



HØGSKOLEN I OSLO  
OG AKERSHUS

**Ragnhild Bjørneng**

---

**Fastlegers meldepraksiser til  
barnevernet**  
En intervjustudie

**Masteroppgave i sosialt arbeid  
Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for samfunnsfag**

## Sammendrag

Denne studien tar for seg fastlegers meldepraksis til barnevernet. Hvordan går legene frem for å identifisere barnevernsproblematikk og hvilke barrierer er det for å melde fra om bekymring til barnevernet? For at barnevernet skal kunne ivareta sine oppgaver, må de få opplysninger fra arbeidsplasser og profesjonsgrupper som har forutsetninger for å kunne avdekke forhold hvor det kan være behov for tiltak. Fastleger har en sentral rolle i primærhelsetjenesten og kan derfor være en viktig samarbeidspartner for barnevernet.

Empirien i studien består av kvalitative intervjuer med syv fastleger. Fokus har vært å finne hvilke forståelsesmåter informantene har i forhold til barnevernsproblematikk og barneverntjenesten. Det har jeg forsøkt å finne ved å analysere hvordan for eksempel forholdet til barneverntjenesten snakkes om og forklares, og jeg har gjort bruk av begrepet diskurs. I analysen av prosessen informantene går gjennom for å identifisere bekymring, har jeg sett på hva informantene ser som *tegn* som skaper bekymring og hvordan de tolker disse tegnene. Analysen viser at det i hovedsak er tegn ved foreldrene og forekomsten av fenomener som impliserer problemer i forhold til foreldreskap og foreldrefunksjonen, for eksempel rus og psykisk sykdom.

I analysen av hvilke barrierer er det for å melde har jeg, ved å se på hvordan informantene begrunner sine posisjoner og handlingsvalg, identifisert fire diskurser som har betydning for informantenes meldepraksis. To er knyttet til informantenes syn på barnevernet, to er knyttet til legerollen. Jeg har valgt å benevne diskursene knyttet til barnevernet *diskursen om det skadelige barnevernet* og *diskursen om det passive, inkompetente barnevernet*. Innen diskursen om det skadelige barnevernet vil legen innta posisjonen som pasientens (her foreldrenes) forsvarer og advokat, og det å ikke melde en bekymring vil fremstå som det beste og kanskje eneste handlingsalternativ. Innen diskursen om det passive, inkompetente barnevernet hvor en melding ikke fører til noe, vil et handlingsalternativ som innebærer å hjelpe familien selv eller trekke inn andre instanser fremstå som et bedre alternativ enn å melde. Diskursene knyttet til legerollen har jeg benevnt *diskursen om legen som homo economicus* og *legen som homo sociologicus*. Innen diskursen om legen som homo economicus sees legen som en rasjonell aktør hvis handlinger er motivert ut fra egeninteresser. Diskursen om legen som homo sociologicus er basert på at legens handlinger er normativt orientert, hvor felles verdier og standarder for legeprofesjonen er sentrale. Når informantene peker på sider ved fastlegerollen og de strukturelle rammene for fastlegeordningen som kan fungere som barrierer i forhold til meldepraksiser, viser analysen at det erkjennes at det kan ligge egeninteresser til grunn for noen av valgene, men at dette sees som illegitime hensyn og at subjektposisjonen som diskursen om legen som homo economicus tilbyr avvises.

## Abstract

This study addresses General Practitioners (GP's) referrals to the Child Protective Services (CPS). How do GPs go about recognizing cases of neglect and what represents barriers to reporting them. The CPS is dependant upon other professionals working close to children to refer their concerns to them in order to get the information they need to act. The GPs are corner stones in the Primary Health Care System and could therefore be of importance to the CPS in this respect.

The data for this study is collected through qualitative interviews with seven GPs. The aim of the study has been to identify the informants meaning-making of phenomens like child neglect and the CPS by analysing the way this is expressed in laguage. In this I have made use of the term discourse.

In the analyses of the processes the informants engage in relating to identifying concern, I have focused on what they see as *signs* of concern and how they interpret these signs. The analysis shows that this is mainly signs with the parents and the representation of phenomens implicating problems related to parenthood, such as substance abuse or mental problems.

In the analyses of barriers to referring I have, by analysing how the informants justify and explain their positions and practices, identified four discourses that are of importance. Two are related to the informants view on the CPS and the other two on views on the role of the GP. I have named the discourses related to the CPS *The Discourse of the Harmful CPS* and *The Discourse of the Passive, Incompetente CPS*. Within *The Discourse of the Harmful CPS*, the GP will position himself as a defender and attorney for the pasient (here the parents) and a practice of *not* referring will appear the best and maybe only possible practice. Within *The Discourse of the Passive, Incompetent CPS*, where referring is regarded an useless action having no visible effect on the CPS, a practice finding other ways of helping the child and the family appears a better choice of action. The two discourses related to views on the role of the GP I have named *The Discourse of the GP as Homo Economicus* and *The Discourse of the GP as Homo Sociologius*. *The Discourse of the GP as Homo Economicus* sees the GP as a rational operator who's actions are motivated by self-gain. *The Discourse of the GP as Homo Sociologicus* is based on the assumption that the GP's actions are motivated by norms and ethics valued and shared within the Medical Profession. When the informants points to barriers within the role of the GP or the way the Primary Health Care System is organised, the analyses shows that there is a recognition among the informers that self-gain and a strive to avoid discomfort may be the motivation of some practices, but that these motives are regarded illegitimate and rejected.

## **Forord**

Jeg vil i første rekke takke informantene som tok seg tid til å bli intervjuet i en hektisk hverdag og min veileder Oddbjørg Skjær Ulvik, som med en utrettelig optimisme i forhold til at jeg skulle levere og god faglig veiledning i arbeidet med denne oppgaven, har bidratt mer enn hun kanskje aner.

Jeg vil også rette en stor takk til Anne Thorsen og ansatte ved biblioteket i P35, hos dere går kompetanse og service opp i en høyere enhet.

Tiden som masterstudent i sosialt arbeid har vært en utrolig spennende og lærerik tid, og alle som har undervist ved masterstudiet i denne perioden har grunn til å være stolte av det studiet de tilbyr. Mine medstudenter har også bidratt med mange spennende, innsiktsfulle og til tider overraskende innspill i faglige debatter, ikke minst gjelder det kollokviegruppen min. Jeg håper vi fortsatt kan treffes for for en prat, selv om studietiden er over.

Oslo, mai 2012  
Ragnhild Bjørneng

## Innholdsfortegnelse

1.1	Bakgrunn for prosjektet .....	3
1.2	Språk som redskap til å utforske virkeligheten .....	4
1.3	Allmenntilstanden – kjennetegn og arbeidsform .....	5
1.4	Fastlegeordningen – beskrivelse og definisjoner .....	7
1.5	Fremstillinger av barnevernet i media .....	8
1.6	Oppbygging av oppgaven .....	9
2.	TEORI .....	11
2.1	Sammenheng mellom språk og diskurs .....	11
2.2	Sosialkonstruksjonistiske forutsetninger .....	12
2.3	Subjektposisjoner i diskursanalyser .....	13
2.4	Diskursiv kamp .....	14
2.5	Diskursiv forandring og maktrelasjoner .....	16
2.6	Tegn og semiotikk .....	17
2.7	Fortellinger som nøkkel til forståelse .....	19
3.	METODE .....	21
3.1	Det metodologiske utgangspunkt .....	21
3.2	Populasjon og utvalg i undersøkelsen .....	21
3.3	Rekruttering – utfordringer med å få tak i utvalget .....	22
3.4	Beskrivelse av det faktiske utvalget .....	23
3.5	Gjennomføring og bearbeidelse av intervjuene .....	24
3.6	Analysearbeidet .....	26
3.7	Etiske betraktninger .....	27
3.8	Min rolle som forsker .....	28
3.9	Kvalitetskrav i kvalitativ forskning .....	29
4.	TEGN SOM SKAPER BEKYMRING .....	31
4.1	Barnet i fortellingene .....	31
4.2	Foreldrene i fortellingene .....	33
4.3	Tegn og tolkning av tegn .....	34
4.4	Tegn ved barnet .....	35
4.5	Tegn ved foreldrene .....	37
4.5	Diskurser om rus .....	40

4.6	Rusmisbruk og foreldreskap .....	41
4.6	Psykisk sykdom og foreldreskap .....	42
4.7	Rus og psykiske lidelser som tegn som utløser bekymring.....	43
5.	DISKURSER OM BARNEVERNET .....	47
5.1	Å melde eller la det være .....	47
5.2	Diskursen om det skadelige barnevernet .....	48
5.3	Subjektposisjoner og praksis innen diskursen om det skadelige barnevernet .....	52
5.4	Diskursen om det passive, inkompetente barnevernet.....	54
5.5	Subjektposisjoner og praksis innen diskursen om det passive, inkompetente barnevernet .....	55
5.6	Legen og barnevernet som samarbeidspartnere.....	58
6.	DISKURSER OM LEGEROLLEN .....	60
6.1	Barrierer for meldepraksis knyttet til legerollen.....	62
6.2	Barrierer for meldepraksis knyttet til strukturelle forhold.....	63
7.	DISKUSJON OG IMPLIKASJONER .....	66
7.1	Generaliserbarhet og overførbarhet av resultatene .....	66
7.2	Tegn som skaper bekymring.....	67
7.3	Barrierer for meldepraksis i forholdet til barnevernet .....	68
7.4	Barrierer knyttet til legerollen og strukturelle forhold .....	69
	Litteraturliste .....	71
	Vedlegg	

## INNLEDNING

### 1.1 Bakgrunn for prosjektet

En viktig forutsetning for at barneverntjenesten skal kunne ivareta sine oppgaver, er at de får de opplysningene som skal til for å kunne gripe inn. I den tiden jeg jobbet som barnevernskonsulent i den kommunale barneverntjenesten, erfarte jeg hvor avhengig vi var av å få meldinger og informasjon for å bli oppmerksomme på barn og familier som trengte hjelp. Særlig så vi hvor viktig det var i forhold til små barn, og der problemene ennå ikke var så manifeste. Det er mange som har en sentral rolle i forhold til barn, og som vil ha særlige forutsetninger for å kunne avdekke forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenesten. Som barnevernsarbeidere forstod vi det dilemma det kunne være for en far eller mor, en bestemor eller nabo å melde fra til barneverntjenesten, men vi stilte oss mer undrende til at det samme så ut til å gjelde ansatte i barnehage, skole, helsestasjon, sykehus og legekantor. Det heter i Statistisk sentralbyrås (SSB) barnevernsstatistikk fra 2008: ” *Barnehage, helsestasjon og lege/sjukehus har ofte eit godt utgangspunkt for å melde frå til barnevernet om otte for dei yngste barna.*”<sup>1</sup> Likevel var det vårt inntrykk at vi mottok få meldinger fra disse arbeidsplassene og profesjonsgruppene i forhold til hva vi mente de måtte være i berøring med og fange opp av barnevernsproblematikk, og vi undret oss over hva det kunne skyldes.

I en kartlegging av samarbeidet mellom barnehage og barnevern, utført av Norsk Institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), peker Elisabeth Backe-Hansen (2009, 10) på at med utgangspunkt i at andelen meldinger fra barnehagene utgjør en relativt liten andel av meldingene til barneverntjenesten, argumenteres det med at barnehagene melder for lite, og at barn som trenger hjelp, blir oversett. Både i NOVA rapporten og i Cecilie Basberg Neumanns (2009) undersøkelse om helsesøstre, kommer det frem at det å sende en bekymringsmelding eller la det være kan ses som sluttproduktet i en komplisert prosess med flere mulige utfall, og hvor flere forhold vil påvirke det endelige valget. Jeg har ikke funnet tilsvarende undersøkelser for leger i Norge, men i en amerikansk undersøkelse (Flaherty, Jones, and Sege 2004), basert på fokusgruppeintervju av en gruppe allmennleger<sup>2</sup> i Chicago området, oppgav legene at noen av grunnene til at de nølte med å melde fra var at de ikke følte seg sikre på om grunnlaget for å melde var tilstede og at mange hadde dårlig erfaring med tidligere kontakt med barnevernet.

---

<sup>1</sup> <http://www.ssb.no/barneverng/arkiv/>, lastet ned den 12.09.2011

<sup>2</sup> Undersøkelsens informanter er ”Primary care physicians” som i USA er betegnelsen på leger med tilsvarende arbeidsfelt som norske allmennleger/fastleger.

Det er fra tid til annen oppslag i media i Norge om at leger og annet helsepersonell i for liten grad melder fra til barnevernet. Det er gjerne i kjølevannet av saker hvor følgene for barnet er svært alvorlige og tragiske, som i det som er blitt kjent som "Christoffer-saken"<sup>3</sup>.

I min nåværende stilling ved studieadministrasjonen ved Det medisinske fakultet har jeg blant annet ansvar for medisinstudentenes praksistjeneste hos allmennleger/fastleger og har derfor mye kontakt med medisinstudenter og leger. Med utgangspunkt i min bakgrunn som barnevernskonsulent har jeg i min nåværende stilling hatt et fokus på medisinstudenters og legers kjennskap til, og forhold til barnevern. I forbindelse med en forespørsel jeg hadde om melderutiner til barneverntjenesten ved mistanke om mishandling eller alvorlig omsorgssvikt uttalte en lege: "(...) *de er ikke enkle, slike saker. Terskelen er jo ...*". Denne uttalelsen fanger noe av den ambivalensen jeg og mine kolleger mente vi kunne oppleve hos andre profesjoner, og peker mot at det finnes noen barrierer som det er vanskelig å sette ord på og som ikke uten videre lar seg identifisere. Kari Killén skriver i sin bok *Sveket*: "Erkjennelsen av omsorgssvikt og barnemishandling stiller oss overfor store personlige og faglige utfordringer. Det er fortsatt et spørsmål om øynene som ser, og om det ansvar vi er villige til å ta." (Killén 2004, 21-22).

Min bakgrunn fra barneverntjenesten, min kontakt med allmennleger/ fastleger i nåværende stilling, og ønske om å utforske hva som kan ligge til grunn for denne ambivalensen er bakgrunnen for at jeg har valgt å gjøre en intervjuundersøkelse om allmennlegers/fastlegers forhold til barnevern som mitt mastergradsprosjekt og for følgende problemstillinger:

- Hvordan går fastlegene frem for å identifisere barnevernsproblematikk
- Hvilke barrierer er det for fastleger til å melde fra om bekymring til barnevernet

## **1.2 Språk som redskap til å utforske virkeligheten**

Overskriften er hentet fra en artikkel av Harriet Bjerrum Nielsen (1998) som blant annet handler om språk som datamateriale (empiri) og metode i forskning. Mitt kunnskapsprosjekt har ikke vært å finne et mål på hvor mange meldinger som sendes fra fastleger til barnevernet, men å finne ut hvilke forståelsesmåter som ligger til grunn for den praksis fastleger har i forhold til barnevernsproblematikk og barneverntjenesten. Det har jeg forsøkt å finne ved å

---

<sup>3</sup> <http://www.dagbladet.no/2009/08/07/nyheter/barnevern/innenriks/barn/barnemishandling/7554261/>, lastet ned den 18.03.2010.



undersøke hvordan for eksempel forholdet til barneverntjenesten snakkes om og forklares, det man kan kalle en *diskurs* (Winther Jørgensen and Phillips 1999). Diskursbegrepet kan ha litt forskjellige betydninger i ulike sammenhenger, men i de fleste sammenhenger dekker det en ide om at språket er strukturert i forskjellige mønstre. Ved å analysere disse mønstrene kan en finne hvilke forståelsesmåter som ligger til grunn. Oddbjørg Skjær Ulvik (2005) viser til at diskursbegrepet i noen utforminger ligger nær kulturbegrepet, men mens kulturbegrepet er omfattende og globalt, kan diskursbegrepet være mer anvendelig til konkrete analyser, fordi ”det kan betegne et mindre stykke kultur”. (2005, 51). Vi snakker for eksempel om en medisinsk diskurs, en barnevernfaglig diskurs, en helse- og sosialpolitisk diskurs. Mitt kunnskapsprosjekt har vært å utforske og analysere de forståelsesmåtene som er knyttet til hvordan legene identifiserer barnevernsproblematikk og barrierer og ambivalens knyttet til å melde fra om bekymring med utgangspunkt i språket.

Jeg vil kort redegjøre for hva som kjennetegner allmennlegen og allmennmedisinen, og de viktigste trekkene ved fastlegeordningen, for å klargjøre hvilken kontekst og rammer informantene i undersøkelsen har for sin praksis. Jeg vil også referere fra en undersøkelse om fremstillinger av barnevernet i media fordi media spiller en viktig rolle i påvirkningen av folks bilder og oppfatninger av barnevernet og hva de gjør.

### **1.3 Allmennmedisinen – kjennetegn og arbeidsform**

Jeg vil i den følgende redegjørelsen trekke noen linjer mellom allmennmedisin og sosialt arbeids grunnlag og arbeidsform. Til tross for forskjeller, blant annet i vitenskapelig kunnskapsgrunnlag, er det også flere felles trekk.

Allmennmedisinenes særpreg er at den skal se og behandle hele mennesket i sin sosiale sammenheng. Fagområdet omfatter derfor kunnskap om det enkelte individ, familien og hvordan sykdom opptrer i ulike grupper av befolkningen<sup>4</sup>. Allmennmedisin og allmennmedisinere har derfor et fokus på det som innen sosialt arbeid betegnes som ”personen i situasjonen” (Levin 2004, 15).

---

<sup>4</sup> <http://www.fastlegen.no/hva-er-fastlegeordningen/hva-er-en-fastlege/allmennmedisin-fastlegens-fag/Allmennmedisin+%E2%80%93+hva+er+det%3F.155.cms>, lastet ned den 01.04.2012

Allmennlegene har formulert et sett av normer, eller teser<sup>5</sup>, som arbeidet skal være basert på. Den første av syv teser slår fast at: ”Allmenntmedisinens sentrum er lege-pasientforholdet. Det viktigste er det personlige møtet og dialogen med pasienten over tid.” Det er med andre ord et sterkt fokus på *relasjonen* mellom personer, mellom hjelper og hjelpesøker. I tesen som omhandler allmennlegens hovedoppgaver, som er diagnostikk og behandling, kan en si at begrepene som brukes for å beskrive allmennlegens rolle nærmere, utdyper hva denne relasjonen innebærer, som *fortolker* av symptomer og plager, *veileder og lærer* for å hjelpe pasienten til å forstå sin situasjon og hvordan den kan mestres og *vitne og ledsager* gjennom pasientens og dennes nærmeste sykdom og lidelse. Dette har en parallell i det Irene Levin (2004, 16) sier om *relasjoners* plass i sosialt arbeid. Hun viser til at de er sosialt arbeids *tolkningsredskap* og *handlingsredskap*. De er tolkningsredskap når relasjonen inngår i analyseenheten; relasjonene mellom individet sett i lys av samfunnet, og handlingsredskap når man skal finne ut hva man skal gjøre og hvordan.

Tesen som slår fast at ”*Allmennlegen skal gi pasienten tro på egen mestring av hverdag og helse*” kan en si er allmenntmedisinens uttrykk for sosialt arbeids vektlegging av ”hjelp til selvhjelp”. Allmenntmedisin setter også sitt fag og mandat inn i en sosial- og samfunnspolitisk ramme, og en av tesene fastslår at ”*Å forebygge sykdom og uhelse er ofte et spørsmål om å endre samfunnsforhold*”. Som Levin (ibid, 17) påpeker er sosialt arbeid *sosialt* i alle deler av faget, både med hensyn til fokus og mål. Ordet sosial betyr at problemene har oppstått og er definert som sosiale problemer innenfor rammene av gitte samfunn og spesifikke sosiale mønstre, og det er fagets mandat er å beskjeftige seg med disse.

Allmenntmedisinerne har også en tese som kan sies å beskrive allmenntmedisinerens *portvaktfunksjon* hvor det heter at forventningene til allmenntmedisinen overstiger både ideelle og praktiske muligheter, og at det derfor er nødvendig å organisere arbeidet slik at det er de som har størst behov for hjelp som slipper til, og at allmennlegen må ta hensyn til behandlingstkostnader. Sosialarbeiderens *portvaktfunksjon* som forvalter av samfunnets felles goder, innebærer en tilsvarende vanskelig balansegang mellom hjelperollen og kontrollrollen. (Terum 2003).

Disse likhetene i allmenntmedisinens og sosialt arbeids problemforståelse, verdigrunnlag og tilnærming til pasienten/klienten, burde tilsi at det er mye som ligger til rette for at de to

---

<sup>5</sup> <http://tidsskriftet.no/article/673304>, lastet ned den 01.04.2012

profesjonsgruppene skulle kunne kommunisere og samarbeide. I kommunens førstelinjetjeneste har det da også vært ulike forsøk på samlokalisering og samorganisering mellom primærhelsetjenesten og sosial- og barneverntjenesten med utgangspunkt i at det ofte er de samme brukerne som trenger hjelp. Men som blant annet den amerikanske undersøkelsen viser, er det mye som tyder på at det er flere barrierer for denne kontakten. En forskjell mellom allmennleger og sosialarbeidere når det gjelder brukergruppe, kan være en faktor som forklarer noe. Det kan sies at vi har kontakt med leger ”fra vogge til grav”. For de fleste av oss starter kontakten allerede før vi ligger i vogga, gjennom svangerskapsoppfølgingen. Den *legen* de fleste kommer i kontakt med en eller flere ganger i livet, er allmennlegen, og rundt 80 % av oss vil være i kontakt med en allmennlege i løpet av et år<sup>6</sup>. Sosialarbeiderens brukere derimot, er en selektert gruppe, som det er et mindretall av befolkningen som blir kjent med gjennom sitt arbeid eller som klienter (Dahle 2010). Dette kan kanskje forklare noen av barrierene for å kontakte barnevernet som en kan finne blant andre profesjonsgrupper.

#### **1.4 Fastlegeordningen – beskrivelse og definisjoner**

Definisjon av en fastlege er en allmennlege som driver en praksis der det foreligger en formell avtale om et varig lege-pasientforhold som gir pasienten rett til tjenester hos denne legen og som koordinerer tjenester som pasienten trenger innen andre deler av helsetjenesten<sup>7</sup>.

Fastlegeordningen<sup>8</sup>, som ble innført 1. juni 2001 hadde som formål å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten ved å gi alle innbyggere rett til å bli registrert hos en fast allmennlege. Samtidig skulle ordningen bidra til en mer rasjonell bruk av ressursene i helsesektoren (Ot.prp nr 99 (1998-99)). Ved utgangen av 2005 var mer enn 98 prosent av befolkningen oppført på en liste hos en fastlege<sup>9</sup>.

Fastlegene er ansvarlige for å tilby allmennmedisinsk behandling til sine listepasienter og å prioritere pasienter som står på listen. De fleste fastleger utfører også offentlig legearbeid i

---

<sup>6</sup> Fra power-point presentasjon knyttet til forelesningen ”Diagnostikk i norsk allmennpraksis” holdt av professor Morten Lindbæk den 02.02.2012 for 10. semesters medisinsstudenter på profesjonsstudiet i medisin ved Det medisinske fakultet, UiO.

<sup>7</sup> <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/200703/05/index.html>, lastet ned den 01.04.2012.

<sup>8</sup> FOR-2000-04-14-328:d/Forskrift om fastlegeordning i kommunene. <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20000414-0328.html>, lastet ned den 05.10.2011.

<sup>9</sup> <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/200703/05/index.html>, lastet ned den 01.04.2012.

helsestasjoner, skoler, sykehjem eller fengsler, og kommunen kan pålegge fastlegene slikt offentlig allmenntilleggslegearbeid som en del av betingelsene knyttet til fastlegeavtalen. Kommunen kan også stille vilkår om at fastlegen deltar i organisert legevaktordning utenfor kontortid og i kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp tjeneste i kontortid (Sandvik 2006).

