmålene. Vi må lære oss å tenke utover den vante læreboksbaserte praksis, der det fokuseres på parametre for sykdom i form av måletall eller symptomer. Å se på pasienter som

hele mennesker, ikke som bærere av symptomer på en sykdom. Så fremstår også vi som medmennesker.

-Jeg tenker sunnhet virkelig egentlig har sin rot i hva slags tilknytning vi har til våre nære, viktige personer.

Diskusjon

Gjennom tre svært innholdsrike intervjuer sitter jeg nå med en helt annen forståelse for hva vi som helsepersonell kan gjøre for å oppdage barn som rammes av omsorgssvikt. Jeg har fått innblikk i tre forskjellige arbeidssituasjoner, som alle har involvert nær kontakt med barn og unge. I det følgende kapittelet vil jeg oppsummere den kunnskapen jeg har fått møte, vurdere hvilken relevans den har for meg i min arbeidssituasjon, og vurdere prosjektets validitet. Jeg vil også trekke noen konklusjoner og gi et kortfattet svar på problemstillingen, i den grad det er mulig.

Å ha kunnskap i bunnen, var noe alle informantene var enig om. Det er helt grunnleggende dersom man skal oppdage eller finne ut av noe, det å ha kunnskap og kjennskap til det man ønsker å finne ut av. Som helsepersonell må vi derfor sette oss inn i tematikken omsorgssvikt, slik at vi kjenner til hva som eksisterer av risikofaktorer/grupper, hyppighet, og hvilke konsekvenser det kan få for de involverte og rammede. Barn er ofte den svakeste part og vil dermed ofte komme dårligst ut i disse situasjonene uten profesjonell hjelp. Videre har jeg fått høre at særlig fastlegene står i en unik posisjon når det gjelder å ha kjennskap til pasientene med tanke på familie, sosiale nettverk, deltagelse i hverdagen med mer (20). En aktiv rolle overfor pasientene kan hjelpe deg til å danne grunnlaget som må til for at du får innblikk i disse menneskenes liv.

Som helsepersonell er vi omgitt av store ressurser i andre etater som skolevesenet, PPT, barnevernet, BUP og noen ganger politiet. Det kan være en stor hjelp i å ha et tett samarbeid med en eller flere av disse, og ofte vil også familier som har vanskeligheter ha stort utbytte av å bli satt i kontakt med disse på et tidlig stadium.

Utover dette er det en rekke tegn og hint om fare man som helsepersonell bør kjenne til, uansett i hvilken sammenheng man møter mennesker. Generelt kan man si at skader, merker eller arr som ikke har sin naturlige forklaring bør vekke mistanke. Forhold som skiller seg fra det "normale" og forventede i enkelte situasjoner, for eksempel antrekk tilpasset årstid og vær, gjentatte møter med slitte, skitne klær. Tilsvarende gjelder det i møte med pasienter, at atferden ikke skiller seg vesentlig fra det man skulle kunne forvente ut fra situasjonen. Unormalt engstelige barn, usikre eller urolige og ukonsentrerte, kan være tegn på noe galt. Hint både fra foreldre og de affiserte barna kan forekomme, og kan være nokså spontane og tilsynelatende uskyldige.

Så langt har alle informantene omtalt de ovenfor nevnte temaene med nokså stor grad av enighet. Det er kun ett felt jeg har fått litt motstridende uttalelser om. Der barnelegen legger vekt på at det beste alternativet vil være å kontakte barnevernet så raskt som mulig, har allmennpraktikeren erfaring med at man som behandler selv kommer langt i disse

