

Det helsevitenskapelige fakultet, RKBU Nord

Barnevernansattes praksis, kunnskap og holdninger når det gjelder råd og veiledning, samt ulike foreldreveiledningstiltak.

Hva predikerer bruk av tiltak?

—

Beate Wangberg

Masteroppgave i barnevern, 50 studiepoeng, mai 2017

Veileder: Charlotte Reedtz

Forord

Denne studien ble gjennomført ved Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU Nord) ved Det helsevitenskapelige fakultet ved UiT Norges arktiske universitet i Tromsø.

Fremfor alt vil jeg takke alle deltakerne, de ansatte i barneverntjenestene som tok seg tid til å besvare spørreskjemaet i undersøkelsen.

Like mye vil jeg takke Charlotte Reedtz som har vært min veileder i dette prosjektet. Hennes faglige nivå, praktiske erfaring og faglige engasjement er enormt og det har vært til stor inspirasjon for meg å ha henne som veileder. Tusen takk Charlotte Reedtz for god og konstruktiv veiledning med tydelige og gode innspill.

Studieemnene Barnevernets komplekse praksisfelt, Forebyggende psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge og Kvantitativ metode og statistikk, og foreleserne i disse emnene, har hatt stor betydning i utviklingen av min forståelse for tema og problemstillinger og den praktiske gjennomføringen av dette forskningsprosjektet. Tusen takk alle sammen! I tillegg vil jeg spesielt takke Geraldine Mabile for hjelpen til SPSS, den har vært uvurderlig. Tusen takk også til Britta-Karin Strømholt for interesse for mitt arbeid og tilbakemeldinger på manuskriptet. Takk også til de andre ved RKBU som har vært hjelpsomme og engasjerte i forbindelse med dette prosjektet, dette gjelder også medstudentene på masterseminarene!

Tusen takk til Øivin Christiansen som tok seg tid til å se over spørsmålene i spørreskjemaet og komme med nyttige tilbakemeldinger og innspill i forhold til disse.

Til slutt vil jeg takke de på Universitetsbiblioteket og Orakelet ved UiT for hjelp. Her vil jeg spesielt takke Grete Overvåg for EndNote hjelp og Magnus Haug for all IT hjelp i forbindelse med dette dokumentet.

Sammendrag

Bakgrunn: Barnevernet står overfor store utfordringer når det gjelder kompetanseheving. Det finnes foreløpig lite forskning på hjelpetiltak i denne tjenesten. Dette gjelder også hjelpetiltaket råd og veiledning overfor foreldre, samt bruk av strukturerte foreldreveiledningsprogrammer. Dette prosjektets hovedformål var todelt; først å undersøke innholdet i barnevernets hjelpetiltak råd og veiledning, dernest å undersøke barnevernansattes praksis, kunnskap og holdninger til strukturerte foreldreveiledningstiltak.

Metode: Data ble samlet inn ved hjelp av et spørreskjema som ble utviklet og sendt ut til alle ansatte i barneverntjenesten (N = 240) i Nord-Norge, via elektronisk spørreskjema i Questback.

Resultater: Resultatene viste bruk av generell sosialfaglig metodikk og spesifikk metodikk. Ansatte vektla fokus på samspill og relasjoner og miljømessige forhold rundt familien, hadde målsetninger, enighet med foreldrene om innholdet i veiledningen, samt at barn og ungdom ble invitert med i gjennomføringen av tiltaket. Det var stort sett en positiv holdning i tjenestene til å bruke strukturerte foreldreveiledningsprogrammer, og de fleste ansatte foretrakk opplæring og kurs i nettopp slike programmer for å styrke sin utøvelse av råd og veiledning. Regresjonsanalyser viste at dersom ansatte hadde hørt om strukturerte foreldreveiledningstiltak gjennom videreutdanning eller kurs predikerte det som hovedregel bruk av slike tiltak. Tilgjengelighet viste seg å være den eneste prediktor for bruk for alle tiltak med unntak av ét. Ansattes holdninger til strukturerte foreldreveiledningstiltak predikerte ikke bruk av slike.

Konklusjon: For å oppfylle myndighetenes krav om kompetanseheving i tjenestene med økt bruk av strukturerende hjelpetiltak, bør utdanningen i barnevern og sosialt arbeid på nasjonalt nivå inneholde undervisning om de strukturerte foreldreveiledningstiltakene som er adoptert til Norge og hvordan disse kan anvendes i kommunale tjenester. Liten tilgjengelighet av strukturerte foreldreveiledningsprogrammer i kommunene er en potensiell barriere for å oppfylle myndighetenes krav om at alle barn i Norge skal få samme tilbud og en løsning kan være økte ressurser til implementering av tiltakene i kommunene.

Nøkkelord: Råd og veiledning, strukturert foreldreveiledning, hjelpetiltak i barnevernet

Abstract

Background: Norwegian Child Protection Services are facing large challenges regarding strengthening the level of competence in the services. There is currently little research on interventions offered by these services, and this also applies to parent supervision and training, as well as use of structured parent training programs. The main aim in this dissertation was twofold; firstly to investigate the content of counselling interventions in Child Protection Services, and secondly to measure the practices, knowledge and attitudes in the workforce related to structured parent training programs.

Method: Data was collected using a questionnaire which was developed and sent to all employees in the child welfare service (N = 240) in Northern Norway via the electronic platform Questback.

Results: The results showed the use of both general social work methodology and more structured social sciences methodology. Employees focused on social interactions and the environment around families, they had specific goals, agreement with the parents about the content of the counselling, and children and youth were invited to participate in counselling. Workers had positive attitudes related to structured parent training programs, and most employees preferred training and courses in such programs to strengthen their practice of counselling. Regression analyzes showed that if employees had heard of structured parent training programs through education or courses, it generally predicted the use of such programs. Availability proved to be the only predictor for use for all structured parent training programs except one. Employees attitudes towards structured parent training programs did not predict the use of these.

Conclusion: In order to meet the authorities' demands for strengthened competence in the services with increased use of structured and well-documented interventions, education in child welfare and social work at the national level should include learning about the structured parent training programs and how these can be used in municipal services. The low availability of structured parent training programs in the municipalities is a potential barrier to fulfill the authorities' requirement that all children in Norway should receive the same quality in services. A solution to this challenge may be increased resources for implementing structured parent training programs in the municipalities.

Keywords: Counseling, supervision, parent training, child welfare service

Innholdsfortegnelse

Forord.....	ii
Sammendrag	iii
Abstract.....	iv
Tabeller og Figurer	vii
1 Innledning	1
2 Teoretisk bakgrunn for tiltak rettet mot foreldre og mot foreldre-barn samhandling.....	3
2.1 Råd og veiledning som hjelpetiltak.....	3
2.2 Atferdssatsingen i Norge.....	6
Foreldreveiledningsprogrammer.....	7
Sameroffs transaksjonsmodell	8
Tvingende samspill i familien (Coercion theory).....	11
2.3 Implementering.....	13
2.4 Ungsinn: En strategi fra myndighetene for kvalitetsheving av tiltak og behandling.....	16
Denne studien	18
Barneperspektivsamtalet	18
Circle of Security (COS) International - Parenting	18
De utrolige årene (DUÅ) - Foreldretreningsprogram	19
International Child Development Programme (ICDP) - Program for foreldreveiledning.....	20
Multisystemisk terapi - MST	20
Parent Management Training - Oregon (PMTO)	20
SMARTE FORELDRE.....	21
Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR) - Foreldre-gruppeintervensjonen.....	22
2.5 Problemstilling:.....	23
3 Metode	24
3.1 Deltakere.....	24
Deskriptiv statistikk for demografiske variabler	24
3.2 Rekruttering	25
3.3 Studiedesign.....	25
3.4 Materiell.....	25
3.5 Prosedyre.....	27
3.6 Statistiske analyser.....	27
3.7 Etikk.....	28
4 Resultater	29
Barnevernansattes praksis når det gjelder råd og veiledning, samt strukturerte foreldreveiledningsprogrammer i tjenestens barnevernfaglige arbeid.....	29
Hvem tok initiativ til veiledningen og hvor fant den sted	29

	Metodikk og faglig innhold i veiledningen.....	29
	Tilgjengelighet av strukturerte foreldreveiledningsprogrammer	33
	Barnevernansattes kunnskap om de mest vanlige strukturerte foreldreveiledningsprogrammer slik de er beskrevet og evaluert i kunnskapsdatabasen Ungsinn.no	33
	De ulike yrkesgruppenes bruk av strukturerte foreldreveiledningstiltak i tjenesten.....	34
	Opplæring i de strukturerte foreldreveiledningstiltakene og faglig bakgrunn.....	35
	Barnevernansattes holdninger når det gjelder råd og veiledning, samt strukturerte foreldreveiledningsprogrammer.....	37
	Tilgjengelighet, kunnskap og holdninger som prediktorer for bruk av strukturerte foreldreveiledningstiltak	39
5	Diskusjon	41
	Hovedfunn	41
	Metodikk og faglig innhold i veiledningen.....	43
	Barnevernansattes kunnskap om de mest vanlige strukturerte foreldreveiledningsprogrammer slik de er beskrevet og evaluert i kunnskapsdatabasen Ungsinn.no	47
	Hvor de ansatte hadde hørt om de strukturerte foreldreveiledningstiltakene	48
	Tilgjengelighet av tiltakene i ulike kommuner	50
	Barnevernansattes holdninger når det gjelder råd og veiledning, samt strukturerte foreldreveiledningsprogrammer.....	53
	Tilgjengelighet, kunnskap og holdninger som prediktorer for bruk av strukturerte foreldreveiledningstiltak	54
5.1	Styrker og svakheter med studien.....	58
5.2	Fremtidige studier	59
6	Konklusjon.....	61
7	Referanser	62

Tabeller og Figurer

Figur 1. Transaksjonell relasjon mellom selvregulering og andreregulering. Tilpasset fra Transactional relations between self-regulation and other-regulation (Sameroff, 2010, s. 15)	10
Figur 2. Økologien til antisosial atferd. Tilpasset fra The ecology of antisocial behavior (Dishion & Patterson, 2006, s. 513)	13
Figur 3. Strukturen i Ungsinn sine artikler. Tilpasset fra Tabell 12. Strukturen i Ungsinn sine artikler (Martinussen m.fl., 2016, s. 48)	17
Figur 4. Kunnskap om tiltakene fra grunnutdanning, videreutdanning, på kurs, av kolleger	33
Figur 5. Faglig bakgrunn og bruk av de strukturerte foreldreveiledningstiltakene i praksis	35
Figur 6. Opplæring i de strukturerte foreldreveiledningstiltakene og faglig bakgrunn	36
Tabell 1. Faglig bakgrunn og erfaring hos ansatte (N=233-237)	24
Tabell 2. Innhold i deltakerens utøvelse av råd og veiledning som hjelpetiltak (N = 221-229)	31
Tabell 3. Instanser deltakerne har henvist familier med behov for foreldreveiledning til (N=205)	32
Tabell 4. Tilgjengelighet av strukturerte foreldreveiledningstiltak i kommuner	34
Tabell 5. Andel familier deltakeren antar kunne ha nytte av standardiserte foreldreveiledningsprogrammer (N=227)	37
Tabell 6. Holdninger til strukturerte og ferdig utviklede foreldreveiledningsprogrammer (N=234-235)	38
Tabell 7. Kunnskap som prediktor for bruk av standardiserte foreldreveiledningstiltak	40

1 Innledning

Barnevernet står overfor store utfordringer når det gjelder kompetanseheving i tjenestene. Det mangler imidlertid forskning på sentrale deler av barnevernets arbeid, blant annet når det gjelder råd og veiledning overfor foreldre og bruk av strukturerte foreldreveiledningsprogrammer (Christiansen, 2015; Christiansen m.fl., 2015, s. 515). Myndighetene har ønsket en kvalitetsheving av tjenestene hvor det nye barnevernet skal fokusere på evidensbaserte metoder for hjelp (NOU 2009:8, 2009). Samtidig viser statistikk at hjelpetiltak som brukes mest er minst forsket på, mens hjelpetiltak som er tungt forankret i forskning brukes i svært liten grad (Barne- ungdoms og familiedirektoratet, 2015a; Christiansen, 2015).

I lys av barnevernets kompetanse- og kvalifiseringsbehov, oppnevnte Barne- og likestillingsdepartementet i april 2008 et ekspertutvalg for å få forslag til utvikling av kvalitet på studier og studiemiljø. Resultatet av utvalgets arbeid kom i form av en utredning (NOU 2009:8, 2009), et år senere. I forhold til hjelpe- og omsorgstiltak så utvalget på utdanningenes studieemner, og påpekte at det var sentralt å lære om forskningsbaserte intervensjoner. Også forskningsmetode og forskningsetikk ble ansett som sentralt i et studieforløp, med tanke på både egne undersøkelser under studiet og på videre arbeide (NOU 2009:8, 2009). I NOU 2009:8 (2009) heter det følgende: "[...] at det gjennom det siste tiåret i barnevernets regi har vært satset på forskningsbaserte metoder for å hjelpe barn og unge med store atferdsvansker og deres foreldre". Metodene det eksemplifiseres med er Parent Management Training - Oregon (heretter: PMTO), Multisystemisk terapi (heretter: MST) samt MultifunC. Det opplyses at evalueringer viser at de som mottar "slik rehabilitering" får bedre resultater enn de som får "vanlige tiltak" (NOU 2009:8, 2009, s. 72). Etter NOU 2009:8 (2009) om kompetanseheving har vi fått noen få undersøkelser som tematiserer dette, mens andre studier er på vei.

Ekspertutvalget var opptatt av tidlig innsats og at barn i alle landets kommuner skulle få lik hjelp fra barnevernet. De påpekte at det sannsynligvis var slik at ut fra hvilken kommune barnet bodde i, ville det variere om barnet fikk hjelp på et tidlig tidspunkt eller ikke. De uttalte at implementering av både felles kartleggingsverktøy samt "gode gjennomgripende intervensjoner" i landets kommuner spiller en stor rolle for at barnevernet i Norge skal bli likeverdig (NOU 2009:8, 2009, s. 61).

Barneverntjenesten jobber etter Lov om barneverntjenester av 17. juli 1992 (heretter: barnevernloven, bvl.). Vilåårene for hjelpetiltak er hjemlet i bvl. § 4-4. *Hjelpetiltak for barn og barnefamilier*. Bvl. § 4-4 første ledd sier at ”Barneverntjenesten skal bidra til å gi det enkelte barn gode levekår og utviklingsmuligheter ved råd, veiledning og hjelpetiltak. Hjelpetiltak skal ha som formål å bidra til positiv endring hos barnet eller i familien”.

Hjelpetiltakene deles ifølge Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (heretter: Bufdir) inn i underkategoriene a) Tiltak for å styrke barnets utvikling, b) Tiltak for å styrke foreldreferdigheter, c) Tilsyn og kontroll, d) Nettverksarbeid og samarbeid med andre tjenester, e) Undersøkelse og behandling fra andre tjenester og f) Bolig (Barne- ungdoms og familiedirektoratet, 2015a).

I kategorien hjelpetiltak for å styrke foreldreferdigheter, utgjorde vedtak om råd og veiledning 60 % av disse tiltakene ved utgangen av 2015. Bufdir opplyser at barneverntjenesten også tilbyr “spesialiserte og kunnskapsbaserte hjelpetiltak”, og at de mest brukte av disse tiltakene er PMTO og MST. Ved utgangen av 2015 utgjorde disse til sammen 4 % av de foreldrestøttende tiltakene (Barne- ungdoms og familiedirektoratet, 2015a).

Det første norske forskningsprosjektet med dagsorden barnevernets hjelpetiltak het Forskingskunnskap om barnevernets hjelpetiltak (heretter: Hjelpetiltaksprosjektet), på oppdrag fra Bufdir. Hensikten var å skaffe forskningsbasert kunnskap om barnevernets hjelpetiltak (Christiansen m.fl., 2015). Hjelpetiltaksprosjektet oppsummerer at det er sammensatte grunner til at familiene og barna mottar hjelpetiltak. Samhandlingsvansker i ulike former er en betydelig grunn. Den vanligste årsaken til iverksettelse av hjelpetiltak er problemer med oppdragelse og grensesetting. Blant de vanligste årsakene er også at omsorgspersonene til barnet har høyt konfliktnivå seg imellom (Christiansen m.fl., 2015). Som en del av Hjelpetiltaksprosjektet inngikk en kunnskapsstatus, Hjelpetiltak i barnevernet - en kunnskapsstatus, som omhandler forskning om virkninger av hjelpetiltak, basert på en litteraturgjennomgang. Her belyser Christiansen (2015) tiltak rettet mot foreldre og samhandling mellom barn og foreldre.