Fastlegene er nøkkelpersoner i forhold til henvisning til spesialisthelsetjenesten, sykmeldinger, søknader om uføretrygd, attester til forsikringsselskaper og forskrivninger av legemidler på blå resept. Det er disse funksjonene og aktivitetene som omfattes av begrepet *fastlegens portvaktfunksjon* (Norheim and Carlsen 2003). I tillegg kommer aktiviteter på fastlegekontoret, som genererer kostnader i form av refusjoner fra trygdeverket (konsultasjonen, hjemmebesøk, prøvetaking, tester mv.). En viktig målsetting ved innføringen av fastlegeordningen, ved siden av å bedre kvalitet og tilgjengeligheten til helsetjenesten, var å bedre effektiviteten. Dette ble definert som en mer rasjonell utnyttelse av ressursene i primærhelsesektoren og vektlegging av prinsippet om at pasienter skal behandles på laveste effektive behandlingsnivå. På bakgrunn av dette er fastlegens portvaktfunksjoner styrket ved innføringen av fastlegeordningen gjennom blant annet endringer i henvisningsregler (Ot.prp nr 99 (1998-99)).

## **1.5 Fremstillinger av barnevernet i media**

Edda Stang presenterer i en NOVA rapport (2007) en bearbeidet versjon av sin masteroppgave i sosiologi fra 2006, som er en innholdsanalyse av barnevernartikler i VG og Dagbladet i to perioder i 1994/95 og 2004/05. Ett hovedspørsmål er hvordan barnevernet fremstilles i løssalgspressen. Hun finner at av de 118 artiklene som inngår i undersøkelsen, kan bare 5 % sies å ha en positiv omtale av barnevernet, mens 64 % er negativ. Hun finner at det er særlig to negative fremstillinger av barnevernet og barnevernsarbeidere som går igjen; som den autoritære byråkraten som splitter familier ved unødvendig å plassere barn under offentlig omsorg. Den andre fremstillingen er nærmest den motsatte av den første, et barnevern preget av inkompetanse og mangel på dømmekraft og barnevernsarbeidere som ubesluttsomme individer som er ekstremt motvillig til å intervensere i familiers privatliv. Hun viser til at denne negative todelingen er funnet i lignende undersøkelser både i England, USA og Sverige. Franklin og Parton (1991; i Stang 2007), som står bak den engelske undersøkelsen, hevder at sosialarbeidere rutinemessig presenteres som uintelligente og maktglade personer som mangler innsikt av den mest elementære type.

Stang viser til at media spiller en viktig rolle i påvirkningen av folks bilder og oppfatninger av sosialarbeidere/barnevernarbeidere og hva de gjør. Fordi mange har liten erfaring med sosialt arbeid, vil media ha en viktig informasjonsfunksjon og ha en sentral rolle i formingen av den offentlige opinionen. I forhold til de fleste andre deler av velferdsstaten, vil det være et mindretall av befolkningen som blir kjent med barnevernet gjennom sitt arbeid eller som klienter. Stang viser til at barnevernet er en institusjon som er avhengig av tillit i befolkningen for å kunne fungere etter sin hensikt og sier:

*At samarbeidspartnere (for eksempel lærere, helsepersonell osv) og befolkningen for øvrig har tillit til at barnevernarbeiderne er kompetente til å utføre jobben sin, er en nødvendighet for at barnevernet skal få informasjon om barn som kan få hjelp etter Lov om barneverntjenester. (Stang 2007, 24).*

Det er derfor kanskje viktigere for barnevernet å være med og bidra til utformingen av den offentlige opinionen enn andre deler av velferdsstaten som de fleste er i berøring med en eller flere ganger i sitt liv.

## **1.6 Oppbygging av oppgaven**

I kapittel 2 gjør jeg rede for mitt teoretiske utgangspunkt. Jeg tar utgangspunkt i teorier om at språket definerer eller konstruerer virkeligheten, og at en ved å undersøke hvordan et fenomen snakkes om og forklares, det som kalles *en diskurs*, kan undersøke hvordan virkeligheten fortøner seg for de som inngår i de diskursive praksiser en undersøker. Jeg gjør kort rede for de sosialkonstruksjonistiske premissene som ligger til grunn for de fleste diskursanalytiske retningene, og for noen sentrale begrep innen diskursteori og diskursanalyse. Jeg gir også et kort riss av narrativ analyse, og noen hovedbegrep innen denne teorien, som jeg har benyttet i mitt analysearbeid.

Kapittel 3 handler om metode, og jeg beskriver her metodologiske betraktninger, populasjon og utvalg, den praktiske fremgangsmåten, analysearbeidet, etiske betraktninger og noen refleksjoner om min rolle som forsker og om studiens pålitelighet og gyldighet. I kapittel 4, 5 og 6 gjennomgår og drøfter jeg resultatene. Kapittel 4 heter "*Tegn som skaper bekymring*". Et utgangspunkt for å analysere frem prosessen informantene går gjennom for å identifisere bekymring er å se på hva informantene ser som *tegn* som skaper bekymring og hvordan de tolker disse tegnene. Kapittel 5 heter "*Diskurser om barnevernet*" og jeg ser her på hvordan

barnevernet fremstår i den virkeligheten informantene konstruerer, og hvilke subjektposisjoner og handlingsvalg disse tilbyr. Kapittel 6 heter ”*Diskurser om legerollen*” og jeg ser her på hvordan informantene forholder seg til sider ved legerollen og de strukturelle rammene som kan fungere som barrierer i forhold til meldepraksiser. I kapittel 7 drøfter jeg resultatene og noen implikasjoner disse kan ha.

## 2. TEORI

### 2.1 Sammenheng mellom språk og diskurs

Denne studien tar utgangspunkt i intervju, i det talte ord. Språk, i betydningen tale, tekst og språkkelig fremstilling har alltid vært sentral i samfunnsvitenskapelig forskning, som i all forskning. Harriet Bjerrum Nielsen sier det slik:

*Det gjelder for all forskning at språket er vårt redskap til å utforske virkeligheten. Det finnes ikke noe arkimedisk punkt utenfor språket og kulturen hvorfra forskeren kan studere virkeligheten. Selv harddataforskeren er henvist til å bruke språket til å formulere sine spørsmål og diskutere sine tall. (Bjerrum-Nielsen 1998, 190).*

En måte å tenke sammenheng mellom språk og virkelighet er at språket gjenspeiler eller representerer en *virkelighet* som finnes bak eller under språket (Hydén 1997, 10), en annen måte å forstå denne sammenhengen er at språket definerer eller konstruerer en virkelighet. Våre utsagn om verden omkring oss vil alltid løfte frem noe og skjule noe annet, språket er alltid en utvelgelse og en fortolking. Det er språket som styrer hvordan vi oppfatter og forstår virkeligheten omkring oss. ”Språket ikke bare gjengir en erkjennelse, det skaper erkjennelse”. (Thomassen 2006, 118).

Ved hjelp av språket skaper vi representasjoner av virkeligheten. Disse representasjonene er aldri bare speilinger av en allerede eksisterende virkelighet, representasjonene er med på å skape den. Det betyr ikke at virkeligheten ikke finnes, men den får kun betydning gjennom språket. Ved å undersøke hvordan et fenomen snakkes om og forklares, det man kan kalle en *diskurs* (Winther Jørgensen and Phillips 1999), kan man finne hvilke forståelsesmåter som ligger til grunn. Et eksempel er hvordan folk forstår et klaps på fingrene på et barn eller en dask på rumpa. Klapset i form av en fysisk kontakt mellom to legemsdeler er et materielt faktum. Når folk forsøker å sette klapset inn i en meningsgivende sammenheng, skjer dette innenfor en diskurs. Mange vil knytte hendelsen sammen med kategorien ”fysisk avstraffelse av barn”. Men ikke nødvendigvis på samme måte. Som i den nettartikkelen<sup>10</sup> med påfølgende nettdebatt hvor jeg har hentet dette eksempelet fra, setter noen slike handlinger inn i diskursen om barnemishandling, og trekker enten på den juridiske diskursen om hvorvidt handlingen er

---

<sup>10</sup> Foreldre&barn: Fysisk avstraffelse av barn. Publisert 10.11.2008, lastet ned fra nettet 23.10.2011.

en straffbar handling, eller den psyko-sosiale og barnevernsfaglige diskursen om hvilke skader og følger det får for barn å bli fysisk straffet. Andre trekker på den kulturelle diskursen, og beskriver fysisk avstraffelse av barn som utslag av en (fremmed) kultur. En klaps på hånden kan altså tilskrives mening ut fra mange forskjellige perspektiver eller diskurser, som også kan kombineres på forskjellige måter. Og forskjellige diskurser utpeker forskjellige handlinger som mulige og relevante i situasjonen. Dermed får den diskursive forståelse sosiale konsekvenser (Winther Jørgensen and Phillips 1999, 17-18).

Diskurs er et begrep som brukes av mange i litt forskjellige sammenhenger og betydninger. Grunnleggende er formålet om å finne ut hvordan omverdenen (eller deler av den) fremstilles, hvilke forståelsesmåter som ligger til grunn, og hvilke sosiale konsekvenser det får. Ved å fremstille virkeligheten på en måte fremfor andre mulige måter, konstituerer diskursene objekter på en bestemt måte. De skaper grenser mellom sant og falskt, og gjør noen typer handlinger relevante og andre utenkelige (Winther Jørgensen and Phillips 1999, 150-151).

Jonathan Potter og Margaret Wetherell bruker begrepet repertoar eller interpetativt repertoar og legger i dette begrepet de grupper av begreper, beskrivelser og talemåter som kan skilles fra hverandre og som ofte er samlet omkring metaforer eller livaktige bilder (1987, 147-149). Hvert repertoar gir ressurser som folk kan bruke til å konstruere versjoner av virkeligheten, men man kan bruke ordet diskurs til å beskrive det samme (Winther Jørgensen and Phillips 1999, 120). Jeg forstår interpretative repertoar, eller repertoar, til å være grupper av begrep og beskrivelser knyttet til mindre stykker ”virkelighet”, mens diskurser også kan omfatte større ”virkeligheter”, og ligge nær kulturbegrepet. Jeg kommer til å veksle mellom begrepene.

## **2.2 Sosialkonstruksjonistiske forutsetninger**

Winther Jørgensen og Phillips viser til at de fleste diskursanalytiske retningene har et sosialkonstruksjonistisk utgangspunkt som sier at mennesket konstruerer sin virkelighet gjennom språklige interaksjoner med andre mennesker. Det er fire premisser, eller antagelser, som er grunnleggende for de ulike sosialkonstruksjonistiske teoriene, og som også ligger til grunn for de fleste diskursanalytiske retningene. Vivian Burr (1995, 3-5) oppsummer de slik:

- *En kritisk innstilling overfor selvfølgelig viten*



Vår viten om verden kan ikke umiddelbart tas for objektiv sannhet. Vår viten og verdensbilder er ikke speilbilder av virkeligheten ”derute”, men et produkt av våre måter å kategorisere verden på.

- *Historisk og kulturell kontekstualisering*

Vi er grunnleggende historiske og kulturelle vesener. Våre verdensbilder og våre identiteter kunne ha vært annerledes, og de kan forandres over tid. Diskursiv handling er en form for sosial handling, som er med å konstruere den sosiale verden (inkludert viten, identiteter og sosiale relasjoner).

- *Sammenheng mellom kunnskap og sosiale prosesser*

Vår måte å forstå verden på skapes og opprettholdes i sosiale prosesser. Viten skapes i sosial interaksjon, hvor man både bygger opp felles sannheter og kjemper om hva som er sant og falskt.

- *Sammenheng mellom kunnskap og sosial handling*

I et bestemt verdensbilde blir noen former for handlinger naturlige, andre utenkelige. Forskjellige sosiale verdensbilder fører til forskjellige sosiale handlinger, og den sosiale konstruksjon av viten og sannhet får dermed konkrete sosiale konsekvenser.

Dette er et anti-essensialistisk syn: At den sosiale verden konstrueres sosialt og diskursivt betyr at dens karakter ikke er determinert av ytre forhold eller gitt i forveien, og at folk ikke har interne ”essenser” – det vil si et sett ekte og stabile eller autentiske karakteristika.

Michel Foucault var den som for alvor satte i gang diskursanalysen både ved å utvikle teori og begreper, og gjennom en rekke empiriske undersøkelser. Det er også Foucault som gir utgangspunktet for diskursanalysens subjektforståelse (Winther Jørgensen and Phillips 1999).

### **2.3 Subjektposisjoner i diskursanalyser**

Foucaults utgangspunkt for subjektforståelse er at subjekter skapes i diskurser. Ikke i betydningen at subjektet som en autonom og suveren enhet uttrykker ”seg selv” gjennom språket, men at det er språket som taler gjennom personen. Foucault var påvirket av sin lærer, Louis Althusser (1971; Winther Jørgensen and Phillips 1999, 25), som introduserte begrepet *interpellasjon* om den prosessen hvor språket konstruerer en sosial posisjon for individet. Hvis et barn sier ”mor”, og den voksne reagerer, så er hun blitt interpellert med en særlig

identitet – nemlig som mor – som det knytter seg særlige forventinger til om hennes oppførsel. Allmennmedisinerne har en tese som beskriver allmennmedisinerens portvaktfunksjon. Denne interpellierer legen som en *portvakt* som skal påse at samfunnets fellesgoder ikke misbrukes. Ved å akseptere rollen som tekstens mottaker, har legen sluttet seg til den subjektposisjonen som interpellasjonen har skapt. Men subjektet posisjoneres ikke bare ett sted, av en diskurs, men i mange forskjellige posisjoner av forskjellige diskurser. I sin legepraksis kan fastlegen være både ”lege”, ”kollega”, ”arbeidsgiver”. Etter arbeidstid kan hun være ”mor”, ”kjæreste”, ”venninne”. Som regel er det ikke et problem at man inntar forskjellige subjektposisjoner. Men hvis motstridene diskurser forsøker å organisere det samme sosiale rom samtidig, og man blir interpellert i forskjellige posisjoner som gjensidig forhindrer hverandre, oppstår det en konflikt, en *antagonisme* (Winther Jørgensen and Phillips 1999, 60). For legen kan det være uten problemer å bli interpellert i subjektposisjonen som lege, kollega og arbeidsgiver, men i forhold til en pasient kan det oppstå en antagonisme mellom legens rolle som samfunnets *portvakt* eller som pasientens *advokat* med fokus på pasientens interesse og integritet (Norheim and Carlsen 2003). Jeg har i min studie sett på hvilke subjektposisjoner de ulike diskursene som er tilgjengelig for mine informanter tilbyr, og hvilke handlinger og praksiser disse posisjonene utpeker som mulige og relevante i situasjonen

#### **2.4 Diskursiv kamp**

Foucaults premiss var at kunnskap ikke er en avspeiling av virkeligheten, men at kunnskap og sannhet er en diskursiv konstruksjon. forskjellige kunnskapsregimer utpeker hva som er sant og falskt. Hva som gjelder som viten på et gitt tidspunkt er ifølge Foucault ikke uttrykk for en høyere sannhet om forhold i den virkelige verden. Det fremherskende sannhetsregime er resultat av at noen har hatt makt til å definere virkeligheten på en bestemt måte; det vil si å få bestemte problemoppfattelser, rasjoner og løsninger til å fremstå som sanne og universelle. Hos Foucault er makt og viten uløselig knyttet sammen og makt dreier seg først og fremst om å skape menneskelige subjekter, som forstår seg selv og tenker på en bestemt måte (Foucault and Gosvig Olesen 1980; Foucault 1991; i Gosh 2007, 323).

Foucaults formål var å avdekke strukturen i de forskjellige kunnskapsregimene, det vil si reglene for hva man kan si og hva som er helt utenkelig, og reglene for hva som kan ansees for sant og falsk. De fleste diskursanalytiske retningene følger Foucaults syn på diskurser som noe forholdsvis regelbundet som setter grenser for hva som gir mening og at sannhet er noe

som skapes diskursivt, men i motsetning til Foucault er de fleste retninger opptatt av at det til enhver tid er forskjellige diskurser som hver for seg representerer en bestemt måte å tale om og forstå den sosiale verden på – og som hele tiden kjemper mot hverandre for å oppnå hegemoni (Winther Jørgensen and Phillips 1999, 22).

I en artikkel i Tidsskrift for den norske legeforening peker Olaug S. Lian og John-Arne Røttingen (2002) på en slik hegemonisk kamp innen det medisinske området. Inntil for noen tiår tilbake har det vært vanlig å beskrive legerollen som en profesjon med sin egen normative kultur, kjennetegnet av felles ideer, verdier og standarder som definerer hva som er anbefalt, foretrukket, tillatt eller forbudt og som medlemmene forventes å orientere sine handlinger etter. Dette er en kultur bygget på humanistiske ideer hvor respekt for menneskeverdet, likhet og rettferdighet har vært sentral verdier.

I det moderne moderne samfunn har det utviklet seg et stadig økende gap mellom tilbud og etterspørsel etter helsetjenester. Dette henger sammen med at befolkningens ønsker og forventninger, etterspørselen, øker mer enn det som er tilgjengelig av tjenester, tilbudet. Samtidig fører medisinsk-teknologiske nyvinninger til et større spekter av tjenester som overskrider samfunnets vilje til å finansiere tjenestene. For å møte utfordringene fra dette såkalte ”helsegapet” har det de siste årene i de fleste vestlige industriland vært gjennomført en rekke politiske tiltak som innebærer store endringer i måten helsetjenesten er styrt, organisert og finansiert. Økonomiske teorier har fått en viktig rolle i omstillingsprosessen, både i situasjonsdefinisjonen og i selve politikktutforming. Ifølge Lien og Røttingen har denne økonomifaglige måten å betrakte legen og helsevesenet på, nærmest fått en hegemonisk status i omformingen av helsevesenet, etter hvert også her i Norge, hvor teorier, begreper og språk knyttet til private bedrifter og marked er blitt fremtredene på (Saltman, Figueras, and Sakellarides 1998; Bartlett and Le Grand 1993; Saltman and Otter 1995; Lian and Midré 1996; i Lian and Røttingen 2002).

Det som av Lian og Røttingen betegnes som medisinens normative kultur av felles ideer, verdier og standarder som definerer hva som er anbefalt, foretrukket, tillatt eller forbudt og den økonomifaglige kulturen, slik den fremtrer i språk og ideer, og som former legerollen og styrer helsevesenets virksomhet, tilsvarer det som av Foucault ville kalles diskurser. Norheim og Carlsen (2003) viser i en studie de har gjort blant fastleger etter innføring av fastlegereformen at fastlegene opplever det som vanskelig å balansere sin doble rolle som

portvakt for velferdsstatens fellesgoder og som pasientens advokat. Med Foucaults begrep kan en derfor si det foregår det *diskursive kamper* på det medisinske området om legers selvforståelse.

## 2.5 Diskursiv forandring og maktrelasjoner

Det er en underliggende premiss for diskursteorien at de utsagn som fremsettes innen et felt, ett domene, er relativt enslydende og gjentakende. I vår konkrete språkbruk tar vi alltid i bruk allerede etablerte betydninger og kategorier. Vi kan ikke tale om noe vi ikke har begreper for. Det er denne stabiliteten, som gjør det mulig å identifisere og analysere frem de utsagn, begrep og kategorier som danner et mønster, en diskurs. Samtidig peker de fleste diskursanalytiske retninger på at diskurser er i stadig endring. Gjennom vår språkbruk skjer det hele tiden endringer og bevegelser, vi setter sammen elementer fra forskjellige diskurser på nye måter. Betydninger forhandles og skapes. På denne måten endres diskursene, og det kan også oppstå nye diskurser. Ved å sette sammen elementer fra forskjellige diskurser, kan den konkrete språkbruken forandre de enkelte diskursene, og dermed også den sosiale og kulturelle omverden (Winther Jørgensen and Phillips 1999, 15).

Det er særlig Norman Fairclough som i sin kritiske diskursanalyse har hatt et fokus på å undersøke forandring. Ifølge Fairclough er ikke hegemoni bare dominans, men en forhandlingsprosess, hvor man skaper en betydnings-konsensus. Det at det eksisterer konkurrerende elementer, gir et utgangspunkt for endring, fordi elementer som utfordrer de dominerende betydninger forsyner folk med ressurser til å gjøre motstand. Hegemoni er dermed aldri stabilt, men skiftende og uferdig og konsensus er alltid kun et gradsspørsmål (1992; i Winther Jørgensen and Phillips 1999, 88). Fairclough bruker begrepet *interdiskursivitet* om disse nye former for artikulering av forskjellige diskurser. Det at diskurstyper blandes på en ny måte er både et tegn på og en drivkraft i en diskursiv og dermed sosiokulturell forandring. De diskursive praksiser hvor diskursene blandes på en konvensjonell måte, er tegn på og drivkraft i opprettholdelsen av den dominerende diskursorden og dermed den herskende sosiale orden (1992, 1995; i Winther Jørgensen and Phillips 1999, 84).

Fairclough peker i denne sammenheng på at ikke alle individer og grupper har lik adgang til å artikulere elementer på nye måter og dermed skape forandring. Mulighetene for forandring begrenses av maktrelasjoner, som blant annet setter rammer for forskjellige aktørers adgang til forskjellige diskurser. Klasse og kjønn nevnes som eksempel. Slik jeg forstår det vil også et element som en profesjons status være av betydning for forskjellige aktørers adgang til forskjellige diskurser. En sosialarbeider eller barnevernsarbeider vil neppe ha tilgang til den medisinske fagdiskurs, men hvordan er forholdet den andre veien? Som Foucault pekte på er ikke hva som gjelder som viten på et gitt tidspunkt uttrykk for en høyere sannhet om forhold i den virkelige verden. Det fremherskende sannhetsregime er resultat av at noen har makt til å definere virkeligheten på en bestemt måte; dvs å få bestemte problemoppfattelser, rasjoner og løsninger til å fremstå som sanne og universelle. At for eksempel rusmisbruk betraktes som sykdom, og at ansvaret for rusomsorgen flyttes fra Sosialdepartementet til Helse og omsorgsdepartementet, kan sees som et uttrykk for at det er den medisinske problemoppfattelsen og rasjonen som har makten til å fremstå som sann fremfor for eksempel den sosialfaglige. På den annen side er det ingen entydig problemoppfattelse når det gjelder rus, og i de stadig skiftende og til dels samtidige problemoppfattelsene, i det vide spekter av profesjoner, organisasjoner og interessegrupper som deltar i konstruksjonen og rekonstruksjonen av hvordan rus og rusproblemer skal forstås og løses, kan en se at dominans ikke bare er hegmoni, men en forhandlingsprosess. Derfor er hegemoni aldri stabilt, men skiftende og uferdig og konsensus er alltid kun et gradsspørsmål (1992; i Winther Jørgensen and Phillips 1999, 88). Selv om det er den medisinske forståelsesmodellen som til en viss grad kan sies å være rådene i å definere problemforståelsen fremfor for eksempel den sosialfaglige, så er ikke den medisinske profesjonen like dominerende når det gjelder å være en del av løsningen. Det kan sees som uttrykk for at det er andre profesjoner som har makt til å fremstå som de rette til å løse problemene, eller som uttrykk for at rusmisbrukere er en pasientgruppe det er knyttet lite status til å behandle, og som medisinerne derfor har overlatt til andre (Dahle 2010).

## **2.6 Tegn og semiotikk**

Tine K. Jensen (2005) har med utgangspunkt i Potter og Wetherell og Charles S. Peirces semiotikk og konsept om tyding av tegn, utviklet en teori om identifisering og fortolkning av diskurser. Jensen tar utgangspunkt i at forståelse (meaning-making) konstrueres og rekonstrueres gjennom vår deltakelse i en kultur. Hun viser til at kultur kan bli definert som

”socially shared information that is coded in symbols” (Toomela 2003, 37; i Jensen 2005, 470), eller *tegn*, som er begrepet Jensen bruker.

