

KAPITTEL 7

Bekymring for det ufødte liv og omsorgsovertakelse ved fødsel: Posisjoner, verdikonflikter og spenninger i tverrfaglig arbeid

Kerstin Söderström

Høgskolen i Innlandet, Sykehuset Innlandet HF

Abstract: Separating a mother and newborn at the maternity ward is a challenging, potentially traumatic, and value-laden intervention. Cross-disciplinary collaboration in this tense and intense situation ideally assists child protection services in reaching well-founded decisions. However, differing opinions, professional stances and values can jeopardize the decisional process and threaten the quality of care and rights of the client(s). The main aim is to describe and analyse cross-disciplinary teamwork during pregnancy and the process towards a child protection decision. Participant observation and interviews provided data and descriptions of the case study, analysed according to positioning theory. The results show how two main storylines, a medical-therapeutic and a child protection storyline, each with a set of professional positions, create friction and tension in cross-disciplinary collaboration. The case describes the initial tensions, how they were overcome, and how they finally resulted in a planned removal at birth. This gave the mentally ill mother-to-be the opportunity to participate and prepare for the separation. The study demonstrates how a supervised, structured and reflective collaborative process enabled the participants to deal with conflicts and uncertainties stemming from positions and the dynamics of positioning. Further research and practical experiences, e.g. through simulation training, are needed to inform safe and caring removal practices and validate the usefulness of positioning theory to illuminate interprofessional conflict.

Keywords: child protection, removal at birth, interdisciplinary collaboration, positioning theory, professional values

Sitering av denne artikkelen: Söderström, K. (2020). Bekymring for det ufødte liv og omsorgsovertakelse ved fødsel: Posisjoner, verdikonflikter og spenninger i tverrfaglig arbeid. I H. Nordby & A. Halså (Red.), *Verdier i barnevern* (Kap. 7, s. 131–151). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.103.ch7>
Lisens: CC BY-ND 4.0

Familiens spede begynnelse

Noen barn er vi bekymret for før de er født. Noen nyfødte trenger barnevern fra starten av. Mellom 30 og 40 barn blir hvert år separert fra foreldrene like etter fødsel (Skogstrøm, 2019). Et slikt inngrep skjer i en unik, intim, inntrykksom og meningsmettet situasjon, hvor det normale er at foreldre og barn «pakkes inn» i omsorg og hensyntagen. omsorgsovertakelse ved fødsel er verdiladd og vekker særdeles sterke følelser og reaksjoner. Det regnes som barnevernets mest inngripende tiltak nest etter tvangsadopsjon (NOU, 2016: 16).

En uforberedt separasjon like etter fødsel er dramatisk og traumatisk for foreldre og er også vanskelig for involverte profesjonelle. Hendelsen kommer ofte brått på og oppleves etisk, faglig og personlig krevende (Marsh, Robinson, Leamon & Shawe, 2014). Ikke sjelden oppstår spenninger mellom samarbeidsparter som må løses. For det alvorlige bakteppet til inngrepet og annet forebyggende spedbarnevern er at nyfødte, i likhet med eldre barn, utsettes for omsorgssvikt og vold.

Rettsmedisinsk institutt anslår at mellom åtte og ti barn under tre år dør hvert år som følge av drap, mishandling eller omsorgssvikt (Rognum, 2016). I perioden 2015–2018 var det 90 alvorlige voldshendelser mot barn under fire år. Over halvparten var fem måneder eller yngre da skaden ble avdekket (Politiet, 2019). I barnevoldsutvalgets offentlige gransking av 20 alvorlige barnevernssaker (NOU, 2017: 12) konkluderes det med at sviktende samarbeid og samordning mellom ulike hjelpetjenester er årsaken til at for mange utsatte barn ikke blir beskyttet. 70 prosent av norske familier i barnevernet får tjenester fra fem eller flere instanser (Clifford, 2015). Men å komme i posisjon og sette et godt tverrfaglig samarbeid allerede i svangerskapet er krevende av ulike grunner. Det kan være juridiske eller formelle skranker, avstand mellom tjenester og manglende eller dårlige erfaringer med tverrprofesjonell samhandling. Det handler også om ulike personer og profesjoners fagetikk og verdier, kort sagt, om ulike oppfatninger om hva som er riktig å gjøre.

Dette kapitlet beskriver en tverrfaglig arbeidsprosess rundt sterk bekymring for en gravid og hennes ufødte barn. *Målet* er å synliggjøre kompleksiteten i barnevernarbeid i livets begynnelse, og hvordan posisjonering utfordrer tverrfaglig samarbeid. Spenninger mellom tjenester

viser seg gjerne ved første øyekast som ulike faglig begrunnede meninger. I dette kapitlet forsøker jeg å gå bak det som sies åpent, og å forstå konflikt og spenninger ved å analysere tjenestenes og fagfolkenes ulike posisjoner, mandat og verdibaserte holdninger. Det sentrale spørsmålet er: Hvordan ser det tverrfaglige samarbeidet rundt omsorgsovertakelse ved fødsel ut, og hvordan påvirkes barnevernets beslutninger av deltagerens (profesjonenes) faglige orientering og posisjon?

Arbeidet som presenteres her, inngår i en større undersøkelse av barnevernets verdier, begrunnelser og beslutningsprosesser. Tematikken *omsorgsovertakelse ved fødsel* kan brukes som et forstørrelsesglass for dynamikker, konflikter og samarbeidsmuligheter som oppstår i mange av barnevernets andre oppgaver. Her forsterkes og fokuseres beskyttelsesoppdraget, Det er ofte ulike meninger om nødvendigheten av å gripe så sterkt inn, og spenninger i samarbeidet og samfunnets verdier og normer utfordres.

Tverrfaglig posisjonering

I tverrfaglig samarbeid er det en blanding av deltagerens fagkunnskap, formelle forpliktelser, verdier, interesser, fagetiske holdninger og personlige overbevisninger som spilles ut. Konflikter eller uenighet i samarbeidet oppfattes gjerne som faglig uenighet, eller som at den man er uenig med, er en vanskelig eller inkompetent fagperson. Antagelsen i dette kapitlet er at årsakene er mer komplekse, og at de blant annet har sammenheng med fagfolkenes posisjoner og posisjoneringsprosesser i samarbeidet.