Dette prosjektets formål er å kartlegge bruk av hjelpetiltak i barneverntjenester i region Nord. Det er en empirisk masteroppgave og det brukes relevante rettskilder og pensumlitteratur i tillegg til selvvalgt litteratur. Begrepene defineres etterhvert som de brukes i teksten.

2 Teoretisk bakgrunn for tiltak rettet mot foreldre og mot foreldre-barn samhandling

2.1 Råd og veiledning som hjelpetiltak

Råd og veiledning er et begrep i norsk barnevernlov. Rundskriv Nr. Q-0982 (2016) sier: ”Råd og veiledning er en vid tiltakskategori, og kan være rettet både mot barnet, foreldrene og familien som sådan” (Rundskriv Nr. Q-0982, 2016, s. 13).

For å hjemle tiltaket råd og veiledning for eksempel til Karl 8 år, så må vilkårene i bvl. § 4-4 andre ledd være tilstede. Bvl. § 4-4 andre ledd sier at “Barneverntjenesten skal, når barnet på grunn av forholdene i hjemmet eller av andre grunner har særlig behov for det, sørge for å sette i verk hjelpetiltak for barnet og familien”. Grunnvilkåret for å iverksette hjelpetiltak jf. bvl. § 4-4 er at barnet må ha et særlig behov for hjelp. Rundskriv Nr. Q-0982 (2016), Retningslinjer om hjelpetiltak, jf. bvl. § 4-4 forklarer at et *særlig behov* for hjelp er et krav at behovet for hjelp må være større enn hva som er vanlig for ”de fleste andre barn” og at dette må vurderes i det enkelte tilfelle. ”Rundskriv er orienteringer fra departementet til berørte parter om tolkninger av lover og forskrifter” (Regjeringen, 2017). Slik kan det forstås at den informasjonen om hvordan råd og veiledning som hjelpetiltak skal operasjonaliseres skulle finnes her.

Retningslinjer om hjelpetiltak, jf. bvl. § 4-4 (Rundskriv Nr. Q-0982, 2016) opplyser at det innen forskning er alminnelig at man skiller mellom hjelpetiltak som er kompensierende og hjelpetiltak som er strukturerende.

Ulike typer råd og veiledning er kompensierende hjelpetiltak. Kompensierende hjelpetiltak skal avhjelpe og kompensere omsorgssituasjonen til familien eller barnet. Retningslinjer om hjelpetiltak, jf. bvl. § 4-4 (Rundskriv Nr. Q-0982, 2016) sier ikke noe mer konkret om hvordan råd og veiledning skal operasjonaliseres. Til sammenligning opplyses det at strukturerende hjelpetiltak har til hensikt å skape endringer som er varige i en familie. Denne målsetningen skal oppnås gjennom at samspillet mellom foreldrene og barnet skal utvikles, foreldreferdighetene skal økes samt at det skal medvirke til at barnets nettverk blir aktivert. Innenfor de strukturerende hjelpetiltakene er det anerkjent å skille mellom *strukturerende hjelpetiltak for barn og unge med atferdsvansker* (for eksempel PMTO og MST) og *strukturerende universelle hjelpetiltak* (for eksempel Circle of Security (COS) International - Parenting (heretter: COS) og International Child Development Programme (ICDP) - Program

for foreldreveiledning (heretter: ICDP) som har en videre målgruppe (Rundskriv Nr. Q-0982, 2016).

Det står i forarbeidene til barnevernloven følgende:

” Dersom hjelpen barnevernet gir skal bidra til å forebygge at problemer eskaleres og utvikles til omsorgssvikt og/eller avvikende atferd hos barna, bør tiltakene som settes inn i hjemmet i større grad bidra til å styrke foreldreferdigheter og bedre samspillet mellom barn, unge og foreldre”.

(Prop. 106 L, 2012-2013, s. 150).

I forarbeidene står det videre at i en del tilfeller vil hjelpetiltak som avhjelper og er kompensierende i omsorgssituasjonen til familien eller barnet være det korrekte. Samtidig rådes det til at disse tiltakene blir brukt som et supplement til hjelpetiltak som er endrende (Prop. 106 L, 2012-2013).

Til tross for at det av lovteksten fremgår at det å bidra til positiv endring enten hos barnet eller i familien er formålet med hjelpetiltak, jf. bvl. § 4-4 første ledd, kan det fortsatt settes i verk hjelpetiltak som er kompensierende. De kompensierende hjelpetiltakene det så eksemplifiseres med er fritidsaktiviteter, leksehjelp, støttekontakt, besøkshjem, avlastningstiltak, opphold i barnehage eller annet dagtilbud som er egnet (Rundskriv Nr. Q-0982, 2016).

I forbindelse med eksempler på ulike kompensierende hjelpetiltak og ulike strukturerende hjelpetiltak opplyses det at hjelpetiltakene kan brukes i kombinasjon med hverandre, eller alene. Det oppfordres til å bruke kreativitet samt fleksibilitet når det skal velges ut hjelpetiltak. Barneverntjenesten står fritt i forhold til det å velge ut hjelpetiltak som samsvarer med de individuelle behovene til det enkelte barnet og familien (Rundskriv Nr. Q-0982, 2016).

Bvl. § 4-4 ble endret fra 1. januar 2014 med hensikt at hjelpetiltakenes formål skulle gjøres tydelig i tillegg til å rette søkelyset på hva som er ønsket virkning av hjelpetiltaket (Rundskriv Nr. Q-0982, 2016). At formålet med hjelpetiltak skal være å bidra til *positiv endring* fremkommer nå klart, jf. bvl. § 4-4 første ledd. Slik bør disse tiltakene ha et ressursperspektiv. Hjelpetiltakene bør med utgangspunkt i den konkrete situasjonen til det enkelte barnet og familien være målrettede i forhold til de risikofaktorene som enten skaper barnets og familiens vansker eller som opprettholder disse vanskene (Rundskriv Nr. Q-0982, 2016).

Lovforarbeidene til bvl., Prop. 106 L (2012-2013) holdt fast ved et forslag til endring i bvl. § 4-4 andre og tredje ledd i forhold til at bestemmelsen ikke skulle inneholde eksempler på hjelpetiltakstyper, men at formålet med hjelpetiltaket skulle angis i første ledd. Det var før i bvl. § 4-4 andre og tredje ledd eksemplifisert hvilke tiltak som kunne settes i verk. Nå er disse fjernet med den hensikt at bevisstheten rundt valg av hjelpetiltak skulle bli større samt at hjelpetiltakenes formål skulle tydeliggjøres. Endringen gjør det også tydeligere at med dette så står faktisk barneverntjenesten mer fritt når type hjelpetiltak skal velges ut (Rundskriv Nr. Q-0982, 2016).

Buudir opplyser at barneverntjenesten kan gi barn og foreldre råd og veiledning ”i stedet for eller i tillegg til å iverksette konkrete hjelpetiltak” (Barne- ungdoms og familiedirektoratet, 2015b). Det forklares at på dette vis kan barnevernet “bygge på foreldrenes ressurser som omsorgspersoner” så de i den grad det er mulig kan ivareta sine funksjoner som foreldre, uten at iverksettelse av andre tiltak blir nødvendig (Barne- ungdoms og familiedirektoratet, 2015b). Kort oppsummert kan råd og veiledning således forstås som et kompenserende hjelpetiltak uten et fast gitt innhold, men som fokuserer på foreldreferdigheter.

Råd og veiledning kan ivaretas av andre faginstanser, hjelpetiltaket trenger ikke å utføres av saksbehandler i den enkelte barneverntjeneste. En miljøarbeider eller familieterapeut enten i barneverntjenesten, eller utenfor kan gi hjelpetiltaket råd og veiledning (Barne- ungdoms og familiedirektoratet, 2015b; Rundskriv Nr. Q-0982, 2016).

I 2007 ble råd og veiledning som barneverntiltak en egen tiltakskategori innen barnevernsstatistikken. Tidligere har dette tiltaket vært tilslørt inn under andre kategorier, som for eksempel ”andre tiltak”. Christiansen (2015) belyser at vedtak om råd og veiledning er det barneverntiltaket som flest barn mottar. Pr. 31.12.13 var det ifølge Christiansen (2015) 11 976 barn som mottok tiltaket og dette utgjorde 32 % av alle barn som mottok barneverntiltak (Christiansen, 2015).

Råd og veiledning er det mest brukte hjelpetiltaket i de senere årene, men innholdet i tiltaket er varierende og virkninger av tiltaket har ikke vært forsket på. Ingen forskning har åpenbart studert råd og veiledning som hjelpetiltak i norsk barnevern. Det er relevante norske og nordiske undersøkelser av intervensjoner som har råd og veiledning som *en del* av intervensjonen. Christiansen (2015) oppsummerer et behov for økt kunnskap om både innhold

og utforming av det han definerer som uspesifikke tiltakstyper der råd og veiledning inngår sammen med blant annet besøkshjem (Christiansen, 2015).

2.2 Atferdssatsingen i Norge

Implementeringen av foreldreveiledningsprogrammene som benyttes innenfor barnevernfeltet på nåværende tidspunkt er et resultat av en nasjonal satsing på 1990-tallet. Bakgrunnen for satsingen var å finne metoder som virket til å hjelpe barn med atferdsvansker. Forekomsten av atferdsvansker var stigende, behandlingen på spesialisthelsetjenestenivå var lav og risikofaktorene som førte til denne typen vansker var vanlige for relativt mange barn. En av de viktigste risikofaktorene for utvikling av atferdsvansker var kvaliteter ved foreldre-barn samspillet i familien. På initiativ fra daværende Sosial- og helsedepartementet samt Barne- og familiedepartementet, ble det arrangert en ekspertkonferanse om tematikken. Arrangør var Norges forskningsråd (Norges forskningsråd, 1998). Foredragsholdere ble hentet inn også fra utlandet og blant disse var Gerald R. Patterson. Det var også to dagers kurs i klinisk forskningsmetode i samband med ekspertkonferansen i 1997. Ansvarlige for den ene kursdagen var Patterson og Forgatch som kom fra Oregon Social Learning Center og for den andre kursdagen, Henggeler og Rowland som kom fra Medical University of South Carolina i USA. Kontakter som ble etablert i løpet av disse dagene, førte til studiebesøk til USA for praksismiljøer samt representanter fra daværende Barne- og familiedepartementet og Universitetet i Oslo og det ble videre også gjort avtaler om implementering av PMTO og MST i Norge (Ogden, 2010a).

Ekspertgruppen som ble nedsatt i sammenheng med konferansen skulle så gjøre rede for anbefalte tilnærminger innen forebygging og behandling av atferdsvansker hos barn og unge (Norges forskningsråd, 1998).

Ekspertutvalget viste i sin ekspertuttalelse etter konferansen til at barn og unge med atferdsvansker ofte hadde vist tegn på skjevutvikling allerede da de var små barn. På grunnlag av dette uttalte utvalget at det burde overveies om forebyggende tiltak var det beste. De forklarte at forebyggende tiltak både kunne gi bedre livsløp til de barna som viste tegn på en skjevutvikling som var alvorlig, på samme tid som antallet tilfeller av alvorlige atferdsforstyrrelser ville gå ned (Norges forskningsråd, 1998). Ekspertgruppen anbefalte således tidlig intervensjon til barn i risiko for å utvikle atferdsvansker. Samtidig tilrådet de at effektive behandlingsmetoder til barn og unge med alvorlige atferdsforstyrrelser, som fra forskning i USA hadde oppløftende resultat, ble prøvd ut i Norge. De erkjente at det ville

komme betydelig å satse på ulike prosjekter for å behandle atferdsforstyrrelser. Likevel oppsummerte de at med alvorlige atferdsforstyrrelser fulgte gjerne både kriminell og antisosial atferd, noe som ville koste samfunnet mer enn en systematisk utprøving av nye metoder (Norges forskningsråd, 1998).

Forankret i en avtale mellom Barne- og likestillingsdepartementet og Universitetet i Oslo, ble det i 2003 etablert et kunnskaps- og kompetansesenter som fikk navnet Atferdssenteret - Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis AS (heretter: Atferdssenteret). Senteret skulle bidra til skapelsen av et nasjonalt nettverk for både metodeutvikling og forskning på problematferd. Flere av de standardiserte foreldreveiledningsprogrammene implementeres i Norge i dag av Atferdssenteret, som også har som oppgave å utvikle og implementere samt evaluere virkning av tiltak og programmer innen feltet (Atferdssenteret, 2017). Andre tiltak, som for eksempel De utrolige årene (DUÅ) - Foreldretreningsprogram (heretter: DUÅ) ble evaluert ved de regionale kompetansesentrene for barn og unge, henholdsvis i Tromsø og Trondheim. Biglan og Ogden (2008) konkluderte med at den måten Norge tilnærmet seg implementering av evidensbasert praksis på, eksemplifisert med programmer som PALS - Positiv atferd, støttende læringsmiljø og samhandling, PMTO og MST, var en modell som kunne anbefales andre land. For å forbedre livene til sine unge, hadde Norge ledet an i å systematisk nyttiggjøre seg av den beste tilgjengelige forskningen til dette formål (Biglan & Ogden, 2008). Evidensbaserte foreldreveiledningstiltak for barn med atferdsvansker er foreldreveiledningstiltak som har en solid forankring i både empiri og teori (Kjøbli, Drugli, Fossum, & Askeland, 2012). I NOU 2012: 5 (2012), Bedre beskyttelse av barns utvikling, fremheves det at det har stor betydning at tiltakene barneverntjenesten har tilgang på har norsk, eller internasjonal evidens. De definerer her evidens som ”at det foreligger forskning som sannsynliggjør at tiltaket har den tilsiktede effekt” (NOU 2012: 5, 2012, s. 61).

Foreldreveiledningsprogrammer

Foreldreveiledning som begrep kan defineres ulikt. Foreldreveiledningsbegrepet kan anvendes om samspills-intervensjoner rettet mot foreldre-barn-, både intensive og mindre intensive. Foreldreveiledning er den mest brukte metoden i behandling av atferdsvansker hos barn (Drugli, 2013).