Tegn har som symbol den funksjon at de peker på noe utover seg selv. ”Signs ’point’ at something outside themselves, by possessing the intersubjectively constituted capacity to make us think of something else” (Jensen 2005, 472). De har en intersubjektivt konstituert betydning som ikke nødvendigvis er knyttet til tegnets manifestasjon. Tegn peker mot noe som ikke nødvendigvis er tilstede i situasjonen. Derfor kreves det en tydning, en tolkningsprosess, for avdekke tegnets betydning. Charles S. Peirce (1955; i Jensen 2005, 472) viser ved sitt konsept om et triadisk system for tydning av tegn, objekt-tegn-interpretant, til hvordan hvert tegn fastsetter hva han benevner som en *intrepretant*, som i seg selv er et tegn. En interpretant kan enten være et tilsvarende eller er mer utviklet tegn. På denne måten vil tegnsystemet kontinuerlig endres gjennom de samme tydningspraksiser som konstituerer de

Peirce viser til at det er tre typer tegn. Ikon, som viser likhet mellom det som er tilstede og det som er fraværende, for eksempel et bilde. Indeks, som er et tegn hvor en del av noe står for hele og hvor det er en forbindelse mellom tegn og objekt, som feber som tegn på en infeksjon, og symbol, som er tegn med en tilfeldig forbindelse mellom den komponenten som er manifest og det den viser til. Forbindelsen mellom tegnet og det tegnet viser til er ved symbolske tegn en følge av konvensjon og etablerte regler og forestillinger. Disse forbindelsene er sjelden entydige, og et symbolsk tegn kan, ut i fra kontekst, vise til mer enn en tolkning. Et eksempel er et eple, som i vår kultur både kan symbolisere helse og synd.

Tegn kan omfatte mange ting, som ord og verbale uttrykk, men også ikke verbale tegn som et barns symptomer eller stillhet. Betydningen av tegnene konstrueres og rekonstrueres gjennom tolkningspraksiser, som har utgangspunkt i en spesifikk kontekst og som dannes gjennom sosial interaksjon. Tolkningsprosessen innebærer derfor verken å oppdage objektive, pre-eksisterende meninger, den er heller ikke tilfeldig eller objektiv. Den er en sosial, kulturell og intersubjektiv aktivitet, hvor å forstå et tegn som resultat av tolkning, er å kunne bruke det på en relevant måte og vite under hvilke forhold tolkningen er gyldig. Gyldig referer ikke her til sann i en essensialistisk betydning, men til en normativ riktighet. Ved å identifisere og analysere *tegn* og tolkningen av dem, er det mulig å identifisere de repertoar eller diskurser som er i bruk. Jeg har i min studie brukt teorien om tegn og tolkning av tegn for å analysere

frem hva informantene ser som tegn som skaper bekymring, hvordan de tolker disse tegnene, og til å identifisere hvilke forståelsesmodeller og diskurser som er tilgjengelige for dem i denne prosessen.

## **2.7 Fortellinger som nøkkel til forståelse**

Jeg har også benyttet grep fra narrativ teori i analysearbeidet. Lars-Christer Hydén viser til at fortellingen kan være en nøkkel til å forstå både oss selv og den andre, våre relasjoner og den verden vi lever i. Gjennom fortellinger gis vår verden og våre opplevelser mening og form.

*Berättelserna om världen är otaliga – de fångar något av världen som någon observerat eller upplevt, formulerar det och bjuder en lyssnare att ta del. Berättandet är en integrerad del av vårt sätt att formulera och förmedla erfarenheter och kunskap om det som vi finner anmärkningsvärt, olidligt och plågsamt, underhållande eller fantastiskt. (Hydén 1997, 9).*

For den som vil undersøke hvordan vi forstår verden og oss selv, er fortellingen en nøkkel til å nå, formulere og formidle denne kunnskapen. Hyden viser til at den sosiale virkelighet ikke er atskilt fra, eller uavhengig av språket, men at vi som aktører stadig tolker og forstår våre egne og andres handlinger *gjennom* språket. Slik går den narrative interessen sammen med forståelsen av språket, ikke som et speil eller en representasjon av ”virkeligheten”, men som konstituerende for virkeligheten, fordi all vår kunnskap om den sosiale virkeligheten er bundet til språket (Hydén 1997, 15).

Innen narrativ analyse er det flere retninger som benytter litt forskjellige begrep og har litt ulike komponenter. Som Hydén (ibid, 18) peker på er det også viktig å skille mellom muntlige og skriftlige fortellinger. Et intervju, selv om det blir skrevet ut som en tekst, vil være basert på en muntlig fortelling, og derved skille seg fra en skreven tekst blant annet i forhold til muligheter for å korrigere ordvalg og oppbygning. I et intervju kan en fortelling komme som en avgrenset enhet innenfor en pågående samtale, eller som en rekke ulike språklige hendelser hvor vi både som forteller og lytter (intervjuer) kan bruke fortellerbegrepet for å binde sammen og tolke disse ulike hendelsene til en helhet.

Det er noen sentrale trekk, som stort sett er felles innen de ulike retningene, som gjør en fortelling til en fortelling, selv om det brukes litt ulike begrep. Den må inneholde *hendelser*, som fremstilles i en viss *sammenheng*, og som er forbundet med hverandre over tid.

Hendelsene er med andre ord ordnet på en *tidsakse*, men i fremstillingen av hendelsene, kan de ha en annen rekkefølge. Hendelsene er *forårsaket* av noe eller noen, og de *oppleves* av noen, som kan være den som *forteller* om hendelsene, men ikke nødvendigvis, og som *fremstilles* av noen (Hydén 1997, 20).

Tiden, eller den temporale dimensjonen, er sentral for vår oppfatning om hva en fortelling er, og hva som hender i en fortelling. Vi plasserer hendelsene på en tidsakse, og hvordan hendelsene er ordnet på denne tidsaksen er avgjørende for tolkningen av hendelsenes betydning. Ved hjelp av en *intrige* (på engelsk det som betegnes som *plot*) bindes fortellingen sammen til en *historie*. Det er intrigen som skaper dynamikk, spenning og poeng i historien, og som gir relasjonene mellom aktørene som er med, og mellom hendelsene og handlingen i historien. Jeg har i studien brukt fortellinger fra empirien til å identifisere og analysere frem ulike forståelsesmåter, og som en ressurs til å identifisere hvilke diskurser informantene henter sitt repertoar fra og som ligger til grunn for disse forståelsesmåtene.



### **3. METODE**

#### **3.1 Det metodologiske utgangspunkt**

Ut i fra enkelte diskursteoretiske synspunkt er det noen som foretrekker analyser av naturlige samtaler og handlinger fremfor å utføre kvalitative forskningsintervju. Det er fordi en som forsker må være klar over at en alltid vil påvirke alle ledd i kunnskapsproduksjonen, og at det er særlig vanskelig å ha et bevisst forhold til alle sider av dette ved intervjuer. ”Men når det er sagt, så bør man ikke glemme at intervju er særlig velegnet til å undersøke menneskers forståelse av betydningene i deres livsverden, beskrive deres opplevelser og selvforståelse og avklare og utdype deres eget perspektiv på deres livsverden.” (Kvale and Brinkmann 2009, 137). Jeg valgte derfor å benytte meg av intervjuer og ønsket å få mest mulig konkrete beskrivelser av pasienten, hvor var det legen møtte pasienten, hva var det fastlegen observerte, hvilke refleksjoner skapte disse observasjonene og om, og i så fall hvilke, handlinger resulterte de i.

#### **3.2 Populasjon og utvalg i undersøkelsen**

Med utgangspunkt i problemstillingen og metoden, ønsket jeg å få et utvalg som hadde gjort seg noen erfaringer og refleksjoner om problemstillingen for å få frem bredden, mangfoldet og nyansene i hva det er ved en konsultasjon eller pasientkontakt som vekker en bekymring (Malterud 1996, 55). Det var ingen forutsetning for å belyse problemstillingen at fastlegens bekymring hadde ført til at det ble sendt en bekymringsmelding, og det var heller ikke satt som en forutsetning for å delta, men invitasjonen var utformet slik at jeg antok at det var de fastlegene som hadde gjort seg noen erfaringer og refleksjoner om problemstillingen som ville svare. Det var også lagt inn at møtet med barnevernsproblematikk kunne være som lege på helsestasjon for barn og unge, i skolehelsetjenesten, som deltager på legevakt mv

I tillegg ville det være ønskelig om utvalget kunne speile noe av den bredden en finner blant norske fastleger/ fastlegepraksiser slik at begge kjønn var representert, og at det var en spredning i antall år en hadde arbeidet som fastlege. Kjønn har betydning i mange sammenhenger i arbeidslivet, og i forhold til fastlegeordningen har andelsovervekten av kvinner og barn på kvinnelige legers lister og av menn på mannlige legers lister økt siden ordningen ble innført i 2011 (Rønsen and Hjortdahl 2007). Det forklares blant annet med at

norske og internasjonale undersøkelser tyder på at kvinner og menn har en preferanse for leger av samme kjønn som del selv (Grannes 2006, Delgado og Martinez-Canavate 1999 fra Rønsen og Hjortdal 2007) og alle barn ved fødselen automatisk blir tildelt mors lege som følge av bestemmelser i fastlegeordningen<sup>11</sup>. Hvor mange år en har arbeidet som allmennpraktiker/ fastlege vil ha betydning for den erfaring og kompetanse en har i sin profesjon, noe jeg antok ville ha betydning for hvilke vurderinger en gjør og hvor trygg en føler seg på sine vurderinger. I tillegg vil en fastlege som har drevet samme praksis over flere år, ha en annen kjennskap til sine pasienter enn en som har kortere tid i praksis. Jeg antok også at det ville være forskjell på å være fastlege i en storby og på en mindre plass, og om en drev solopraksis eller var en av flere leger på et flerlegesenter. For å få en best mulig variasjon i informantenes perspektiv ville derfor en geografisk spredning og en variasjon mht praksisorganisering være ønskelig hvis tid, ressurser og tilgang på informanter gjorde det mulig.

### **3.3 Rekruttering – utfordringer med å få tak i utvalget**

Hensynet til tid og økonomi gjorde det ønskelig å begrense seg geografisk. Jeg sendte derfor, med utgangspunkt i fastlegeoversikten på Helseøkonomiforvaltningens (HELFO)<sup>12</sup> nettsider, ut skriftlig invitasjon til å delta i undersøkelsen til 44 av de til sammen 494 fastlegene som var registrert i Oslo i oktober 2010 (se vedlegg 1). Jeg ekskluderte de fastlegene som enten hadde bistilling som praksisveileder (universitetslektor) ved UiO, eller som var kollegaer ved samme legekantor, for å utelukke leger jeg kjente og samarbeidet med. Dette resulterte i positivt svar fra *en* fastlege. Jeg sendte derfor i januar 2011 ut invitasjon til ytterligere 47 fastleger. Utvelgelsen av de 91 som fikk invitasjonen skjedde i første runde ved at jeg trakk et tilfeldig nummer mellom 1 og 10, og startet med den fastlegen som stod på denne plassen på listen. I runde to startet jeg med legen på plassen under, og trakk så ut hver tiende fastlege fra dette startpunktet. Resultatet av runde to var nok et positivt svar.

Jeg valgte derfor å forsøke å rekruttere flere deltagere ved å gå via personer i mitt nettverk som kunne sette meg i kontakt med fastleger som kunne tenke seg å delta, og som jeg ikke kjente. Denne metoden, snøballsrekruttering (Malterud 1996, 61), gav meg en mulighet til å

---

<sup>11</sup> FOR-2000-04-14-328:d/Forskrift om fastlegeordning i kommunene. <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20000414-0328.html>, lastet ned den 05.10.2011.

<sup>12</sup> HELFO-Helseøkonomiforvaltningen. <http://www.helfo.no/privatperson/fastlegeordningen>

søke få et utvalg med større geografisk spredning. Via en medstudent fikk jeg kontakt med to fastleger som fikk invitasjonen, og som sa seg villig til å delta på undersøkelsen. Jeg sendte ut ytterligere henvendelser til tre fastleger som tidligere hadde hatt bistilling ved UiO, og spurte om de kjente til kollegaer som kunne være interessert i å delta. Dette resulterte ytterligere i tre informanter. Intervjuene med de syv informantene ble gjennomført i perioden november 2010 til mars 2011.

Jeg hadde ikke på forhånd bestemt hvor mange informanter jeg ville ha med. Jeg hadde en antagelse om at kompleksiteten i tematikken og problemstillingen for undersøkelsen kombinert med den variasjonen en finner blant fastleger, kunne innebære at jeg for hvert nytt intervju fikk en ny innfallsvinkel, et nytt tema som kunne gi ny kunnskap og innspill til nye perspektiv i analysen. Det viste seg langt på vei å være riktig. Men nettopp fordi materialet viste seg å være så rikt, variert og nyansert var det nødvendig å begrense omfanget for ikke å miste oversikten og muligheten for å gå i dybden av materialet (Kvale 1996, 176-186; fra Malterud 1996, 58). Og selv om jeg ved hvert intervju fant en ny vinkling, et nytt perspektiv, var det også enkelte element som etter hvert gikk igjen i de fleste intervjuene og som indikerte at utvalget i rimelig grad var stort nok til å belyse bredden og variasjonen i problemstillingen (ibid 58). Hensynet til tid var imidlertid utslagsgivende for beslutningen om å avslutte arbeidet med å rekruttere flere informanter.

### **3.4 Beskrivelse av det faktiske utvalget**

De syv fastlegene som inngår i undersøkelsen er lokalisert i fem kommuner i fire fylker på Østlandet. To av kommunene kan karakteriseres som små landkommuner (under 10.000 innbyggere), to som mellomstore bykommuner (25-35.000 innbyggere), i tillegg til Oslo med sine drøyt 525 000 innbyggere. Legesentrene hvor informantene var fastleger varierte i størrelse fra en lege (solopraksis) til seks-legepraksis. Av informantene var to kvinner og fem menn. De hadde fra 6-22 års erfaring som allmennpraktikere. Tre var lege på helsestasjon for barn, en av dem var i tillegg lege i skolehelsetjenesten. En var lege på helsestasjon for ungdom. Av de tre som ikke var lege på helsestasjon for barn, ungdom/ skolehelsetjenesten hadde to vært lege på helsestasjon for barn og /eller ungdom tidligere.

### 3.5 Gjennomføring og bearbeidelse av intervjuene

Informantene fikk foreslå tid og sted for intervjuene. De fleste ble gjennomført på informantens arbeidsplass mot slutten av eller etter ordinær arbeidstid; et par i informantens hjem på ettermiddag/ kveldstid. I invitasjonen var det sagt at intervjuet ville ta ca en time. Denne tiden ble stort sett overholdt. Jeg var redd for at det ville medføre at jeg og informantene ikke ville føle at vi hadde tid og ro til å forfølge og utdype de temaene som ble tatt opp. Det kan til en viss grad også ha skjedd, uten at det vil være mulig å sammenligne de intervjuene man kunne hatt opp mot de som ble gjennomført. Samtidig ser jeg at nettopp den begrensningen den avtalte tidsrammen satte, kan ha hatt en produktiv effekt ved at det skjerpet både meg og informantene.

Utgangspunktet for intervjuene var invitasjonsbrevet, hvor det var skissert en tittel for undersøkelsen informantene samtykket i å delta i, og hva spørsmålene ville dreie seg om. Jeg hadde også utarbeidet en intervjuguide (se vedlegg 2). Denne ble ikke forelagt informantene på forhånd eller under intervjuet, og den ble heller ikke brukt aktivt av meg under intervjuene. Den fungerte som en referanseliste over de tema og problemstillinger jeg ønsket å dekke, men det var intervju hvor det ble tatt opp tema som ikke stod i intervjuguiden, og det var andre intervju hvor spørsmål fra intervjuguiden ikke ble berørt og hvor jeg heller ikke introduserte de. Intervjuene var åpne og semi-strukturerte, hvor jeg sørget for å dekke de fleste temaer på intervjuplanen, men ikke nødvendigvis i samme rekkefølge eller med de samme formuleringer. Dette gav deltakerne mulighet til å prege dagsordenen og konstruere lengre redegjørelser som egner seg for diskursanalyse.

Intervjuene ble tatt opp på bånd, noe informantene var informert om på forhånd i invitasjonen. Jeg transkriberte intervjuene selv. Det var den eneste løsningen, siden jeg ikke hadde ressurser til å ha en pålitelig og tålmodig sekretær til rådighet (Kvale and Brinkmann 2009, 202), men i forhold til denne undersøkelsen var det også den beste løsningen. Jeg brukte mye tid på transkrieringen, fordi jeg ønsket å få med så mye som mulig av hva som ble sagt, og hvordan det ble sagt. Opptakene var av god kvalitet, og det var svært lite som av det som ble ytret i løpet av intervjuene som ikke kom med. Kun i ett intervju var det deler av samtalen som ikke var mulig å høre fordi informanten senket stemmen. Jeg gjengav den muntlige taleformen så nøye jeg kunne, med små justeringer og modifikasjoner for å unngå at en særlig spesiell dialekt, talemåte eller sjargong kunne føre til identifisering.

Som Kvale og Brinkmann (ibid, 202) peker på fungerer transkriberingen på denne måten som en fortsettelse av det analysearbeidet som startet i intervjusituasjonen. Samtidig ble jeg bevisst hvor mange dilemma og valg en slik prosess stiller en i. Jeg hadde kjøpt inn en opptaker som gav god kvalitet på opptakene. Men jeg hadde ikke tilgang til programvare som gjorde det mulig å lagre intervjuene elektronisk, og som gir redigerings/ avspillingsmuligheter som spoling, sakte avspilling mv. Utover å regulere lydnivå, var det kun mulig å stoppe og starte opp igjen i en avspilling. Skulle jeg høre deler om igjen, måtte jeg starte fra begynnelsen av intervjuet. For å få med meg mest mulig spilte jeg gjennom og skrev av det første intervjuet fra begynnelse til slutt to ganger. Den prosessen tok så lang tid at jeg måtte gjøre et valg slik at de resterende intervjuene kun ble avspilt i sin helhet en gang. Som et kompromiss valgte jeg å avspille starten av alle intervjuene en ekstra gang, fordi jeg erfarte at jeg ved starten av en avspilling og transkribering mistet mer enn utover i intervjuet, hvor jeg kom inn i rytmen og talemåten til informantene. De delene av intervjuet som jeg mistet fordi jeg ikke husket eller fikk med meg hva som ble sagt, ble markert i manuskriptet.

De nye avspillingene av hele eller deler av intervjuet viste at det alltid var noen ord som ble endret fra transkripsjon til transkripsjon. Jeg kunne også bli uenig med meg selv om hvor jeg skulle sette komma eller punktum fra første til annen gangs gjennomlytting. Dette bekrefter det som Kvale og Brinkmann (ibid, 206) betegner som transkripsjonens fortolkningskarakter, det vil si at transkripsjonsprosessen er med å omforme materialet og dermed kunnskapsgrunnlaget, og at en som forsker må være bevisst sin medvirkning i alle ledd av kunnskapsutviklingen. Særlig i en intervjuundersøkelse som den jeg har gjennomført vil mine egenskaper og interesser i særlig grad prege materialet i form av spørsmål som er stilt eller ikke stilt, respons som er gitt eller ikke gitt (Malterud 1996, 69-70).

I gjengivelsen av sitater fra informantene er teksten rykket inn og gjengitt i kursiv. Hvis deler av et sammenhengende utsagn er utelatt, er dette markert med tre prikker i en parentes (...). En lengre pause, eller opphold i en ytring, er markert med tre prikker ... Hvis deler av utsagnet er utelatt fordi det ikke var mulig å høre hva som ble sagt på båndet, eller jeg ikke fikk det med meg i transkripsjonen, er dette markert med en tom parentes ().

### 3.6 Analysearbeidet

Mitt første analytiske fokus var på prosessen informantene går gjennom for å identifisere bekymring. Hva slags adferd og situasjoner vekker bekymring, og hvordan konstruerer informantene mening ut av dette? Hva karakteriserer denne prosessen? Et utgangspunkt med å finne et analytisk verktøy var Tine K. Jensens (2005) studie av den tolkningsprosessen som er involvert når omsorgspersoner konstruerer sin forståelse av sine barns oppførsel ved mistanke om seksuelle overgrep. For å analysere frem hvilke forståelsesmåter, hvilke repertoar og diskurser foreldrene tar i bruk i denne prosessen, går Jensen via *tegn* som et analytisk grep.

I min studie tok jeg i bruk dette analytiske verktøyet ved å ta utgangspunkt i de historiene informantene fortalte når de skulle referer til konkrete hendelser og situasjoner som skaper bekymring. Når jeg samlet og sortere disse, hadde jeg 35 store og små fortellinger knyttet til konkrete hendelser og personer. Neste steg var å sette de 35 fortellingene inn i en matrise, sortert etter felles trekk ved sakene. Hva var det informantene trakk frem som tegn som ble tolket som bekymringsfulle. En steg i prosessen med å identifisere hvilke tegn informantene trakter frem som grunnlag for bekymring var å analysere frem om informanten, ut i fra en kjent situasjon, antar at det er grunn til bekymring. For eksempel kjenner informatnen til at en enslig mor har store rusproblemer og antar at dette innebærer en bekymringsfull omsorgssituasjon for barna. Eller observer informanten tegn hos barnet eller omsorgspersonen (manglende vektøkning hos spedbarn, ustelte barn, rusede foreldre) og slutter at det er en bekymringsfull situasjon på bakgrunn av disse tegnene. Ved å markere alle utsagn hvor informantene snakker om hva som skaper bekymring har jeg hatt et utgangspunkt for å analysere frem hva informantene ser som tegn som skaper bekymring, hvordan informantene tolker disse tegnene og hvilke forståelsesmodeller og diskurser som er tilgjengelige for de i denne prosessen.

Mitt andre analytiske fokus var på ambivalens og barrierer. Med utgangspunkt i egen erfaring, og undersøkelser om holdninger og praksis i forhold til å kontakte barnvernet hos andre profesjonsgrupper i Norge (Backe-Hansen 2009; Neumann 2009) og leger i England og USA (Flaherty, Jones, and Sege 2004; Flaherty and Sege 2005), hadde jeg en forventning om at synet på barnevernet kunne være ambivalent, og at dette kunne representere en barriere i forhold til å melde fra til barnevernet. Men det kunne også være andre barrierer som kunne komme tilsyne i materialet.

Allerede da jeg lyttet gjennom, og transkriberte intervjuene, var det visse uttalelser jeg merket meg. Jeg gjorde flere gjennomlesninger av transkripsjonene og markerte alle utsagn som kunne knyttes til ambivalens mot å melde om bekymring til barnevernet. Utsagn fra intervjuene som jeg mente hørte til ett tema knyttet til ambivalens, ble fargelagt med samme farge og samlet i egne tekstfiler. Dette gav en mulighet til å se uttalelsene fra samme informant, og alle informantene, om samme tema, samlet. En slik empirinær tilnærming hvor en starter prosjektet uten ferdige analysekategorier, men lar analysekategoriene komme ut av materialet, gir rike mulighet til å utforske hva som ligger i materialet (Widerberg 2001, 127).

En konkret teknikk jeg benyttet for å identifisere utsagn knyttet til ambivalens var å fokusere på ordet ”men”. *Men* er sammen med *og*, *eller*, *for* en konjunksjon som på forskjellig måter binder ord, setningsledd og setninger sammen. Men betydningsforholdet mellom enhetene som bindes sammen er forskjellig. *Og* sidestiller enheter med samsvarende betydning, *eller* er en adskillende konjunksjon som gir valg mellom to eller flere nevnte muligheter, *for* uttrykker årsak, mens *men* først og fremst uttrykker motsetning.<sup>13</sup>

### 3.7 Ethiske betraktninger

Intervjuundersøkelsen ble meldt, og godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS. Informantene mottok på forhånd skriftlig invitasjon med informasjon om *samtynke* (se vedlegg 1), som ble gjentatt muntlig ved starten av intervjuet. *Konfidensialiteten* ble ivaretatt gjennom oppbevaring av data (lydopptak, papirkopier av brev, transkriberte intervju, rapporten) og ved at personidentifiserbare opplysninger ble utelatt i transkriberingen. Alle personidentifiserende opplysninger om informantene ble erstattet med et referansenummer som viste til en atskilt navneliste som kun jeg hadde tilgang til.