En *posisjon* beskrives av Harré og Slocum (2003) som et knippe av ansvar, forpliktelser og rettigheter som en fagperson har eller tilskrives i en bestemt situasjon. En gitt posisjon påvirkes av felles oppfatninger av hvordan disse forholdene er fordelt mellom aktørene (Harre & Moghadam, 2012). Posisjoner kan svekkes, forsterkes og forhandles i løpet av en sosial episode. En faglig posisjon er sjelden verdinøytral og heller ikke uberørt av fagpersonens private jeg. En posisjon er i denne teorien mer fleksibel og foranderlig enn for eksempel en sosial rolle, og den beskriver bedre det dynamiske samspillet i sosialt samvær.

Vi tilpasser oss etablerte posisjoner, egen og andres, uten å tenke over det. Men posisjoner kan også fornektes, utfordres og forhandles. En slik

interaktiv prosess kalles *posisjonering*, det sentrale omdreiningspunktet i posisjoneringsteori (Tirado & Gálvez, 2007) som brukes som analytisk grep i dette kapitlet. Posisjonering av seg selv innebærer alltid en posisjonering av den andre, og posisjonering av den andre er samtidig en posisjonering av seg selv (Bullough & Draper, 2004). Posisjon og posisjonering forteller om deltagerens oppfatninger av en moralsk orden, om ulikheter i fordelingen av oppgave, makt og myndighet. Begrepene sier også noe om den enkelte deltagers plass i et hierarki.

Tirado og Gálvez (2007) anser posisjoneringsteori som særlig egnet for å analysere konflikt i samhandling, både på grunn av oppmerksomheten på dynamiske endringer underveis i en sosial episode og på grunn av oppmerksomheten på underliggende oppfatninger og verdier som muligens driver konflikten. Nordby (2017, s. 38) definerer konflikt i et samarbeid som at «to eller flere personer som er avhengige av hverandre, er i en konflikt hvis de er så uenige om en sak at det har betydelig negativ effekt på samarbeidet dem imellom». Det er videre situasjoner der ulikheter i interesser og overbevisning gjør det umulig at partenes mål eller mening om hva som er best å gjøre, kan bli oppfylt samtidig (Tirado & Gálvez, 2007). Det er for eksempel en konflikt i samarbeidet hvis en part er overbevist om at det beste for barnet er å bli værende hos foreldrene, og den andre parten mener at det beste er å adskille og plassere barnet i fosterhjem.

Hva vet vi om omsorgsovertakelse ved fødsel?

Å separere et nyfødt barn fra mor er noe av det vanskeligste ansatte i helse- og omsorgsprofesjoner håndterer. Det er likevel relativt lite oppmerksomhet på dette i forskningslitteraturen, i jordmor- og barnevernutdanningene og i det tverrfaglige praksisfeltet. Det finnes heller ingen nasjonale retningslinjer for hvordan omsorgsovertakelse ved fødsel bør foregå (Odland, 2018). Statistikken om barnevernets arbeid i perinatalfasen og omsorgsovertakelse ved fødsel er mangelfull og forteller lite om prosessen fra fødsel til et eventuelt omsorgstiltak (Dyrhaug, 2019; Jacobsen, 2019).

Men noe vet vi. I 2008 var det 34 tilfeller av separasjon like etter fødsel etter barnevernlovens § 4-9 jf 4-8 2.2 (bvl, 1992). Forekomsten økte

gradvis fram til 2013 da det var 65 separasjoner etter den såkalte nyfødt-paragrafen (Dyrhaug, 2019). En tilsvarende sterk økning i antall saker ble også registrert i England i samme tidsperiode (Broadhurst, Alrouh et al., 2015). Internasjonal forskning viser at kvinner som mister ett barn ved fødsel, gjerne mister flere (Broadhurst, Shawb et al., 2015; Cox, 2012; Grant et al., 2014).

Økningen av barneverntiltak overfor spedbarn i Norge ble beskrevet som gledelig av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratets direktør. Det er en ønsket utvikling å komme inn med tiltak så tidlig som mulig for å beskytte barn mot forventede belastninger på grunn av omsorgssvikt (Jensen, Fredrikstad, Saabye & Haugen, 2016). Fra 2014 har det vært en nedgang i separasjoner på barselavdelingen, og i hele 2018 var det registrert 30 hendelser. Det er fortsatt en økning i barneverntiltak for de minste i tråd med tidlig inn-strategien. I 2018 var det 558 barn under ett år som fikk tiltak i barnevernet. 58 av disse ble plassert i fosterhjem (Jacobsen, 2019).

En gjennomgang av alle 58 omsorgsovertakelser i Norge i 2015 og 2016, foretatt av doktorgradsstipendiat Ida Juhasz, viste at i 55 prosent av sakene hadde foreldrene mistet omsorgen for et barn tidligere. Den hyppigste årsaken til omsorgsovertakelsen var mors psykiske helse (71 prosent), deretter mors evnenivå og på tredje plass rusavhengighet. Mange av mødrene selv hadde vært barn i barnevernet, og i 27 prosent av sakene var foreldrene enige i at barnet ble plassert hos andre (Jakobsen, 2018).

Jordmødre som har deltatt i akutt omsorgsovertakelse ved fødsel, rapporterer misnøye med arbeidet, sinne, skyldfølelse, frustrasjon og tanker om å gi opp sitt yrke (Marsh et al., 2014). Jordmødre blir involvert i handlinger som oppleves i strid med deres faglige oppgave om å gi pleie og omsorg, og oppfølgingen av foreldre etterpå oppleves som mangelfull (Everitt, Fenwick & Homer, 2015). Hvordan dette oppleves for andre yrkesgrupper som involveres, for eksempel fastlege, psykisk helsevern og politi, er i svært liten grad studert.

Yrkesgruppen som må ta de vanskeligste beslutningene og foreta de mest krevende handlingene, og som må stå sterkest i stormen, er likevel barnevernet. Dersom det ikke har vært et samarbeid med den gravide før fødsel, har barnevernet liten tid til å undersøke bekymringen

og fatte beslutninger. Barnevernansatte må være forberedt på kritikk, endog hat fra foreldre og deres støttespillere. De blir hengt ut i sosiale medier og kritisert i de konvensjonelle nyhetskanalene. Samarbeidsparter kan uttrykke misnøye med barnevernets handlinger, men kritikk kan også forventes hvis de ikke griper inn.