Programmer for foreldreveiledning finnes i mange ulike varianter og har ulike krav til både omfang av veiledning og terapeutkvalifikasjoner. Programmene inneholder og målgruppe

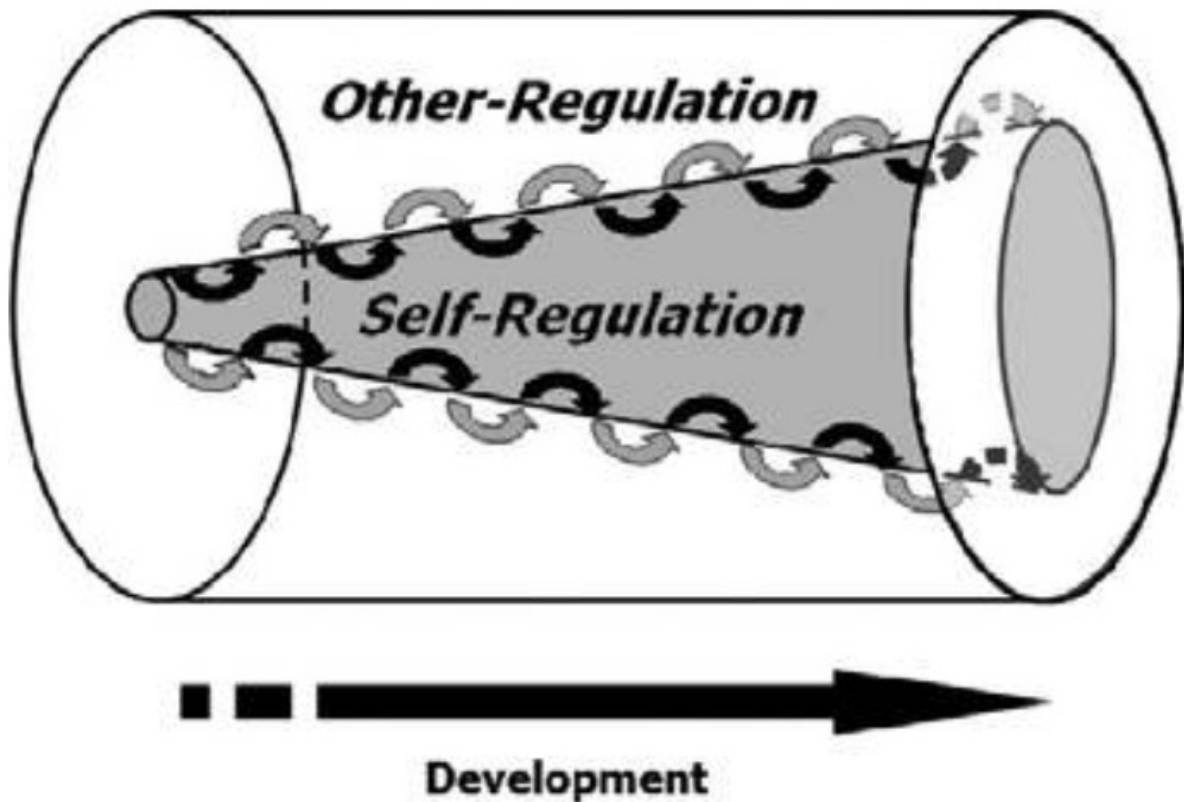
varierer også. I følge Ogden (2010a) har atferdsorienterte foreldreprogrammer som mål ”å endre barns atferd gjennom å motivere og påvirke foreldre til å endre sin forståelse, oppfatninger, kommunikasjon og interaksjon med barnet” (Ogden, 2010a, s. 90). Enkelt forklart kan dette forstås som programmer hvor foreldrene blir brukt som endringsagent for å endre sine barns atferd. Det er i Norge gjort forskning på manualbaserte foreldreveiledningsprogrammer. Flere av programmene kommer opprinnelig fra USA og er rettet mot atferdsvansker og noen har annen målsetning (Christiansen, 2015). De manualbaserte foreldreveiledningsprogrammene utgjør en liten del av de hjelpetiltakene som ut fra nasjonal statistikk er i bruk i det norske barnevernet (Christiansen, 2015). Dette er programmer som bygger på klart definerte teorier samt forskning. Evidensbaserte programmer har som krav at de skal bygge på en teori som både kan forklare og begrunne hvorfor programmet virker (Ogden, 2010b).

Reedtz (2012b) konkluderte med at for å endre foreldres oppdragelsespraksis slik at foreldrestilen blir mer positiv, kan foreldreveiledning som er gruppebasert og strukturert være et effektivt virkemiddel (Reedtz, 2012b). Forskningsresultater har vist at lave doser foreldreveiledning i en ikke-klinisk gruppe barn (gitt at foreldrene har normale eller høyere sosiale ressurser), har potensialet til at deres barneoppdragelsespraksis blir styrket slik at risikofaktorer for utvikling av atferdsvansker hos barn i tidlig alder kan bli redusert (Reedtz, 2010). Eyberg, Nelson, og Boggs (2008) konkluderte i sin litteraturoppsummering om evidensbaserte tiltak for barn og unge med atferdsvansker, at basert på forskningsresultater burde evidensbasert foreldreveiledning være metoden som foretrekkes, for behandling av barn og unge med disse vanskene (Eyberg m.fl., 2008). Utviklingen av atferdsvansker skjer i en interaksjonsprosess hvor individuelle faktorer hos barnet og faktorer i miljøet (både nært og fjernt) samspiller (Reedtz, 2010). For utvikling av problematferd er vanskelige familieforhold den av faktorene i miljøet som er mest gjeldende i forhold til å medvirke til at slike vansker utvikler seg (NOU 2009:8, 2009). Det teoretiske rasjonale bak betydningen foreldre har for barna sine, er et område med teoriutvikling og forskning som av Ulvund (2010) oppsummeres til følgende områder med særlig relevans; foreldres selvforståelse, prinsipp om kontingent stimulering, felles oppmerksomhet med barnet og transaksjonsmodellen (Ulvund, 2010).

Sameroffs transaksjonsmodell

Utviklingen av atferdsvansker kan forstås gjennom Sameroff (2009) transaksjonsmodell som forklarer hvordan atferdsvansker utvikler seg i et samspill mellom genetiske, psykologiske

samt sosiale faktorer. Transaksjoner er ifølge Sameroff (2009) allestedsnærværende. Vi påvirker alle hverandre. Enten påvirker vi en annen, eller så blir vi selv påvirket. For å forklare et barns utvikling bruker Sameroff (2009) begrepene *nature* (arv) og *nurture* (miljø), og beskriver at det er samspillet mellom arv og miljø som er avgjørende for menneskets utvikling, heller enn en av faktorene alene. Biologisk betingede reaksjoner som også er influert av genetiske forhold, kan få et mangfold av utfall, avhengig av miljømessige forhold som også påvirker individet (Sameroff, 2009). Ut i fra denne modellen kan utvikling av atferdsvansker forstås som atferd som utvikles i en interaksjon mellom kjennetegn ved miljøet rundt barnet, samt kjennetegn ved barnet selv. Barnet blir påvirket av omgivelsene og på samme tid påvirker det selv sine omgivelser. Den transaksjonelle relasjonen mellom selvregulering og regulering i forhold til andre (andrerregulering) er av Sameroff modellert som en trakt, se Figur 1. Til venstre i modellen vises barnet som en liten grå sirkel inni en større hvis sirkel som symboliserer miljøet barnet vokser opp i, inkludert de primære omsorgsgivere. Venstre-høyre-aksen i modellen viser barnets utvikling over tid og illustrerer hvordan barnet i den første tiden er svært avhengig av reguleringsstøtte fra andre i miljøet. Etter hvert utvikler imidlertid barnet evne til selvregulering, først og fremst gjennom sine erfaringer med primære omsorgsgivere og kvaliteten på tilknytning de etablerer til disse. Tilknytningskvalitet henger igjen sammen med kvaliteten på den omsorgen barnet får.



Figur 1. Transaksjonell relasjon mellom selvregulering og andreregulering. Tilpasset fra Transactional relations between self-regulation and other-regulation (Sameroff, 2010, s. 15)

Sameroffs transaksjonsmodell er en modell som ifølge Drugli (2013) hjelper frem en systemisk forståelse av utviklingen av atferdsvansker. Drugli (2013) belyser at transaksjonsmodellen, hvis den blir tatt på alvor, kan forhindre at det blir satt i gang tiltak som er for enkle i forhold til den problematikken som barnet viser. I utrednings- og tiltaksarbeid kan en systemisk forståelse for eksempel bidra til at en forelder får hjelp til økonomi eller egen psykisk helse, og derigjennom kan bli mer motivert til foreldreveiledning samt kunne ha bedre nytte av den. Dersom et tiltak for atferdsvansker er for "lett", kan vanskene hos barnet øke. Slike tilfeller må avdekkes slik at tiltaket blir erstattet med et "tyngre" evidensbasert tiltak (Drugli, 2013). Barn som har atferdsvansker kan ofte ha flere lidelser samtidig, det vil si komorbiditet (Kjøbli m.fl., 2012). Begrepet komorbiditet forklarer at barnet har flere diagnoser på samme tid. Barn med atferdsvansker kan i tillegg ha symptomer på angst og depresjon, og disse plagene kan være vanskelig å avdekke dersom

man kun kartlegger atferdsvanskene (Drugli, 2013). Resultat fra et studie som evaluerte foreldreveiledning der barna hadde flere lidelser samtidig, viste at det hadde større effekt om barnet fikk evidensbasert tiltak for angst og depresjon i tillegg til foreldreveiledningen (Weisz m.fl., 2012). Et longitudinelt studie viste sammenhenger mellom barnas temperament, sjenanse og kontekstuelle forhold som grad av støtte fra familien ved 18 måneders alder og utvikling av symptomer på angst og depresjon i tidlig ungdom (Karevold, Roysamb, Ystrom, & Mathiesen, 2009). Dette kan forstås som at hvis barn ikke får reguleringsstøtte etter behov kan det senere utvikle internaliserte vansker.

Atferd og utvikling kan ikke atskilles fra sosial kontekst (Sameroff, 2010). Den utviklingsøkologiske modellen til Bronfenbrenner er integrert i transaksjonsmodellen. Det innebærer at en systemisk forståelse av barnets utvikling er integrert i modellen. Systemer utenfor både familien og barnet er sammenflettet med barnets utvikling. Ulike settinger påvirker også hverandre, i tillegg til at de påvirker barnet (Sameroff, 2010). Programmet MST som vil bli presentert i 2.4, omtales som familie- og nærmiljø basert (Madslie, 2016). MST bygger blant annet på den utviklingsøkologiske modellen til Bronfenbrenner (Ogden, 2010b).

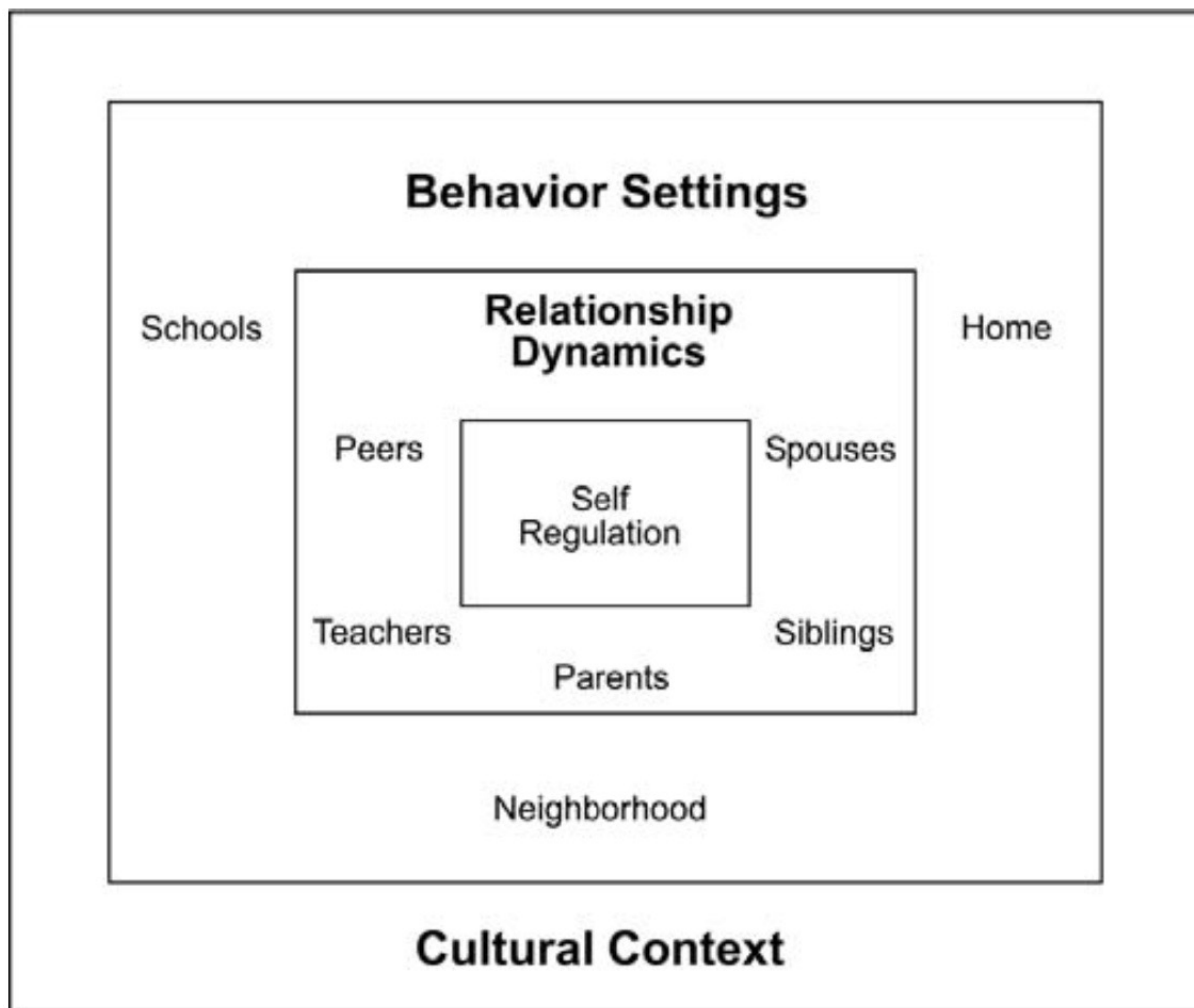
Tvingende samspill i familien (Coercion theory)

Pattersons "coercion theory" er i norsk faglitteratur oversatt til teorien om tvingende samspill og tvingende samhandling (Patterson & Forgatch, 2010). Denne teorien er en viktig teori for hvordan samspillsvansker og atferdsvansker oppstår ved at samspillsmønsteret mellom foreldrene og barnet er tvungent (tvingende) og negativt. Patterson og Forgatch (2010) beskriver hvordan tvingende samhandling kan starte med at den ene sier noe som resulterer i at den andre nekter, den første eskalerer og repeterer sitt krav med høyere stemme og den andre eskalerer og repeterer sin negative respons med enda høyere stemme og så videre. Ut i fra teorien om tvingende samspill postulerer man at denne dynamikken blir en fortsettelse i en form for samhandlingsspiral som ender med at den ene trekker seg og at den som hadde det siste utbruddet på et vis vinner kampen og på samme tid blir atferden til denne personen negativt forsterket (Patterson & Forgatch, 2010). Den som gir seg i konflikten opprettholder atferden til den som "vant" ettersom atferden (f.eks. hyling, skriking, dytting, smelling med dører eller lignende) viste seg å gi det ønskede resultat. Det er imidlertid vanlig at begge parter i en slik konflikt "vinner" hver sine ganger og dermed forsterkes begge atferd gjennom seire fra dag til dag i hverdagen. Dette kan forstås som et samspill preget av at barnet har lært blir det sint nok, så får det som det vil. Oppdragsstrategien til foreldrene kan forstås som

fastlåst og preget av negativ forsterkning. Tvingende samhandling i familien kan reduseres gjennom at familiemedlemmene lærer om hvordan de gjennom prososial atferd og samhandling kan oppnå ønskede resultater (Patterson & Forgatch, 2010).

Dishion og Patterson (2006) forklarer sirkelen for tvingende samspill (coercion cycle) med at barnet for å oppnå kontroll over et familiemiljø som kan være både forstyrret, ubehagelig eller kaotisk, lærer å unngå kravene fra foreldrene via negativ forsterkning. Hendelsene oppstår ofte og blir betegnet som tvangsmessige. Det kan forstås som denne atferden er med å forme barnets sosiale miljø, og forskning har vist sammenheng mellom foreldrenes disiplinpraksis og skoleaggresjon (Dishion & Patterson, 2006).

Selvregulering sett i et sosialt samspill perspektiv har en sterk forankring i en relasjonsdynamikk som består av atferd som for eksempel dette å lytte samt turtaking. Selvregulering i møte med miljøet (foreldre, søsken samt andre i nettverket) spiller en rolle i utviklingen av atferdsvansker. Også den kulturelle sammenhengen har en innvirkning på utviklingen av disse vanskene (Dishion & Patterson, 2006), se Figur 2.



Figur 2. Økologien til antisosial atferd. Tilpasset fra *The ecology of antisocial behavior* (Dishion & Patterson, 2006, s. 513)

Problemer på skolen kan utvikle seg videre til problemer med sosial fungering på de øvrige arenaer barnet oppholder seg (Dishion & Patterson, 2006).

2.3 Implementering

Implementering kan defineres som en spesifisert komposisjon av aktiviteter som er laget for å sette et program eller en aktivitet med bestemte dimensjoner ut i praksis (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman, & Wallace, 2005). Implementering ble introdusert i USA av Rogers (2003), som var opptatt av hvordan innovasjoner ble lagt frem og hvordan de ble tatt i bruk. Begrepet innovasjon kan defineres som en praksis, en ide eller en gjenstand blir oppfattet som noe nytt av den enheten eller den personen som skal ta den i bruk (Rogers, 2003). Prosessen hvor en innovasjon over tid samt gjennom bestemte kanaler blir kommunisert ut til det enkelte medlem innenfor et sosialt system kan defineres som *diffusjon* eller spredning av innovasjonen om man vil. Kommunikasjonsprosessen blir brukt for å oppnå en felles

forståelse. Innen diffusjon handler kommunikasjonen om en ny ide. Diffusjon kan sies å være en form for sosial forandring, hvor det skjer endringer innenfor systemets funksjoner og strukturer gjennom en prosess (Rogers, 2003).