Kvale (1997, 118-128) peker på at refleksjoner rundt forskningsetiske problemstilling bør prege hele forskningsprosessen. Dette er en intervjuundersøkelse om barnevern. Det som er spesielt i forhold til barnevern er at det er flere svake parter involvert, og at det er et fagfelt og tema som kan engasjere sterke følelser, og hvor skjønn og vurderinger, verdier og normer er

---

<sup>13</sup> <http://www.riksmallsforbundet.no/Språktjenester/Grammatikk-med-nye-grammatikktermer/Språkets-legoklosser/Konjunksjoner-og-subjunksjoner.aspx>, lastet ned den 20.09.2011.

sentrale elementer. Jeg har derfor hatt en løpende vurdering av om min bruk av det informantene forteller kan skade dem selv, pasientene eller deres profesjonsgruppe.

Jeg har i gjengivelse av tekstutdrag fjernet eller endret beskrivelser som ikke har hatt betydning for analysen og som enten kunne identifisere informanten eller andre personer eller institusjoner som blir omtalt. Jeg har også endret eller fjernet enkelte språklige særegenheter i talemåter som enten kunne knyttes til *en* informant, eller til et avgrenset geografisk område (lokale talemåter, begrep, dialekt). Historiene som fortelles om barnevernet er generelle, og det vil ikke være mulig å gjenkjenne *en* barneverntjeneste. Der hvor barn eller foreldrene som vekker bekymring er beskrevet, har jeg vært ekstra påpasselig med å utelukke eller eventuelt endre beskrivelser og karakteristika som kan identifisere disse (Kvale and Brinkmann 2009, 210). Det er også et poeng at man i en diskursanalyse er opptatt av å analysere tale og praksiser, ikke det enkelte individ. Analysene er derfor ikke en individuell analyse av hver enkelt informant, men en analyse av de repertoar, de diskurser som er felles og tilgjengelig og i bruk hos informantene. I noen av de lange sitatene kan man se at enkelte informanter beveger seg mellom ulike diskurser eller er ambivalent i forhold til posisjonering innefor en og samme diskurs. Men det forekom at samme person posisjonerte seg forskjellig på ulike steder i et intervju, uten at jeg har gjort rede for det. De enkelte sitatene er derfor ikke en helhetlig representasjon av *en* informants oppfatning av barnevern, barneverntjenesten eller sin egen rolle.

Konsekvensene av en intervjustudie som denne er det ikke mulig å ha kontroll eller oversikt over. Mange av informantene gav uttrykk for at de i løpet av intervjuet ble mer bevisst i forhold til de temaene som ble tatt opp, og at de følte det som nyttig og noe de kunne bruke. Forklaringene informantene bruker er preget av kompleksitet og ambivalens som speiler det vanskelige temaområde som barnevern er, og jeg håper min formidling av resultatene har klart å ivareta dette slik at både informantene, barna og foreldrene og de institusjonene som blir omtalt blir ivaretatt.

### **3.8 Min rolle som forsker**

Når man arbeider med diskurser som man selv er tett på, er det særlig vanskelig å se dem som diskurser, altså som sosialt konstruerte betydningssystemer, som kunne ha vært annerledes.



Jeg har de siste 10 årene arbeidet tett på allmennleger/fastleger, både akademikere og klinikere. Fordelen i forhold til denne undersøkelsen, var at jeg kunne stille mer relevante og fruktbare spørsmål enn om jeg ikke hadde denne erfaringen. Utfordring var å stille meg åpen til det intervjupersonene fortalte, og ikke forstå for mye for raskt. Siden jeg er så tett på fastlegenes/ allmennmedisinere, deler jeg mange av de selvfølgelighetene som ligger i materialet. Samtidig er jeg ikke en del av denne kulturen. Jeg er ikke utdannet medisiner, og har heller aldri arbeidet i en fastlege/allmennpraksis. Som utdannet sosionom, og med tolv års praksis fra sosial- og barneverntjenester, er jeg en del av den kulturen som er tema for undersøkelsen. Et avbrudd på 10 år gjør at jeg ikke umiddelbart identifiserer meg med profesjonsgruppen. Samtidig kjenner og gjenkjenner jeg de arbeidsmetodene og utfordringene innen barnevernsarbeid som kan virke så uforståelig for andre, og som er gjenstand for mye kritikk fra fastlegene som deltar i denne undersøkelsen. For informantene presenterte jeg meg som masterstudent i sosialt arbeid, og jeg vil anta at de så meg som en representant for sosialarbeiderprofesjonen. Det kan også ha innvirket på hva de har fortalt og hvordan de har formulert seg.

Min bakgrunn og posisjonering har derfor betydning for valg av tema, hvilke informanter jeg har brukt og hvilke analytiske tema jeg har valgt å trekke ut av det empiriske materialet jeg har til rådighet og de analysene jeg gjør. I en konstruksjonistisk tradisjon, hvor denne oppgaven plasserer seg, er: "(...) enhver analyse mer en konstruksjon av en virkelighet enn en oppdagelse av den." (Bjerrum-Nielsen 1998, 195). Den teksten denne oppgaven representerer er derfor et resultat av både min aktuelle konstruksjon og den måten min aktuelle konstruksjon er bestemt ut i fra de mønstre og konvensjoner som forekommer naturlige og selvsagte fra min historiske og kulturelle kontekstualisering.

### **3.9 Kvalitetskrav i kvalitativ forskning**

Kvalitetskravene i kvalitativ forskning innebærer at forskeren gjør rede for og dokumenterer alle steg i produksjon av sine data og åpent viser sine valg og tolkninger. I motsetning til et ideal om en objektiv forsker, er det et krav at forskeren gjør rede for sitt ståsted og for sitt bidrag i forskningsprosessen (Merrick 1999). At disse kravene er oppfylt er en forutsetning for at resultatene fra studien kan ha gyldighet utover seg selv. Jeg har i det foregående gitt en nøye redegjørelse for de tekster som inngår i undersøkelsen, hvordan de er fremskaffet og hvordan de er fremstilt. Det vil si hva som utgjør materialet som danner utgangspunktet for

analysen; rekruttering, intervjuene, transkriberingen, valg av analytiske tema, analyseredskap, teorier mv. Ved å være tydelig på hvilke analytiske redskap jeg har benyttet og ved å gjengi sitater og hele veien forankre mine fortolkninger i tekstutdrag, fortellinger og eksempler fra empirien, gir jeg leseren anledning til selv å vurdere om mine tolkninger og analyser er rimelige. En annen person ville kanskje, gitt samme empiriske materiale, ha kommet frem til andre analyser enn meg, men på denne måten gir jeg leseren en mulighet til å ta en stilling til de valg og tolkninger jeg har gjort.

## **4. TEGN SOM SKAPER BEKYMRING**

Mitt første analytiske fokus var på prosessen informantene gjennomgår for å identifisere bekymring. Hva slags adferd og situasjoner vekker bekymring, og hvordan konstruerer informantene mening ut av dette? Ved å markere alle utsagn hvor informantene snakker om hva som skaper bekymring har jeg analysert frem hva informantene ser som tegn som skaper bekymring, hvordan de tolker disse tegnene og hvilke forståelsesmodeller og diskurser som er tilgjengelige for dem i denne prosessen.

Det denne analysen viser er at det i hovedsak er foreldrene og foreldrefunksjonen som beskrives, og at barna i liten grad blir omtalt eller beskrevet. Det er forekomsten av et problem som impliserer noe i forhold til foreldreskap og foreldrefunksjon, som rusmisbruk og psykisk sykdom, som er i fokus. Det er derfor sjelden den faktiske foreldrefunksjonen som beskrives og vurderes, det er den antatte eller forestilte foreldrefunksjonen, som bygger på en generell viten om hva problemkategorier som rus og psykisk sykdom har å si for foreldrefunksjon.

Analysen viser videre at det er et vidt register av tegn informantene trekker frem når de identifiserer hva det er som skaper bekymring. Det som er tydelig i mitt materiale er at informantene i sin vurdering av hva som er et tegn, og i sin tolkning av dette tegnet, tar i bruk en generell kunnskap om den betydning tegnet har i den kulturelle og sosiale kontekst tegnene sees i, med andre ord at bekymringen forstås gjennom tilgjengelige diskurser. Denne kunnskapen sees i lys kunnskap om den enkelte familie. Jeg vil først si noe om hva som kjennetegner beskrivelsene av barna og foreldrene i fortellingene, og så hvordan informantene identifiserer og tolker bekymringsfulle tegn ved barn og foreldre.

### **4.1 Barnet i fortellingene**

Det er store forskjeller på hvordan det snakkes om barn fra intervju til intervju, og innen det enkelte intervju. I noen trer barnet frem som personer med kjønn, alder og egenskaper. Andre steder blir barna referert til som en generell betegnelse, en kategori med få eller ingen kjennetegn. Det var denne siste måten å snakke om barn som er betegnende for de fleste barna i mitt materiale. Det er også et trekk at i mange av fortellingene blir ikke barnet nevnt eksplisitt, men fremkommer bare i begrep som knyttes til barnets foreldre. Dette tolker jeg som uttrykk for to forhold som ikke utelukker hverandre. Det ene er at beskrivelsene er basert

på få eller kanskje ingen møter med barna, og det andre at oppmerksomheten er mer rettet mot barnas foreldre og deres omsorgsfunksjon, enn mot barnet selv.

Denne presentasjonen av to barn i en historie hvor informanten har initiert en kontakt med barnevernet, kan sies å være representativ:

*Det var vel bare en enslig mor med to barn som... og den, den gangen, for to – tre år siden så var vel de i førskolealder. Like i førskolealder var vel en, og en var vel akkurat begynt på skolen. (...) Nå ser det ut til at det kommer noe... blir et besøkshjem for disse barna en gang i måneden eller noe sånt noe.*

Bortsett fra en vag angivelse av hvilken aldersgruppe de to barna tilhører; *like i førskolealder var vel en, og en var vel akkurat begynt på skole*, er det ingen begrep som karakteriserer eller beskriver barna. Barna betegnes som *to barn* og *disse barna*. I den følgende fortellingen er ikke barnet nevnt eksplisitt, eller nærmere beskrevet.

*(...) Så var de på helsestasjonen, de var der i forrige uke. Og var der i dag og. Og da brukte vi litt sånn, vi hadde grunn til å kontrollere vekten og altså. Men vi brukte det som en av grunnene til at vi hadde lyst til at hun skulle komme tilbake. (...)*

*Hun* i denne sammenhengen er ikke barnet, det er barnets mor. Barnet er tilstede i historien, men kun som en underliggende, uutalt premiss, for det som fortelles, *vi hadde grunn til å kontrollere vekten på barnet og altså*. I andre beskrivelser fremkommer barnet bare i begrep som knyttes til barnets foreldre, *psykisk syk far, enslig mor*. I det følgende utsagnet, som er et av flere lignende talemåter, er barnet med som en implisitt del av *relasjonen*.

*(...) Og det var jo snakk om å få denne jenta, denne unge dama over i et mødre hjem, over i en type institusjon etter at hun hadde født, for at hun skulle få...for å lage gode rammer rundt den relasjonen.*

Det var også beskrivelser av barn i mitt materiale som skiller seg fra denne måten å fremstille barn. I disse beskrivelsene fremstår barna som personer, ikke bare som representanter for en kategori. De er imidlertid få, men i følgende beskrivelse blir vi kjent med et barn med egenskaper og interesser.

*For der hadde jeg en gutt nå nylig, han var 10 eller 12, og jeg tenkte jo ikke på ham med barnevern, men han var falt litt gjennom og gått inn i, levde litt i en egen verden.*

*Og kom med far. Og så var det blitt litt trøbbel på skolen, og de ville ha henvisning til BUP. (...) Men her var det ikke noe barnevern inne. Men... Og så kom det jo fram i den samtalen med de ... I forhold til for eksempel, han hadde jo fått to små søsken, veldig tett. De var jo nå kanskje bare ett og to halvt eller noe sånt, (...) Og det var etter at de yngste barna var født at denne her gutten hadde forsvunnet inn i en sånn spillverden. Han spilte hele kvelden og hele ettermiddagen, og veldig sånn, ikke interessert i sport, ikke sånn type. Litt sånn kjekk, glup, ikke sånn ... ja, noen er slik.*

Dette barnet beskrives både med kjønn og alder, egenskaper og interesser, *ikke interessert i sport, ikke sånn type. Litt sånn kjekk, glup.* Vi blir gjennom beskrivelsen kjent med gutten, og kan sammen med fortelleren følge den videre resonneringen og forstå hva som kan ligge bak det gutten gjør som skaper bekymring.

*Og klart at det tok jo jeg opp med far, har ikke dere tenkt over at plagene hans, - veldig raseriutbrudd på skolen og hjemme, ikke kontrollere sinne og veldig sånn undertrykt følelsesmessig sjalusi og sånn. Og det var jo veldig sånn interessant, for (...) dette kom samtidig med at de fikk barn nummer to (...) og far innrømmet jo, at det hadde vært lettvis med den barnevakten med TV og dataspill. Så det hadde jo vært alt for lite oppmerksomhet til den her gutten. Og det kunne jo han bekrefte og egentlig.*

Beskrivelsen av barnet i denne fortellingen danner imidlertid et unntak. De fleste barna informantene beskrev i fortellingene om bekymring ble referert til som barn eller barna, med få eller ingen kjennetegn, eller var fraværende og fremkom kun implisitt i historien eller i begrep knyttet til barnets foreldre.

## **4.2 Foreldrene i fortellingene**

I motsetning til barna er det flere fremstillinger hvor foreldrene fremstår som personer med kjønn, alder og egenskaper. Beskrivelsene fremstiller personer av ”kjøtt og blod”, og kan være som små portretter eller biografier.

*(...) et eksempel på en pasient som jeg kjenner veldig godt – over år. Hun har vært min pasient i praksisen som jeg hadde før, og hun fulgte meg hit. En nå uføretrygdet, relativt ung kvinne med (...) veldig broket oppveksthistorie, og psykiske problemer som hun er uføretrygdet for, og som da for ca, det blir vel to år siden, blev kjent med en mann (...) Og det ble den store kjærligheten (...) alle i hjelpeapparatet rundt henne er veldig glad i henne og stiller veldig opp. Hun appellerer til sånn mors og farsfølelse. Og med de menneskene som har klart å bli glad i henne, har hun en veldig trofast kontakt, så selv om hun kan bli såret og sint og lei seg og tårene spretter, så kommer hun alltid tilbake til de som hun vet er glad i henne på en måte.*

Selv i korte fremstillinger av foreldrene vil det som regel inngå begrep som beskriver personen, slik som følgende utsagn hvor informanten med få ord gir et tydelig bilde av en mor.

*(...) Hadde mistet mannen sin og litt dårlig nettverk og en litt sånn ivrig sjel som skulle klare alt, og slet med å klare alt.*

Mor blir i denne fortellingen beskrevet med begrep som både posisjonerer henne sosialt, hun har mistet mannen sin og er enslig, og som beskriver henne med egenskaper; hun er *en ivrig sjel som skulle klare alt*. Implisitt ligger det også i beskrivelsen en forklaring som peker til hvorfor hun har problemer; hun har mistet mannen sin og har litt dårlig nettverk.

Men også foreldrene blir refert til som en generell betegnelse, ”mor” og ”far” eller ”foreldrene”. Til forskjell fra ”barnekategorien”, som er ensartet bortsett fra vage referanser til barnets alder, er bruken av foreldrekategoriene ofte ledsaget av en beskrivelse, ”en merkelapp”, som fungerer som en betegnelse på en problemkategori.

*Hjemmeboende far med en alvorlig psykiatrisk diagnose som vil ikke la seg behandle.*

*Ung mor med en litt rusproblematikk.*

Bruken av disse problemkategoriene forutsetter at betydningen av de i konteksten mor og far med omsorg for barn er felles og relevant. En kan si at rus og psykisk sykdom fungerer som tegn som skaper bekymring, og bruken fortsetter en generell viten som er sosialt, kulturelt og intersubjektivt situert om hva problemkategorier som rus og psykisk sykdom har å si for foreldrefunksjon (Burr 1995).

### **4.3 Tegn og tolkning av tegn**

Mitt analytiske fokus var på prosessen informantene gjennomgår for å identifisere bekymring. Hva slags adferd og situasjoner vekker bekymring, og hvordan konstruerer informantene mening ut av dette? Hva var det informantene trakk frem som tegn som ble tolket som bekymringsfulle. Tegn har som symbol den funksjon at de viser til noe utover seg selv. Tegn kan omfatte mange ting, som ord og verbale uttrykk, men også ikke verbale tegn som symptomer eller stillhet. Forbindelsen mellom tegnet og det tegnet viser til, er en følge av konvensjon og etablerte regler og forestillinger. Den er sjelden entydige og kan, ut i fra

kontekst, vise til mer enn en tolkning. Det kreves derfor en tolkningspross både for å identifisere noe som et tegn, og avdekke tegnets betydning (Peirce and Buchler 1955; Toomela 2003; i Jensen 2005).

Min analyse viser at det i hovedsak er tegn ved foreldrenes problemkategorier som beskrives. Det er imidlertid flere beskrivelser av fysiske og psykiske tegn og symptom og affektive tegn som redsel og sinne hos barn i mitt materiale, selv om det er færre beskrivelser både av barn og fysiske tegn ved barna enn forventet ut ifra konteksten (legepraksis/ helsestasjon). I disse beskrivelsene er det hva de impliserer i forhold til foreldreskap og foreldrefunksjon som gjør at de identifiseres som bekymringsfulle tegn, og som tegnene tolkes i lys av. Forklaringene på forekomsten av bekymringsfulle tegn, som symptom på en fysisk eller psykisk sykdom, er gjerne kausale, hvor årsaken er å finne hos foreldrene og deres foreldrefunksjon, og virkningen er det en ser som tegn hos barna.

#### **4.4 Tegn ved barnet**

Fysiske tegn og symptom kunne være for eksempel hodepine og magesmerter: *"mye magesmerte, altså mye somatiske plager"*. At et barn har magesmerter behøver ikke tolkes som et tegn, et uttrykk for at barnet opplever å ha det vanskelig, og dermed tolkes som en indikasjon på en bekymringsfull omsorgssituasjon. Det kan være et symptom på kolikk, magesår eller forspising. Det som i mitt materiale er avgjørende for om tegnet identifiseres som et bekymringsfullt tegn, og dermed hvilken tolkning det får, er sammenstillingen med andre tegn og den rammen og konteksten det settes i. Barnets magesmerter blir her sett som et tegn på at hun ikke ønsket å gå på skolen fordi det ikke fungerer så greit på skolen: *"barnet sliter litt på skolen"*, som igjen knyttes til mor og far og deres foreldrefunksjon: *"Mor har ikke fått barnet på skolen. Far er ikke inne i bildet og ..."*.

Som med fysiske symptom, blir psykisk sykdom hos barn og unge også sett og tolket som tegn som impliserer noe om foreldrefunksjonen. Dette er dreier seg gjerne om større barn, og ungdom. Psykiske plager er gjerne koblet til beskrivelser av atferd hos barn og unge, og forklaringene indikerer at årsaken til problemene er å finne hos foreldrene.

*Jeg har hatt, det var en ungdom, som jeg jobba med for noen år siden, der blei jeg kontakta av barnevernet ja. (...) Det var en ungdom fra et ressursvakt hjem, med*

*ressurssvake foreldre, dårlig grensesetting og så blei det, ja sånn tenåringsopprør og hun rømte da, hjemmefra og ja. (...) og hun her hadde mye angstplager og mye uro*

I beskrivelsen av barnet gis det samtidig en beskrivelse av foreldrenes oppdragelsespraksis, som i det følgende eksempelet hvor barnet, eller ungdommen, er blitt henvist til skolehelsetjenesten fordi læreren er bekymret.

*(...) Dette er et litt større barn da. En ungdom. Er mye overlatt til seg selv og mye press på at alt skal være toppkarakterer på skolen og ble veldig lite sett. Følte seg lite sett. (...) Og hun ønsker jo å flytte til en fosterfamilie, (...) Vi prøvde å gå dypere i det (...) men det som var verst var at hun følte ikke at hun ble sett. Følte ikke at foreldrene var glad i henne og – så det er ikke lett alltid, med ungdommer.*

Det er også eksempler som viser hvordan mindre hendelser i en konsultasjon kan fungere som bekymringsfulle tegn fordi de peker mot noe annet utenfor situasjonen, som i følgende eksempel.

*Kan ofte observere sånn skremt unge, ikke i kontakt med foreldrene, så detter noe i gulvet og så blir barna redde foreldrenes mulige reaksjon som de sikkert da biter i seg fordi de er på legekantoret, men du ser jo hva de forventer (...)*

Her er det et tegn som peker mot noe som ikke nødvendigvis er tilstede i situasjonen. Derfor kreves det en tydning, en tolkningsprosess, for å avdekke tegnets betydning. Informanten observerer en unge (objekt), som når noe faller blir redd foreldrenes mulige reaksjon (tegn), som ikke manifesterer seg der og da, men fordi tegnet har kapasitet til å peke utover situasjonen, forstår informanten hva dette innebærer, *du ser jo hva de forventer* (interpretant).

I mitt materiale var det ingen referanser til tegn på fysisk mishandling, og kun et par referanser til mistanke om seksuelle overgrep, og en av informantene viser til hvor vanskelig det kan være å identifisere og tolke slike tegn.

*Hvis du ikke ser sånne helt klare tegn sånn som... vi lærer jo om for eksempel skader på barn (...) som vanskelig kan oppstå ved at det faller og slår seg og så videre, at det er skader på steder hvor, som tyder på at de er blitt utsatt for vold, ikke sant. Sånne ting kan vi jo. Men det at barn endrer litt atferd, at de blir litt mer sånn, at de blir mer stille eller innesluttet eller ...*



At et barn endrer litt atferd, blir mer stille og innesluttet kan sees som et tegn, og tolkes som at barnet har vært utsatt for noe. Men at et barn endrer seg, er ikke nødvendigvis et tegn, eller kan tolkes som tegn på noe alvorlig, ” *nå kan jo barn endre seg uten at det må være noe dramatisk med det, selvfølgelig*”. Det kan være vanskelig å tolke slike tegn, hvis det ikke finnes andre ledetråder.

*(...) en jente, som det var snakk om i det tilfelle, hadde det ikke bra. Men, men henne kjente jeg ikke så godt på forhånd, jeg bare syntes hun fremsto som litt merkelig. Men foreldrene visste jeg jo hvem var, og det burde - og jeg burde ha koblet de tingene sammen.*

Det som er avgjørende for om et tegn identifiseres som et bekymringsfullt tegn, og tolkningen av det, vil være sammenstillingen med andre tegn og den rammen og konteksten det blir sett i. Tegn og deres betydning er flyktige og kan endre seg ut i fra kontekst og sammenstilling med andre tegn.

#### **4.5 Tegn ved foreldrene**

Det denne analysen viser at det er foreldrenes problemkategorier, som rus og psykisk sykdom, og hva de impliserer i forhold til foreldreskap og foreldrefunksjonen som betegnes som bekymringsfulle tegn. Det er derfor sjelden den faktiske foreldrefunksjonen som vurderes, selv om det også forekommer, men den antatte eller forestilte foreldrefunksjonen, som bygger på en generell viten om hva problemkategorier som rus og psykisk sykdom har å si for denne funksjonen. Analysen viser at det i tolkningen av bekymringsfulle tegn ofte er snakk om en prosess som innebærer å ta i bruk både spesiell kunnskap om den enkelte familie, og generell kunnskap om foreldrenes problemkategori. Jeg vil belyse dette med noen eksempler.