Barnevernarbeideren føler seg dårlig forberedt på mange av yrkets alvorlige og kompliserte oppgaver. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratets (Bufdir) utredning av kompetansebehovene i barnevernet viste at kun 35 prosent av ansatte i barneverntjenesten mener at grunnutdanningen deres i stor eller svært stor grad ga dem et godt grunnlag for å arbeide i tjenesten (BUFdir, 2019). Høyt sykefravær (Johansen, 2014) og høy turnover i barneverntjenestene (Slettebø et al., 2019) forteller om blant annet overveldelse, stress og andre arbeidsbelastninger.

De juridiske og formelle rammene for foster- og spedbarnevern

Lov om barneverntjenester (barnevernloven [bvl.], 1992) skal sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse til rett tid (bvl., 1992, § 1–1). Hovedregelen er at barnevernet ikke har ansvar for det ufødte barnet, og dermed er det ikke anledning til å åpne barnevernssak og undersøke en bekymring under svangerskapet uten at den gravide selv ønsker det. Det eneste unntaket til kravet om samtykke gjelder gravide rusavhengige som er tvangsinnlagt etter helse- og omsorgstjenesteloven paragraf 10–3 syvende ledd (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). I forarbeidene til ny barnevernlov (Barne- og familiedepartementet, 1992) ble det drøftet hvorvidt ufødte barn burde omfattes av meldeplikten til barnevernet, men flertallet mente at det ville være for hardt for den gravide å vite om en forestående omsorgsovertakelse samtidig som hun bar frem barnet.

Når helsepersonell får bekymring for det ufødte liv, og for hvordan omsorgssituasjonen vil bli etter fødsel, kan de velge å informere den gravide, eventuelt begge blivende foreldre, om barnevernets tjenester og foreslå en frivillig kontakt. Hvis kvinnen takker nei, er helsepersonell

bundet av taushetsplikt etter paragraf 21 i helsepersonelloven (1999), og de kan ikke informere barneverntjenesten eller andre tilstøtende tjenester. Dersom barnevernet allerede er kjent med den gravide og de forholdene som vekker bekymring for et ufødt eller nyfødt barn, kan likevel ikke barnevernet åpne en undersøkelsessak i svangerskapet uten den gravides samtykke. Denne lovgivningen signaliserer at kvinnens selvvråderett står sterkt, og hun tilkjennes det ultimate ansvaret for livet hun bærer på. Etter at barnet er født, trer barnevernets grunnleggende mandat i kraft, og barnevernets inntreden forutsetter ikke foreldresamtykke. Som nevnt over er det eneste unntaket der hvor en gravid kvinnes rusmiddelbruk vurderes å være overveiende sannsynlig til skade for fosteret. Da har helsepersonell opplysningsplikt (helsepersonelloven, 1999, § 32), og kommunal sosialtjeneste kan gripe inn og gjennomføre en tvangsinnleggelse, selv om det strider imot kvinnens eget ønske og valg (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Det som benevnes som omsorgsovertakelse av et nyfødt barn, er egentlig en akuttbestemmelse som gir barneverntjenesten anledning til å «holde tilbake» et nyfødt barn som enda ikke har «flyttet til foreldrene», dersom det å reise hjem sammen med foreldrene medfører en situasjon som overveiende sannsynlig setter barnet liv og helse i fare. I praksis betyr det at barnevernet henter barnet på barselavdelingen kort tid etter fødselen med hjemmel i barnevernloven paragraf 4–9, jf. paragraf 4–8, andre ledd (bvl., 1992).

Retten til familieliv og barnets beste

Familieliv er beskyttet av internasjonale og nasjonale lover og sentralt står artikkel 8 i Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK) (Menneskerettsloven, 1999), som verner om følgende:

[Retten til] respekt for sitt privatliv og familieliv, sitt hjem og sin korrespondanse. ... Det skal ikke skje noe inngrep av offentlig myndighet i utøvelsen av denne rettighet unntatt når dette er i samsvar med loven og er nødvendig i et demokratisk samfunn av hensyn til den nasjonale sikkerhet, offentlige trygghet eller landets økonomiske velferd, for å forebygge uorden eller kriminalitet, for å beskytte helse eller moral, eller for å beskytte andres rettigheter og friheter.

Når foreldre som mener at barnevernet har gjort urett får prøvd sin sak for Den europeiske menneskerettsdomstolen (EMD) i Strasbourg, er anken ofte begrunnet i EMKs artikkel 8 (Hansen, 2019). En rekke studier med juridiske, menneskerettslig perspektiver dokumenterer at EMK og EMD forutsetter en høy terskel for omsorgsovertakelse ved fødsel (for eksempel Freel, 2010; Sandberg, 2005; Søvig, 2019). Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM) sier det slik: «[A]kuttvedtak for et nyfødt barn ifølge EMD er et ekstremt strengt tiltak, og [...] det må ekstraordinært tvingende grunner til før en baby kan bli fysisk fjernet fra sin mor mot hennes vilje rett etter fødsel» (Skogstrøm, 2019).

I tillegg til en eksepsjonell sterkt juridisk begrunnelse forventer både nasjonale og internasjonale domstoler at andre tiltak for å beskytte barnet har vært forsøkt, blant annet systematisk tverrfaglig innsats for å styrke foreldrekompetansen, beskytte barnet og sikre dets utvikling (f.eks. Freel, 2010). De siste årene har det vært en viss dreining i EMD mot å vektlegge barnets beste fremfor privatlivets fred (Helland, 2019).

Familielivet er altså lovregulert og beskyttet, men sterkere enn retten til å være sammen som familie og privatlivets fred er hensynet til barnets beste, slik det formuleres i Barnekonvensjonen (1989) artikkel 3. De nordiske landene har en lavere terskel enn andre kulturer for å tilside sette familiens rett til å være samlet og i fred dersom dette familielivet vurderes å være til skade for barn (Gording Stang, 2019). Både terskelen og barnevernets begrunnelser, faglighet og handlinger er gjenstand for kritikk fra både norsk (Witoszek, Totland, Nwosu, Thune & Salvesen, 2015) og internasjonalt hold og fra EMD (Søvig, 2019).