Fixsen m.fl. (2005) poengterer at implementering ikke er en begivenhet, men en prosess som kan deles inn i ulike stadier; kartlegging og tilpasning, programinstallasjon, første implementering, full gjennomføring og drift, innovasjon i organisasjonen og vedlikehold av ny praksis. Utforsking- og adopsjonsstadiet har som formål å vurdere samsvaret mellom samfunnets ressurser og samfunnets behov, behov for evidensbasert praksis og programbehov før det tas en avgjørelse om å ta i bruk et program eller ikke. Fixsen m.fl. (2005) fremhever metoder for sosial markedsføring som relevante for å innhente informasjon om kundenes behov, for å kunne samsvare intervensjonene med disse behovene. Kartlegging av forbrukernes behov og å forstå både muliggjørende og begrensende aspekter i den sammenhengen som intervensjonen kan forekomme i, synes viktig i utforskningsstadiet. Bevissthet rundt potensielle problemer, for eksempel barrierer knyttet til finansiering eller bemanning, kan bidra til en tydelig plan for implementeringen, med både oppgaver og tidslinjer for å lette programinstallasjon- og første implementeringsstadiet (Fixsen m.fl., 2005).

Programinstallasjonsstadiet kommer når det er besluttet å implementere en evidensbasert praksis eller et evidensbasert program, og før den første kunden kommer. I dette stadiet skal det ordnes med finansiering. Det vil kunne trenge ressurser for å omstille personalet samt rekruttering av nytt personale som har de kvalifikasjonene som er nødvendig for å jobbe med programmet som skal implementeres. Nye rutiner som for eksempel nye rutiner for henvisning skal innarbeides i dette stadiet. Teknologiske enheter som er nødvendig for å gjennomføre intervensjonen som datamaskiner og mobiltelefoner, samt tid til møtevirksomhet og reservert tid til ansatte som skal trenes opp er videre eksempler på aktiviteter og kostnader som i følge Fixsen m.fl. (2005) er nødvendige i oppstarten av nye tjenester, herunder en evidensbasert praksis eller et program, hvor også nye rutiner skal etableres.

Første implementeringsstadiet innebærer krav om endringer. Implementering krever forandring, for eksempel krav om endring i praksismiljø, og er i følge Fixsen m.fl. (2005) kompleks uansett fra hvilken side man betrakter det. Det kreves både utdanning og praksis samt modningstid når det skal gjøres endringer både i ferdighetsnivåer, organisasjonskultur samt organisatorisk kapasitet. Både frykt for forandring, treghet samt vanskeligheter og

komplisert arbeide vil komme opp i dette stadiet av implementeringen som en del av det å implementere noe nytt. Her vil tilliten til beslutningen om å implementere det nye bli satt på prøve (Fixsen m.fl., 2005). Det kan forstås som at det kan være overveldende vanskeligheter, hindringer og strev i oppstarten og at det handler mye om å mestre og overvinne disse utfordringene.

Fulldriftsstadiet innebærer at programmet er fullt operativt, innovasjonen er over tid blitt akseptert praksis på rutinemessig basis og operasjonaliseringen av behandlingen har fått sin plass i samfunnet, integrert i ordinær praksis. Her nevner Fixsen m.fl. (2005) begrepet fidelity som er sentralt innen implementering. Fidelity kan oversettes til det norske ordet gjengivelse eller det danske ordet troskap. Som begrep i denne sammenheng kan det forstås som lojalitet til programmet. I fulldriftsstadiet er fidelity målene over kriteriene mesteparten av tiden (Fixsen m.fl., 2005).

Innovasjonsstadiet innebærer i følge Fixsen m.fl. (2005) en læringsmulighet, hvor ethvert forsøk på å implementere et evidensbasert program er en mulighet til å lære mer om programmet og om under hvilke forhold det kan bli benyttet med god effekt og troskap mot tiltaket (fidelity). Basert på disse driftserfaringene kan det i dette stadiet gjøres endringer. Ansatte som jobber under ulike forhold i ulike samfunn kan representere utfordringer i forhold til implementering, men også en mulighet til å utvide og avgrense både implementeringspraksis og selve programmet og behandlingspraksis (Fixsen m.fl., 2005).

Bærekraftstadiet er stadiet for vedlikehold og videreføring som innebærer at integritet og kompetanse holdes ved like. Endringer, for eksempel endringer i personale, partnere som kommer og går må håndteres. Målsetningen er at implementeringen overlever på lang sikt i en verden som er skiftende. Det er ulike forhold som kan påvirke implementeringen av evidensbaserte programmer på lang sikt og som krever at man ikke mister taket på de funksjonelle komponentene i programmet. Eksempel på slike forhold som må håndteres er endringer i økologien til programmet som kan være manglende politisk støtte, manglende støtte til finansiering samt endringer i gruppen av klienter (Fixsen m.fl., 2005).

Fixsen m.fl. (2005) summerer opp at nå begynner vitenskapen om implementering å få informasjon og data som kan være til hjelp i å sikre at kunnskap fra forskning blir implementert med integritet. Sørli, Ogden, Solholm, og Olseth (2010) forklarer implementering av et tiltak som en vei til å forbedre praksis gjennom å anvende funn fra

forskning i praksis og de knytter virkning av et tiltak opp mot kvaliteten på implementeringen. De definerer implementeringskvalitet som graden av samsvar mellom den opprinnelige intervensjonsbeskrivelsen og måten intervensjonen i praksis blir gjennomført på. For å sikre at intervensjonen blir praktisert i sin fullverdige form må man se til at den er godt nok implementert (Sørliie m.fl., 2010). Kvaliteten på implementeringen av et tiltak må være høy for å oppnå gode effekter av dette tiltaket. For at de evidensbaserte tiltakene som er importert til bruk ved atferdsvansker skal virke etter sin hensikt, er det en forutsetning at prosedyrer for både programintegritet samt implementeringsintegritet er etablert (Mørch, 2010). Implementeringsstrategi med fremgangsmåte for implementeringen må være på plass. En implementering av et tiltak kan mislykkes for eksempel hvis en organisasjon eller kommunene ikke er klar til å ta i mot det programmet som skal etableres. Dette kan resultere i at programmet ikke blir forankret hos beslutningstaker og ikke implementeres med troskap til programmet eller kvalitetssikring (Mørch, 2012). Det kan da forstås som at man sier programmet ikke virket (selv om det var evidensbasert), men at årsaken egentlig var manglende implementeringskvalitet.

Det kreves systemer som sikrer kvaliteten på implementeringen, i tillegg til gode effektivitetsstudier som har vist positive resultater, for å vite rimelig sikkert om et tiltak vil være effektivt når det anvendes i ulike tjenester i ordinær praksis (Martinussen m.fl., 2016). En av kriteriene for at et tiltak kan klassifiseres på det høyeste evidensnivået (evidensnivå 5) i Ungsinn, er et absolutt krav om at implementeringskvaliteten skal være god (Eng, 2017).

2.4 Ungsinn: En strategi fra myndighetene for kvalitetsheving av tiltak og behandling

Ungsinn er et vitenskapelig tidsskrift, godkjent av Det nasjonale publiseringsutvalget som vitenskapelig publiseringskanal på nivå 1 (Eng, 2016). Det er et elektronisk tidsskrift med kunnskapsoppsummeringer, gjennomgang av dokumentert effekt samt praktisk informasjon om tiltak for barn og unges psykiske helse. Med tiltak mener man i Ungsinn *programmer, metoder, intervensjoner*, for eksempel programmer for foreldreveiledning med hensikt å fremme godt samspill mellom barn og foreldre, forebygge eller behandle atferdsproblemer. Det kan og være kurs hvor ungdom lærer mestring av depresjon, eller programmer for å redusere mobbing samt skape bedre skolemiljø (Martinussen m.fl., 2016).

Databasen Ungsinn (ungsinn.no) ble opprettet på oppdrag fra Helsedirektoratet i 2009 og ble utviklet av Regionsenter for barn og unges psykiske helse i Nord-Norge (RBUP Nord) (Mørch, 2010). Bakgrunnen for dette var at myndighetene og praksisfeltet trengte bedre

kunnskapsgrunnlag for å velge metoder til å forebygge samt behandle psykiske vansker hos barn og unge (Eng, 2016). Det er Regionalt kunnskapssenter for barn og unge Nord (RKBU Nord) ved UiT Norges arktiske universitet, som på oppdrag fra Helsedirektoratet, driver Ungsinn (Martinussen m.fl., 2016). Ungsinn driftes med penger fra Helsedirektoratet og er en del av en strategi fra myndighetene som har til hensikt å bidra til en kvalitetsheving av tiltak og behandling både i kommunale tjenester og på spesialistnivå. For at et tiltak skal kunne antas å ha positiv effekt i Norge, kreves det norsk eller nordisk forskning (Martinussen m.fl., 2016; Mørch, 2010).

For alle artiklene i Ungsinn er forskningsspørsmålet: ”Er tiltak X virksomt når det tilbys i vanlig praksis i Norge?” (Martinussen m.fl., 2016, s. 6). Forskningsspørsmålet blir besvart basert på systematisk innhenting samt gjennomgang av dokumentasjon. Tiltaket blir til slutt vurdert og klassifisert med et evidensnivå mellom ét og fem hvor nivå fem har best evidens.

Strukturen i Ungsinn artiklene kan gi et bilde på omfanget av kunnskapsoppsummeringene og den omfattende vurderingen et tiltak går igjennom, se Figur 3.

AVSNITT	INNHold
Sammendrag	På norsk og engelsk
Innledning	Bakgrunn og behov, beskrivelse av tiltaket (målsetting, målgruppe, utforming, materiell, metoder, teoretisk forankring, implementeringsstrategi og kostnader) og problemstilling for artikkelen.
Metode	Beskriver hvordan innhenting og sammenstillingen av kunnskap er gjort for det aktuelle tiltaket inkludert søkeprosedyrer.
Resultater	Resultatet av litteratursøket presenteres. Kvalitet på beskrivelse, forskningsmetode og kvalitetssikringssystemer skåres og oppsummeres.
Diskusjon	Resultatene drøftes i henhold til kriteriene og problemstillingen om tiltakets effekter.
Konklusjon	En totalvurdering av evidensen og den endelige klassifiseringen.

Figur 3. Strukturen i Ungsinn sine artikler. Tilpasset fra Tabell 12. Strukturen i Ungsinn sine artikler (Martinussen m.fl., 2016, s. 48)

På ungsinn.no finner man en vurdering av et tiltaks evidensnivå. I artikler på ungsinn.no som er publisert etter november 2015, er tiltak som omtales klassifisert i 1 av 5 evidensnivå. Alle de strukturerte foreldreveiledningstiltakene som omtales i denne undersøkelsen ble vurdert og klassifisert av Ungsinnpanelet før november 2015, og på den tiden var 4 høyeste evidensnivå.

Denne studien

Jeg har vært opptatt av innholdet i råd og veiledning og av strukturerte programmer for foreldre som trenger råd og veiledning og har valgt å bruke de strukturerte foreldreveiledningstiltakene som er beskrevet i Ungsinn. Flere av disse programmene har Bufetat implementert (PMTO, MST, Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR) - Foreldregruppeintervensjonen og ICDP), og det er programmer mange tjenester er kjent med. Flere av disse programmene er også beskrevet i gjennom NOU 2009:8 (2009) , NOU 2012: 5 (2012) og i Bedre føre var rapporten fra Folkehelseinstituttet (Major m.fl., 2011) og brukes i disse offentlige utredningene som eksempel på tiltak som kan styrke barnevernfaglig arbeid. Man kan argumentere for at bruk av standardiserte programmer gjør tiltaksarbeidet strukturert og målrettet ved at det følger en oppskrift gitt av de som utviklet tiltaket. Dette peker frem mot problemstillingen i denne studien hvor deltakerne ble spurt om foreldreveiledningstiltakene nedenfor.

Barneperspektivsamtalet

Barneperspektivsamtalet er et tiltak for barn av foreldre som har psykisk sykdom og/eller rusmiddelmissbruk. Det er et lavterskel helsefremmende tiltak som kan tilbys enten gjennom kommunale tjenester, eller gjennom spesialisthelsetjenesten og tiltakets overordnede mål er at risikoen for problemutvikling hos barna reduseres. I tillegg til mål om styrket foreldrekompetanse gjennom at foreldrene bevisstgjøres om barnets perspektiv, er tiltakets målsetning at barnets evne til mestring av situasjonen blir styrket, å avdekke eventuelle problemer som barnet trenger hjelp til og å kunne gi henvisning om videre hjelp etter behov. Tiltaket Barneperspektivsamtalet består av inntil tre samtaler (Reedtz, 2009).

Barneperspektivsamtalet er utviklet i Nederland, og de som eier tiltaket i Norge, og som også er implementeringsansvarlig for tiltaket i Norge er organisasjonen Voksne for Barn (VFB).

Det foreligger ingen effektstudier av Barneperspektivsamtalet. I følge Ungsinnpanelets vurdering er tiltaket godt beskrevet, og det er et tiltak med en klar teoretisk forankring. Barneperspektivsamtalet klassifiseres av Ungsinnpanelet som et sannsynlig virksomt tiltak på evidensnivå 2 (Reedtz, 2009).

Circle of Security (COS) International - Parenting

Forebyggingstiltaket til COS International heter Circle of Security (COS) International - Parenting (heretter: COS). Målgruppen for COS er foreldre som har barn mellom 0-10 år og

tiltakets målsetning er å fremme trygg tilknytning mellom omsorgsperson og barn. Tiltaket kan tilbys enten ved helsestasjonen, i barnehagen, eller innen skolehelsetjenesten som universalforebyggende tiltak. Tiltaket bygger på tilknytningspsykologi og er et psykoeducativt program for foreldrene som kan være individuelt, eller gruppebasert i 8 ganger, hver gang med varighet 1,5 time (Drugli, 2012).

Tiltakets eiere i utlandet er Marycliff Institute. Marycliff Institute ved Bert Powell har ansvaret for tiltaket og i Norge bruker instituttet psykologspesialistene Brandtzæg og Torsteinson som sine distributører for tiltaket. Distributørene har sertifisering i kursing i COS Parenting.

Det foreligger ingen norske eller internasjonale effektstudier av tiltaket COS Parenting. Ungsinnspanelet klassifiserer COS Parenting som et tiltak med evidensnivå 2, et sannsynlig virksomt tiltak (Drugli, 2012).

De utrolige årene (DUÅ) - Foreldretreningsprogram

Målgruppen for De utrolige årene BASIC foreldregrupper er barn i alderen 3-12 år som har alvorlige atferdsforstyrrelser eller er i risiko for utvikling av adferdsforstyrrelser, og tiltaket er rettet mot foreldrene. Programmet søker å styrke samspill og relasjon gjennom kjernekomponenter som lek, ros, motivasjon til samarbeid og effektiv grensesetting. Styrket samspill med barnet skal styrke foreldrenes kompetanse til forebygging og behandling av atferdsproblemer i hjemmet. Tiltaket gjennomføres i grupper av foreldre og ledes av to kvalifiserte gruppeledere/terapeuter (Martinussen, 2009).

Programmet er utviklet i USA, og eier av tiltaket i utlandet er The Incredible Years i USA. Tiltaket implementeres i Norge av RKBU Nord ved Universitetet i Tromsø (Martinussen, 2009).

Ungsinnspanelet vurderer at De utrolige årene - Basic foreldregrupper bygger på et godt teoretisk rasjonale og har god dokumentasjon i forskning. Tiltaket er evaluert i flere land i tillegg til i Norge, ved randomisert kontrollgruppe design (RCT-studier). De utrolige årene Basic foreldregrupper klassifiseres av Ungsinnspanelet som et dokumentert virksomt tiltak på evidensnivå 4 med dokumentasjonsgrad ***** (Martinussen, 2009).