*Ja, det er, det er en familie som jeg har fulgt helt siden jeg begynte. Som har flere barn. Og mor har vært deprimert. Og da er vi jo selvsagt bekymra. Og prøver jo å hjelpe til med den depresjonen, og sett at barna har litt adferdsvansker, og – blir nok ikke fulgt opp så godt som de skal da. På skole og i forhold til, ja, generelt. Og veldig kontaktsøkende barn, og noen av de barna kunne dukke opp... Kunne dukke opp på legekantoret når som helst, og hadde vondt her og der, og ville ha litt oppmerksomhet da.*

Informanten kjenner til at mor er deprimert. Det er et tegn som koblet med omsorg for barn i henhold til etablerte forestillinger er bekymringsfull. Observasjon av barnas adferd, som sees som adferdsvansker, kobles til mors sykdom, de blir *nok ikke fulgt opp så godt som de skal*

da. At barna dukker opp på legekantoret og presenterer ulike ”vondter”, sees som et uttrykk for at de har behov for kontakt og oppmerksomhet, en tolkning som gjøres i lys av kjennskapen til mors sykdom og familiesituasjonen.

Det er sjelden bare er ett tegn som identifiseres, som regel er det flere som sees i sammenheng, og som tolkes i lys av hverandre. Som i følgende utsagn om en pasient med en psykisk lidelse hvor legen har sendt en bekymringsmelding til barnevernet:

*(...) har en nokså appellerende måte som forsvar i sin sykdom, og han sier at barna forstår meg ikke. Så da var jeg rask med å skrive inn. (...) Har ikke hørt noe etter at jeg sendte meldinga nei. Sendte for øvrig gjenpart til pasienten. Det gjør jeg alltid. (...) og pasienten har vært her en gang etter han... Han har vært her en gang etter at han mottok kopi. Og han virket uinteressert. Og det speiler nok hans psykiske sykdom.*

Pasientens måte å forholde seg til sin sykdom i forhold til sine barn sees som et bekymringsfullt tegn, det samme gjør pasientens manglende reaksjon på at legen har sendt en bekymringsmelding til barnevernet. Som igjen settes i sammenheng med hans psykiske lidelse. Også den følgende uttalelsen viser hvordan flere tegn kobles, og sammen danner de et bilde som peker mot en fortolkning som gir grunn til bekymring.

*Det viser seg på stikkprøvene (rus, min kommentar), eller at den saken at mor blir innlagt fordi far har mishandlet mor. Og barnehagen har også vært bekymra, for far har henta barnet i rusa tilstand for eksempel.*

Selv om forekomsten av en problemkategori som for eksempel rus ofte identifiseres som et bekymringsfullt tegn, kan sammenstillingen med andre tegn ofte endre tolkningen.

*Ung mor med en litt rusproblematikk. Og så hadde helsesøster vært på hjemmebesøk der. Ja, velstelt og fint og pent hjemme i leiligheten (...) men mor snakket litt, og jeg tror det viste seg å være litt ungdomsmåten å prate på. Sier kjosk i stedet for kiosk og (...) helsesøster fikk litt sånn bange anelser med bakgrunn i historien (...) Er det en litt sløvet mor vi har med å gjøre? Så var de på helsestasjonen (...) Og var der i dag også. (...) Og kom tilbake i dag med en helt allright samboer, og oppførte seg helt allright, og da får vi ro for at, da følger vi med dem, men her er det ikke så veldig stor grunn til mistanke, så da slapper vi mer av.*

Tegnet, mors måte å prate på, kan tolkes som et uttrykk for at det er en *sløv mor*, i lys av hennes historie med rusproblematikk. Dette er en tolkning som tar utgangspunkt i en kulturell forestilling hvor rus og omsorg for små barn er bekymringsfull. Når dette tegnet blir koblet

med flere tegn; *velstelt og pent i leiligheten, en allright samboer og oppførte seg allright*, tolkes tegnet som et uttrykk for mors tilhørighet til en ungdomskultur; *det viste seg å være litt ungdomsmåten å prate på*. Tolkningen av tegnet settes inn i en annen ramme og kontekst, og i denne konteksten gir ikke tegnet grunn til samme uro.

Motsatt kan et tegn, som i en annen kontekst ikke vil gi grunnlag for bekymring, tolkes som et bekymringsfullt tegn når det sees i sammenheng med foreldrefunksjon.

*Vi har jo hatt, jo hatt kontakt med henne, for hun har sognet til den helsestasjonen jeg er på nå, og hun har vært i tottene på helsesøster der, så det ble en akuttsak der for en del uker tilbake, hvor hun, hvor hun oppførte seg helt, veldig spesielt på helsestasjonen. Skrek og bar seg (...)*

Å skrike og bære seg, vise tegn på aggresjon og sinne vil ikke bli oppfattet som tegn på en bekymringsfull adferd på en fotballkamp, men på en helsestasjon blir skrikingen tolket som et tegn på ustabil person som det er bekymringsfullt skal ha omsorgen for et barn.

Tegn kan, som jeg har vist, ha flere eller motstridene tydinger, det kan til og med være uklart om det er et tegn. Tolkning av tegn skjer imidlertid innenfor en kulturell og sosiale kontekst, hvor tolkningsprosessen innebærer at å forstå et tegn som resultat av tolkning, er å kunne bruke det på en relevant måte og vite under hvilke forhold tolkningen er gyldig. Ved å identifisere og analysere *tegn* og tolkningen av dem, er det mulig å identifisere de repertoar eller diskurser som er i bruk (Potter and Wetherell 1987; i Jensen 2005). Det er særlig beskrivelser av bekymring knyttet til rus og psykiske lidelser hos foreldrene det er mange av i mitt materiale. Det er også andre bekymringskategorier som er representert, men forekomsten innen hver kategori er så få, at det er vanskelig å identifisere felles begrep og uttrykk som kan sies å danne et repertoar og en diskurs. Et slikt eksempel er konflikter mellom foreldrene i forbindelse med samlivsbrudd og skilsmisse. I den grad denne bekymringskategorien er i bruk, blir foreldrekonflikten bare ett av flere, mer bekymringsfulle tegn. Og fokus i disse fortellingene er mer på hva konflikten innebærer for informanten i form av å skrive uttalelser til retten i forbindelse med barnefordelingssaker, enn for barna.

#### 4.5 Diskurser om rus

Jeg vil i starte med en kort gjennomgang av de noen av diskursene om rus som er en del av den diskursive virkelighet informantene er en del av, og som er tilgjengelig for informantene. Det er ikke en, men mange diskurser om rus i Norge i dag, som reflekterer mange og til dels motstridende syn på og forståelsesmodellene for rusmisbruk, årsaker til avhengighet og behandling. Bruk av rusmidler har funnet sted til alle tider og i de fleste kjente kulturer. Hva som er, og har blitt betraktet som bruk og misbruk har imidlertid variert. ”Det uklare skillet mellom akseptabel bruk og misbruk har bidratt til at de samfunnsmessige holdningene til rusmiddelbruk gjennom tidene har vært tvetydige og til dels motstridene”, påpeker Georg Høyser, og viser til at strenge reaksjoner som bryter med normene for riktig bruk har gjort seg gjeldene, samtidig som det har vært stimulert til økt bruk av rusmidler i befolkningen for øvrig (2004a, 259). Rusmisbruk som uttrykk for en svak og umoralsk karakter og rusmisbruk som sykdom er to forklaringsmodeller. Begrep som *alkoholisme*, *narkomani* peker mot sykdomsmodellen (Høyser 2004a, 266). I så fall er rusmisbrukeren mindre å bebreide for sin tilstand, og har dermed mindre ansvar for ”symptomene”, rusmisbruket, som må behandles og kureres av profesjonelle med kompetanse på behandling. Sykdomsmodellen er igjen utfordret av syn som legger større vekt på den enkeltes ansvar for sitt bruk og misbruk. *Tvang og frivillighetsdiskursen* er bare en av mange diskurser innen rusfeltet som speiler de ulike forståelsesmodellene som finnes.

Rusfeltet er et felt hvor ulike forståelsesmodeller kjemper om hegmoni og hvor ulike profesjoner som sosialarbeidere, psykologer, medisinere og ulike frivillige organisasjoner kjemper om å være de rette til å definere og løse problemene. De ulike forståelsesmodellene kan også leses ut av ulike og til dels motstridene sosialpolitiske tiltak; begrenset tilgjengelighet (monopol), høye priser (avgifter), strenge straffer, behandling og/ eller skadereduksjon<sup>14</sup> og i endringer i administrativ organiseringen<sup>15</sup> (Høyser 2004a).

---

<sup>14</sup> Substitusjonsbehandling (metadon), eller legemiddellassistert rehabilitering (LAR), utdeling av rene sprøyter, og etablering av sprøyterom er eksempel.

<sup>15</sup> Det administrative ansvaret for rusmiddelomsorgen i Norge lå lenge under sosialdepartementet. ”Rusreformen” som trådte i kraft i 2004 innebærer at tilbudet til alkoholmisbrukere og misbrukere av andre rusmidler ble integrert i de ordinære sosial- og helsetjenestene. Dagens organisering har i større grad lagt rusmiddelomsorgen inn under helsetjenesten, og markerer et ønske om et skifte bort fra særomsorg (Høyser 2004b, 286).

I mitt materiale kom disse ulike diskursene om rus til syne både på tvers av og innad i intervjuene. En informant kunne i løpet av et intervju bevege seg mellom flere diskurser, også innen et utsagn. Jeg skal i det følgende belyse noen av de ulike posisjonene informantene inntar til rus og rusmisbruk, og vise hvordan disse viser tilbake til de ulike diskursene som er tilgjengelig for informantene.

#### 4.6 Rusmisbruk og foreldreskap

Snakker informantene om bruk av rusmidler eller rusmisbruk? I mitt materiale gjør de begge deler. Bruken av *mis* sammen med *bruk* signaliserer at *bruken* det referes til er feil eller dårlig.<sup>16</sup> Ved å benytte begrepet *misbruk* gis det allerede i valg av begrep et signal om at det er en feil bruk av rusmidler som beskrives. Det at begge begrep er i bruk, viser til de tvetydige og til dels motstridene holdningene til rusmiddelbruk som finnes i det kulturelle og sosiale univers informantene er en del av. De motstridene holdningene til rusmidler og de uklare skillene mellom akseptabelt bruk og misbruk, kom blant annet klart til uttrykk i de relativt få referansene til alkohol. I disse uttalelsene tas det i bruk begrep og uttrykk som understreker omfanget og det kroniske i bruken. Dette tolker jeg som et uttrykk for at siden alkohol skiller seg fra andre rusmidler ved at det er lovlig, og et rusmiddel de fleste av oss bruker, også som foreldre, er mengde og frekvens viktig for å skille mellom oss, brukerne og de, misbrukerne.

*Det var en enslig mor som går hos meg som jeg oppfatter har et kronisk alkoholmisbruk.*

*(...) med en mor som under svangerskapet ble meldt til sosialtjenesten på grunn av mistanke om alkoholbruk i svangerskapet. Av alkohol, ikke et glass vin i ny og ne, men alkoholisme.*

Det var også i dette ene utsagnet knyttet til bruk av alkohol at et begrep som peker mot en klar forståelse av rusmisbruk som en sykdom, *alkoholisme*, er i bruk. Dette tolker jeg som et uttrykk for at forståelsen av rusmisbruk som en sykdom ikke er enerådende, og kanskje ikke engang dominerende hos mine informanter. Som nevnt vil en forståelse av rusmisbruk som sykdom innebære at rusmisbrukeren er mindre å bebreide for sin tilstand, og dermed har

---

<sup>16</sup> **Definition:** added to the beginning of a verb or word formed from a verb, to show that the action referred to by the verb has been done wrongly or badly. Cambridge Dictionaries Online <http://dictionary.cambridge.org/>, lastet ned den 18.04.2012.

mindre ansvar for rusmisbruket. Jeg ser derfor de få referansene til rusmisbruk som en sykdom som uttrykk for at informantene velger en forklaringsmodell som i større grad gjør rus til et spørsmål om valg. Betegnelsene å bruke/ misbruke rusmidler viser til handling, som noe du *gjør*, og bærer i seg at det er noe du også kan velge *ikke å gjøre*. Når bruk av rusmidler knyttes til foreldreskap, ligger det en enda sterkere forventning til ikke å velge rus.

*Hun har ikke tatt ansvar for sin egen situasjon, og har ikke klart å ... Det er jo et eget kapittel for så vidt – at hun ikke har klart å – selv om hun har barnevernet rundt seg – selv om hun har en helsestasjon som kjenner til saken.*

Samtidig viser utsagnene til at informantene ikke har en entydig forståelse at rusmisbruk som noe du velger, og at de, når de taler om rusmisbruk og foreldreskap,, beveger seg mellom flere diskurser. Beskrivelser av foreldrenes intensjoner henter elementer fra diskurser hvor det å ruse seg er et spørsmål om valg. Samtidig viser informantene til rusmisbruket som en del av foreldrenes person og ikke en tilstand, som foreldrene til tross for situasjonen, det vil si foreldreskapet, ikke kan kurere eller velge bort. Disse utsagnene viser at informantene også henter elementer fra forståelsesmodeller og diskurser hvor rusmisbruk sees som en del av mors og fars personlige egenskaper.

*De er sånn emosjonelt, så er de veldig tilstede, og de ønsker å gjøre alt de kan. Men det er ikke alltid det holder hvis de ikke () og det er rett og slett fordi de har det ikke bra de foreldrene. Det går opp og ned.*

*Men jeg vet alle rus, rusfamilier her, ... en som jeg kjente til, og som hadde et barn og de hadde vært på den klinikken og ble utskrevet der og det gikk veldig bra, hadde ungen – ei jente – hjem, men så sklei det litt ut etter hvert.*

I mitt materiale er det ingen entydig problemoppfattelse når det gjelder rus, og informantene beveger seg mellom diskurser som viser til de mange ulike forståelsesmodeller for rus og rusmisbruk som er en del av den diskursive virkelighet informantene taler innenfor.

#### **4.6 Psykisk sykdom og foreldreskap**

Når informantene snakker om psykisk sykdom og foreldreskap er det sykdomsmodellen som er den rådene forståelsesmodellen. Det er begrepene *psykisk* og *sykdom* som er koblet sammen, og innen dette repertoaret er det medisinske fagspråk og terminologien mye i bruk. En kan si at diagnosen blir et tegn som skaper bekymring.

*Men det er en kvinne som har et par sånne psykiatriske diagnoser, ADHD og bipolar lidelse sammen, så hun er jo egentlig,... har i hvert fall potensial til å bli ordentlig syk, kan man si*

Med andre ord er dette et repertoar som speiler at det som defineres som psykiske lidelser er et *medisinsk* anliggende. Som med rus viser uttalelsene til psykisk syk både som noe du *er* og til psykiske lidelser, plager, problemer som noe du *har*. Det er imidlertid ingen uttalelser som viser til psykiske problemer som noe du *gjør* eller *ikke gjør*, noe som jeg tolker som at til forskjell fra rus at det er ingen forklaringsmodeller tilgjengelig for informantene som åpner for valg. Sykdom sees ikke noe man velger, kanskje med unntak av livsstilssykdommer. Livsstilssykdommer kan omfatte rusmisbruk, men ikke psykiske lidelser. Sykdomsmodellen innebærer at den syke er mindre å bebreide for sin tilstand, men åpner for spørsmålet om det er en sykdom som kan behandles og kureres eller ei, eller om behandling av psykisk sykdom kun er behandling av symptomer; det vil si skadereduksjon.

I likhet med rusfeltet har psykiatrien vært, og er, en arena for diskursiv kamp. I sine historiske studier av "psykopatologiens historie" fra 1800 tallet viser Foucault (1969; i Thomassen 2006, 121) at psykiatrien i denne tiden dreier seg om svært forskjellige tilstander hvor en rekke nye typer lidelser dukker opp, andre forsvinner og atter andre omgrupperes og omdefineres. Dette er en kamp om å definere "virkeligheten" og "sannheten" som med stadig skiftende klassifiseringssystemer og behandlingspraksiser er like aktuell i dag.

#### **4.7 Rus og psykiske lidelser som tegn som utløser bekymring**

Det er et felles trekk ved begge repertoar at bruk av rusmidler og psykisk sykdom i seg selv fremstår som tilstrekkelig begrunnelse for bekymring. En kan si at bruken fortsetter en generell viten som er sosialt, kulturelt og intersubjektivt situert om hva problemkategorier som rus og psykisk sykdom har å si for foreldrefunksjon. Dette er utsagn som viser til at det innen den kulturelle og sosiale kontekst informantene tilhører er noen forventninger knyttet til foreldrefunksjonen, som foreldre med rusproblemer og psykiske lidelser ikke sees å innfri. Det er derfor den antatte eller forestilte foreldrefunksjonen mer enn den faktiske som vurderes. Følgende utsagn, hvor det er faktisk, observert foreldrefunksjon som beskrives, danner derfor et unntak.

*Mor virket, når vi opplevde henne sammen med barna, til ikke å ha emosjonell kontakt. Virket sliten, tidvis ruset, veldig trøtt. Mistanke om rus i forhold til fedrene, og mor, og som til tider kunne virke psykotisk. I enkelte kontakter ikke til stede rett og slett.*

Som jeg viste til tidligere fungerer rus og psykisk sykdom som kategorier som i konteksten far/mor med omsorg for barn peker mot bekymringsfullt. Det er klart og automatisk bekymring når den ene av foreldrene er psykisk syk eller ruser seg.

*Men det er klart når den ene forelder er så psykisk syk, så er det jo en automatisk bekymring fra alles sider, for omsorgsevne (...)*

*... jeg observerte henne faktisk sitte på uterestaurant flere ganger i uken. Jeg hadde flere ganger i uka en fast sånn busstransport pga oppgave, og da så jeg henne der. Og da det i tillegg fantes laboratoriestøtte på rus, så fant jeg det såpass entydig at jeg måtte si fra om det.*

Sammenstillingen rus og gravid fungerer også som en bekymringskategori som i seg selv utløser bekymring.

*Det har vært mye rus med henne også... og så ble hun gravid da (...) Så ble hun gravid. Og da hadde vi kontakt underveis før hun skulle føde fordi at vi var fryktelig bekymret for ... om hun var i stand til å ta seg av det barnet.*

Det er også trekk ved utsagnene som peker mot hvorfor informantene setter rus og psykiatri inn i en bekymringsfull kontekst. Dette er et repertoar hvor begrep som *ustabil, ikke kompetent, ikke tilstede* er sentrale, og som peker mot at innen den diskursive virkelighet informantene taler innenfor skal barn ha stabile, kompetente, velfungerende, tilstedeværende voksne med evne til å ta vare på seg selv og barna, og hvor *relasjonen og kontakten* mellom voksne og barn sees som viktig.

*Det var en veldig ung jente, hun hadde jeg mye kontakt med. Det var nesten manglende evne til å ta vare på seg selv. Psykisk ustabil, ja, så der meldte jeg før barnet ble født.*

*Det er en ikke velfungerende 20 år gammel jente med en rusbakgrunn og som ikke er kompetent liksom til å ta alle avgjørelser.*

Å være ruset eller deprimert går ut over *kvaliteten* i samværet med barn.

*Ja, jeg må nesten si der at jeg oppfatter alkoholbruk per se som problematisk for et voksent menneske som har ansvar for mindreårige. Ikke for at de skal slå seg selv ()*



*forderva, men fordi det endrer oppmerksomhet og () speiling () som er så sentral i normalutviklingen. Så jeg oppfatter det med alkoholbruk, uten at de nødvendigvis er berusa, det er på samme måte som en omsorgsperson skulle ha en moderat depresjon. Det går altså ut over kvaliteten i det samværet, spesielt det med speiling. Men det er nå så.*

Diskursene om rus og psykisk sykdom og foreldreskap viser til at det innen den kulturelle og sosiale kontekst informantene tilhører er noen krav knyttet til foreldrefunksjonen, som foreldre med rusproblemer og psykiske lidelser ikke sees å innfri. Disse kravene, eller kulturelle kodene for foreldreskap uttrykker noen ideer om barn og forholdet mellom foreldre og barn som sier at barn skal ha stabile, kompetente, velfungerende, tilstedeværende voksne med evne til å ta vare på seg selv og barna. Den voksne må være i stand til å sette barnas behov foran egne behov, og kvaliteten på relasjonen mellom voksne og barn er viktig.

Nicole Hennem (2004) viser til at i Norge fremstår kjærlighet som grunnleggende i relasjonen mellom foreldre og *den gode barndom* er det praktiske uttrykk kjærlighet får. Den gode barndom preges av forsakelser og ofre fra de voksnes side, og i hovedsak av gleder for den som mottar dette, det vil si barna. Denne diskursen henviser ikke til en problemfri barndom, men til en barndom hvor vanskelighetene ikke bør være større enn at foreldrene mestrer de. I dette ligger det både noen forventninger til foreldre og hva som hører med i en god barndom; god helse, stabil økonomi og nærværende foreldre som følger opp barna. ”Hva som ikke hører med i en god barndom er sykdom, enten hos barn eller foreldre, og fedre som drikker og mishandler.” (Hennem 2004, 151), eller som en av informantene uttrykker det:

*I utgangspunktet er de, - i utgangspunktet er de gode omsorgspersoner, men det er ikke forenelig med rusmisbruk og psykisk sykdom og ikke ha jobber og leve på sosialen og da blir noe sidemisbruk, det blir ustabil.*

Som min analyse viser fungerer rus og psykisk sykdom som tegn som skaper bekymring, og bruken av disse som tegn fortsetter en generell viten som er sosialt, kulturelt og intersubjektivt situert om hva problemkategorier som rus og psykisk sykdom har å si for foreldrefunksjon (Burr 1995).



## 5. DISKURSER OM BARNEVERNET

Mitt andre analytiske fokus var på ambivalens og barrierer for fastlegers meldepraksiser. Med utgangspunkt i egen erfaring, og undersøkelser om holdninger og praksis i forhold til å kontakte barnvernet hos andre profesjonsgrupper, hadde jeg en antagelse om at synet på barnevernet kunne være ambivalent, og at dette kunne representere barrierer i forhold til å melde fra til barnevernet. I tillegg viser min analyse at sider ved legerollen og strukturelle forhold ved fastlegeordningen også gjør det vanskelig for informantene å erkjenne og melde fra om bekymring. Jeg vil behandle dette i neste kapittel.

I dette kapittelet vil jeg se på hvordan barnevernet fremstår i den virkeligheten informantene konstruerer. Vår måte å forstå verden på skapes og opprettholdes i sosiale prosesser, og den ”virkelighet” mine informanter forholder seg til når de snakker om og vurderer sine handlinger i forhold til barnevernet, er en refleksjon av den sosiale og kulturelle kontekst de er en del av. Det er derfor ikke overraskende at de fremstillinger og forståelser av barnevernet jeg finner i mitt materiale, i stor grad er sammenfallende med rådene fremstillinger av barnevernet, slik de for eksempel kommer til uttrykk i media, men det er kanskje overraskende at det er så stor grad av sammenfall. En kan si at informantene konstruerer sine forestillinger om barnevernet med utgangspunkt i disse fremstillingene. Jeg har valgt å benevne disse *diskursen om det skadelige barnevernet* og *diskursen om det passive, inkompetente barnevernet*.