Tverrfaglig samarbeid

Der hvor det er barnevernbekymring for det ufødte liv, er det som regel sammensatte og alvorlige problemer med behov for flere hjelpeinstanser (Söderström, 2011). Ulike fag og tjenester har kunnskap om forskjellige sider av problemene og behovene, og de rår over ulike metoder og tiltak. Jordmor eller fastlege skal følge opp svangerskap og fosterhelse, og helsesykepleier skal ta over etter fødsel. Når det er risiko for svangerskaps- eller fødselskomplikasjoner, henvises den gravide til kvinneklinikk i

spesialisthelsetjenesten. Har hun en psykisk lidelse eller et rusproblem, er det ofte kontakt med saksbehandler og terapeuter i både kommune og spesialisthelsetjeneste. Bli problemene alvorlige eller akutte, kan en innleggelse i psykisk helsevern være aktuelt. Assistanse fra NAV må til hvis det trengs bistand til økonomi eller bolig. Kommunale lavterskeltilbud eller sped- og småbarnsteam fra psykisk helsevern for barn og unge (BUP) kan jobbe med forberedelse til foreldreskapet. Familievernkonvensjonen kan adressere utfordringer i parforholdet. Hvis det vurderes å være behov for langvarig hjelp fra flere instanser, har personen det gjelder, krav på en koordinerende individuell plan (Pasientrettighetsloven, 1999/2019). Når samarbeidet glir godt, vil sannsynligvis både avgjørelser og tiltak bli bedre. Mange av disse tjenestene og profesjonene vil dukke opp senere i kapitlet som aktører i fortellingen om gravide «Maria», der de inngår i det tverrprofesjonelle hendelsesforløpet frem til fødsel. Samarbeidsprosessen utgjør denne studiens empiri.

Selv om det er allmenn aksept for behovet for tverrfaglig samarbeid, og flere lover gir generelle pålegg om å samarbeide, mangler det beskrivelser av hvordan dette samarbeidet bør foregå (NOU, 2017: 12). Flere tilsyn og granskinger av alvorlige barnevernssaker, inklusive barnevoldsutvalget (NOU, 2017: 12), dokumenterer at kommunikasjonen og samarbeidet mellom tjenestene ofte svikter. Tjenestenes kvalitetsindikatorer er «innovervendt» for å sikre etterlevelse av den enkelte tjenestes driftskrav, mens det er svakere insentiver til å prioritere det man kan kalle en «mellomromskompetanse». Men det mener jeg kompetanse til å arbeide i mellomrommet mellom tjenester, til å sikre kvalitet i samarbeidet og kunne utnytte ulikheter for å utfylle hverandre – og slik styrke helhet og sammenheng i det totale tjenestetilbudet.

I det følgende presenterer jeg en kasuistikk og samarbeidsprosess som forsøker å tette hullene mellom tjenestene for å hjelpe den problembelastede, gravide Maria og hennes ufødte barn.

Maria og de mange hjelperne

Maria er ung, utsatt og psykisk syk. Hun har mange sosiale og relasjonelle problemer, og hun trenger hjelp til bolig og økonomi og til å få

hverdagen til å henge sammen. I perioder får hun døgnbehandling i psykisk helsevern. Svangerskapet var ikke planlagt, men etter den første overraskelsen våknet forestillingene om å bli mor. Samtidig steg en motivasjon til å få orden på livet og et gryende håp om å beholde barnet. Hun ga gyldig samtykke til samarbeid med barnevernet, og til at de involverte hjelpeinstanser kunne snakke sammen for å hjelpe henne og barnet. En tverrfaglig gruppe ble etablert med mål om å følge Maria til barnet var født, og lenger hvis nødvendig. Marias og barnets skjebner var mer eller mindre i hjelpernes hender, med deres ulike kunnskaper, verdier og agendaer.

Metode

Fortellingen om Maria baserer seg på et reelt tverrfaglig samarbeid som involverte ni profesjonelle aktører. Disse var virksomhetsleder for kommunens helse- og sosialtjeneste, ansatt i kommunal rus-/psykisk helse-tjeneste, fastlege, jordmor i kommune, jordmor på sykehus, helsesøster, barnevern, psykisk helsevern for barn (BUP) og psykisk helsevern for voksne (sykehus). I tillegg deltok en ekstern prosessveileder. Forfatteren hadde en rolle som deltagende observatør, som noterte under samhandlingsprosessen på to møter og fikk skriftlig referat fra de øvrige. I etterkant ble flere av aktørene intervjuet. Maria samtykket til at de profesjonelle kunne møtes uten henne, og til at prosessen ble observert. Navnet «Maria» er fiktivt, og detaljer er endret eller utelatt for å sikre anonymitet. Det tverrprofesjonelle samarbeidet som beskrives, er imidlertid reelt. Sitatene, som i posisjoneringsanalysen beskrives som talehandlinger, består av ytringer notert under observasjonene.

Posisjonene i det tverrfaglige samarbeidet

Som nevnt er analysen orientert mot å finne ut hva som ligger bak spenninger i et tverrfaglig samarbeid. Det analytiske redskapet er hentet fra posisjoneringssteori, som beskriver relasjoner, samspill og meningsdannelse i konkrete sosiale episoder (Harre & Moghaddam, 2012). Møtene i det tverrfaglige samarbeidet rundt Maria er de sosiale episodene som

analyseres, og det er deltagerens talehandlinger som brukes for å beskrive deres posisjoner og posisjoneringsdynamikken.

Analysen tar utgangspunkt i deltagerens posisjon og meninger om det som samarbeidet dreier seg om. En posisjoneringsanalyse starter med å beskrive en «rolleliste» over alle aktørene i form av posisjon og deres talehandlinger. Hver av deltagerne kommer til de tverrfaglige møtene med en oppfatning av hva dette handler om, og hva som er deres sentrale oppgave – en slags storyline. Sammen med forventningene følger en bevisst eller ubevisst forståelse av egen rolle og posisjon. Deltagerne er bundet av ulike lovverk og mandater, og de forfekter verdier og oppfatninger av egne og andres ansvarsområder. Tabell 1 gir et bilde av «rollelisten» og det som utspilte seg på møtene. Det varierte hvem som var til stede. Avdelingsoverlegen deltok for eksempel aldri, men hennes perspektiver ble fremført av avdelingspsykeleieren.

Tabell 1. Deltagerens posisjoner.