International Child Development Programme (ICDP) - Program for foreldreveiledning

Målgruppen for tiltaket ICDP er foreldre samt andre omsorgspersoner til de mellom 0-18 år. Tiltakets målsetning er at barn og unges psykososiale vansker forebygges gjennom at foreldre og øvrige omsorgspersoner for eksempel fosterforeldre blir støttet og styrket i sin rolle som omsorgsperson. Foreldreveiledningen har til hensikt å fremme psykososial omsorgskompetanse hos omsorgspersoner for barn. De som utfører tiltaket kan være fagfolk med sosialfaglig bakgrunn, helsesøstre, psykologer og andre fagfolk som er opplært i ICDP (Reedtz, 2012a). ICDP teoretiske grunnlag er kulturorientert utviklingspsykologi og hvor samspill er vektlagt (Reedtz, 2012a).

Det er stiftelsen ICDP som eier programrettighetene. Tiltaket ICDP implementeres av Bufdir (Reedtz, 2012a).

ICDP er basert på et teoretisk rasjonale som er allment akseptert og blir av Ungsinnspanelet klassifisert som et tiltak som er sannsynlig virksomt, på evidensnivå 2 (Reedtz, 2012a).

Multisystemisk terapi - MST

Målgruppen for MST er familier med ungdom mellom 12-18 år som har store atferdsproblemer. Behandlingens målsetning er god fungering hos ungdommen uten atferdsproblemer. MST kan i noen tilfeller være et alternativ til plassering utenfor hjemmet (Kornør, 2014).

Eier av tiltaket i utlandet er MST Services i South Carolina i USA. Tiltakseier i Norge er Atferdssenteret (Kornør, 2014). Implementering driftet av Bufetat med team i Bufetats fem regioner. Atferdssenteret har opplæring og kvalitetssikringsansvar.

Det har vært gjort en rekke randomiserte kontrollerte studier på MST, hvorav ett i Norge. Panelet i Ungsinn vurderer MST som et tiltak for en gruppe ungdom det er "svært utfordrende" å finne gode tiltak for, det er ungdom med dårlige prognoser og hvor problemutviklingen er betydelig. Ungsinnspanelet klassifiserer MST (på bakgrunn av resultater fra den norske studien) som et funksjonelt virksomt tiltak på evidensnivå 3, dokumentasjonsgrad *** (Kornør, 2014).

Parent Management Training - Oregon (PMTO)

PMTO er et individuelt behandlingstiltak for foreldre/foresatte til barn i aldersgruppen 4-12 år som har alvorlige atferdsproblemer. Tiltakets formål er å stanse, redusere eller forebygge

atferdsvansker hos barnet gjennom at det blir gjort endringer i samspillet mellom foreldrene og barnet. Videre er formålet at sosiale ferdigheter fremmes og at den sosiale inkluderingen blant barn økes (Fossum, 2011).

Tiltaket består av 20-30 møter mellom foreldrene og en terapeut. Korte introduksjoner til de ulike tema kombinert med ulike øvelser, modellering, rollespill og ferdighetstrening, hjemmeoppgaver og refleksjon tas i bruk for å trene foreldrene. Rammene og tema for tiltaket er presentert i en manual (Fossum, 2011).

PMTO er utviklet i USA. Eier av tiltaket i Norge og distributør/implementeringsansvarlig for tiltaket i Norge, er Atferdssenteret. Implementeringskostnader: Atferdssenteret finansieres med midler fra Helsedirektoratet, Barne- ungdoms og familiedirektoratet og Utdanningsdirektoratet.

PMTO bygger ifølge panelet i Ungsinn på en allment akseptert teoretisk og forskningsmessig base, og er grundig evaluert i flere land inkludert Norge, ved RCT studier. Det er i følge Ungsinnpanelet utarbeidet gode rutiner for kvalitetssikring av PMTO og tiltaket klassifiseres som et dokumentert virksomt tiltak evidensnivå 4, dokumentasjonsgrad **** (Fossum, 2011).

SMARTE FORELDRE

Målgruppen for tiltaket SMARTE FORELDRE er foreldre med engstelige og triste barn (Reedtz & Eng, 2013b). Tiltaket er basert på tiltaket SMART for ungdom som behandler eller forebygger emosjonelle vansker hos de over 14 år, og basert på metoder i kognitiv atferdsterapi (Reedtz & Eng, 2013a).

Tiltaket skal lære opp foreldrene i metoder for å hjelpe barna sine å mestre, samt å redusere problemene sine og i tillegg bevisstgjøre foreldrene slik at de ikke er med på å opprettholde barnas vansker. Rammene er tolv ukentlige samtaler og fem moduler. Teorien i programmet er teori om at følelser og tanker og kropp og handling kan være i et samspill som er uheldig, og som både forsterker symptomer på depresjon og angst samt fremkaller slike symptomer (Reedtz & Eng, 2013b). Det har vært gjennomført et pilotprosjekt, men Ungsinnpanelet vurderer at utvalget var lite og resultatene bør tolkes forsiktig.

Utviklere av tiltaket SMARTE FORELDRE i Norge er Simon-Peter Neumer ved RBUP Øst og Martina Gere ved Atferdssenteret (Reedtz & Eng, 2013b). Implementeringsansvarlig i Norge er organisasjonen Voksne for Barn (Reedtz & Eng, 2013b).

Tiltaket SMARTE FORELDRE klassifiseres av Ungsinn til å ha sterk teoretisk forankring, og materiell som er grundig og oversiktlig både for tilbydere og deltakere på tiltaket. På grunnlag av at det ikke foreligger norske effektstudier, klassifiseres SMARTE FORELDRE som et sannsynlig virksomt tiltak, evidensnivå 2 (Reedtz & Eng, 2013b).

Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR) - Foreldre-gruppeintervensjonen

TIBIR - Foreldre-gruppeintervensjonen er en av de seks intervensjonene i Tidlig innsats for barn i risiko og er et tiltak for å forebygge og behandle atferdsproblemer. TIBIR - Foreldre-gruppeintervensjonen kan gis samtidig som de andre TIBIR intervensjonene og målgruppen er foreldre som har barn mellom 4-12 år som har atferdsproblemer, eller som er i risiko for utvikling av atferdsproblemer. Tiltakets målsetning er at barnets atferd blir endret gjennom at foreldrene trenes opp i ulike foreldreferdigheter, og at samspillet mellom barn og foreldre blir endret (Fossum, 2013). Tiltaket bygger på samme prinsipper og har samme teoretiske fundament som tiltaket PMTO. Intervensjonen inneholder 12 gruppesamlinger, hver på 2,5 timer. Det er to gruppeledere og minst en av de må være sertifisert i PMTO. Tiltaket er tilpasset norsk kommunalt tjenestenivå (Fossum, 2013).

Tiltaket er utviklet i Norge og eies av Atferdssenteret. Implementeringsansvarlig er Utviklingsavdeling barn - Atferdssenteret (Fossum, 2013).

Ungsinnpanelet vurderer at TIBIR er bygget på en allment akseptert teoretisk og forskningsmessig base. TIBIR er grundig evaluert i Norge gjennom en RCT studie og det er utarbeidet gode rutiner for kvalitetssikring av tiltaket. Ungsinnpanelet klassifiserer TIBIR som et dokumentert virksomt tiltak på evidensnivå 4, dokumentasjonsgrad ****(Fossum, 2013).

Det finnes flere tiltak i bruk enn de som er presentert her i Ungsinn, men fokuset i studien er de som i størst utstrekning er adoptert til Norge og er kjent gjennom Bufetat og Bufdir, samt offentlige utredninger og rapporter (NOU 2009:8; Major m.fl., 2011). I tillegg til tiltakene som er beskrevet her finnes det en variasjon av tiltak som er beregnet på barn og ungdom selv; tiltak til bruk i barnehage og helsestasjon og så videre. Avgrensningen i denne oppgaven er gjort på bakgrunn av at veiledningstiltakene kan brukes av barneverntjenesten, og at de retter seg mot foreldre.

2.5 Problemstilling:

1. Hva er barnevernansattes praksis når det gjelder råd og veiledning, samt strukturerte foreldreveiledningsprogrammer i tjenestens barnevernsfaglige arbeid?
2. Hva er barnevernansattes kunnskap om de mest vanlige strukturerte foreldreveiledningsprogrammer slik de er beskrevet og evaluert i kunnskapsdatabasen Ungsinn.no?
3. Hva er barnevernansattes holdninger når det gjelder råd og veiledning, samt strukturerte foreldreveiledningsprogrammer?
4. Hva er sammenhengen mellom tilgjengelighet og holdninger når det gjelder bruk av strukturerte foreldreveiledningstiltak?

3 Metode

Data ble innsamlet ved bruk av et elektronisk spørreskjema (Questback) i januar og februar 2017 (Vedlegg 1).

3.1 Deltakere

Totalt 597 ansatte i barneverntjenester i region Nord fikk invitasjon til deltakelse (av disse var 4 sykemeldt, 3 i permisjoner, 3 på ferie, 4 merkantilt ansatte kunne ikke svare, 3 merkantilt ansatte svarte, men ble rutet ut av undersøkelsen). Det gjensto da 580 ansatte som fikk undersøkelsen. N = 240 svarte, noe som ga en responsrate på 41,4%.

Deskriptiv statistikk for demografiske variabler

Utvalget i undersøkelsen bestod av totalt 87,7% kvinner og 12,3% menn (N = 235).

Hoveddelen av respondenter var fra Nordland fylke. Fordelingen mellom de tre fylkene var 53 % fra Nordland, 35 % fra Troms og 12 % fra Finnmark.

Alderen hos deltakerne varierte. Totalt 12,3% var mellom 21-30 år, 31,5% var mellom 31-40 år og den største andelen, 36,2 % var mellom 41-50 år. Totalt 17% av deltakerne var mellom 51-60 år og den minste andelen, 3% var mellom 61-70 år. Deltakerne i undersøkelsen hadde ulik faglig bakgrunn og erfaring i barnevernet, se Tabell 1. Majoriteten av utvalget var barnevernpedagoger.

Tabell 1. Faglig bakgrunn og erfaring hos ansatte (N=233-237)

		N	%
Faglig bakgrunn	Barnevernpedagog	126	54,1
	Sosionom (sosialt arbeid)	64	27,5
	Pedagog (lærer/førskolelærer)	18	7,7
	Merkantil/administrativ bakgrunn	3	1,3
	Annen	22	9,4
Erfaring i barnevernet	<1 år	20	8,4
	1-2 år	27	11,4
	3-4 år	41	17,3
	5-10 år	89	37,6
	11-15 år	35	14,8
	16-20 år	10	4,2
	>20 år	15	6,3

Totalt 99,1% av deltakerne i undersøkelsen arbeidet direkte med barn og familier i saker. Og disse fordelte seg slik; 59,0% saksbehandler / konsulent / kurator (N=141), 13,4% teammedarbeider (f.eks. inntak-, undersøkelses- og tiltaksteam) (N=32), 3,3% var hjemmekonsulent (N=8), 3,3% fagkonsulent (N=8), 20,1% i lederstilling (N=48). Totalt 1,3% av deltakerne var merkantilt ansatt med ansvar for administrativt arbeid (N=3) og 8,8% hadde annen stilling (N=21).

3.2 Rekruttering

For å få en oversikt over barneverntjenestene i hver enkelt kommune i landets tre nordligste fylker, ble det først laget en oversikt over antall kommuner i Nordland, Troms og Finnmark. Deretter ble det laget en liste over antall og navn på barneverntjenestene herunder interkommunale barneverntjenester og samarbeidende barneverntjenester. E-postadressene til alle ansatte i barneverntjenesten i Nord-Norge, ble innhentet via internettsiden til barneverntjenesten i hver enkelt kommune. I kommuner med interkommunal barneverntjeneste, ble e-postadressene funnet via internettsidene til den interkommunale barneverntjenestens vertskommune. Tre kommuner i Nordland og tre kommuner i Troms hadde ikke e-postadressene ute. Disse ønsket at forespørsel om tjenestens deltakelse i undersøkelsen skulle sendes til e-postmottak eller barnevernleder i tjenesten, for å godkjenne om e-postadressene til de ansatte skulle sendes ut til bruk i denne undersøkelsen. Jeg fikk på denne måten utlevert alle e-postadressene, unntatt e-postadressen til en person, der barnevernlederen sa at vedkommende hadde reservert seg fra å delta.

3.3 Studiedesign

Kvantitativ studie der data ble innsamlet ved hjelp av et spørreskjema. Studien representerer en tverrsnittstudie som beskriver situasjonen i tjenestene på et spesifikt tidspunkt i 2017.

3.4 Materiell

Undersøkelsen ble gjennomført ved hjelp av et elektronisk spørreskjema til ansatte i landsdelens barneverntjenester. Spørreskjemaet var strukturert og inneholdt fastsatte svarkategorier for hvert enkelt tema. Det inneholdt først en del med demografiske data, videre en del om ferdigheter/egen praksis i råd og veiledning, en del om kunnskaper om strukturerte foreldreveiledningsprogrammer og til slutt en del om holdninger.

I delen om demografiske data krysset deltakerne av for de demografiske variablene kjønn, fylke de arbeidet i, alder og faglig bakgrunn med mulighet for å velge mellom

barnevernspedagog, sosionom (sosialt arbeid), pedagog (lærer/førskolelærer), merkantil/administrativ bakgrunn, annen. Videre fikk deltakerne spørsmål om hvor lenge de hadde jobbet i barneverntjenesten samt hvilken stilling de hadde i barneverntjenesten. Merkantil ansatte inngikk ikke i undersøkelsen etter disse spørsmålene, et grep som ble gjort for å slippe å differensiere mellom faglig ansatte og merkantil ansatte ved utsendelsen av undersøkelsen.

I delen om ferdigheter/praksis var det 20 spørsmål om råd og veiledning som hjelpetiltak, samt ansattes metodikk i veiledningen. For eksempel fikk ansatte her spørsmål om i hvilken grad ulike variabler var beskrivende for veiledningsarbeidet: "I hvilken grad er klare målsetninger for veiledningsarbeidet beskrivende for din utøvelse av hjelpetiltaket råd og veiledning?" og "I hvilken grad har din tjeneste tilgang til strukturerte foreldreveiledningsprogrammer i din kommune eller ditt tiltaksområde?" Totalt 13 av spørsmålene ble besvart på en fempunkts Likert-skala fra "I svært stor grad" (5) til "I svært liten grad" (1).

I delen om kunnskaper var det ulike spørsmål om de åtte strukturerte foreldreveiledningsprogrammer som er beskrevet i Ungsinn. Her fikk ansatte spørsmål om de hadde hørt om tiltaket og hvor de hadde hørt om tiltaket, om tiltaket var tilgjengelig i deres kommune eller tiltaksområde, om de hadde fått opplæring i tiltaket og om de brukte det i sin praksis. Eksempel på spørsmål: "Har du hørt om tiltaket De Utrolige Årene?" hvor svaralternativene var "Ja" og "Nei" og "Bruker du dette tiltaket i din praksis?" med samme svaralternativer.

I delen om holdninger var det spørsmål knyttet til utøvelse av hjelpetiltaket råd og veiledning samt holdninger til strukturerte foreldreveiledningsprogrammer. Et eksempel på utsagn ansatte skulle ta stilling til er "For å styrke min utøvelse av hjelpetiltaket råd og veiledning, foretrekker jeg opplæring og kurs i strukturerte og ferdig utviklede foreldreveiledningsprogrammer" og "Min tjeneste prioriterer å gi sine ansatte opplæring og kurs i strukturerte og ferdig utviklede foreldreveiledningsprogrammer". Skalaen inkluderte syv spørsmål og seks av de ble besvart på en fempunkts Likert-skala fra "I svært stor grad" (5) til "Ikke i det hele tatt" (1).

3.5 Prosedyre

Det ble sendt ut e-post til alle ansatte i barneverntjenestene i hele Nord-Norge. Denne inneholdt invitasjon til deltakelse i prosjektet (Vedlegg 3), samt lenke til selve spørreundersøkelsen.

Innsamlede data fra undersøkelsen vil lagres i forskningsleders Questback (Charlotte Reedtz ved UiT), bak brukernavn og passord. Slik er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn. Data som ble overført til SPSS for analyser ble avidentifisert (e-post adresser fjernet) og passordbeskyttet. Personopplysningene er registrert og oppbevares på server i virksomhetens nettverk. Periode for behandling av personopplysninger er fra prosjektstart 25.10.2016 med planlagt dato for prosjektslutt 25.10.2019.

3.6 Statistiske analyser

Alle statistiske analyser i undersøkelsen ble gjennomført med IBM SPSS Statistics Version 24. Deskriptive frekvensanalyser ble brukt for å beskrive utvalget. Disse danner grunnlaget for å beskrive resultatene på en oversiktlig måte.