### 5.1 Å melde eller la det være

Mange av informantene var i ulike sammenhenger inne på at de som leger, til tross for en lovpålagt plikt, melder for få saker: ”*Ja, vi har en plikt til å – vi har jo det, og det må man ta alvorlig. Og man får jo mistanke om, eller man får inntrykk av – i det store og det hele, at det meldes for lite da.*” Argumentasjonen informantene trakk på i forhold til at det er viktig å melde fra til barnevernet, var begrunnet både i barnevernets hjelpe- og kontrollfunksjon. Ikke uventet var det i saker hvor barnevernets kontrollfunksjon ble beskrevet, det kom til uttrykk et ambivalent og til dels negativt bilde av barnevernet, og hvor tvil og usikkerhet om egen rolle og hva som ville være en riktig handling, kom til uttrykk. Flere av informantene gav uttrykk for at de så kontrollfunksjonen og den myndigheten barnevernet har i forhold til å sette inn tiltak med tvang som en viktig og nødvendig funksjon.

*Det er fordelene barnevernet tross alt har. Og si at nå kommer vi. De har rett til å komme hjem. De har rett til å gjøre ting. Og den myndigheten er det ingen andre som har. Vi kan jo selvfølgelig gjøre mye fornuftig med folk,( ) Snakke med dem om at vi er bekymret og er du sikker på at du tar deg av barnet godt nok og alt det der. Men vi har ikke noen myndighet, vi har ikke noen myndighet til å gjøre noe utover det.*

*Men* – og det var ofte et *men* knyttet til disse utsagnene.

*(...) Det som vi snakket om nå, var jo mer et tilfelle hvor man hadde plikt til å gjøre det. Men, allikevel, så er det fortsatt en barriere da.*

Og det var disse barrierene, disse *men* som ble et fokus for min analyse. Hvordan forsøker informantene å sette denne ambivalensen inn i en meningsgivende sammenheng. Hvilke repertoar og diskurser er i bruk, og hvilke handlinger og praksiser utpeker disse som mulige og relevante i situasjonen? Jeg har i denne analysen brukt grep fra narrativ teori for å identifisere og analysere frem de ulike diskursene som er i bruk.

## **5.2 Diskursen om det skadelige barnevernet**

*Nei, en klassisk historie, det er en venninne av meg faktisk (...), og så tok de barna og så ble de satt på barnehjem (...) og det er liksom så typisk sånn som folk tenker på om barnevernet, barnehjem, i gamle dager, som kommer i sort bil, og så to kvinner som kommer og tar barna. Og sånn er det jo ikke lenger, - ikke sant.*

Informanten markerer med innledningen at her kommer en historie. Dette er en fortelling som kommer som en avgrenset enhet i en pågående samtale, og dette skiftet gir meg som lytter en instruks om hvordan jeg skal forholde meg; jeg skal være lytter, jeg skal ikke avbryte fortelleren. Det gir også en ramme for fortolkning. (Hydén 1997). Her er rammen at dette er en historie fra virkeligheten. Men det er ikke en historie som informanten har opplevd selv; hun er fortelleren, hovedpersonen i fortellingen er en venninne. Det er en dramatisk historie som fortelles frem, det handler om barn som blir tatt, og satt på barnehjem. Utrykket ”satt på” viser at det som skjedde var uten barnas medvirkning. Når man ”blir satt på” skjer det uten at man har ønsket eller medvirker til det selv, det er noe andre gjør med en. Og der en blir ”satt” er gjerne steder man ikke ønsker å bli satt, som ”på gata”, ”på glattcelle”, ”på bås, - ”på vent”, ”på gress”. Det var ”de”, barnevernet som tok barna, som hadde makten til å plassere de, og sette de der de ønsket. Spenningen og dramatikken i fortellingen bygges ytterligere opp ved at

det dramatiske høydepunktet, bortførelsen, gjentas, og denne gangen legges det til detaljer om at det var i en *sort* bil de kom, *de to kvinnene*, som tok barna.

Dette er en historie som fortelles for å beskrive barnevernet. Det er en "klassisk" historie, og med det sies det at det er en typisk historie, det har skjedd mange ganger, det er et velkjent manus. Men dette er ikke en historie om barnevernet slik det er i dag. Dette er en historie fra *gamle dager*. Ved å bruke dette begrepet, plasseres fortellingen i den ubestemmelige fortiden som mange av folkeeventyrene foregår i: "Det var en gang", "En gang for lenge, lenge siden, levde det...". Med dette gis historien en ambivalent tolkningsramme, det er en historie fra virkeligheten, samtidig som begrepene, språket og elementene i historien er det språket vi kjenner fra sagn og folkeeventyr. Barn som blir røvet, enten det er av troll eller hekser, er et kjent tema i norske og internasjonale folkeeventyr og fra nyere barnelitteratur, som Astrid Lindgrens *Mio, min Mio*. "Han sang om alle dem som var røvet, om den vesle datteren til veversken, om brødrene til Nonno og søsteren til Jiri og om mange, mange andre som den onde ridder Kato hadde fanget og ført til sin borg." (Lindgren, Bang-Hansen, and Wikland 1988, 82).

Vi kjenner også igjen plotet om barn som røves og forbyttes, *bytinger*, fra de fortellingene i folkeeventyrene som er ble fortalt frem som fortellinger fra virkeligheten: "(...) men det er en bytting; det var en skinnfellmaker her om dagen og han sa det samme, for da han var liten, hadde han sett en bytting ute i Ringebu, og den var så blaut i kroppen og så lealaus som denne." (Asbjørnsen and Moe 1989, 221).

I folketroen var en *byting*<sup>17</sup> et barn av underjordiske, som ble lagt i vuggen i stedet for det riktige barnet. Troen på bytinger forekom i flere nordiske og europeiske land. Historien om barn som "blir tatt" av barnevernet reflekterer derfor det en kan benevne som arketyperiske<sup>18</sup> motiver og skikkelser som en finner i eventyr og sagn over store deler av verden. En kan på

---

<sup>17</sup> <http://no.wikipedia.org/wiki/Bytting>, lastet ned den 07.03.2012.

<sup>18</sup> Arketype. Av gresk *arhkétypos*, forbillede, mønster, ideal. Ordrett oversatt betyr ordet nærmest: Begynnelsesform eller begynnelsesmønster i betydningen *opphavelig/på forhånd*. Tankegangen finnes bl. a. i Platons huleboerlignelse, om at ideene er der hele tiden. Arketyperne tenkes å være allmenmenneskelige og evig gyldige. Arketyperiske motiver og skikkelser finnes i de fleste eventyr og sagn. <http://no.wikipedia.org/wiki/Arketype>, lastet ned den 09.03.2012.

denne måten si at historien reflekterer en grunnleggende frykt som disse eventyrene og sagnene er et uttrykk for; å miste barna våre. I mitt materiale var dette den tydeligste historien som tok i bruk et repertoar fra en fortellertradisjon kjent fra eventyr og sagn, og som gjenspeiler denne frykten. Men enkelte elementer og mindre tydelige versjoner av historien om barn som blir tatt av barnevernet var i bruk hos flere av informantene.

*(...) mange av de fremmedkulturelle, de er jo veldig redde for å bli fratatt barna da, men jeg tenker det er jo ikke reelt liksom, bare skulle ta barna til folk selv om de ikke vil jobbe og selv om de ikke oppfører seg som nordmenn og sånn, men ...*

*Men* - det ligger et uttalt ”men” i utsagnet. Et spørsmål om kan det allikevel være slik? Og et behov for å få en bekreftelse, en forsikring om at frykten er ubegrunnet. Uttrykk som ”redd” og ”frykt” blir brukt. Det er en ikke-personifisert framstilling av barnevernet som går igjen i flere fortellinger. ”De” og ”barnevernet” framstilles som et enhetlig hele, ikke som individuelle personer. Som Oddbjørg Skjær Ulvik (2005, 136) viser til er dette en framstilling som bidrar til å skape et bilde av barnevernet som et ”vesen”, noe ikke-personlig.

Konstruksjonen av barnevernet som et skadelig og skremmende vesen blir ofte tillagt andre. Det er ikke informanten selv som mener dette:

*Ja, ikke (...) at jeg ikke gjør det for egen del, men det er flere faktorer som spiller inn der, selvfølgelig. Hvorvidt man velger å sende en bekymringsmelding eller ikke. Det ene er jo at barnevernet klinger veldig dårlig hos veldig mange (...) For det er det som er den ene ytterligheten som veldig mange maler opp på veggen og tenker at nå kommer barnevernet og tar barnet mitt.*

Dette utsagnet peker på at *barnevernet* gir en dårlig klang, som et ustemt instrument. Utsagnet sier ikke at barnevernet *er* dårlig, men at det inngir dårlige assosiasjoner. Det er heller ikke hos informanten selv barnevernet klinger dårlig; det er *hos veldig mange*. Med dette skiftet fra det personlige pronomen *jeg*, via upersonlig pronomen *man*, til termen *veldig mange* distanserer informanten seg fra utsagnet om at *barnevernet klinger dårlig*. Det skal ikke forstås som et uttrykk for egen oppfattelse, informanten formidler kun en oppfatning av barnevernet som andre har. Ved å velge uttrykk som *ytterlighet* og *male opp på veggen* som beskrivelse av andres oppfatning, markeres det at dette er irrasjonelle og overspente oppfatninger av barnevernet som ikke informanten selv deler, men det er et perspektiv hun er i stand til å forstå og tolke. Dette skiftet i pronomen indikerer et skifte fra en subjektposisjon

innen en diskurs til en subjektposisjon innen for en annen (Winther Jørgensen and Phillips 1999, 133). Her skjer det et skifte hvor informanten går fra å innta en subjektposisjon som legen som barnevernets samarbeidspartner til å innta en subjektposisjon som *pasientens advokat* innen diskursen om det skadelige barnevernet. Jeg vil komme tilbake til de ulike subjektposisjonene de ulike diskursene om barnevernet tilbyr fastlegene senere i oppgaven.

Det var flere element innen diskursen om det skadelige barnevernet som knytter barnevernet til en diskurs som henter sitt repertoar fra det juridiske og legale systemet. Innen denne diskursen var det de sidene ved det legale systemet som er assosiert med straff, overgrep og urett som kom til syne i informantenes utsagn.

*(...) Og jeg er nå litt sånn som tenker at det skulle være ganske graverende hvis jeg skulle meldt noen direkte til barnevernet etter at de har vært her på kontoret en gang (...) For ting kan være tilfeldig, og man skal jo passe seg for å ødelegge folk.. Jeg har vært borti historier med kjente, som har blitt trukket inn i barnevernssystemet på veldig tilfeldig grunnlag. Og det gjør noe med en familie. Å havne innenfor barnevernets oppsyn og granskning. Så det må en tenke på.*

Dette er en fortelling om å bli et uskyldig og tilfeldig offer for en prosess, en forfølgelse, fra barnevernssystemet. Legen kan være den som uforvarende setter i gang, er årsak, til hendelsene som fører til at familien havner innenfor barnevernet. For om det skulle være noe som vekker en viss bekymring, kan det være tilfeldig, noe en feiltolker. Og konsekvensene av en slik feiltolkning kan være svært alvorlige; det kan ødelegge folk. For det kan være slike feiltolkninger, gjort på et tilfeldig grunnlag, som kan føre til at en havner innenfor barnevernssystemet; innenfor barnevernets oppsyn og granskning.

*Noen ganger føler jeg at, ja – de behandler sakene litt forskjellig, i barnevernet. Mange ganger synes jeg de tøyser det veldig langt – for at barnet skal få være hos foreldrene. Og andre ganger er det – uten at vi vet hvorfor, så blir de fjerna.*

Og har man først havnet innenfor, er det ikke sikkert man kan komme ut. Fortellingene har en storyline som kan oppsummeres som: uskyldig blir trukket inn i en ”retts” prosess på uklart grunnlag av ukjente årsaker. Fordi grunnlaget og årsaken til prosessen er uklar eller skjult, er det også umulig å forsvare og renske seg. Det er en storyline som er kjent fra flere fortellinger, som Dumas (1909) verk ”*Greven av Monte Christo*”, ”*Prosessen*” av Frans Kafka (1925/1998) og fra virkeligheten i saker som Fritz Moen og Liland saken, hvor

personer er utsatt for det som betegnes som *justismord*<sup>19</sup>. Ved å benytte begrep som *å havne innenfor*, som gjerne brukes som en aforisme for å bli satt i fengsel, *å havne innenfor fengselsmurene*, og *oppsyn* og *granskning* som knytter an til overvåkning, etterforskning, tas det i bruk et repertoar knyttet rettssystem og fengselssystem.

*Jeg mener at uansett når det ikke er bevis og de ikke engang får vite hvorfor de ikke engang omtrent får se barna. Jeg skjønner jo at det er alvorlige ting, men for meg hadde det vært lettere hvis jeg visste hvorfor, og hvorfor de handler som de gjør, og for foreldrene og (...).*

Bruken av begrep som *bevis* understreker tilknytningen til et repertoar som knytter an til det legale systemet, og det er et vilkårlige, urettferdig systemet, eller et system som opererer etter en logikk og regler individer ikke kan forstå som beskrives. Når systemet fremstår som uforståelig, og handlingene vilkårlige, blir barnevernet et truende system som verken legen eller pasienten har forutsetninger til å forstå. Det skaper tvil om hva som er motivasjonen for barnevernets handlinger; om handlingene er legitime. Dette er beskrivelser som henter elementer fra en diskurs som kan benevnes *den lille manns møte med systemet*, og som plasserer pasienten i subjektposisjonen som den lille mann, som *offeret* for et overgripende system, *barnevernet* og hvor legen interpelleres i rollen som pasientens *forsvarer*.

### **5.3 Subjektposisjoner og praksis innen diskursen om det skadelige barnevernet**

Innen diskurser hvor barnevernet fremstår som et skadelig, truende og uforståelig system, vil pasienten (her foreldrene) få og innta en rolle som offer. Det ligger i behandler og terapeutrollen å vise forståelse for og empati med pasienten. Det heter i § 2 i *Etiske regler for leger*<sup>20</sup>: ”Legen skal ivareta den enkelte pasients interesse og integritet. Pasienten skal behandles med barmhjertighet, omsorg og respekt. Samarbeidet med pasienten bør baseres på gjensidig tillit og skal, der det er mulig, bygge på informert samtykke.”

Det er derfor sterke føringer innen legeyrket som vektlegger rollen som forsvarer og omsorgsyter. Innen et slikt perspektiv og innen en slik diskurs, vil legen *interpelleres* i rollen som pasientens forsvarer, som skal ivareta dennes interesse og integritet. I denne subjektposisjonen vil en handling som eksponerer pasienten for en fare være uttrykk for en praksis som er uforenlig med subjektposisjonen som forsvarer og omsorgsyter. Det oppstår en

<sup>19</sup> <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/article1438949.ece>, lastet ned fra nettet den 23.09.2011.

<sup>20</sup> <http://www.legeforeningen.no/id/485.1>, lastet ned fra nettet den 16.09.2011



konflikt, *en antagonisme*, mellom subjektposisjonen som pasientens forsvarer og omsorgsyter, basert på samarbeid og gjensidig tillit, og kravene i lovverket om å (an) melde pasienten til barnevernet. Den subjektposisjonen en slik praksis forutsetter, avvises. Det er her snakk om motstridene diskurser som tilbyr ulike subjektposisjoner som står i motstrid til hverandre; subjektet blir interpellert i forskjellige posisjoner på en gang som gjensidig forhindrer hverandre, og løsningen blir å avvise en av posisjonene.

Det var et trekk ved disse fortellingene at de i liten grad bygger på egne erfaringer men referer til annenhånds informasjon. Det er derfor sjelden det faktiske barnevernet og barnevernspraksis som beskrives, det er den antatte eller forestilte,

*Så det er kanskje litt for lite kontakt med ... ja, det har jo litt med... helsestasjon, de er jo oppe i 2. etasje her. Så vi er i samme hus. Mens barnevernet, de er bortest i det store bygget. I den borteste fløyen der. Og det vet du, er lang avstand.*

I dette utsagnet blir den fysiske avstanden også et bilde på en avstand i overført betydning. Når vår viten om verden skapes i sosial interaksjon, "through the daily interactions between people in the course of social life" som Vivien Burr (1995, 4) uttrykker det, vil en mangel på interaksjon og kontakt innebære en avstand som gjør det vanskelig for informanten å forstå barnevernet, dets handlinger og perspektiv.

Som jeg viste til innledningsvis vil en sosialkonstruksjonistisk måte å se forholdet mellom "virkeligheten" og representasjoner for denne i form av språk ha som utgangspunkt at diskursiv handling er en form for sosial handling, som er med å konstruere den sosiale verden og hvor vår måte å forstå verden både på skapes og opprettholdes i sosiale prosesser. Forskjellige verdensbilder fører til forskjellige sosiale handlinger og får derfor konsekvenser for praksis. Innen en diskurs hvor barnevernet fremstår som et skadelig og uforståelig system, og hvor en bekymringsmelding kan utløse en prosess som ikke kan kontrolleres, så vil det å *ikke* melde en bekymring fremstå som den beste, eller kanskje eneste mulige handlingsalternativet for legen.

Innenfor diskursen om *det skadelige barnevernet* fremstår barnevernet som aktivt og handlende, men handlingene fremstår som truende og vilkårlige. I mitt materiale var det også et annet barnevern som ble beskrevet, og i denne diskursen tas det i bruk et repertoar som

fremstiller et *passivt og fraværende* barnevern. Her er fravær sentralt og i denne diskursen blir fravær tolket som et *tegn* som står for noe annet enn mangel på kontakt. I denne diskursen blir barnevernets fravær sett og tolket som et tegn på inkompetanse og at de svikter sitt samfunnsoppdrag.

#### 5.4 Diskursen om det passive, inkompetente barnevernet

*(...) Der var det meget alvorlig bekymring. Også fra skolen. (...) og gjentatte bekymringsmeldinger både fra skole og helsesøster og meg til barnevernet som ikke hadde noen konsekvens over en periode på tre år. (...). Så det var en veldig trist historie. Alt gikk dårlig. Jeg vet ikke hvordan det har endt. Jeg har ikke fulgt opp det. Der skjedde det ingenting over en periode på tre år til tross for masse bekymringsmeldinger både muntlig og skriftlig fra flere instanser. Ja, og det var kanskje den mest alvorlige saken jeg hadde, men den var representativ for hvordan barnevernet forholdt seg i det store og hele til bekymringsmeldinger. Unnfallende og veldig passive, og undersøkelsene gav veldig sjelden konsekvens. Dro bare ut i tid.*

Dette er en fortelling hvor jeg som lytter allerede i starten blir informert om at dette er en *trist historie*, en historie hvor *alt gikk dårlig*. Fortelleren gir meg med andre ord en instruks om hvilken ramme for fortolkning jeg skal bruke, og plasserer fortellingen i en sjanger. Dette vil ikke være en historie med "happy ending". Det som fortelles her er en trist historie, hvor alt gikk dårlig. Men det er ikke som resultat av barnevernets handlinger, men fordi barnevernet *ikke* handlet, *ikke* grep inn, *det skjedde ingenting*. Kontrasten mellom alvoret i situasjonen og hvordan barnevernet forholdt seg blir understreket ved at poenget med *gjentatte* bekymringsmeldinger som *ikke hadde noen konsekvens* blir repetert: *Der skjedde det ingenting* til tross for *masse* bekymringsmeldinger. Poenget med at det skjedde over en periode på tre år blir også repetert, og fungerer som et element som understreker alvoret. Denne spesielle historien blir fortalt som et eksempel på hvordan barnevernet typisk er og fungerer; *den er representativ*. Barnevernet beskrives med begrep som *unnfallende, veldig passive* og utsagnene stiller også spørsmålsteget ved hvordan barnevernet fungerer, eller snarere *om* barnevernet fungerer i forhold til de oppgaver de er satt til å løse, *der skjedde det ingenting, det dro bare ut i tid*.

Det er mange historier i mitt materiale som har en storyline som kan oppsummeres som *barnevernet fikk beskjed og visste, men de gjorde ingenting*.

*Og da ble jo barnevernet selvfølgelig involvert, og det barnet har etter en to til tre år i det hjemmet nå blitt plassert i et fosterhjem. Men der var også barnevernet inne etter at hun hadde født, men da har de vært inne på et tilfeldig besøk en gang og skulle blant annet ta henne på et tilfeldig besøk. Og jeg tror de hadde ett eller to besøk i løpet av et halvt års tid, og da blir det ikke noe, og da får ikke barnevernet heller noe goodwill. De får ikke noe forståelse hos den familien som de skal – kall det sjekkes, kall det følges med, hjelpes... Jeg tror det hadde vært bedre om de hadde vært et barnevern.*

Dette er en historie som har fått en ”ending”, barnet har blitt plassert i et fosterhjem. Men det skjedde mer på tross av enn på grunn av barnevernets innsats. Riktignok var barnevernet inne etter at mor hadde født, *men* da de hadde vært på et tilfeldig besøk en gang, som skulle følges opp av flere, svikter de. Og ett eller to besøk i løpet av et halvt års tid – det blir det ikke noe av. Det fungerer verken som kontroll eller hjelp. Da får ikke barnevernet noe *goodwill*, får *ingen forståelse* hos familien. Med andre ord, barnevernet svikter i sin oppgave både som hjelper og kontrollør, og utsagnet stiller spørsmålsteget ved om barnevernet i det hele tatt oppfyller sin funksjon, *det hadde vært bedre om det hadde vært et barnevern*. Dette er utsagn som henter sitt repertoar fra det jeg har valgt å benevne som *diskursen om det passive, inkompetente barnevernet*.

Det som kjennetegner denne diskursen er at det tar i bruk et repertoar hvor barnevernet beskrives som passivt og unntallende. Dette blir sett som et tegn på manglende kompetanse, og at de dermed svikter sitt samfunnsoppdrag. Innen denne diskursen er det ikke barnevernets handlinger som er problemet, men mangel på handling. Dette er en diskurs som tilbyr andre subjektposisjoner for legen, foreldre, barn og barnevern, og hvor det er andre praksiser og handlingsvalg som fremstår som naturlige og mulige. Det som skiller denne diskursen fra diskursen om det skadelige barnevernet, er at det i større grad pekes på mulige forklaringer for at barnevernet opptrer som de gjør. Forklaringene peker mot mangel på ressurser i offentlig sektor og forskjeller mellom legers og sosialarbeideres arbeidsstil og kultur.

## **5.5 Subjektposisjoner og praksis innen diskursen om det passive, inkompetente barnevernet**

Gerdt Henrik Vedeler (1996; i Nybø 2006, 11) systematiserer voksnes syn på barn i fem kategorier. En av disse kategoriene tildeler barnet offerets rolle og det er i dette synet på barn at barnevernet er begrunnet ifølge Vedeler. Vergerådsloven av 1896, *Lov om behandling av forsømte barn*, som gav Norge et offentlig barnevern som første land i verden, hadde som

siktemål å gripe inn med behandling og oppdragelse ovenfor barn der hvor foreldrene og hjemmet svikter (Slagstad 2008, 59). I denne "fortellingen" hvor barnet er offer, foreldrene svikter og forsømmer, er det offentlige, representert ved barnevernet, den som griper inn og handler og bidrar til at historien får en lykkelig slutt. I fortellingene i mitt materiale er det grunnleggende plotet og rollene de samme, men det er skjedd en endring i rollebesetningen. Innen diskursen om det passive, inkompetente barnevernet kan en ikke forvente handling fra barnevernets side, det er andre som må fylle rollen som den som griper inn. Innen denne diskursen vil legen, sammen med helsestasjon, skolen og andre "gode" krefter, forsøke å hjelpe barnet. Legen interPELLERES i rollen som barnets hjelper og advokat. Men for hvem skal saken føres, når både foreldre og det offentlige svikter?

*Ja, jeg tenker. Og jeg skal si det også når jeg tenker faktorer. Man får jo sånne lokale ... man får jo et inntrykk av hvordan barnevernet i den kommunen som man stort sett forholder seg til ... Og det er ikke til å komme fra at hvordan det fungerer også er en faktor – som er en liten del av bildet. At en legger inn det som noe ... hva vil konsekvensene av en bekymringsmelding bli? Blir det gjort noe?*

Innen en diskurs hvor en melding til barnevernet ikke fører til noe, ingen handling eller hjelp til barnet, vil kanskje ikke det å sende en melding fremstå som det beste eller naturlige handlingsalternativet. Kanskje kan en gjøre mer for barnet ved ikke å melde fra, men forsøke å hjelpe familien selv eller trekke inn andre instanser, som helsestasjon eller BUP.