Deltager	Storyline	Posisjon	Talehandling
Avdelingsoverlege, psykisk helsevern	Vurdering og behandlingen av Marias psykiske lidelse.	Høy status i behandlingshierarkiet og stor definisjonsmakt. Stort ansvar, sterke formelle rettigheter.	<i>Graviditeten og hva som skal skje med barnet, er ikke vårt ansvar og skal heller ikke ha fokus i behandlingen.</i>
Avdelingspsykeleier, psykisk helsevern	Trekkes mellom legens anvisninger, egne vurderinger og Marias ønsker og behov.	Underordnet og delegert ansvar for å gjennomføre legens behandlingsplan. Middels status i kraft av spesialisthelsetjeneste.	<i>Vi skal ikke snakke om det, men det er vanskelig å ignorere den voksende magen, barnevogna og babyklærne.</i>
Tjenesteområdesjef, rus/psykisk helse, kommune	Sørge for at de kommunale tjenestene henger sammen og gjør en god jobb.	Stort formelt ansvar med ledermyndighet til å instruere. Høy status i kommunen, middels i helsesystemet.	<i>Jeg har gitt beskjed om at våre ulike tjenester skal stille på disse møtene.</i>
Sosialarbeider, rus/psykisk helse, kommune	Den unnselige, men – for Maria – viktigste hjelperen. Den som har det fyldeste bildet av Marias fungering.	Sentral for gjennomføring, viktigst for pasient, men med liten makt og innflytelse over innhold og samhandling.	<i>Jeg gjør mitt beste for å fylle alles forventninger, men er frustrert over at ingen lytter til meg.</i>

(Fortsetter)

Tabell 1. (Fortsettelse)

Deltager	Storyline	Posisjon	Talehandling
Fastlege	Det helserelaterte «navet» med god kjennskap til Marias utfordringer.	Betydelig ansvar og myndighet, og vedkommendes deltagelse verdsettes av de andre. Høy formell status.	<i>Jeg tror ikke jeg er den som skal melde bekymringene. Det er viktig at Maria beholder tilliten til meg.</i>
Terapeut, BUP	Den samspillsorienterte hjelperen som skal stimulere foreldreskap og forberedelser til barnets komme.	Behandlingsansvarlig for mor og barn og inneholder av spesialkunnskap om utvikling og risiko.	<i>Hun fungerer ganske bra når hun er hos meg. Men jeg er usikker på om vi skal jobbe med tilknytning og foreldreskap hvis hun mister barnet.</i>
Helsesøster	Nybakte mødres og barns sentrale fagstøtte og rådgiver.	Sitter «på vent» gjennom graviditeten med liten påvirkning.	<i>Det er fint å bli kjent med problematikken, slik at jeg kan hjelpe bedre etter fødselen.</i>
Jordmor i kommunen	Den sentrale ansvarlige for oppfølging av graviditeten. Fokus på somatikk.	Respekt og myndighet som jordmor, men i konkurranse med sykehusets jordmor.	<i>Jeg er litt usikker på min rolle nå når sykehuset er koblet på.</i>
Jordmor på fødeavdeling	Den erfarne på risikosvangerskap.	Faglig tyngde, formell og uformell innflytelse.	<i>Ja, vi skal tenke på risiko, men Maria skal også behandles som en normal fødekvinne.</i>
Barneverntjenesten	Støttetjeneste for barnets beskyttere og utsatte foreldre – en krevende spagat.	Stor formell makt og ansvar. Håndterer andres bekymring, men relativt lav status i hjelperhierarkiet.	<i>Vi er de eneste som kun har barnets beste for øye. Det er lett for dere andre å velge å støtte mor og slippe ubehaget med å dele deres bekymringer.</i>
Prosessveileder	Fremme de ulike vurderinger, støtte fremdrift og komme frem til en felles forståelse.	Lav formell makt, men ansvarlig for samarbeidsprosess.	<i>Kan alle formulere hvordan dere, her og nå, vurderer Marias kapasitet til å ta seg av et nyfødt barn?</i>

Listen over involverte fagfolk og beskrivelsen av Marias situasjon illustrerer kompleksiteten i tematikken foreldrestøtte og spedbarnevern. Bak den enkelte fagpersons ytringer spiller også vedkommendes personlige og fagets verdier en rolle.

Verdikonflikter, dilemmaer og spenninger i samarbeidet

Legen skal først og fremst ikke gjøre skade, men gjøre godt for sin primærpatient, Maria. Overlegens ytringer om ikke å tematisere graviditeten og barnet i magen kan være begrunnet i ulike forhold. Hun har muligens en unik klinisk erfaring med Marias lidelse, eller det kan være manglende erfaring med lidelsen i kombinasjon med graviditet. Det kan også handle om en restriktiv fortolkning av eget mandat. Fastlegen, med sitt allmennlegemandat, er bekymret for både Maria og barnet. Men verdien av en god pasientrelasjon er sterk, og fastlegen ønsker først at andre tjenester melder til barnevernet for å verne om pasientrelasjonen.

Avdelingssykepleieren er forpliktet til å følge overlegen, men egne kvinne- og morserfaringer vekkes i møte med gravide. I tillegg til sitt fag har hun personlig erfaringskunnskap og verdier. Hun føler at det er vanskelig å ignorere Marias voksende mage, og hun mener trolig at en gravid trenger støtte av andre trygge og erfarne mødre. Både fastlegen og avdelingssykepleier tumler med indre verdivalg, dilemmaer som er ofte er forbundet med spedbarnevern og foreldrestøtte. Verdien av sosial støtte og et kvinnefelleskap kan beskrives som nettopp en verdi hvis positive betydning for foreldreskapet også er forskningsmessig dokumentert (Stern, 1995).

Helsesøster og jordmødrene er også del av en medisinsk diskurs eller storyline, men deres ansvar og omsorg omfatter både mor og barn. Det samme gjelder BUP, hvis posisjon beveger seg mot en psykososial tradisjon sammen med kommunens sosialtjeneste. BUPs dilemma står mellom verdien av å støtte og behandle foreldre i en livsfase hvor trygghet, oppmuntring og tro på forelder-barn-prosjektet hører med. Imidlertid er barnet BUPs primære ansvar, og faglig veier verdien av å beskytte og støtte barnets utvikling tyngst.

Motpolene barnevern og foreldrevern brukes ofte retorisk for å fortelle eller kritisere hvilken side man tar i verdikonflikt om barnevern. De fleste aktørene har begge perspektiver, men fag og mandat som vektlegger dem ulikt. Også personlige erfaringer og verdier spiller inn, mer eller mindre synlig. Barnevernet står i verdispagat mellom foreldrearbeid og

familiestøtte på den ene siden og inngrep i familien for å trygge barnets helse og utvikling på den andre. Tidligere menneskerettighetsdommer Hillestad Thune mener at dobbeltrollen som hjelper og kontrollør med stor makt er umulig og bør deles i to separate tjenester (Nordgaard, 2018).