situasjonene, og at det ikke nødvendigvis er gunstig i alle tilfeller at barnevernet kommer inn på et veldig tidlig tidspunkt. Sett i lys av spesialistenes art er det ikke så unaturlig at fastlegen, som har mulighet til å danne et tillitsforhold til pasienten og pårørende over tid, kan se situasjonen an i noe større grad enn pediateren, som ut fra situasjonen ofte er nødt til å intervensjonere der og da. Imidlertid formidler begge at det er viktig med et nært samarbeid med barnevernet der det er tjenlig overfor pasienten. Utover dette møter jeg ingen uoverensstemmelser, selv om de enkelte informantene nærmer seg problemstillingen fra sitt eget perspektiv. Som forventet har barnelegen med erfaring innen rettsmedisin lagt litt større vekt på de fysiske skader og tegn barn kan ha enn de andre informantene, samt viktigheten av å oppnå et tidlig og godt samarbeid med barnevernet. Allmennlegen har ut fra sitt perspektiv vektlagt hvilke forhold som vekker mistanke på et legekantor, eksempelvis urovekkende rusproblematikk og overhyppighet av sykdom, samt beskrevet hvilken særskilt rolle fastlegen har i disse tilfellene. Psykologen har også vært inne på disse feltene, men har i tillegg, og kanskje hovedsakelig, gitt et innblikk i det psykologiske perspektivet i møte med disse barna. I den forbindelse har jeg forsøkt å viderefremme hva som gjør at man noen ganger kjenner en fornemmelse av at noe er galt. Hun har lagt vekt på hvilken enorm betydning det har at vi som helsepersonell danner en trygg arena, der angst, redsel og skam kan komme til syne. Egenskaper som empati, å vise interesse, og å formidle at du ønsker å forstå, er begrep som kan være like viktig i denne sammenhengen som måling av høyde, vekt og registrering av vekstkurver. Begrepet magefølelse er nært beslektet med dette, og omtales av samtlige av informantene. Alle er også enige i at dette er noe som utvikles kontinuerlig og bygger på erfaringer som kommer underveis. Noen ganger er det først i ettertid man ser at man burde oppdaget at noe var galt. I andre tilfeller derimot, er den dominerende opplevelsen at man ikke hadde mulighet til å se det på noe vis. I begge tilfellene gjelder det å prøve å trekke ut lærdommen av situasjonen, og bruke det som hjelp ved seinere anledninger fremfor å klandre seg selv. Handlingstrygghet styrkes av erfaringer.

Som tidligere nevnt under oppgavens metodekapittel, er det flere spørsmål man stiller seg etter at intervjuundersøkelsen er ferdig og materialet er presentert. Det foretas da en vurdering av hvorvidt prosjektet er verifiserbart. Et viktig spørsmål som blir reist i denne forbindelse er om forskningen er av objektiv kvalitet eller ikke. Kvale beskrev objektivitet som evnen til å avspeile forskningsobjektets natur, å la objektet snakke, å forholde seg adekvat til personen som undersøkes, i tillegg til evnen til å være fordomsfri og utføre solid, god og håndverksmessig kompetent forskning.

La meg først ta tak i den siste formuleringen og gjøre en vurdering av selve intervjuarbeidet som forskningsmetode. Boken «Det kvalitative forskningsintervju» lister opp seks kriterier som angir om et intervju er av god kvalitet:

1. *I hvilken grad fås spontane, innholdsrike, spesifikke og relevante svar fra intervjupersonen?*
2. *Jo kortere intervjuerens spørsmål er og jo lengre intervjupersonens svar er, desto bedre.*
3. *I hvilken grad følges spørsmålene opp fra intervjuerens side, og hvordan klargjøres betydningen av de relevante delene av svaret?*
4. *Ideallintervjuet blir i stor grad tolket mens det pågår*
5. *Intervjueren forsøker i løpet av intervjuet å verifisere sine fortolkninger av intervjupersonens svar.*
6. *Intervjuet er «selvkommuniserende» - det er i seg selv en fortelling som ikke krever særlig ekstra kommentarer og forklaringer (12).*

De tre siste punktene angis spesielt å beskrive det ideelle intervjuet, og

... krever både håndverksmessig dyktighet og ekspertise. (12)

-I hvor stor grad disse punktene er innfridd er vanskelig for meg som intervjuer å bedømme. Men som boken også angir, kan de fungere som retningslinjer for god intervju praksis, selv om de nesten kan oppfattes som uoppnåelige idealer. Jeg tror likevel jeg underveis i intervjuet har foretatt en del fortolkninger og rettet spørsmål mot intervjupersonen for å få klarhet i eventuelle spørsmål. I etterkant synes det for meg som at intervjuene i nokså stor grad er selvkommuniserende, i den grad at det er nærmest sammenhengende tale fra intervjupersonen, med små opphold og eventuelt korte spørsmål fra intervjuerens side. Man vil kunne lese intervju transkriptet uten å lese spørsmålene, og likevel føle at det var en etter forholdene sammenhengende fortelling. I den grad er punkt 1 og 2 i listen over godt etterfulgt. Uten å trekke de helt fullstendige konklusjonene vil jeg dermed erkjenne at verdien av det kvalitative intervju som forskningsmetode i mitt arbeid har vært betydelig.