*Jeg har kontakta helsestasjonen senere også. Så med helsestasjonen føler jeg at jeg har en veldig sånn åpen... lett å ta kontakt med de. Lette å spørre. Og jeg har hørt fra andre også med småbarn som ringer og spør om problemstillinger. Ringer om problemstillinger som ofte er på grensa, om grensesetting for barn for eksempel, og problemstillinger som kanskje ikke er noe for barnevernet, men hvor jeg tenker at her må noen inn, her må noen inn og lære de. Og det vil jo være forebyggende egentlig da. Så da har jeg tatt kontakt med helsestasjonen. Formidla kontakt kanskje, og gjerne sagt til den pasienten at, den mora for eksempel, at jeg gjerne gjør det da. Jeg liker å være ærlig.*

Dette er sammenfallende med undersøkelser i USA (Flaherty and Sege 2005), som viser at mange leger sier de ikke melder fra fordi de ikke ønsker å skade forholdet til familien, og fordi de mener de kan hjelpe familien bedre ved ikke å melde til barnevernet. Et alternativ de ser til barnevernet, er å hjelpe familien selv eller henviser familien til andre hjelpeinstanser enn barnevernet.

Innen denne diskursen finner jeg at informantene søker å finne forklaringer på hva som kan ligge til grunn for at barnevernet ikke griper inn eller handler. En gruppe av disse utsagnene peker mot forhold utenfor barnevernet, mot begrensinger i de rammevilkårene barnevernet arbeider innenfor, som manglende ressurser og begrensinger i lovverket.

*For de sier jo at – sier jo - og vi ser jo i avisene at de er presset på belastning () de har liten kapasitet til å ta saker og sånn, så de venter jo og prioriterer selvfølgelig.*

*Ja, er for forsiktig, og det kan jo ikke bare skyte på barnevernet, men skyte litt lenger bak, for man ser at den lovgivningen som de skal følge, den er så overforsiktig og mer egentlig å beskytte foreldrene enn barna, for ikke, for å helgardere seg mot alle mulige overtramp mot foreldrene, at det er nesten umulig å gjøre noe, til å handle. Til å sette ned foten, si, dette går ikke. Dette barnet må ut av det miljøet, helt eller delvis. Får for mange muligheter. Det sitter så utrolig langt inne og det er lovgiver som må ta sin del av ansvaret for det.*

En annen gruppe utsagn peker på en forklaringsmodell som viser til at det er trekk ved barnevernet arbeidsmetoder og ”kultur” som ligger til grunn for deres praksis. Dette fremkommer sjelden som direkte karakteristikker av barnevernet, men følger implisitt av sammenligninger informantene gjør med sin egen profesjonsgruppe, arbeidsstil og kultur. Barnevernet og deres ansatte fremstilles som det motsatte av leger og legeprofesjonen, som er aktive, handlende og tiltaksorienterte.

*Kultur. Ja. Ja, vi tar jo avgjørelser her hele tiden, med en gang, ikke sant, og det – må hele tida forholde oss til, skal jeg gjøre noe, skal jeg ikke gjøre noe, skal jeg gjøre noe mer, eller ikke. Og det er i øyeblikket, før pasienten – som regel – før pasienten forlater kontoret. Hvis det er veldig vanskelige saker, så sier jeg at dette må jeg snakke med noen om, og ringe en kollega på sjukehuset, eller snakke med en her, så går vi tilbake til pasienten og sier nå har jeg snakket med, nå gjør vi sånn og sånn. Det er jo unntak, det skjer, men det er som regel samme dag, eller dagen etter, og ikke etter tre måneder eller tre år. Ja. Så det er en veldig ulik kultur.*

Informantene som leger, ser på en annen profesjonsgruppe fra sitt ståsted, som er normen. Ut i fra denne målestokken vurderes de andre, barnevernet og deres arbeidsmetoder, og i denne sammenligningen kommer barnevernet dårlig ut. Barnevernet fremstår som passive, nølende og ineffektive, og som det har liten eller ingen effekt å melde fra til. Innen denne diskursen fremstår derfor det å sende en melding til barnevernet som en nytteløs handling som ikke fører til noe, selv om det ikke alltid er klart hvilke andre handlingsalternativer som er mulige.

Det er viktig å understreke at dette bare var to av flere diskurser som var i bruk og subjektposisjoner informantene i mitt materiale inntok. De fleste informantene beveget seg i løpet av intervjuet mellom flere diskurser, hvor både de selv, pasienten (foreldre og barn) og barnevernet inntok andre subjektposisjoner som åpent for andre praksiser. Subjektposisjonen som pasientens forsvarer og advokat var særlig fremtredene innen diskursen om det skadelige barnevernet, hvor pasienten (her foreldrene) inntok rollen som offer og barnevernet rollen som overgriper. Subjektposisjonen som barnets hjelper og advokat var fremtredene innen diskursen om det passive, inkompetente barnevernet. På denne måten fungerer diskursene som ressurser man bruker til å begrunne sine posisjoner og handlingsvalg (Burr 1995).

## 5.6 Legen og barnevernet som samarbeidspartnere

Det er også fortellinger om barnevernet som en god og kompetent samarbeidspartner. Disse fortellingene fremstiller barnevernet og barnevernsarbeidere som en positiv ressurs som bidrar til å hjelpe utsatte barn. I disse fortellingene er det ord og begrep som *samtale* og *snakke med* fremfor *å melde* som tas i bruk, og begrep som *frivillig* og *samarbeid* som brukes for å betegne relasjonen mellom barnevernet og familien. Det er et fellestrekk ved disse fortellingene at de i stor grad referer til hendelser informantene har førstehånds kjennskap til, og hvor fremstillingene av barnevernet og deres praksiser er basert på personlig kontakt.

*Ja, vi har en mor med to barn. Hvor hun har vært veldig deprimert, inn og ut av sykehus. Som barnevernet da følger, og som ønsker kontakt med barnevernet. Ble anbefalt det. Så det ble jo frivillig sak. Og der har det vært jevnlig ansvarsgruppemøter og veldig bra samarbeid med barnevernet, og helsestasjon (...)*

Ved å unngå begrep som *melde*, *bekymringsmelding*, *barnevernsproblematikk* og ta i bruk repertoar med ord som *samtale*, *snakke*, *lure på*, *en eller annen problematikk*, setter man handlingen, det å kontakte barnevernet, inn i en annen fortolkningsramme.

*(...) så kunne man ha litt sånne korte, litt uformelle samtaler hvis de lurte på ting, og så satte man seg ned og snakket 5 minutter hvis det var en eller annen problematikk i forhold til et eller annet barn man hadde da. Det synes jeg egentlig var interessant. Gjorde det egentlig litt – litt mer uformelt på en måte da. Så slapp man kanskje, slapp man å sette i gang en hel masse arbeid sånn helt unødvendig og sånt.*

Barnevernet fremstår i denne diskursen som en samarbeidspartner med spesialkompetanse på et område man ikke selv ikke har den nødvendige kunnskapen, og som kan bidra med kunnskap og tiltak.

*Hva jeg tenkte? Ja, nei, jeg tenker jo at fokus er jo veldig på hvordan, hvordan man skal hjelpe folk da. Tenker jeg. Og hva man kan gjøre for at folk kan beholde barna sine selv, og prøve å kartlegge hvilke positive ressurser som finnes hos de personene som mottar hjelp.*

Det som skaper ambivalens og usikkerhet om hva som vil være rett praksis innen denne diskursen er ikke knyttet til negative forestillinger om barnevernet, men til ambivalens og usikkerhet til hva som skal til for å melde. Hvor alvorlig skal situasjonen være.

*Og det der at; hvor ille skal det være før ...for det er klart at det der å bli tatt fra sin mor og sin far, det er jo liksom, det må jo være helt grusomt. For foreldra og for barna og det er sånn som jeg tenker på. Hvor gale er det? Når er det det beste for ungen å faktisk bo en annen plass og ikke ha kontakt med mor og far lenger? I forhold til den sorgen det må bli da. Det blir jo, det blir jo sånn finvurderinger. Og jeg har ikke ...det har ikke jeg veldig erfaring med. Hvor ille.*

Dette peker mot at manglende kunnskap og kompetanse om å vurdere barn og deres omsorgssituasjon i forhold til når det er grunnlag for å melde, og om barnevernet og deres arbeidsmetoder og tiltak også kan fungere som en barriere for legers meldepraksiser.

## 6. DISKURSER OM LEGEROLLEN

Som jeg har vist kan en praksis som innebærer at man nøler med, eller velger ikke å sende en melding til barnevernet hente sin begrunnelse fra *diskursen om det passive, inkompetente barnevernet*, hvor det ikke nytter eller har noen hensikt å melde fra til barnevernet, eller *diskursen om det skadelige barnevernet* hvor legen blir interpellert i subjektposisjon som *forsvarer og advokat*, og hvor det å melde fra til barnevernet fremstår som å svikte grunnleggende verdier i lege-pasientforholdet. Analysen viser at det også er andre sider ved legerollen og strukturelle forhold ved fastlegeordningen som gjør det vanskelig for informantene både å erkjenne og melde fra om bekymring. Jeg vil starte med en kort gjennomgang av noen studier og teorier om legens rolle fordi de gir bakgrunn og begrep til analysen.

En studie av Norheim og Carlsen (2003, 6) indikerer at innføringen av fastlegeordningen indikerer at innføringen av fastlegeordningen påvirker fastlegens vilje til å være portvakt, og at det er blitt viktigere for fastlegen å gjøre pasientene fornøyde. Noe av forklaringen ser ut til å være knyttet til en økt bevissthet om konkurranse mellom fastlegene. Dette er sammensatt av flere faktorer, som blant annet reell økt konkurranse på grunn av et relativt overskudd av fastleger i noen områder, økt opplevelse av å være i konkurranse knyttet til bedre oversikt over pasientpopulasjonen gjennom listesystemet og en økonomisk ordning som knytter legenes inntekt direkte til pasientantallet<sup>21</sup>. Videre viser studien at fastlegene opplever økte forventninger og krav fra "sine" pasienter og at pasientene er mer bevisst den makt de har som inntektskilde for fastlegen. Legene selv opplever også at ansvarsstrukturen er endret ved at ansvaret for pasienten oppleves større, blant annet fordi fastlegen nå i stor grad er den eneste legen pasienten oppsøker. Norheim og Carlsen benytter begrepet "advokat" om denne siden av legerollen, uten å si så mye mer om hva de legger i betegnelsen. Ut i fra sammenhengen tolker jeg at betegnelsen også omfatter det som er formulert på litt ulikt vis i de allmenmedisinske teser og i "Etiske regler for leger"<sup>22</sup> at sentrum er lege-pasient forholdet

---

<sup>21</sup> Fastlegenes inntjening består av en kommunal godtgjørelse knyttet til antallet pasienter på listen, per-capita-tilskudd, som skal utgjøre ca 30 % av inntekten, mens de resterende 70 % er knyttet til pasientenes egenbetaling og aktivitetsbaserte refusjoner fra NAV (tidl. Rikstrygdeverket). (Norheim and Carlsen 2003).

<sup>22</sup> Fra Etiske regler for leger. <http://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitiske-utvalg/etikk/etiske-regler-for-leger/>, lastet ned den 01.04.2012.



og legen skal ivareta den enkelte pasients interesse og integritet, basert på omsorg, respekt, samarbeid og tillit.

Lian og Røttingen drøfter i en artikkel (2002) legerollen med utgangspunkt i en økonomisk og en sosiologisk aktørmodell. De viser til at en grunnleggende forutsetning i den økonomiske aktørmodellen er at all menneskelig handling er motivert ut fra egeninteresse eller egen nytte, betegnet *homo economicus*. Den sosiologiske handlingsteorien derimot er basert på en forutsetning om at handlinger er normativt orientert, altså at handlinger er motivert ut fra bestemte oppfatninger om hva som er rett og galt. Dette utelukker ikke instrumentelle handlinger, men den instrumentelle handling er bare en av mange forskjellige normative orienteringer. For denne *homo sociologicus* vil handlingene noen ganger være instrumentelle, andre ganger verdirasjonelle, altså motivert ut fra noe som har en verdi i seg selv, som for eksempel etiske regler og faglige normer og teser. ”Et grunnleggende postulat i sosiologien er at mennesket er i stand til å handle ut fra hva de oppfatter som rett og galt, selv om det strider mot deres egne interesser. Således er vi i stand til å være altruistiske, ikke bare egoistiske.” (Lian and Røttingen 2002, 2).

Lian og Røttingen viser til det har vært vanlig å beskrive legerollen i et normsosiologisk perspektiv med felles ideer, verdier og standarder som definerer hva som er anbefalt, foretrukket, tillatt eller forbudt, og som medlemmene av legestanden forventes å orientere sine handlinger etter. Sentralt står lege-pasientforholdet, og en forventning om at legen skal ivareta den enkelte pasients interesse og integritet. Ifølge Lian og Røttingen forventer pasienten at legen opptrer som *homo sociologicus* som handler på bakgrunn av hva legen mener er rett og galt, ikke ut fra hva som tjener legens interesser. Styresmaktene ser legen både som *homo economicus*, og *homo sociologicus*. De pedagogisk/rådgivende virkemidler de tar i bruk for å styre legene forutsetter at det finnes et felles norm- og verdigrunnlag blant dem, og at legene vil handle med utgangspunkt i normer som de finner rimelig og riktige. Finansielle/incentivbaserte virkemidler bygger på den økonomiske aktørmodellen, og hviler på en forutsetning om at det ikke finnes noe felles norm og verdigrunnlag blant legene, men at det er egeninteresser som styrer handlingene. Av mangel på internaliserte normer må legenes handlinger ledes i ønskede retninger gjennom incentivsytelser som kan holde deres illegitime interesser i sjakk og påvirke dem til å handle slik styresmakten ønsker. Innsatsstyrt finansiering i sykehus og normaltariff for fastleger er eksempler på slike

finansielle/incentivbaserte virkemidler på henholdsvis system- og individnivå. Legene selv er ifølge Lian og Røttingen splittet i sitt syn på egen rolle. På den ene side kommuniserer legene en selvforståelse som tilsier at faglige og etiske normer og verdier står sentralt i utøvelsen av legegjerningen. Eventuell personlig nytte av valgene som fattes, det være seg økonomiske eller faglige interesser, blir sett på som illegitime hensyn. Samtidig har privatpraktiserende spesialister og fastleger et tilnærmet stykkprissystem, som med fastlegeordningen har befestet sin posisjon som avlønningsmodell. I prosessen med å videreutvikle individbaserte incentivsystem har legeprofesjonen med sin fagforening Legeforeninge spilt på lag med styresmaktene.

Jeg har valgt å benevne disse to synene på legerollen *diskursen om legen som homo economicus* og *diskursen om legen som homo sociologicus*. Min analyse viser at informantene henter begrunnelser for sine posisjoner og handlingsvalg i forhold til meldepraksiser fra begge diskurser, men at posisjonen som *diskursen om legen som homo economicus* tilbyr ofte avvises, selv om erkjennelsen av den kommer frem flere steder i materialet.

## **6.1 Barrierer for meldepraksis knyttet til legerollen**

Som jeg var inne på innledningsvis er allmenmedisinens særpreg er at den skal se og behandle hele mennesket i sin sosiale sammenheng. Dette innebærer at informantene i sin argumentasjon erkjenner at de har gode forutsetninger og et godt grunnlag for å kjenne til forhold som kan gi grunnlag for å melde en bekymring. Samtidig kommer det til uttrykk at denne relasjonen også gjør det vanskelig både å erkjenne og melde fra.

*Kjenner hele familien. Besteforeldrene, og barna og foreldrene. Og det er noen ganger – vi sitter på mye informasjon, og det er noen ganger – det kan være litt vanskelig og.*

*Ja, det blir jo litt på samme måten, når mennesker du tror du kjenner, som du ikke har inntrykk av... og så kommer det kanskje fram ting som ... informasjon som en kanskje ikke ønsker å få, men som du må ta konsekvensen av.*

*Jada, det gjør det jo selvfølgelig enklere. Det blir jo ikke det å skulle stille en diagnose eller forstå alt – men når en har tilgang til bakgrunnen og de andre i familien og litt om historien på en konsultasjon, så er det kanskje ... pluss at en kanskje kjenner barnet fra det var født omtrent, så gjør jo det ting litt enklere da. Men det kan være to sider ved det og, ikke sant. Hvis en kjenner familien godt, så vil jo det kanskje gjøre at en vegrer seg enda mer for å gå inn og begynne å ta i den type problemer da.*

*Ja, for der er fastlegens rolle i lokalsamfunnet; du er lege, du er ... Og så er du nabo og du vet liksom hva som foregår, og når griper du inn. Det er det du – når er det min oppgave å si ifra og ...*

Kari Killén (2004, 20) viser til at erkjennelsesprosessen er en ”smertefull faglig utfordring”, fordi det kan utløse sterke reaksjoner ikke bare fra foreldrene selv og deres sosiale nettverk, men også samfunnet for øvrig, for eksempel formidlet gjennom mediene og fra den profesjonelles eget faglige nettverk. Utsagnene som er gjengitt, og som er representative for flere lignende utsagn, viser at informantene erkjenner at de er i en posisjon som gir et godt utgangspunkt for å identifisere barn som lever i en bekymringsfull omsorgssituasjon. Samtidig gir de uttrykk for at dette innebærer en smertefull prosess for dem selv, og de skal også de møte pasientene, og håndtere de vanskelige følelsene og reaksjonene som kan oppstå i forbindelse med en melding. Og det kan være reaksjoner som kan omfatte flere enn legen og pasienten. Utsagnene viser til en ambivalens, på den ene siden at informantene erkjenner at de har en posisjon som gir de en kunnskap som deres egne og samfunnets normer forventer at de handler i forhold til, samtidig kommer det til uttrykk at en slik erkjennelse og handling vil føre til reaksjoner og konsekvenser som vil innebære ubehag, og som medfører at de nøler. Dette tolker jeg som et uttrykk for informantene ser at både egne og andres forventningene til hvordan de skal handle, skal være i henhold til legen som homo sociologicus, men at de også vurderer hensyn som er mer styrt av egeninteresser i form av å unngå ubehag, og at dette oppleves vanskelig og skaper usikkerhet i forhold til meldepraksis.

## **6.2 Barrierer for meldepraksis knyttet til strukturelle forhold**

I sin argumentasjon for hvorfor det kan være vanskelig både å identifisere og å melde viser informantene til trekk ved fastlegeordningen av mer strukturell karakter som kan representere barrierer. Arbeidsformen, som er basert på konsultasjoner i en en-til-en setting, hvor pasienten presenterer problemet, og legen diagnostiserer og treffer beslutninger om behandling, gir begrensede muligheter for å drøfte usikkerhet og problemer med kollegaer. Informantene gir uttrykk for at dette innebærer at de føler seg alene om å vurdere og fatte vanskelige beslutninger. Avlønningssystemet innebærer at det er satt av begrenset tid til hver konsultasjon.

*Nei, akkurat den saken så var det vel ingen, du blir så aleine i praksis.*

*(...) Et flyktig besøk her sånn, for en ørebetennelse, skal det godt gjøres, da skal de oppføre seg spesielt. Da må det være veldig synlig hvis jeg skal få det... Så det er opplagt at jo mer du treffer en familie, jo mer, jo mer reflekterer man rundt hvordan ting fungerer.*

*I hvert fall hvis jeg skal snakke for meg sjøl så hvis jeg bruker kortere konsultasjoner, så er det for at jeg er sikker på pasienten kommer tilbake over noe tid, slik at det blir.. Som ligner på den, - hva heter den franske malertradisjonen der man lager sånne... (...) Impresjonister ja, sånn at alle de små prikkene til sammen gir et bilde mer enn at man sitter 40 minutter og får tegnet ut noe første gangen. Men det kan vel også være forskjønnende det ... (...)*

Informantene viser også til at fastlegeordningen innebærer en endret ansvarsstruktur hvor fastlegens ansvar for de pasientene de har på sin liste er større, samtidig som ansvaret er tydeligere og klarere avgrenset. Det kan for eksempel innebære at informantene nøler med å kontakte barnevernet hvis det ikke gjelder egne pasienter.

*(...) Vi vil ikke ta på oss mer enn vi egentlig må. Det er ikke sånn man drømmer om å være involvert i for å si det sånn. Det er jo ikke det. Det er ikke det. (...)*

*Ja, det tenker jeg da. At da vil det være den legen som vil være i den ansvarsgruppa eller det som ligger rundt den familien da, hvis det eksisterer en sånn. Men det er jo sånn som du sier at istedenfor bare å anta at det sikkert er fulgt opp, så bør man vel egentlig gå og faktisk sjekke at det er fulgt opp. Og ikke bare la det ... for det kan jo hende at man tilfeldigvis var den ene som så det og så var det ingen andre som så det.*

I disse begrunnelsene som viser til begrensninger knyttet til de strukturelle rammene for fastlegeordningen viser informantene til at dette kan være forhold som setter begrensninger i forhold til hva de har mulighet til å avdekke, samtidig som de gir til kjenne at de ser at disse argumentene også fungerer som en mulighet for å slippe å ta stilling til en ubehagelig oppgave. Min analyse viser at informantene i sin argumentasjon for sine handlingsvalg vurderer hensyn som både henter sin begrunnelse fra diskursen om legen som homo sociologicus og legen som homo economicus, men at hensyn som henter sin begrunnelse fra diskursen om legen som homo economicus oppfattes som illegitime hensyn som må avvises. Det er mindre ambivalens å spore når informantene omtaler forhold som berører økonomi i forhold til at pasienten vil slutte som følge av en melding.

*Jeg kan ikke huske at jeg ... Liksom miste en pasient, der er ikke så viktig. Hadde det enda vært to foreldre der hjemme, men det var bare en mamma.*

*Nei. Nei, hvis jeg mener jeg har grunn til å melde så lar jeg ikke vær å si noe fordi jeg er redd for at denne familien skal flytte bort fra lista mi. Og det styrer vi jo ikke heller. Kan jo ikke la det ... Det er ikke ...et moment som betyr noe. Nei.*

Det erkjennes at det kan få konsekvenser i form av at pasientene avslutter kontakten, men de fleste avviser at dette har innvirkning på deres meldepraksis.

Denne analysen viser at informantene i sin argumentasjon for sine handlingsvalg i forhold til meldepraksis kommuniserer en selvforståelse som tilsier at eventuelle personlige hensyn ikke er legitime grunner, og at egen og andres forventninger til hvordan de skal handle skal være i henhold til legen som homo sociologicus. Samtidig er det en erkjennelse av denne konflikten, og en antydning om at informantene ser at argumentasjon innenfor diskursen om legen som homo sociologicus kan fungere som en tilsløring av at handlingene er motivert av hensyn som er styrt av personlige hensyn, av legen som homo economicus.

## 7. DISKUSJON OG IMPLIKASJONER

Jeg har i de foregående kapitlene sett på hvordan fastleger går frem for å identifisere tegn på bekymring og hvilke barrierer det er for å melde fra om bekymring til barnevernet.

Grunnlaget for analysene har vært empiri, som jeg har sett i lys av de forståelsesmodeller og diskurser som informantene taler innenfor. Spørsmålet blir om min analyse av meldepraksiser og hvordan fastlegene i mitt utvalg forholder seg til barnevernsproblematikk og barnevernet er generaliserbart, eller spurt på en annen måte, kan studien peke utover seg selv og gjøres relevant for andre fastleger og andre profesjonsgrupper?