Da det var ønskelig å se på en del sammenhenger mellom spesifikke variabler, ble noen variabler rekodet. Det ble laget et nytt SPSS datasett med rekodede variabler.

For å se på prosentandel tilgjengelighet av tiltak i kommunene ble det gjort krysstabulering av Kommune og Er tiltaket X tilgjengelig i din kommune eller ditt tiltaksområde?

Krysstabulering i SPSS blir brukt når forholdet mellom to kategoriske variabler skal beskrives (Kent State University Libraries, 2016). Det ble laget en oversikt i en Excel fil over prosent av kommunene som hadde svart, hvor minst en av deltakerne svarte at tiltaket var tilgjengelig i sin kommune. Dette ble gjort for å justere og vekte tallene vedrørende spørsmålet ”Er tiltaket X tilgjengelig i din kommune eller ditt tiltaksområde?” som deltakerne fikk om hver av de åtte strukturerte foreldreveiledningstiltakene. Denne justeringen var viktig også med tanke på den enkelte ansatts kjennskap til tiltak, fordi ansatte i ulike kommuner, for eksempel store versus små, har større eller mindre kjennskap til de ulike tiltakene.

Videre ble det gjennomført regresjonsanalyse for å se på hvor de hadde hørt om tiltakene som prediktorer for bruk, med andre ord kunnskap som prediktor for bruk. Det ble kjørt Binary Logistic Regressions av Bruk av tiltaket=Hvor har du hørt om tiltaket (grunnutdanning, videreutdanning, på kurs, av kolleger). Det ble gjennomført ”Stepwise Logistic Regression”

som integrerer variabler som har en signifikant effekt en etter en. Den riktige modellen for hvert av tiltakene er dermed den som vises nederst i analysen, vanligvis i steg 1 eller steg 2.

For å se på forholdet mellom tilgjengelighet av, opplæring i samt bruk av de strukturerte foreldreveiledningsprogrammene ble det gjennomført Correlations: non parametric correlations for å måle styrken i avhengighet med andre ord sammenheng mellom variablene tilgjengelighet, opplæring og bruk. Det ble kjørt 2 sett av correlations; det første med tilgjengelighet "Vet ikke" rekodet til "Nei" og det andre med tilgjengelighet "Vet ikke" fjernet fra analysen, som innebærer at antall svar som er med i analysen er mindre.

Den andre regresjonsanalysen ble kjørt for å se på om tilgjengelighet og holdninger predikerer bruk av strukturerte foreldreveiledningstiltak. Det ble gjennomført Binary Logistic Regressions av Bruk av tiltaket på Holdninger (spørsmål 10, 11, 81 og 87) samt på Tilgjengelighet. Her ble det også kjørt to sett av analyser med tilgjengelighet "Vet ikke" rekodet til "Nei" og tilgjengelighet "Vet ikke" ikke tatt bort fra analysen. Her ble det også brukt "Stepwise Logistic Regression" som inkluderer signifikante variabler en og en i modellen. For nesten alle tiltakene kom kun "tilgjengelighet" med i den endelige modellen og for de tiltakene hvor andre variabler kommer inn i den endelige modellen, har disse variabler veldig uklar effekt ($P=0,054$ eller $P=0,056$), og i et valg om å være konservativ ble ikke disse variablene presentert i resultater i oppgaven, på grunn av multiple testing som gir forhøyet sannsynlighet for å finne signifikante effekter.

Det var ingen i utvalget som brukte tiltaket SMARTE FORELDRE i sin praksis og det var derfor ikke mulig å kjøre regresjonsanalyser for dette tiltaket.

3.7 Etikk

Prosjektet er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) (Vedlegg 2).

4 Resultater

Barnevernansattes praksis når det gjelder råd og veiledning, samt strukturerte foreldreveiledningsprogrammer i tjenestens barnevernfaglige arbeid

Totalt 91,3% av deltakerne hadde i sitt arbeid selv gjennomført råd og veiledning som hjelpetiltak jf. bvl. 4-4, mens 8,7% ikke selv hadde gjennomført råd og veiledning som hjelpetiltak (N=230).

Hvem tok initiativ til veiledningen og hvor fant den sted

I 95,2% av tilfellene hadde barneverntjenesten i størst grad tatt initiativet til tiltaket råd og veiledning. I 3,5% av tilfellene hadde foreldrene selv i størst grad tatt initiativet og i 1,3% av tilfellene var det andre instanser som i størst grad hadde tatt initiativet (N=231). I deltakernes siste sak der råd og veiledning var vedtatt som hjelpetiltak, hadde barneverntjenesten tatt initiativet til tiltaket i 86,7% av tilfellene. Foreldrene selv hadde da tatt initiativet i 11,5% av tilfellene og andre instanser hadde tatt initiativet til råd og veiledning i 1,8% av tilfellene i den siste saken der dette var vedtatt som hjelpetiltak (N=226).

Det varierte i hvilken grad utøvelsen av hjelpetiltaket råd og veiledning skjedde i barneverntjenestens lokaler. 7,6% sa i svært liten grad, 16,6% sa i liten grad, 38,6% sa i middels omfang, 30,5% sa i stor grad og 6,7% svarte at utøvelsen av tiltaket råd og veiledning i svært stor grad skjedde i barneverntjenestens lokaler (N=223). Det varierte også i hvilken grad utøvelsen av hjelpetiltaket råd og veiledning skjedde hjemme hos familien. 4,9 % sa i svært liten grad, 19,2% sa i liten grad, 40,6% sa i middels omfang, 27,7 % sa i stor grad og 7,6 % svarte at utøvelsen av tiltaket råd og veiledning i svært stor grad skjedde hjemme hos familien (N=224).

Metodikk og faglig innhold i veiledningen

Bruk av generell sosialfaglig metodikk som deltakerne hadde lært i sin utdanning, var hos 3,9% av deltakerne i svært liten grad beskrivende, hos 17,5% i liten grad beskrivende og hos nær halvparten av deltakerne, 38,0% i middels omfang beskrivende for deres utøvelse av tiltaket råd og veiledning. Hos 35,4% av deltakerne var bruk av generell sosialfaglig metodikk lært i utdannelsen i stor grad beskrivende og hos 5,2% i svært stor grad beskrivende for deres utøvelse av dette tiltaket (N=229). Det varierte i hvilken grad bruk av spesifikk metodikk (for eksempel et spesifikt foreldreveiledningsprogram) var beskrivende for faglig innhold i veiledningen og det fordelte seg slik; hos 16,1% var det i svært liten grad beskrivende, hos

19,6% i liten grad beskrivende, hos 26,8% i middels omfang beskrivende, hos 26,8% i stor grad beskrivende og hos 10,7% i svært stor grad beskrivende (N=224).

Fokus på samspill og relasjoner i familien og på miljømessige forhold omkring familien i utøvelsen av råd og veiledning som hjelpetiltak, var hos nærmere 90% av deltakerne i stor grad til i svært stor grad beskrivende for utøvelsen av tiltaket. Klare målsetninger for veiledningsarbeidet, enighet mellom foreldre og barneverntjenesten om hva det skulle arbeides med i veiledningen, tidsavgrenset veiledningsperiode, samt barn og ungdoms deltakelse var beskrivende i ulik grad, se Tabell 2.

Tabell 2. Innhold i deltakerens utøvelse av råd og veiledning som hjelpetiltak (N = 221-229)

		N	%
Generell sosialfaglig metodikk (lært i utdannelsen)	I svært liten grad	9	3,9
	I liten grad	40	17,5
	I middels omfang	87	38,0
	I stor grad	81	35,4
	I svært stor grad	12	5,2
Spesifikk metodikk (f.eks. et spesifikt foreldreveiledningsprogram)	I svært liten grad	36	16,1
	I liten grad	44	19,6
	I middels omfang	60	26,8
	I stor grad	60	26,8
	I svært stor grad	24	10,7
Fokus på samspill og relasjoner i familien	I svært liten grad	2	0,9
	I liten grad	3	1,3
	I middels omfang	26	11,6
	I stor grad	117	52,0
	I svært stor grad	77	34,2
Fokus på miljømessige forhold omkring familien	I svært liten grad	4	1,8
	I liten grad	10	4,5
	I middels omfang	95	42,6
	I stor grad	98	43,9
	I svært stor grad	16	7,2
Klare målsetninger for veiledningsarbeidet	I svært liten grad	5	2,2
	I liten grad	11	4,9
	I middels omfang	48	21,2
	I stor grad	112	49,6
	I svært stor grad	50	22,1
Enighet mellom foreldre og barneverntjenesten, om hva det skal arbeides med i veiledningen	I svært liten grad	3	1,3
	I liten grad	5	2,2
	I middels omfang	63	28,3
	I stor grad	118	52,9
	I svært stor grad	34	15,2

		N	%
Tidsavgrenset veiledningsperiode	I svært liten grad	8	3,6
	I liten grad	19	8,6
	I middels omfang	75	33,9
	I stor grad	97	43,9
	I svært stor grad	22	10
Barn/ungdom inviteres med i gjennomføringen	I svært liten grad	5	2,2
	I liten grad	40	17,9
	I middels omfang	78	35,0
	I stor grad	76	34,1
	I svært stor grad	24	10,8

For 2,7% av deltakerne bygget utøvelsen av hjelpetiltaket råd og veiledning i svært liten grad på observasjoner i hjemmet. 14,4% svarte at utøvelsen i liten grad bygget på observasjoner i hjemmet, 33,8% svarte i middels omfang, 37,8% i stor grad og 11,3% sa utøvelsen av hjelpetiltaket råd og veiledning i svært stor grad bygget på observasjoner i hjemmet (N=222).

89,5% av deltakerne hadde henvist familier med behov for foreldreveiledning videre til instanser utenfor barneverntjenesten og 10,5% av deltakerne hadde ikke det (N=229).

Tabell 3. Instanser deltakerne har henvist familier med behov for foreldreveiledning til (N=205)

	N	%
Helsesøster	133	64,9
Fastlege	30	14,6
BUP	177	86,3
Bufetat	85	41,5
PPT	81	39,5
Familievern	163	79,5
Andre	71	34,6

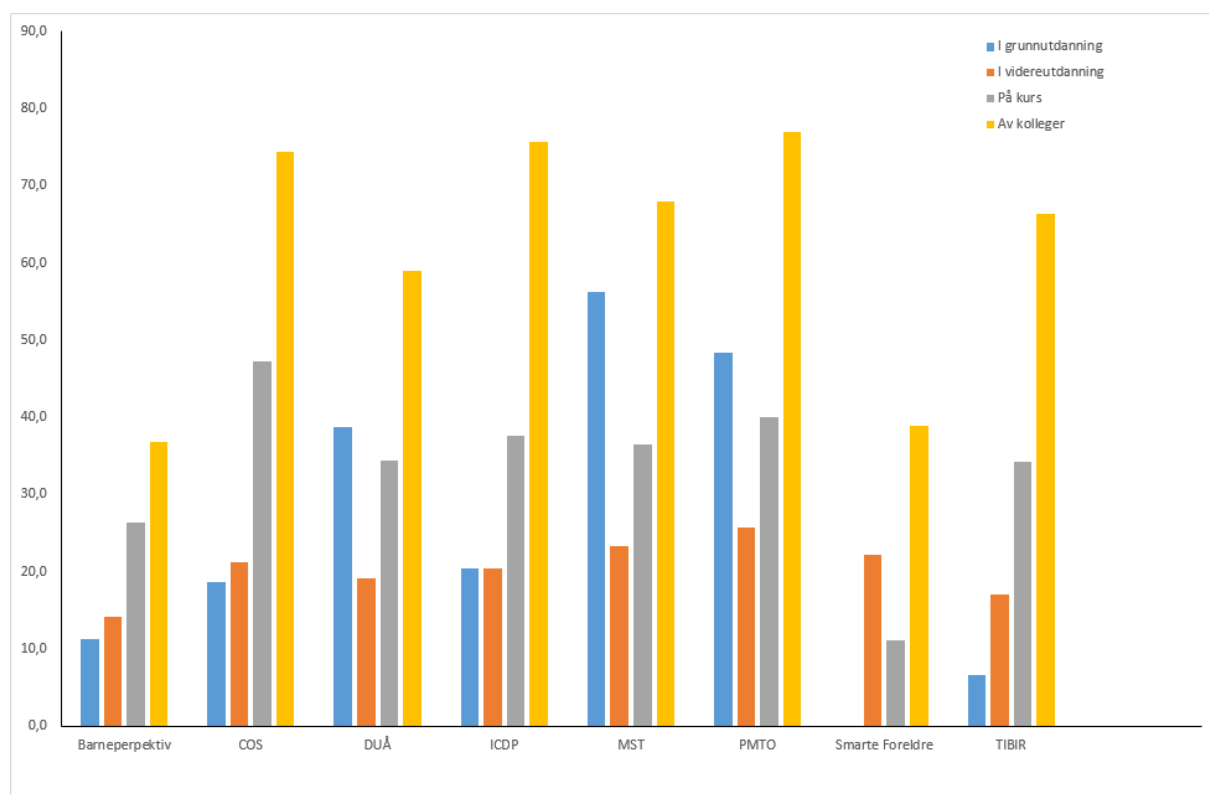
Av deltakerne kjente 38,3% til nettsider der foreldre/foresatte kan få tilgang til nettbasert foreldreveiledning, mens 61,7% ikke kjente til slike nettsider (N=235). 32,2% hadde henvist familier med behov for foreldreveiledning til aktuelle nettsider for tilgang til nettbaserte foreldreveiledningsprogrammer, mens 67,8% hadde ikke gjort en slik henvisning (N=90).

Tilgjengelighet av strukturerte foreldreveiledningsprogrammer

Barneverntjenestens tilgang til strukturerte foreldreveiledningsprogrammer (for eksempel PMTO, ICDP og COS) i deltakernes kommune eller tiltaksområde varierte: I svært liten grad (6,9%), i liten grad (14,2%), i middels omfang (24,5%), i stor grad (36,3%) og 20,1 % svarte at sin tjeneste i svært stor grad hadde tilgang til strukturerte foreldreveiledningsprogrammer (N=204). Deltakerne henviste i ulik grad familier til andre instanser for å gi dem tilgang til strukturerte foreldreveiledningsprogrammer. 6,9% henviste slik i svært liten grad, i liten grad 27,1%, i middels omfang 37,4%, i stor grad 27,1% og 3,4% svarte at de i svært stor grad henviste familier til andre instanser for strukturerte foreldreveiledningsprogrammer (N=203).

Barnevernansattes kunnskap om de mest vanlige strukturerte foreldreveiledningsprogrammer slik de er beskrevet og evaluert i kunnskapsdatabasen Ungsinn.no

Det varierte hvilke av de strukturerte foreldreveiledningsprogrammene deltakerne hadde hørt om. De tiltakene flest hadde hørt om var henholdsvis PMTO (98,3 %), COS (97,4%), MST (94,0%), ICDP (90,6%) og DUÅ (89,7%). Det tiltaket færrest hadde hørt om var SMARTE FORELDRE (7,7%). Det varierte hvor deltakerne hadde hørt om tiltakene, se Figur 4.



Figur 4. Kunnskap om tiltakene fra grunntdanning, videreutdanning, på kurs, av kolleger.

Videre varierte det om programmene var tilgjengelige i deltakerens kommune eller tiltaksområde. Vi har også sett på hvordan tilgjengelighet av foreldreveiledningsprogrammene har fordelt seg i ulike kommuner. Det programmet som var tilgjengelig i flest kommuner var PMTO, deretter ICDP og COS. MST var ikke like tilgjengelig, heller ikke TIBIR. De programmene som var minst tilgjengelig var DUÅ og Barneperspektivsamtalet. Tiltaket SMARTE FORELDRE var i følge de ansatte ikke tilgjengelig i noen kommuner, se Tabell 4.

Tabell 4. Tilgjengelighet av strukturerte foreldreveiledningstiltak i kommuner.

	Tilgjengelig i kommuner Ja /N (%)
Barneperspektivsamtalet	11/ 46 (23,9%)
Circle of Security (COS)	30/46 (65,2%)
De utrolige årene (DUÅ) – Foreldretreningsprogram	16/46 (34,7%)
International Child Development Programme (ICDP)	34/46 (73,9%)
Multisystemisk terapi - MST	22/46 (47,8%)
Parent Management Training – Oregon (PMTO)	35/46 (76,0%)
SMARTE FORELDRE	0/46 (0%)
Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR) - Foreldre-gruppeintervensjonen	20/46 (43,4%)

Note: Antall kommuner er beregnet slik at kommuner der minst en har svart ja er inkludert.