En dynamisk posisjonering

I løpet av prosessen steg og sank spenningene mellom de ulike tjenestene. Helse- og omsorgstjenestene vegret seg for å uttrykke sine bekymringer klart og tydelig til barnevernet, men de forventet likevel at barnevernet skulle ta grep og bestemme om mor skulle få beholde barnet eller ei. Barnevernet visste at samarbeidspartene var bekymret, og man ventet på klar tale for å underbygge sine vurderinger og konklusjoner. Det hersket ulike meninger om hvorvidt Maria burde informeres om en beslutning om omsorgsovertakelse på forhånd. På bakgrunn av sorteringen av deltagernes posisjoner og ytringer foreslår jeg at det eksisterer tre parallelle storylines – en medisinsk, en psykososial og en barnevernsstoryline. Tabell 2 oppsummerer og viser hvordan disse tre posisjonerer mor og det kommende barnet ulikt.

Tabell 2. Tre ulike storylines.

Storyline	Fag og tjenester	Marias posisjon	Barnets posisjon
Den medisinske - behandle en lidelse	Fastlege, spesialisert psykisk helsevern for voksne	Pasient - graviditet og morsrolle tonet ned.	Usynlig, irrelevant og kompliserende.
Den psykososiale - støtte og behandle individ og relasjoner	NAV, BUP sped- og småbarnsteam	Gravid, del av familie, potensielt kompetent til omsorg.	Synlig og mål for tidlig innsats sammen med mor. Del av en dyade.
Barnevern - beskytte barnet, et «føre var»-prinsipp	Barneverntjenesten	Mor, potensiell trussel mot barnet. Pasientrolle tones ned.	Synlig, med sterkt beskyttelsesbehov. Barnets beste målestokk for tiltak.

Konflikt mellom behandling og kontroll

Neste steg i analysen identifiserer hovedkonflikten, som her ser ut til å være helse- og omsorgstjenestene versus barneverntjenesten. Tabell 3

viser hvordan fagfolkene posisjonerer seg selv og dermed også den andre parten. I likhet med funnene i barnevoldsutvalgets rapport (NOU, 2017: 12) hadde tjenestene innledningsvis uklare forventninger til hva egen og andres tjeneste kunne eller burde bidra med i samarbeidet, og spenningsnivået på møtene steg.

Tabell 3. Helse og omsorg versus barnevern.

Helse- og omsorgstjenestene		Barneverntjenesten	
Storyline	Posisjonering	Storyline	Posisjonering
Hjelpe og behandle Maria og beskytte den terapeutiske alliansen.	Posisjonerer seg selv som «de gode» hjelperne.	Handle, gripe inn for å beskytte barnet.	Posisjonerer seg selv som de ansvarlige hjelperne.
Forventer at Barneverntjenesten skal gjennomføre nødvendige inngrep, uten å «skitne» egne hender.	Posisjonerer Barneverntjenesten som den inngripende og potensielt «farlige» part.	Forventer at helse- og omsorgsarbeiderne melder og formidler sin bekymring.	Posisjonerer helse- og omsorgsarbeiderne som uansvarlige og feige.

Når posisjoneringsanalysen handler om en konflikt, vil man også søke etter grep som kan forene eller bringe partene nærmere hverandre. Dette kaller Harré og Slocum (2003) for en diskursiv bro. Det handler da om å lete etter hendelser eller intervensjoner med potensial til å dempe konflikt og spenning. Skjer det noe som får partene til se saken i nytt lys, noe som bidrar til felles forståelse eller omorganisering av posisjoner? I samarbeidet rundt Maria intervenerte prosessveileder ved å be alle gi uttrykk for sine vurderinger av mors tilstand, og om de så det som sannsynlig at hun kunne ta seg av sitt nyfødte barn. Det var overveiende enighet om at det var usannsynlig og uforsvarlig. Det ble åpent diskutert hvordan fastlegens tydelighet overfor Maria ville spille inn på lege-pasient-relasjonen. Drøftingen synliggjorde at det like gjerne kunne oppstå mistillit dersom legen ikke formidlet sine bekymringer.

Det var fortsatt uenigheter om hvorvidt Maria skulle forberedes på en omsorgsovertakelse eller om det var best – for henne og barnet – å vente med å forkynne beslutningen til etter fødsel. Barnevernet bekymret seg for om Maria kunne finne på å flytte eller stikke av. De ansatte

i barnevernet var også bekymret for at det ville utsette fosteret for skadelig stress. Etter drøfting og refleksjoner med utgangspunkt i hvert sitt faglige perspektiv samlet gruppen seg om at Maria burde gis anledning til å forberede seg. Omsorgsovertakelsen som alle i denne fasen var enige i at burde skje, ble sammenlignet med andre store og alvorlige livshendelser og med kunnskap som viser at åpenhet og forberedelse er nødvendig for å takle og tåle det som kommer. Den tverrfaglige gruppen stilte seg bak barnevernets beslutning om å informere Maria om barnevernets beslutning i god tid før fødselen. Teamet fortsatte oppfølgingen av Maria, og man ble vitne til hvordan hun forberedte seg frem mot fødselen. Alle detaljer ved omsorgsovertakelsen ble planlagt i samråd med Maria. Hun fikk innflytelse på hendelsesforløpet rundt separasjonen, på tiden hun fikk sammen med barnet, og på hvem som skulle være til stede under omsorgsovertakelsen. Hun var på forhånd kjent med innholdet i barnevernets vedtak, og hun hadde forberedt en innholdsrik velkomst- og avskjedspakke til barnet sitt. Barselpersonalet beskrev denne planlagte omsorgsovertakelsen som rolig, rørende og verdig.

Avsluttende kommentar

Fortellingen om gravide Maria synliggjør spenninger, verdikonflikter og løsninger og illustrerer én av flere mulige arbeidsprosesser. Problemstillingene, spenningene og dilemmaene rundt vurderingene og beslutningene antas imidlertid å være generelle og velkjente for både praksisfeltet og forskningen. Det er flere innfallsvinkler til å forstå og forklare disse spenningene. I dette kapitlet har jeg brukt posisjoneringsteori for å få tak i underliggende årsaker, som hierarki, ansvar, makt, verdier og faglig og juridisk mandat.