### 7.1 Generaliserbarhet og overførbarhet av resultatene

Det er i dag stor grad av faglig enighet om av kvalitative studier må vurderes annerledes enn kvantitative når det gjelder generaliserbarhet. Bjerrum Nielsen (1998, 197) viser til at det som er generaliserbart er den intersubjektive identifiserbare meningsstrukturen. Det er den meningsstrukturen som kommer til syne i min analyse av fastlegers forhold til meldepraksis og barnevern som er generaliserbar, og som kan peke på fenomen som kan gjelde andre enn de informantene som inngår i min undersøkelse.

Kvale (1997) bruker begrepet *analytisk generalisering*. Med dette mener han at funnene fra en kvalitativ undersøkelse kan brukes i andre situasjoner. Det baseres på en analyse av likheter og forskjeller mellom to situasjoner, og overføringsverdien må derfor problematiseres ut fra hvor de kvalitative dataene skal brukes, like mye som hvor de kommer fra. Min studie har utgangspunkt i et lite utvalg fastleger. Dette er ikke et representativt utvalg og resultatene gir ingen mulighet til statistisk generalisering, til å generalisere til populasjonen fastleger. Men Hanne Haavind (2000, 41) viser til at generalisering ikke bare er et spørsmål om utvalget som er studert har mye til felles med en større populasjon, generalisering kan også betraktes som det resultatene ”gjør”. Hva resultatene bidrar til i kunnskapssituasjonen, blir avgjort både gjennom hvordan de er innrettet og hvordan de blir mottatt. Haavind peker på at rekkevidden antakelig avgjøres like mye av forskerens institusjonelle status og budskapets sjanger som hva resultatene sier. Jeg kan derfor ha en ambisjon om at studien kan bli lest og fanget opp av leger og deres organisasjonsapparat, ansatte i barnehage, skole, helsestasjon og andre

profesjonsgrupper som har et godt utgangspunkt for å melde fra til barnevernet; politikere og byråkrater som setter premisser og rammebetingelser og ansatte i undervisnings- og forskningsinstitusjoner som utdanner morgendagens leger, pedagoger og politikere og med dette bidra med et kunnskapsgrunnlag som kan bidra til å peke på mulige barrierer for meldepraksiser og peke på mulige løsninger. Min institusjonelle status som forsker tilsier imidlertid at en nøkternhet med tanke på rekkevidde er på sin plass. Jeg ønsker heller ikke å presentere resultatene som absolutte påstander om hvordan noe er, men som kunnskapsforslag.

Jeg vil her drøfte det jeg mener er de viktigste resultatene fra min undersøkelse, og peke på noen mulige implikasjoner av disse.

## **7.2 Tegn som skaper bekymring**

Mitt første analytiske fokus var på hva informantene ser som tegn som skaper bekymring, og hvordan de tolker disse tegnene. Det analysen viser er at det i hovedsak er tegn ved foreldrene og forekomsten av fenomener som impliserer problemer i forhold til foreldreskap og foreldrefunksjon, og at barna i liten grad blir omtalt eller beskrevet. Det er sjelden den faktiske foreldrefunksjonen som beskrives og vurderes, det er den antatte eller forestilte foreldrefunksjonen. En kan si at rus og psykisk sykdom fungerer som tegn som skaper bekymring, og bruken av disse tegnene forutsetter en generell viten som er sosialt, kulturelt og intersubjektivt situert om hva problemkategorier som rus og psykisk sykdom har å si for foreldrefunksjonen.

Min tolkning av at barna i liten grad omtales og beskrives er at beskrivelsene kan være basert på få eller ingen møter med barna, men også at oppmerksomheten er mer rettet mot barnas foreldre og deres antatte omsorgsfunksjon enn mot barnet selv. Slik jeg vurderer det, kan dette ha som konsekvens at legen mister eller overser viktig informasjon om barnet og dets situasjon. Et større fokus på barnet vil gi en større forståelse for hvordan barnet selv opplever og forholder seg til sin omsorgssituasjon. Som Karen Killén (2004, 301) påpeker er det barnet som vet det meste av det vi forsøker å utforske og skaffe oss en forståelse av. Det blir hevdet at det aldri har vært mer fokus på barn og barns interesser enn nå (James and Prout 1997, 1), men resultatene i min studie peker mot at barn fremdeles sees i forhold til den voksne og fra den voksnes perspektiv.

### 7.3 Barrierer for meldepraksis i forholdet til barnevernet

Mitt andre analytiske fokus var på ambivalens og barrierer for fastlegers meldepraksiser. Med utgangspunkt i egen erfaring, og undersøkelser om meldepraksiser hos andre profesjonsgrupper, hadde jeg en antagelse om at synet på barnevernet kunne være ambivalent, og at dette kunne representere barrierer i forhold til å melde fra til barnevernet. Jeg har benevnt disse *diskursen om det skadelige barnevernet* og *diskursen om det passive, inkompetente barnevernet*. Diskursen om det skadelige barnevernet fremstiller barnevernet som et farlig system som bryter inn og ødelegger familier. Dette interpellierer legen i rollen som pasienten (her foreldrenes) advokat og forsvarer, og hvor det å *ikke* melde kan fremstå som det beste handlingsalternativet. Innen diskursen om det passive, inkompetente barnevernet, hvor en melding til barnevernet ikke fører til noe, kan et handlingsalternativ som innebærer å ikke melde fra, men forsøke å hjelpe familien selv eller trekke inn andre instanser, fremstå som det beste handlingsalternativet. Det er et trekk ved historiene og utsagnene innen disse diskursene at de i begrenset grad er basert på egne erfaringer med barnevernet. Det var også fremstillinger av barnevernet som en god og kompetent samarbeidspartner. Disse fremstillingene er i større grad basert på informantenes personlige kontakt med barnevernet og dets ansatte.

Disse resultatene peker mot at mine informanter konstruksjoner av barnevernet er basert på få møter og begrenset kjennskap til barnevernet. Erfaringene med barnevernet er gjerne knyttet til manglende respons og tilbakemelding. Det analysen viser er at informantene i hovedsak presenterer et syn på barnevernet som er sammenfallende med rådene forestillinger om barnevernet, slik de for eksempel kommer til uttrykk i media. Elisabeth Backe-Hansen (2009, 53) finner i sin undersøkelse om samarbeid mellom barnehage og barnevern at mangel på tilbakemelding fra barneverntjenesten fremstår som en av de viktigste årsakene til at barnehagene finner det vanskelig å melde om en bekymring. Hun viser til at spørsmålet om tilbakemelding til melder også har opptatt Barne- og likestillingsdepartementet. I et høringsnotat av oktober 2008 (Ot.prp.nr. 69 (2008-2009)), blir det foreslått en endring på dette punktet slik at dagens adgang til å gi tilbakemelding til melder erstattes med en lovfestet plikt til å gi slik tilbakemelding. Endringen begrunnes i at tillit til barneverntjenesten langt på vei er en forutsetning for at barneverntjenesten skal kunne ivareta sine oppgaver, og at ikke å motta noen form for tilbakemelding eller informasjon når man har meldt en bekymring, vil svekke



denne tilliten. I kommunikasjonsstrategien som Barne- og likestillingsdepartementet og Bufetat har utformet for perioden 2008-2011, ”Et åpent barnevern”<sup>23</sup> fremgår det at hovedmålet for all kommunikasjon om barnevernet er at åpenhet gir barnevernet større legitimitet, og at da blir det de bedre å være barn i barnevernet.

Dette impliserer at ansvaret for de negative forestillingene om barnevernet og barnevernets praksis, ligger hos barnevernet, og at det også er barnevernet ansvar å endre dette. Det er etter min mening en lite fruktbar tilnærming. Betydninger forhandles og skapes i sosial interaksjon, vår viten og måte å forstå verden konstrueres og rekonstrueres i sosiale prosesser. At mine informanter i hovedsak holder seg innenfor en diskursiv praksis som både henter sitt repertoar *fra*, og dermed bidrar *til* reproduksjon av de dominerende diskursene om barnevernet, og som innebærer at de i liten grad utforderer eller bidrar til en endring av disse, bør således være en utfordring for flere enn barnevernet. Studien peker videre mot at det er et behov for mer kompetanse i forhold til å vurdere barn og deres omsorgssituasjon, og bedre kunnskap om barnevernet og deres arbeid.

#### **7.4 Barrierer knyttet til legerollen og strukturelle forhold**

Informantene peker på flere forhold knyttet til legerollen og strukturelle forhold ved fastlegeordningen som kan representere barrierer, som et langvarig lege-pasientforhold, en arbeidsform preget av mange og korte konsultasjoner, få muligheter til å drøfte vanskelige avgjørelser med kollegaer. Informantene argumenterer for ulike handlingsvalg innenfor to diskurser knyttet til legerollen som jeg har benevnt *diskursen om legen som homo economicus* og *diskursen om legen som homo sociologicus*. Når informantene peker på sider ved fastlegerollen og de strukturelle rammene for fastlegeordningen som kan fungere som barrierer i forhold til meldepraksiser, kommer det til syne en erkjennelse av at det kan ligge egeninteresser til grunn for noen av handlingsvalgene, som kan knyttes til diskursen om legen som homo economicus, men at dette ansees som illegitime hensyn og denne diskursen avvises.

Studien peker mot flere barrierer knyttet til den profesjonelle rollen og strukturelle forhold. Barrierene er knyttet både til *erkjennelsen* av forholdene som ligger til grunn, og til

---

<sup>23</sup> <http://www.bufetat.no/kommstrat>, lastet ned den 03.03.2012

vurderingen av konsekvensene en melding medfører. Jeg tolker det slik at informantene i beskrivelsen av disse barrierene erkjenner at de ser at disse også kan fungere som vikarierende motiv for å unngå det ubehaget erkjennelsen og konsekvensene av å sende en melding kan innebære.

## Litteraturliste

- Althusser, Louis. 1971. "Ideology and ideological state apparatuses." In *Lenin and philosophy and other essays*, edited by Louis Althusser and Ben Brewster, 229 s. London: New Left Books.
- Asbjørnsen, P. Chr, and Jørgen Moe. 1989. *Samlede eventyr*. Oslo: Gyldendal.
- Backe-Hansen, Elisabeth. 2009. *Å sende en bekymringsmelding - eller la det være? : en kartlegging av samarbeidet mellom barnehage og barnevern, NOVA notat*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Bartlett, Will, and Julian Le Grand. 1993. *Quasi-markets and social policy*. Basingstoke: Macmillan Press.
- Bjerrum-Nielsen, Harriet. 1998. "Forførende tekster med alvorlige hensikter." *Tidsskrift for samfunnsforskning* (35):190-217.
- Burr, Vivien. 1995. *An introduction to social constructionism*. London: Routledge.
- Dahle, Rannveig. 2010. "Sosialt arbeid - en historie om kjønn, klasse og profesjon." *Tidsskrift for kjønnsforskning* no. 1:41-56.
- Dalheim, Tove Kristin. 2006. *Kan man snakke om fattigdom? - Praksiser på sosialkontor i et diskursperspektiv*, Hovedfagsoppgave. Avdeling for økonomi,- kommunal- og sosialfag i samarbeid med Norges tekniske- og naturvitenskaplige universitet i Trondheim. Høgskolen i Oslo, TKD.
- Dumas, Alexandre, and Holger Sinding. 1909. *Greven av Monte Cristo*. Kristiania: Narvesens kioskkompagni.
- Fairclough, Norman. 1992. *Discourse and social change*. Cambridge: Polity Press.
- . 1995. *Media discourse*. London: Edvard Arnold.
- Flaherty, Emalee G, R Jones, and Roberg Sege. 2004. "Telling their stories: primary care practitioners' experience evaluating and reporting injuries caused by child abuse." *Child Abuse and Neglect* no. 28 (9):939-45.
- Flaherty, Emalee G, and Robert Sege. 2005. "Barriers to physician identification and reporting of child abuse." *Pediatric Annals* no. May 34 (5):349-56.
- Foucault, Michel. 1969. *L'archéologie du savoir*. Paris: Gallimard.
- . 1991. *Governmentality*. Edited by Graham Burchell, Colin Gordon and Peter Miller, *The Foucault effect: studies in governmentality : with two lectures by and an interview with Michel Foucault*. London: Harvester/Wheatsheaf.
- Foucault, Michel, and Søren Gosvig Olesen. 1980. *Talens forfatning*. København: Rhodos.
- Franklin, Bob, and Nigel Parton. 1991. *Social work, the media and public relations*. London: Routledge.
- Gosh, Flora. 2007. "Magt og interseksjonalitet i sosialt arbeid." *Nordisk sosialt arbeid* no. 4:320-332.
- Haavind, Hanne. 2000. *Kjønn og fortolkende metode: metodiske muligheter i kvalitativ forskning*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hennum, Nicole. 2004. "Å formidle seg selv som kjærlig mor og far i en norsk kontekst." *Fokus på familien* no. 3:147-157.
- Hydén, Lars-Christer. 1997. *De otaliga berättelserna*. Edited by Margareta Hydén and Lars-Christer Hydén, *Att studera berättelser: samhällsvetenskapliga och medicinska perspektiv*. Stockholm: Liber.

- Høyer, Georg. 2004a. "Rus og avhengighet." In *Sosialmedisin: i teori og praksis*, edited by John Gunnar Mæland, Per Fugelli, Georg Høyer and Steinar Westin, 442 s. Oslo: Gyldendal akademisk.
- . 2004b. "Svkstilte grupper - integrasjon eller særomsorg." In *Sosialmedisin: i teori og praksis*, edited by John Gunnar Mæland, Per Fugelli, Georg Høyer and Steinar Westin, 442 s. Oslo: Gyldendal akademisk.
- James, Allison, and Alan Prout. 1997. *Constructing and reconstructing childhood: contemporary issues in the sociological study of childhood*. London: Falmer Press.
- Jensen, Tine K. 2005. "The Interpretation of Signs of Child Sexual Abuse." *Culture & Psychology* no. 11:469-498.
- Kafka, Franz. 1998. *Prosessen: roman*. [Oslo]: Gyldendal.
- Killén, Kari. 2004. *Sveket: omsorgssvikt er alles ansvar*. [Oslo]: Kommuneforl.
- Kvale, Steinar. 1996. *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- . 1997. *Den kvalitative forskningsintervju*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, Steinar, and Svend Brinkmann. 2009. *Interview: introduktion til et håndværk*. København: Hans Reitzel.
- Levin, Irene. 2004. *Hva er sosialt arbeid*. Oslo: Universitetsforl.
- Lian, Olaug S., and Georgos Midré. 1996. "Økonomismens hegemoni." *Sosiologisk tidsskrift* no. 4:91-118.
- Lian, Olaug S., and John-Arne Røttingen. 2002. Legen - homo economicus eller homo sociologicus? *Tidsskrift for Den norske legeforening* 17: 122:1682-5, <http://tidsskriftet.no/article/568731>, lastet ned den 10.03.2012.
- Lindgren, Astrid, Odd Bang-Hansen, and Ilon Wikland. 1988. *Mio, min Mio*. [Oslo]: Damm.
- Malterud, Kirsti. 1996. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. [Oslo]: Tano Aschehoug.
- Merrick, Elisabeth. 1999. "An exploration of quality in qualitative research: Are "reliability" and "validity" relevant?" In *Using qualitative methods in psychology*, edited by Mary Kopola and Lisa A. Suzuki, 25-36. Thousand Oaks/London/New Dehli: Sage Publications.
- Neumann, Cecilie Elisabeth Basberg. 2009. *Det bekymrede blikket: en studie av helsesøstres handlingsbetingelser*, Novus forlag, Oslo.
- Norheim, Ole Frithjof, and Benedicte Carlsen. 2003. Legens doble rolle som advokat og portvakt i fastlegeordningen. Evaluering av fastlegeordningen. Bergen: Stein Rokkan Centre for Social Studies, Universitetet i Bergen.
- Nybø, Else. 2006. *Barnet i teksten. En studie av språk og fortellermåter i tekster om barnevern*, Avdeling for samfunnsfag, Høgskolen i Oslo, Oslo.
- Peirce, Charles S., and Justus Buchler. 1955. *Philosophical writings of Peirce*. New York: Dover.
- Potter, Jonathan, and Margaret Wetherell. 1987. *Discourse and social psychology: beyond attitudes and behaviour*. London: Sage.
- Rønson, Yngve, and Per Hjortdahl. 2007. "Pasientlister hos kvinnelige og mannlige fastleger." *Tidsskrift for Den norske legeforening* no. 19:127:2508-12.
- Saltman, Richard B., Josep Figueras, and Constantino Sakellarides. 1998. *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Saltman, Richard B., and Casten von Otter. 1995. *Implementing planned markets in health care: balancing social and economic responsibility*. Buckingham: Open University Press.

- Sandvik, Hogne. 2006. Evaluering av fastlegereformen 2001-2005. En sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter. edited by Hogne Sandvik. Oslo: Norges forskningsråd.
- Slagstad, Rune. 2008. "Profesjoner og kunnskapsregimer." In *Profesjonsstudier*, s. 54-68. Oslo: Universitetsforl.
- Stang, Edda. 2007. *Fremstillinger av barnevern i løssalgspresen: en innholdsanalyse av artikler om barnevern i VG og Dagbladet*, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, Oslo.
- Terum, Lars Inge. 2003. *Portvakt i velferdsstaten: om skjønn og beslutninger i sosialt arbeid*. Oslo: Kommuneforl.
- Thomassen, Magdalene. 2006. *Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Toomela, Aaro. 2003. "How should culture be studied?" *Culture & Psychology* no. 9:35-45.
- Ulvik, Oddbjørg Skjær. 2005. *Fosterfamilie som seinmoderne omsorgsarrangement: en kulturpsykologisk studie av fosterbarn og fosterforeldres fortellinger*, Psykologisk institutt, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo, [Oslo].
- Vedeler, Gerdt Henrik. 1996. "Å samtale med barn. Vet barn hva de snakker om? Hvordan få barn i tale, og hvordan vurdere hva de formidler?" In *Skjønner du? Kommunikasjon med barn. En publikasjon fra Nic Waals Institutt*, edited by Margrete Kjær. Oslo: Kommuneforlaget.
- Widerberg, Karin. 2001. *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt: en alternativ lærebok*. Oslo: Universitetsforl.
- Winther Jørgensen, Marianne, and Louise Phillips. 1999. *Diskursanalyse som teori og metode*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.

### **Offentlige utredninger, stortingsmeldinger og andre kilder**

Barne- og likestillingsdepartement og Bufetat. *Et åpent barnevern - kommunikasjonsstrategi for barnevernet 2008-2011*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartement og Bufetat

Helse- og omsorgsdepartement (2000). *Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 14. april*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartement

Ot.prp nr 69 (2008-2009). *Om lov om endringer i barnevernloven*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartement

Ot.prp nr 99 (1998-99). *Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartement

St.meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

St.meld. nr 26 (1999 – 2000). *Om verdier for den norske helsetenesta*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

St.meld. nr. 35 (1994-95). *Velferdsmelding*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet

Vergerådsloven av 1896. *Lov om behandling av forsømte børn.* Vedtatt i Stortinget 1896.  
Loven trådte i kraft 1. januar 1900.

## Vedlegg 1

# Invitasjon til å delta i undersøkelse om fastlegers møte med barnevernsproblematikk

29.10.2010

Kjære fastlege

Fastlegene utgjør en viktig del av det samlede helsehjelpstilbudet til barn og unge. Lege/ sykehus stod for ca. 5 % av bekymringsmeldingene til barnevernet i 2009, men det er gjort få undersøkelser.

Dette er en invitasjon til å delta i undersøkelsen: **Fastlegers møte med barnevernsproblematikk – hva vekker bekymring og hva gjør fastlegen med bekymringen?**

Jeg er masterstudent ved Høgskolen i Oslo, og i masteroppgaven skal jeg gjøre en undersøkelse (intervju) om fastlegers møte med mulig barnevernsproblematikk i sin kliniske praksis, eller som deltager på legevakt, på helsestasjon, i skolehelsejeneste, på helsestasjon for ungdom mv.

Spørsmålene vil dreie seg om det er konsultasjoner som har vekket din bekymring ved observasjon av barnet eller foreldrene, ved utsagn fra barnet eller foreldrene, ved mistanke om rusmisbruk, eller ved andre forhold hos barnet eller foreldrene.

Hvilke utredninger og tiltak er mulige innenfor rammene av en fastlegepraksis eller som lege på helsestasjon, skolehelsetjeneste, legevakt mv.? Hvem kan du drøfte din bekymring med? Hvilke samarbeidspartnere kan du kontakte eller henviser til? Har du noen gang meldt din bekymring til barneverntjenesten? Hvilke erfaringer gjorde du i den sammenheng?

Dersom du vil være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til meg i vedlagte svarkonvolutt *innen 10. november*. Intervjuet vil tas opp på bånd, og vil vare ca. en time. Intervjuene er planlagt gjennomført i løpet av november og desember 2010.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data fra deg bli slettet. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når undersøkelsen og oppgaven er ferdig, innen utgangen av mai 2011.

Hvis du har spørsmål kan du ringe meg på tlf. 907 63 569, eller på mail: s100007@stud.hio.no. Du kan også kontakte min veileder, førsteamanuensis Oddbjørg Skjær Ulvik ved Avdeling for samfunnsfag, Høgskolen i Oslo, telefon 22 45 36 55, eller: oddbjorgskjar.ulvik @sam.hio.no. Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Med vennlig hilsen

Ragnhild Bjørneng  
Masterstudent i sosialt arbeid  
Høgskolen i Oslo

## Vedlegg 1

# Invitasjon til å delta i undersøkelse om fastlegers møte med barnevernsproblematikk

---

## Samtykkeerklæring til å delta i en intervjuundersøkelse om fastlegers møte med barnevernsproblematikk.

Jeg har mottatt skriftlig informasjon om undersøkelsen og ønsker å delta på intervju.  
Jeg er informert om at jeg til enhver tid kan trekke meg fra prosjektet og at alle innsamlede  
opplysninger da vil bli slettet.

\_\_\_\_\_  
Navn

\_\_\_\_\_  
Dato

Under kan du oppgi kontaktinformasjon som du ønsker at jeg skal bruke for å gjøre avtale om tid og  
sted for intervju.

Jeg kan kontaktes på:

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Det passer best å ringe (telefontid/ dager)

\_\_\_\_\_  
Telefax

\_\_\_\_\_  
e-post



---

### Intervjuguide/temaliste for intervjuene

Starte med en gjennomgang av det skriftlige samtykket, og hva det innebærer.

- Hvor lenge hun/han har vært fastlege.
- Fortelle om det er konsultasjoner hun/han husker som vakte bekymring.
- Hva var det som gjorde henne/ham bekymret?
- Hva gjorde hun/han i den konkrete saken?
- Var det noen hun/han snakket og rådførte seg med før valg av tiltak?
- Er det noe hun/han i ettertid ville gjort annerledes?
- Hvilke utredninger og tiltak ser hun/han som mulige innenfor rammene av en fastlegepraksis?  
Hvis hun/han deltar på legevakt eller har annet allmennt medisinsk arbeid for kommunen (på helsestasjon, i skolelegetjeneste, på helsestasjon for ungdom mv), hvilke utredninger og tiltak ser hun/han som mulige der.
- Hva setter de største begrensningene?
- Hvilke samarbeidspartnere ser hun/han som aktuelle å kontakte eller henvise til?
- Har hun/han noen gang meldt sin bekymring til barneverntjenesten?
- Hvilke erfaringer gjorde hun/han i den sammenheng?
  - Angret hun/han eller følte hun/han lettelse?
  - Hvordan var reaksjonen fra eventuelt foreldrene, barnet/ ungdommen?
  - Fikk hun/han støtte fra kollegaer?
  - Hvordan opplevde hun/han kontakten med barneverntjeneste
- Har hun/han noen gang vurdert å melde fra til barnevernet uten å gjøre det?
- Hva var det som holdt henne/ham tilbake?
- Er det kunnskap og kompetanse hun/han har savnet i slike saker, og kan hun/han konkretisere dette nærmere.