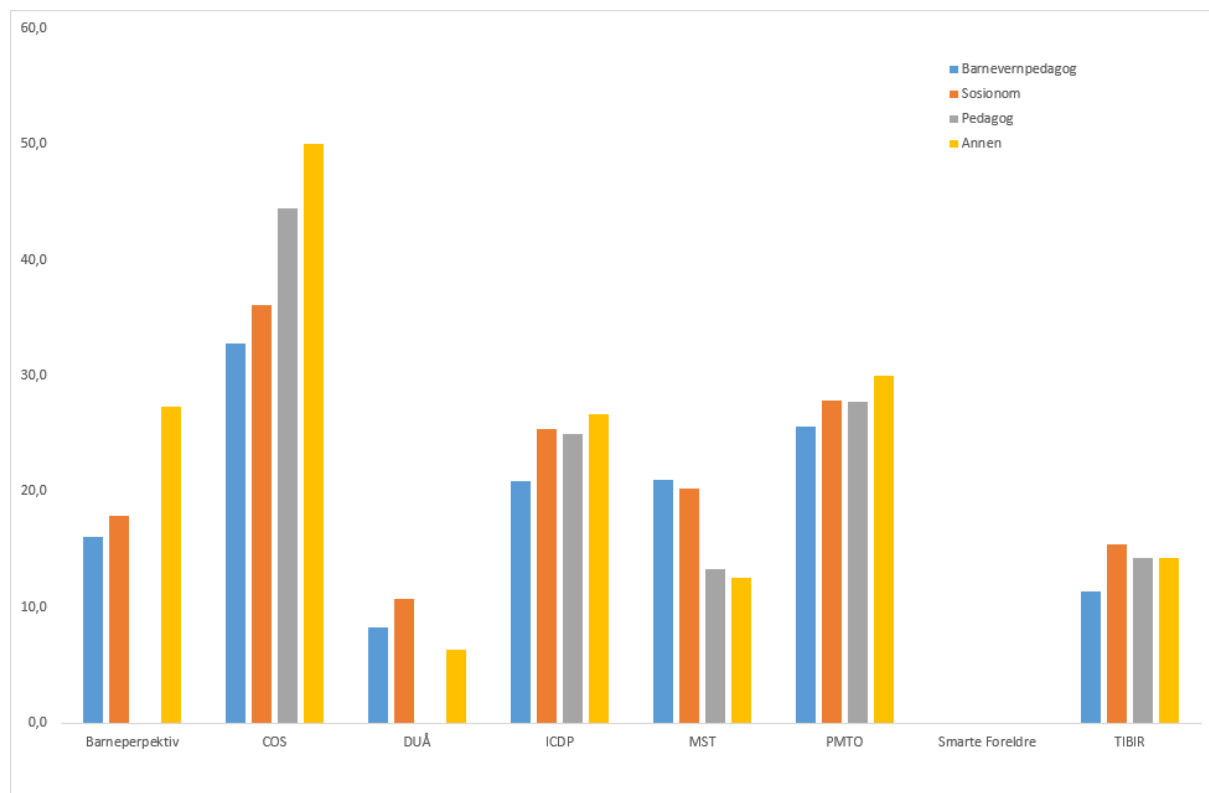
De ulike yrkesgruppenes bruk av strukturerte foreldreveiledningstiltak i tjenesten

COS var det tiltaket barnevernpedagogene brukte mest (32,8%), på andre plass PMTO (25,6%), på tredje plass MST (21%) og på fjerde plass ICDP (20,9%). Ingen av barnevernpedagogene i undersøkelsen brukte tiltaket SMARTE FORELDRE. DUÅ ble bare brukt av 8,3%, TIBIR av 11,4% og Barneperspektivsamtalet ble brukt av 16,1% av barnevernpedagogene.

Også hos sosionomene var COS det mest brukte tiltaket (36,1%), deretter PMTO (27,9%), ICDP (25,4%) og på fjerde plass MST (20,3%). Det tiltaket ingen av sosionomene brukte var SMARTE FORELDRE. DUÅ ble brukt av 10,7%, TIBIR av 15,4% og Barneperspektivsamtalet ble brukt av 17,9% av sosionomene.

Pedagogene i undersøkelsen brukte mest COS (44,4%), deretter PMTO (27,8%), ICDP (25%), samt TIBIR (14,3%) og MST (13,3%). Pedagogene brukte hverken Barneperspektivsamtalet, DUÅ eller SMARTE FORELDRE i sin praksis i tjenesten.

Hos de med annen faglig bakgrunn var COS mest brukt i praksis (50%), deretter PMTO (30%), Barneperspektivsamtalet (27,3%) og ICDP (26,7%). De med annen faglig bakgrunn brukte ikke SMARTE FORELDRE i sin praksis, bare 6,3% brukte DUÅ, kun 12,5% brukte MST og 14,3% brukte TIBIR i sin praksis, se Figur 5.



Figur 5. Faglig bakgrunn og bruk av de strukturerte foreldreveiledningstiltakene i praksis.

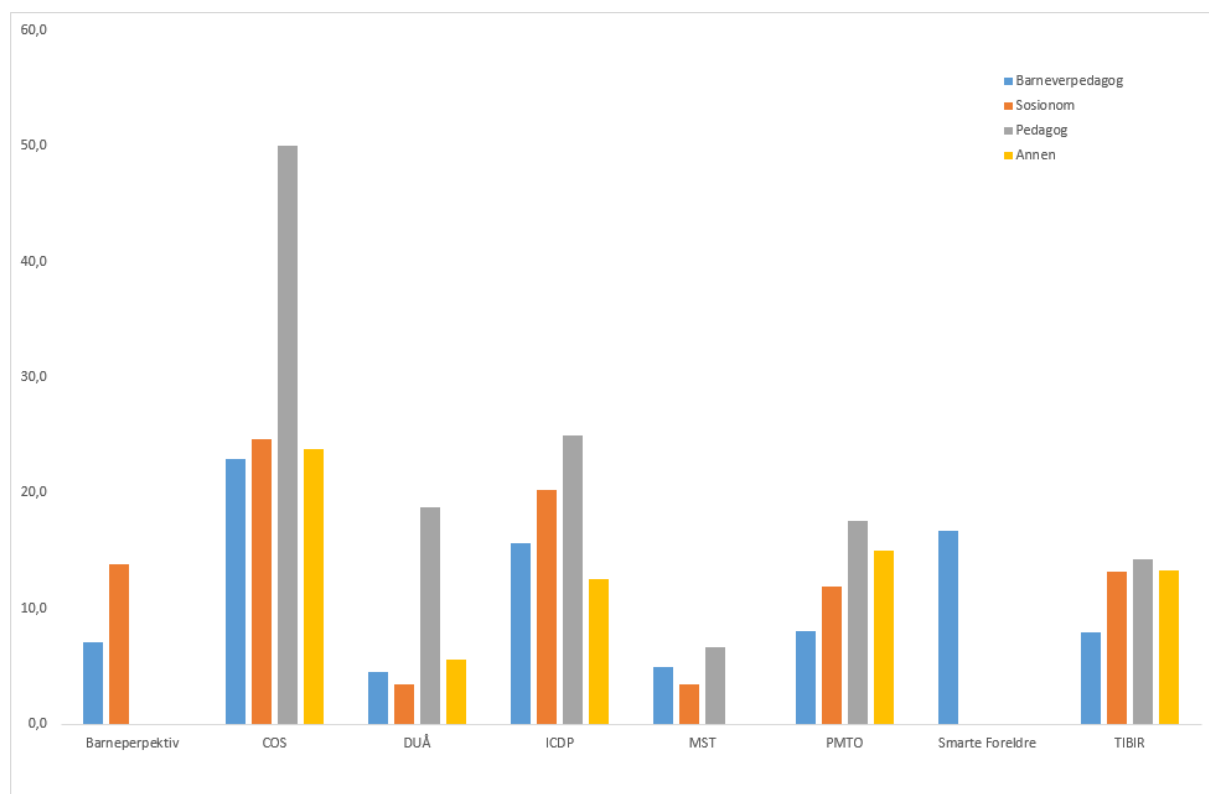
Opplæring i de strukturerte foreldreveiledningstiltakene og faglig bakgrunn

Av barnevernpedagogene hadde 22,9% opplæring i COS, 16,7% i SMARTE FORELDRE, 15,7% i ICDP, 8% hadde opplæring i PMTO, 7,9% hadde opplæring i TIBIR, 7,1% i Barneperspektivsamtalet, 5% i MST og 4,5% av barnevernpedagogene hadde opplæring i DUÅ.

Av sosionomene hadde 24,6% opplæring i COS, 20,3% hadde opplæring i ICDP, 13,8% hadde opplæring i Barneperspektivsamtalet, 13,2% hadde opplæring i TIBIR, 11,9% hadde opplæring i PMTO, 3,5% hadde opplæring i DUÅ og 3,4% hadde opplæring i MST. Ingen av sosionomene hadde opplæring i SMARTE FORELDRE.

Av pedagogene hadde 50% opplæring i COS, 25% hadde opplæring i ICDP, 18,8% hadde opplæring i DUÅ, 17,6% hadde opplæring i PMTO, 14,3% i TIBIR, samt 6,7% i MST. Ingen av pedagogene i undersøkelsen hadde opplæring i Barneperspektivsamtalet eller SMARTE FORELDRE.

Av de ansatte med annen faglig bakgrunn hadde 23,8% opplæring i COS, 15% hadde opplæring i PMTO, 13,3% hadde opplæring i TIBIR, 12,5% hadde opplæring i ICDP og 5,6% hadde opplæring i DUÅ. Ingen av de ansatte med annen faglig bakgrunn hadde opplæring i Barneperspektivsamtalet, MST eller SMARTE FORELDRE, se Figur 6.



Figur 6. Opplæring i de strukturerte foreldreveiledningstiltakene og faglig bakgrunn.

Barnevernansattes holdninger når det gjelder råd og veiledning, samt strukturerte foreldreveiledningsprogrammer

Totalt sett antok godt over halvparten (57,7%) av deltakerne at mellom 60-100% av familiene deres tjeneste arbeidet med ville kunne ha nytte av standardiserte foreldreveiledningsprogrammer. 35,7% av deltakerne antok det gjaldt mellom 40-59% av familiene, mens 9,3% antok mellom 20-39% av familiene. Bare 0,4% mente at 0-19% av familiene ville kunne nyttiggjøre seg av slike metoder (N=227).

Tabell 5. Andel familier deltakeren antar kunne ha nytte av standardiserte foreldreveiledningsprogrammer (N=227)

		N	%
Hvor stor andel av familiene som din tjeneste arbeider med antar du vil kunne ha nytte av standardiserte foreldreveiledningsprogrammer?	0-19%	1	0,4
	20-39%	21	9,3
	40-59%	81	35,7
	60-79%	99	43,6
	80-100%	32	14,1

0,9% av deltakerne var i liten grad og 29,5% av deltakerne var i noen utstrekning enig i at strukturerte foreldreveiledningsprogrammer kan tilpasses til det enkelte barns behov og familiesituasjon. 59,0% var i stor grad enig i dette og 12,4% av deltakerne var i svært stor grad enig i dette (N=234).

7,2% av deltakerne var i noen utstrekning enig i utsagnet at "Noen av familiene som min tjeneste arbeider med vil kunne ha nytte av strukturerte foreldreveiledningsprogrammer". 48,1% var i stor grad enig i dette og 45,1% var i svært stor grad enig (N=235). De ansattes holdninger er presentert i Tabell 6.

Tabell 6. Holdninger til strukturerte og ferdig utviklede foreldreveiledningsprogrammer (N=234-235)

		N	%
Generelt er det en positiv holdning til å ta i bruk strukturerte foreldreveiledningsprogrammer i min tjeneste	Ikke i det hele tatt	1	0,4
	I liten grad	4	1,7
	I noen utstrekning	26	11,1
	I stor grad	122	52,1
	I svært stor grad	82	35,0
For å styrke min utøvelse av hjelpetiltaket råd og veiledning foretrekker jeg opplæring og kurs i strukturerte og ferdig utviklede foreldreveiledningsprogrammer	Ikke i det hele tatt	1	0,4
	I liten grad	2	0,9
	I noen utstrekning	36	15,4
	I stor grad	119	50,9
	I svært stor grad	79	33,8
Min tjeneste prioriterer å gi sine ansatte opplæring og kurs i strukturerte og ferdig utviklede foreldreveiledningsprogrammer	Ikke i det hele tatt	18	7,7
	I liten grad	54	23,1
	I noen utstrekning	102	43,6
	I stor grad	55	23,5
	I svært stor grad	8	3,4
Strukturerte foreldreveiledningsprogrammer kan tilpasses til det enkelte barns behov og familiesituasjon	Ikke i det hele tatt		
	I liten grad	2	0,9
	I noen utstrekning	69	29,5
	I stor grad	138	59,0

		N	%
	I svært stor grad	29	12,4
Noen av familiene som min tjeneste arbeider med vil kunne ha nytte av strukturerte foreldreveiledningsprogrammer	Ikke i det hele tatt		
	I liten grad		
	I noen utstrekning	17	7,2
	I stor grad	113	48,1
	I svært stor grad	106	45,1
I hvilken grad et du opptatt av om foreldreveiledningstiltak har dokumentert positive effekt i forskning	Ikke i det hele tatt		
	I liten grad	2	0,9
	I noen utstrekning	59	25,2
	I stor grad	127	54,3
	I svært stor grad	46	19,7

Tilgjengelighet, kunnskap og holdninger som prediktorer for bruk av strukturerte foreldreveiledningstiltak

Bruk av tiltak er generelt hyppigere forekommende dersom ansatte har hørt om tiltak gjennom videreutdanning (Barneperspektivsamtalet, COS, PMTO og TIBIR) eller kurs (Barneperspektivsamtalet, ICDP). Dersom ansatte har hørt om tiltak gjennom grunnutdanning eller kolleger viser funnene at bruk av tiltakene både kan øke og hemmes: Det predikerer hemmet bruk av tiltaket dersom de har hørt om ICDP i grunnutdanningen og dersom de har hørt om COS fra kolleger. Det predikerer økt bruk av Barneperspektivsamtalet å ha hørt om dette tiltaket i grunnutdanningen og det predikerer økt bruk av MST å ha hørt om det fra kolleger, se Tabell 7.

Tabell 7. Kunnskap som prediktor for bruk av standardiserte foreldreveiledningstiltak.

Hvor de hadde hørt om tiltaket	Barneperspektivsamtales	COS	ICDP	MST	PMTO	TIBIR - Foreldregruppe
	β , P	β , P	β , P	β , P	β , P	β , P
Grunnutdanning	1,7***		-1,1***			
Videreutdanning	1,7***	0,7***			0,7***	1,7**
Kurs	1,6***		1,0 **			
Av kolleger		-1,0**		1,7**		

Noter:

N = 104 – 229. Beta- og p-verdier er kun vist for variabler som har en signifikant effekt på bruk. DUÅ ble testet, men ingen signifikante resultater ble funnet. Ingen brukte SMARTE FORELDRE.

*** = $p > 0,005$, ** = $p > 0,001$

I en ny regresjonsanalyse der jeg så på om det var tilgjengelighet eller holdninger som predikerte ansattes bruk av strukturerte foreldreveiledningstiltak, viste analysene at tilgjengelighet var den eneste prediktoren for bruk (β – verdier fra 1,6 – 3,6**, N = 97 – 211), for alle andre tiltak enn ICDP. For tiltaket ICDP ble også bruk av dette tiltaket predikert av at ansatte i stor grad benyttet seg av spesifikk metodikk ($\beta = 0,5$ **), for eksempel spesifikke foreldreveiledningsprogrammer.

5 Diskusjon

Formålet med denne studien var å undersøke barnevernansattes praksis, kunnskap og holdninger når det gjelder råd og veiledning, samt ulike foreldreveiledningstiltak. Et annet formål var å undersøke hva som predikerer bruk av tiltak. Først i kapittelet er en oppsummering av hovedfunn og dernest diskuteres disse funn for funn. Hvert enkelt resultat diskuteres i lys av teoriene som ble lagt til grunn innledningsvis, samt forhold som er funnet å ha betydning for kompetanseheving i norske barneverntjenester.