Barnevoldsutvalget (NOU, 2017: 12) hevder at barnevernets mekanismer for samarbeid og samordning er for svake på flere nivåer, og at rolle- og ansvarsfordeling mellom tjenestene ofte var uklare og utfordrende. Utvalget viser til at det «... i løpet av 2017 skal etableres et tilbud om veiledningsbistand til kommuner med høy risiko for svikt i tjenestetilbudet. Veiledningen skal skje i form av egne veiledningsteam.... Formålet med

veiledningen er å få på plass systemer og arbeidsformer som møter utfordringene tjenestene står overfor» (NOU, 2017: 12, del 8.6.1).

Dalland (2017) foreslår en reform rundt barne-, foreldre- og familievern som kan løse opp eksisterende dilemmaer og haltende tverrfaglig samarbeid, og som peker i samme retning som barnevoldsutvalget, med opprettelse av regionale tverretatlige innsatsteam med spesialkompetanse. Hun forutsetter at brukernes erfaringer må være med på å forme et slikt tilbud. I likhet med de ovennevnte rapporter og styringsdokumenter understreker praksisanbefalinger for psykisk helsevern i perinallperioden, det vil si tiden før, under og etter fødsel, betydningen av et godt tverrprofesjonelt samarbeid (Brockington, Butterworth & Glangeaud-Freudenthal, 2017).

Posisjoneringsanalysen viser at det ikke bare handler om risiko for svikt i de kommunale tjenestene, men at spenninger oppstår som resultat av ulike posisjoner og faglige overbevisninger på tvers av tjenester og nivåer. Hele det tverrfaglige feltet utfordres til bedre teamarbeid med behørig respekt for hverandres fag og ansvarsområder. I kapittel 9 i denne boken (Söderström & Sandvig, 2020) beskrives tverrfaglig simuleringstrening som en metodikk for bedre å forstå hverandres fag og mandat gjennom å øve sammen i virkelighetsnære scenarioer.

I samarbeidet rundt Maria bidro både det langsiktige perspektivet, samordningsgrepet med koordinator og en prosessveileder til at deltagerne fikk drøftet fra ulike perspektiver, og de kom frem til en felles oppfatning om hva som var den beste beslutningen. Selv om utfallet i denne saken ikke var det sentrale, er det grunn til å spørre om selve samarbeidsmodellen bidro til denne verdige, planlagte omsorgsovertakelsen med samtykke fra Maria. Hun fikk forberede seg, med bedre mulighet til å ta vare på seg selv og til å være den beste moren hun kunne på det gitte tidspunktet. Hun deltok i planleggingen av hvordan adskillelsen skulle skje. Hun beholdt tilliten til sine hjelpere, og samarbeidsrelasjonene mellom de profesjonelle ble styrket. Verdien av åpen refleksjon mellom profesjonelle og av å være informert og involvert i avgjørelser av dyp eksistensiell betydning for individet samlet en sprikende tverrfaglighet og gjorde trolig både Maria og de profesjonelle bedre rustet for fremtiden.

Litteratur

- Barnekonvensjonen (1989). FNs konvensjon om barnets rettigheter. Hentet 5.12.2019 fra <https://www.unicef.no/barnekonvensjonen>
- Barne- og familiedepartementet. (1992). *Om lov om barneverntjenester (barnevernloven)* (Ot.prp. nr. 44 (1991–1992)). Hentet fra <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1991-92&paid=4&wid=c&psid=DIVL312>
- Barnevernloven. (1992). Lov om barneverntjenester (LOV-1992-07-17-100). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100>
- Broadhurst, K., Alrouh, B., Yeend, E., Harwin, J., Shaw, M., Pilling, M., ... Kershaw, S. (2015). Connecting events in time to identify a hidden population: Birth mothers and their children in recurrent care proceedings in England. *British Journal of Social Work*, 45(8), 2241–2260. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcv130>
- Broadhurst, K., Shaw, M., Kershaw, S., Harwin, J., Alrouh, B., Mason, C. & Pilling, M. (2015). Vulnerable birth mothers and repeat losses of infants to public care: Is targeted reproductive health care ethically defensible? *Journal of Social Welfare & Family Law*, 37(1), 87–98. <http://dx.doi.org/10.1080/09649069.2015.998007>
- Brockington, I., Butterworth, R. & Glangeaud-Freudenthal, N. (2017). An international position paper on mother-infant (perinatal) mental health, with guidelines for clinical practice. *Archives of Women's Mental Health*, 20(1), 113–120. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0684-7>
- Bufdir. (2019). *Utredning av kompetansehevingstiltak i barnevernet*. Hentet fra <https://www.bufdir.no/Bibliotek/Dokumentside/?docId=BUFO0005020>
- Bullough, R. V. & Draper, R. J. (2004). Making sense of a failed triad: Mentors, university supervisors, and positioning theory. *Journal of Teacher Education*, 55(5), 407–420. <https://doi.org/10.1177/0022487104269804>
- Clifford, G. (2015). *Minst hjelp til dem som trenger det mest? Sluttrapport fra forsknings- og utviklingsprosjektet «Det nye barnevernet»* (NF rapport nr. 6/2015). Bodø: Nordlandsforskning.
- Cox, P. (2012). Marginalized mothers, reproductive autonomy, and repeat losses to care. *Journal of Law and Society*, 39, 541–561. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6478.2012.00599.x>
- Dalland, H. (2017, 15. februar). Vern barnet, ikke foreldrene. *Bergens Tidende*,. Hentet fra <https://www.bt.no/btmeninger/debatt/i/WPLQd/vern-barnet-ikke-foreldrene>
- Dyrhaug, T. (2019). Personlig e-postkommunikasjon med statistikkavdeling i Statistisk sentralbyrå (SSB), mottatt den 12.07.2019. <https://www.ssb.no/barneverng>
- Everitt, L., Fenwick, J. & Homer, C. S. E. (2015). Midwives experiences of removal of a newborn baby in New South Wales, Australia: Being in the 'head' and 'heart' space. *Women and Birth*, 28(2), 95–100. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.01.004>