Et av kvalitetskriteriene for en intervjuer er evnen til å være åpen, men konstruktivt styrende, selvfølgelig i tillegg til å inneha nok kunnskap om emnet det intervjues om. Evnen til å være styrende henger sammen med spørsmålet om resultatene man fikk er reproducerbare.

Intervjuerne oppfatter hvilke deler av intervjuemnet som er viktig for intervjupersonen. Lytter med en jevn, mottakelig oppmerksomhet, er åpen for nye sider som kan introduseres av intervjupersonen, og følger opp disse. Intervjueren vet hva han eller hun ønsker å finne ut. Kjenner formålet med intervjuet og er ikke redd for å avbryte intervjupersonen digresjoner.

Som intervju person er det altså viktig å være åpen, men samtidig styre samtalen innenfor de emnene han ønsker å utdype. Dette kan være med på å utfordre intervjuerens objektivitet, som vi så ovenfor. Informantene i dette prosjektet har fortalt nokså fritt etter deres oppfatning om hva som er viktig. Jeg har prøvd å følge et såkalt semistrukturert intervju. Likevel vil man som intervjuer alltid være med på å farge den fortellingen som blir fortalt, bevisst eller ubevisst. Med utgangspunkt i hvilken bakgrunn man har, og hvilke tidligere erfaringer som finnes vil man dermed ha ulike interesser for det som blir sagt, og dermed til en viss grad prege samtalen i den retning man ønsker. På spørsmål om resultatet fra forskningsintervjuet er reproducerbart blir svaret dermed litt tvetydig. Ja, i den forstand at informantene har fått fortelle relativt fritt etter hva som er deres oppfatning av hva som er viktig å vektlegge innenfor et gitt tema. Nei, i den forstand at et intervju foretatt av en annen person ville vært farget etter dennes personlige erfaringer, med oppfølging av spørsmål som kanskje ville ledet til helt eller bare litt ulike resultat. Her er det likevel viktig å huske at det ikke finnes en objektiv vurdering av hva som er rett og hva som er galt. Innledningsvis beskrev jeg Kvale og Brinkmann sin definisjon på det kvalitative intervju som et intervju der det konstrueres kunnskap i samspill eller interaksjon mellom intervjueren og den intervjuede. Dette bygger jo nettopp på denne interaksjonen, der det er begge interesser som er med og preger intervjuets dybde og kvalitet. Et intervju er en vandring der målet ikke helt er satt på forhånd, ikke som gullgraving der man har en objektiv oppfatning av hva man leter etter (12).

-Et annet spørsmål jeg tidligere nevnte at jeg skulle komme tilbake til, er om det ble målt det som skulle måles? Har de kvalitative intervjuene vi har gjennomgått brakt oss noe nærmere et svar på problemstillinga -Hvordan vi som helsepersonell kan oppdage barn rammet av omsorgssvikt?

Det vil aldri kunne lages en oppskrift som punkt for punkt beskriver hva man skal spørre om eller undersøke for å avdekke forhold som tyder på at det foreligger omsorgssvikt. Man har heller ingen liste som kan garantere at slike forhold ikke foreligger. Men gjennom møtet med intervjupersonene mine har jeg fått innblikk i deres erfaringer, og forhåpentlig fått litt mer tanker om hva vi kan være på utkikk etter, når det gjelder å ta vare på barn rundt oss. Det finnes ikke ett symptom som er patognomonisk for rammede av omsorgssvikt. Men jeg har lært forhold jeg kan se etter, hos barna selv, eller hos foreldrene, eller vedrørende samspillet mellom disse. Jeg vet om noen spesifikke tegn som går igjen i en del av disse tilfellene. Og kanskje viktigst av alt, jeg har lært at måten jeg møter mennesker på kan være av avgjørende betydning. Alle resultater som er presentert i oppgaven vil være deler av svaret på problemstillinga, men ingen av dem vil kunne stå som svar alene. Jeg kan altså slå fast at intervjuene har belyst de temaene de var ment å belyse. Det vil likevel ikke kunne utelukke at andre resultater på det samme forskningsarbeidet kan være avvikende fra mine. Et annet spørsmål som belyser det samme er i hvilken grad mine observasjoner faktisk reflekterer de fenomener jeg ønsket å vite noe om. På dette spørsmålet er det kanskje enklere å se at observasjonene i stor grad dreier seg om refleksjoner rundt de ønskede fenomener. Altså nok en indikasjon på at jeg har fått belyst de temaene jeg ønsket, men det vil fortsatt være åpent for at temaet kan romme mer enn det jeg har funnet ut. Slik er det med vitenskapen. Det er en omfattende og vanskelig problemstilling, og selv om jeg har fått besvart deler av problemstillingen, er det fortsatt mange spørsmål knyttet til dette feltet. Det gjør at det er et felt vi må behandle varsomt og med ydmykhet. Bøker og artikler kan lære oss statistikk, utviklingsmodeller og mestringsmekanismer, men de praktiske ferdighetene læres ikke her. De læres i møte med mennesker med erfaring. Mennesker som har opplevd hvordan livet kan være når det ikke er som det skulle vært.

Litteratur

- 1: Grip J: Enkle dikt. ISBN 82-02-22810-7 Cappelen forlag. Oslo 2003
- 2: <http://www.barneombudet.no/rettighetsplakaten>
- 3: Shonkoff JP, Boyce WT og McEwen BS: Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities. Building a new framework for health promotion and disease prevention. American medical Association, 2009
<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=184019>
- 4: McEwen BS: Effects of stress on the developing brain
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.helsebiblioteket.no/pmc/articles/PMC3574783/>
- 5: Felitti VJ: Reverse alchemy in childhood: turning gold into lead. Health Alert. Volume 8 Nr 1, 2001
- 6: Isachsen K: Underveis til Guds evige sommerdag. ISBN 978-82-302-1044-4 Hermon forlag. Kjeller 2012

- 7: Vassnes B: Orkidébarna – En vanskelig barndom kan prege oss for livet, men kva avgjør om vi blomstrer eller visner? Klassekampen. Årgang 45, Uke 6, Nr. 32, 7.2.2013.
- 8: Holm PA: Dokumenterte Christoffer Gjerstad Kihles omfattende skader
<http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Dokumenterte-Christoffer-Gjerstad-Kihles-omfattende-skader-7119361.html> (aktiv 7.5.2013)
- 9:<https://www.childwelfare.gov/pubs/factsheets/whatiscan.pdf#page=3&view=What%20Are%20the%20Major%20Types%20of%20Child%20Abuse%20and%20Neglect?>
- 10: <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/846/basics/definition.html>
- 11: <http://nhi.no/foreldre-og-barn/barn/sykdommer/barnemishandling-24270.html>
- 12: Kvale S og Brinkmann S: Det kvalitative forskningsintervju. ISBN 978-82-05-38529-0 Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo 2.utgave, 2009
- 13: Endom EE: Physical abuse in children: Epidemiology and clinical manifestations.
http://www.uptodate.com/contents/physical-abuse-in-children-epidemiology-and-clinical-manifestations?source=search_result&search=physical+abuse&selectedTitle=2%7E150
- 14: Mossige S og Stefansen K: Vold og overgrep mot barn og unge- en selvrapporteringsstudie blant avangselever i videregående skole. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring NOVA Rapport 20/2007
- 15: Boyce WT m.fl: Social inequalities in childhood dental caries: The convergent roles of stress, bacteria and disadvantage
Social science and medicine, 2010
- 16: Kirkengen AL: Hvordan krenkede barn blir syke voksne. ISBN: 978-82-15-01408-1 Universitetsforlaget. Oslo 2009
- 17: Bjørneboe J: Haiene. ISBN 978-82-05-39684-5. Gyldendal forlag, Oslo 2010
- 18: Hoel G, Shuja AL, Kvanvik M og Sletnes T: Rapport: Da lykkeliten kom til verden – om belastninger i tidlige livsfaser. Den norske legeförening, 2010
<http://tidligintervensjon.no/Tema/Barn/Artikler/Fagtekster/Rapport-Da-lykkeliten-kom-til-verden--om-belastninger-i-tidlige-livsfaser/>
- 19: Garner AS, Shonkoff JP: Early Childhood Adversity, Toxic Stress, and the Role of the Pediatrician: Translating Developmental Science Into Lifelong Health. American Academy of Pediatrics, 2011
<http://pediatrics.aappublications.org/content/129/1/e224.abstract>
- 20: Roksund G v/Norsk forening for allmenntmedisin: Forebyggende helsearbeid – Policydokument for norsk forening for allmenntmedisin 2011
http://www.kvalitetogprioritering.no/saker/_attachment/12374?_...true...%E2%80%8E