- Freel, M. (2010). Baby K's unlawful removal: Practice issues in the emergency protection of children. *Child Abuse Review*, 19(3), 158–168. <https://doi.org/10.1002/car.1107>
- Gording Stang, E. (2019, 29. september). Podcast *Desse dagar*. Hentet fra https://radio.nrk.no/podkast/desse_dagar/nrkno-poddkast-26631-159503-29092019100000
- Grant, T., Huggins, J., Graham, C. J., Ernst, C., Whitney, N. & Wilson, D. (2014). Maternal substance abuse and disrupted parenting: Distinguishing mothers who keep their children from those who do not. *Children and Youth Services Review*, 33(11), 2176–2185.
- Hansen, A. (2019, 3. juli). Sjøkkangrep mot norsk barnevern. *Dagbladet*. Hentet fra <https://www.dagbladet.no/nyheter/sjokkangrep-mot-norsk-barnevern/71363829>
- Harré, R. & Moghaddam, F. M. (2012). *Psychology for the third millennium: Integrating cultural and neuroscience perspectives*. London: SAGE Publications.
- Harré, R. & Slocum, N. (2003). Disputes as complex social events. *Common Knowledge*, 9(1), 100.
- Helland, T. (2019). *Care order cases in the European Court of Human Rights. Parents' vs. children's rights* (Doktoravhandling). Universitet i Bergen, Bergen.
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Jacobsen, M. (2019, 06. august). [Statistikk om akuttvedtak og omsorgsovertakelse av nyfødte barn]. Personlig epostkommunikasjon med Fylkesnemndenes sentralenhet. ref. 19/00290-1
- Jakobsen, S. E. (2018, 7. februar). Hva skal til for at barnevernet tar et nyfødt barn fra mor? *Forskning.no*. Hentet fra <https://forskning.no/velferdsstat-barn-og-ungdom-ny/hva-skal-til-for-at-barnevernet-tar-et-nyfodt-barn-fra-mor/290709>
- Jensen, I., Fredrikstad, A., Saabye, S. & Haugen, P. (2016). Barnevernet tar tre ganger så mange nyfødte barn. Hentet fra <https://www.tv2.no/a/8219203/>
- Johansen, I. (2014). *Turnover i det kommunale barnevernet*. Oslo: Statistisk sentralbyrå. Hentet fra https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/175497?_ts=145d565fod8
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Marsh, W., Robinson, A., Leamon, J. & Shawe, J. (2014). Removing babies from mothers at birth: Midwives' experiences. *British Journal of Midwifery*, 22(9), 620–624.
- Menneskerettsloven. (1999). Vedlegg 2. Den europeiske menneskerettskonvensjon med protokoller (norsk oversettelse) (LOV-1999-05-21-30). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30/emkn/ARTIKKEL_8#emkn/ARTIKKEL_8.

- Nordby, H. (2017). *Konflikthåndtering for ledere*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nordgaard, T.-B. (2018). Tidligere menneskerettighetsdommer slår alarm: – Totalt fravær av rettssikkerhet i barnevernet. *Norge i dag*. Hentet fra <https://idag.no/totalt-fravar-av-rettssikkerhet-i-barnevernet/19.28084>
- NOU 2016: 16 (2016). *Ny barnevernlov – Sikring av barnets rett til omsorg og beskyttelse*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-16/id2512881/>
- NOU 2017: 12. (2017). *Sviikt og svikt – Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssviikt*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/a44ef6e251cd443396588483e97402ab/no/pdfs/nou201720170012000ddpdfs.pdf>
- Odland, A. M. (2018, 8. mai). Familievernet: – Å ta vare på foreldre som mister omsorgen for barn har vært et forsømt område. Nå gjør vi noe med det. *FriFagbevegelse*. Hentet fra <https://frifagbevegelse.no/forside/familievernet--a-ta-vare-pa-foreldre-som-mister-omsorgen-for-barn-har-vart-et-forsomt-omrade-na-gjor-vi-noe-med-det-6.158.546413.490888437e>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>.
- Politiet. (2019). *Alvorlig vold mot små barn*. Hentet fra <https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/vold-mot-barn/alvorlig-vold-mot-barn.pdf>
- Rognum, T. O. (2016, 6. september). Flere barn dør av mishandling enn i trafikkulykker. *Aftenposten*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/8W26x/flere-barn-doer-av-mishandling-enn-i-trafikkulykker-torleiv-ole-rognum>
- Sandberg, K. (2005). Akutt plassering av spedbarn og menneskerettigheter. *Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernrettslige spørsmål*, 3(2).
- Skogstrøm, L. (2019, 19. november). 30–40 nyfødte tas fra foreldre hvert år. Svært få når frem med å klage på akutt plasseringene. *Aftenposten*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/norge/i/mRx9Og/3040-nyfoedte-tas-fra-foreldre-hvert-aar-svaert-faa-naar-frem-med-aa-klage-paa-akutt-plasseringene>
- Slettebø, T., Briseid, K., Brodtkorb, E., Skjeggstad, E., Sverdrup, S. & Sørensen, T. (2019). *Godt nok barnevern? Forståelser av forsvarlighet og internkontroll i den kommunale barnevernstjenesten*. Hentet fra https://vid.brage.unit.no/vid-xmli/bitstream/handle/11250/2593471/Godt_nok_barnevern_Forstaelser_av_forsvarlighet_og_internkontroll_i_den_kommunale_barneverntjenesten.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Stern, D. N. (1995). *The motherhood constellation: A unified view of parent–infant psychotherapy*. New York: Basic Books.

- Söderström, K. (2011). Tidlig intervensjon overfor små barn i psykososial risiko. I S. Straand (Red.), *Samhandling som omsorg: tverrfaglig psykososialt arbeid med barn og unge* (s. 158–175). Oslo: Kommuneforlaget.
- Søvig, K. H. (2019). Avgjørelser fra EMD i saker om vern av privat- og familieliv fra 2018. *Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernrettslige spørsmål*, (3), 227–246. <https://doi.org/10.18261/issn.0809-9553-2019-03-03>
- Tirado, F. & Gálvez, A. (2007). Positioning theory and discourse analysis: Some tools for social interaction analysis. *Forum: Qualitative Social Research*, 8(2).
- Witoszek, N., Totland, T., Nwosu, E., Thune, G. H. & Salvesen, E. C. (2015, 10. juni). Bekymringsmelding om barnevernet. *Aftenposten*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/norge/i/ME5E/bekymringsmelding-om-barnevernet>