Hovedfunn

Den store majoriteten av ansatte la generell sosialfaglig metodikk til grunn i sin utøvelse av råd og veiledning vedtatt som hjelpetiltak. Majoriteten av ansatte brukte imidlertid også spesifikk metodikk i sin utøvelse av råd og veiledning. Fokus på samspill og relasjoner i familien var i stor grad vektlagt, og fokus på miljømessige forhold omkring familien var vektlagt hos de aller fleste ansatte. Klare målsetninger for veiledningsarbeidet samt enighet mellom foreldre og barneverntjenesten om hva det skulle arbeides med i veiledningen var også vektlagt. Resultatene tyder også på at barn og ungdom stort sett var invitert med i gjennomføringen av hjelpetiltaket råd og veiledning.

Majoriteten av deltakerne hadde henvist familier til instanser utenfor barneverntjenesten for å få foreldreveiledning. De fleste henvisningene hadde da gått til BUP, familievern og helsesøster.

De strukturerte foreldreveiledningstiltakene nesten alle deltakerne hadde hørt om var PMTO, COS, MST, ICDP og DUÅ. Nesten ingen hadde hørt om tiltaket SMARTE FORELDRE, og ingen hadde hørt om dette tiltaket i grunnutdanningen. De tre strukturerte foreldreveiledningstiltakene de fleste hadde hørt om i grunnutdanningen var DUÅ, MST og PMTO, mens de i liten grad hadde hørt om de andre. Det eneste tiltaket over halvparten av deltakerne hadde hørt om i grunnutdanningen var MST. Nær halvparten hadde hørt om PMTO i grunnutdanningen.

Tilgjengelighet av foreldreveiledningsprogrammene fordelte seg slik i ulike kommuner; PMTO var det programmet som var tilgjengelig i flest kommuner, deretter kom ICDP og COS som var tilgjengelig i nesten like mange kommuner. Dernest kom MST og TIBIR som var omtrent like tilgjengelig (MST i litt flere kommuner enn TIBIR). DUÅ og

Barneperspektivsamtalet var lite tilgjengelig og ingen svarte ja på at tiltaket SMARTE FORELDRE var tilgjengelig i deres kommune.

Ulik faglig bakgrunn blant deltakerne viste ikke nevneverdig forskjell når det gjaldt bruk av tiltak, men pedagogene brukte færrest av tiltakene; verken Barneperspektivsamtalet, DUÅ eller SMARTE FORELDRE. Ingen brukte SMARTE FORELDRE. COS ble av alle hyppigst brukt og de som brukte det aller mest var gruppen av ansatte med annen faglig bakgrunn.

Det tiltaket flest hadde fått opplæring i var COS. Andelen ansatte med opplæring i ICDP var større enn den med opplæring i PMTO. Blant barnevernpedagoger, sosionomer og pedagoger var det flere som hadde opplæring i ICDP enn i PMTO, mens blant de med annen faglig bakgrunn hadde flere opplæring i PMTO enn i ICDP.

Deltakerne antok at majoriteten av familiene som deres tjeneste arbeidet med ville kunne ha nytte av standardiserte foreldreveiledningsprogrammer. Det var i stor til svært stor grad en positiv holdning i tjenestene til å ta i bruk strukturerte foreldreveiledningsprogrammer, og de fleste deltakerne foretrakk opplæring og kurs i disse for å styrke sin utøvelse av hjelpetiltaket råd og veiledning. Det varierte imidlertid i hvilken utstrekning tjenestene gav dette prioritet. De fleste deltakerne mente at strukturerte foreldreveiledningsprogrammer i stor til svært stor grad kunne tilpasses til det enkelte barns behov og familiesituasjon og at majoriteten av familiene deres tjeneste arbeidet med ville kunne nyttiggjøre seg av disse. De fleste deltakerne var i stor til svært stor grad opptatt av om foreldreveiledningstiltak hadde dokumentert positiv effekt i forskning.

Ansattes bruk av tiltak er generelt hyppigere forekommende dersom de har hørt om tiltak gjennom videreutdanning (Barneperspektivsamtalet, COS, PMTO og TIBIR) eller på kurs (Barneperspektivsamtalet, ICDP). Dersom ansatte har hørt om tiltak gjennom grunnutdanning eller av kolleger viser funnene at bruk av tiltakene både kan øke og hemmes. Det predikerte økt bruk dersom de ansatte hadde hørt om Barneperspektivsamtalet i grunnutdanningen og dersom de hadde hørt om MST av kolleger. Det predikerte minsket bruk dersom de ansatte hadde hørt om ICDP i grunnutdanningen og at de hadde hørt om COS av kolleger.

Tilgjengelighet var den eneste prediktoren for bruk av alle andre tiltak enn ICDP.

Regresjonsanalyse viste at holdninger ikke predikerte ansattes bruk av strukturerte foreldreveiledningstiltak.

Metodikk og faglig innhold i veiledningen

Det at den store majoriteten av ansatte svarte at sosialfaglig metodikk var beskrivende for sin utøvelse av råd og veiledning som hjelpetiltak, kan forstås i lys av at det store flertallet hadde sosialfaglig bakgrunn (barnevernpedagog eller sosionom). At det store flertallet også anvendte spesifikk metodikk i sin utøvelse av råd og veiledning kan forstås i lys av at de ansatte i tjenesten jobber etter barnevernloven. Retningslinjene til bvl. § 4-4 fra Barne- og likestillingsdepartementet legger føringer for bruk av *strukturende hjelpetiltak* som fører til *endring* (Rundskriv Nr. Q-0982, 2016). På bakgrunn av tidligere forskning kjenner man til kombinasjonsbruk av metodikk. Hjelpetiltaksprosjektet intervjuet foreldre og saksbehandlere om innholdet i råd og veiledning, og fant at i den ene halvdel av sakene var det brukt spesifikk metodikk for eksempel PMTO, COS eller DUÅ. I den andre halvdel av sakene brukte ansatte det Christiansen m.fl. (2015) beskrev som generell sosialfaglig metodikk, da det respondentene oppga som innhold i råd og veiledning hadde likhetstrekk med metodikken i sosialt arbeid. Noen veiledningsforløp hadde også en kombinasjon av generell sosialfaglig metodikk og spesifikk metodikk i form av for eksempel ICDP (Christiansen m.fl., 2015). Resultatene fra Hjelpetiltaksprosjektet samt resultatene fra denne undersøkelsen kan på den ene siden tyde på at de ansattes bruk av metodikk er i takt med det ekspertene tilrådet i Kompetanseutvikling i barnevernet NOU 2009:8 (2009) i forhold til å bruke forskningsbaserte metoder. På den andre siden kan resultatene totalt sett forstås som at valg av metodikk kan være noe tilfeldig og henge sammen med den enkelte ansattes faglige bakgrunn og opplæring i strukturerte foreldreveiledningstiltak samt tilgjengelighet av programmene i kommunen.

Fokus på samspill og relasjoner i familien var i stor grad vektlagt i nesten all veiledning. En åpenbar forklaring på dette kan være at bakgrunnen for tilbud om veiledning var samspillvansker og grensesettingsproblemer, noe forskning har vist er en av de vanligste grunnene til iverksettelsen av hjelpetiltak (Christiansen m.fl., 2015). Hjelpetiltaksprosjektets fokusgruppeintervjuer med veiledere om deres erfaring med råd og veiledning viste at uavhengig av den metodiske tilnærmingen, var familiesamspill og barneoppdragelse det som ble jobbet mest med i veiledning. Veilederne fremhevet relasjonsarbeid, samarbeid og samspill i familien, samt å øke foreldrekompetanse som de mest alminnelige tema for

veiledningen (Christiansen m.fl., 2015). Data fra denne undersøkelsen gir grunnlag til å hevde at ansatte faktisk foretrekker strukturerte foreldreveiledningsprogrammer som bygger på teori om samspill. Dette vil i så fall være i overensstemmelse med forarbeidene til barnevernloven hvor tiltak som forbedrer samspill mellom foreldre, barn og unge, samt tiltak som styrker foreldreferdigheter tilrådes (Prop. 106 L, 2012-2013).

Totalt sett var fokus på miljømessige forhold omkring familien i utøvelsen av råd og veiledning som hjelpetiltak stort, noe som antas å springe ut fra faglig oppdatert kunnskap på feltet. Det er i dag allment akseptert blant fagfolk at arv og miljø spiller sammen i et menneskes utvikling og at barnet er med på å skape sitt eget utviklingsmiljø jf. Sameroff (2009) transaksjonsmodell. Samspillsvansker mellom barn og foreldre er sentralt i målsetningene ved flere av tiltakene jeg har undersøkt, både i DUÅ, ICDP, MST, PMTO og i TIBIR. Målsetningene for disse tiltakene er godt beskrevet og sammenfaller med strategien for kvalitetsheving av tiltak og behandling rettet mot foreldre og barn fra myndighetene. Sameroffs modell integrerer også Bronfenbrenners økologiske modell som har vært vektlagt innen sosialt arbeid. Ekspertene i NOU 2009:8 (2009) belyser atferdsvanskenes etiologi og at barn og unges atferdsproblemer i skolen ikke kan bli forklart som et individuelt problem eller familiært problem, men må forstås også i relasjon til skolens kontekstuelle vilkår. De ansattes fokus på det miljømessige synes å være i overensstemmelse med NOU 2009:8 (2009), ekspertenes tilrådninger.

Hos 92,9% av de ansatte var klare målsetninger for veiledningsarbeidet i stor grad beskrivende for deres utøvelse av råd og veiledning. Dette funnet kan forstås i lys av at ansatte jobber etter barnevernloven hvor en tidsavgrenset tiltaksplan skal utarbeides når hjelpetiltak vedtas jf. bvl. § 4-5. *Oppfølging av hjelpetiltak*. Hvis det ble brukt strukturerte foreldreveiledningsprogrammer i veiledningen vet man at flere av disse har klare målsetninger for tiltaket i tillegg til tidsplan, avgrenset tid, evaluering av tiltaket og så videre. Resultatene fra denne undersøkelsen indikerer imidlertid at ansatte også uten bruk av strukturerte foreldreveiledningsprogrammer arbeidet ut i fra klare målsetninger. Det er ingen tvil om at tydelige målsetninger, tidsplan, avgrensning i tid, samt evaluering av tiltak, kan gjennomføres selv om man ikke benytter strukturerte foreldreveiledningsprogrammer, men det er lite sannsynlig at dette gjøres i samme grad uten bruk av slike programmer. Det er nettopp dette som danner grunnlaget for anbefalingen om å ta i bruk slike tiltak i norske kommuner. Man kan også stille spørsmål med om tiden man skal arbeide med målsetningene i foreldreveiledning er like godt spesifisert dersom man arbeider uten mer spesifikk metodikk.

Det viktigste spørsmålet er likevel om målet med å oppnå endringer jf. bvl. § 4-4 første ledd oppnås, det vil si om tiltakene man velger har den ønskede effekt. Det er alltid effekten av et tiltak som er viktigst for foreldre og barn i slike saker og det er derfor viktig at alle tiltak evalueres av barneverntjenesten. Her kan det være store forskjeller mellom strukturerte foreldreveiledningstiltak og andre typer tiltak. Mange vil kunne hevde at strukturerte foreldreveiledningstiltak er lettere å evaluere fordi målsetningene er mer eksplisitte, veiledningsperioder er tidsavgrenset og fordi det gjerne følger spesifikke kartleggingsmetoder med tiltaket for å evaluere effekten på barnet eller foreldre. I NOU 2012: 5 (2012) tilrådes det at tiltak som er i bruk i barneverntjenesten, eller tiltak som ønskes brukt i tjenesten, snarest mulig blir effektivt vurdert dersom de ikke har evidens (NOU 2012: 5, 2012).

Enighet mellom foreldre og barneverntjenesten om hva det skal arbeides med i veiledningen var hos 96,4% i middels omfang til i svært stor grad beskrivende for de ansattes utøvelse av råd og veiledning. Denne enigheten kan ha stor betydning for effekt av tiltaket og det gir grunn til forhåpninger om bedre effekt dersom det er enighet mellom foreldre og barneverntjenesten. Man kan imidlertid stille spørsmål om hvordan enigheten måles og om grad av enighet ville vært den samme om man hadde spurt foreldrene direkte om dette. Har man for eksempel analysert og gjennomgått med foreldre som veiledes hvilken type reguleringsstøtte barnet mangler jf. Sameroff (2009) transaksjonsmodell, eller hvilket tvingende samspill som antas å opprettholde og forsterke ungdommens atferdsvansker jf. Patterson og Forgatch (2010), teori om tvingende samspill?. En god analyse av samspillsproblemene som er utgangspunktet for veiledningene er et viktig grunnlag for felles målsetninger i veiledningen.

Hjelpetiltaksprosjektets funn fra intervju med foreldre og saksbehandlere om erfaringene med råd og veiledning, gav forskerne et tydelig inntrykk av at foreldre og saksbehandlere hadde en felles forståelse om veiledningens hensikt og målsetning (Christiansen m.fl., 2015). Råd og veiledning er hjemlet i bvl. § 4-4 andre ledd og er et frivillig hjelpetiltak. Man kan likevel spørre seg om foreldre er i en tvangssituasjon eller om de er reelt enige. Saksbehandlerne som ble intervjuet gjennom Hjelpetiltaksprosjektet, om samarbeid om målsetninger, gjennomføring og evaluering av veiledning, rapporterte om alt fra godt samarbeid med foreldre, til et stilltiende ja fra foreldre, hvor veiledningsforløpet fikk preg av det de beskrev som pliktøvelse fra foreldrene (Christiansen m.fl., 2015).

Barn og ungdom ble stort sett invitert med i gjennomføringen av tiltaket råd og veiledning. Ansatte i barneverntjenesten arbeider etter barnevernloven som sier at barnets mening skal bli tillagt vekt i overensstemmelse med barnets alder og modenhet i sakene som berører barnet jf. bvl. § 6-3. *Barns rettigheter under saksbehandlingen*. Barns rett til å bli hørt og tatt med på råd i saker som angår de selv er hjemlet i Lov om barn og foreldre av 8. april 1981 (heretter: barnelova) § 31. *Rett for barnet til å vere med på avgjerd*. Barn har også ifølge FNs barnekonvensjon artikkel 12 rett til å bli hørt i alle saker som angår dem. I lys av barns rett til medvirkning kan man undre seg over de 20,1% der barn og ungdom i liten grad til i svært liten grad ble invitert med i den ansattes gjennomføring av hjelpetiltaket råd og veiledning. Det kan på den ene siden være at noen ansatte som svarte dette, tolket spørsmålet dithen at det handlet om å være tilstede i selve veiledningen. Det kan tenkes at barn og unge var tema, men at de ikke selv var deltakere i veiledningen. Det kan være naturlig at barneverntjenesten har samtaler med barna selv parallelt med foreldreveiledningstiltak overfor foreldrene. Det er imidlertid forskjell på å bli inkludert i selve gjennomføringen av veiledningen, og det å ha egne samtaler med barnevernansatte parallelt med at ens foreldre mottar veiledning. Hjelpetiltaksprosjektets spørreundersøkelse blant foreldrene, viste at opp i mot i tre fjerdedeler av sakene så var ikke barna tilstedeværende i veiledningen (Christiansen m.fl., 2015). En viktig årsak til dette kan være at mange tiltak ikke er utviklet for deltakelse av barn selv. Det er svært viktig å tematisere på hvilken måte barn kan gis anledning til deltakelse i egen barnevernssak, også dersom foreldre mottar foreldreveiledning. Å bli inkludert bør kanskje innebære at barn og unge bør få vite om hva som er målsetningen med tiltaket, og på hvilken måte samspillet i en familie søkes endret på.

Majoriteten av deltakerne hadde henvist familier til instanser utenfor barneverntjenesten for å få foreldreveiledning og de fleste henvisningene hadde da gått til BUP, familievern og helsesøster. En årsak til at de henviste akkurat dit kan være at disse instansene kunne tilby strukturerte foreldreveiledningstiltak som tjenesten selv ikke kunne tilby. For tiltaket ICDP er det slik at opplæringen for å bli ICDP veileder ofte skjer ved familievernkontor (Barne- ungdoms og familiedirektoratet, 2017b), og en må dermed anta at flere familievernkontorer tilbyr ICDP. En annen årsak til henvisningene kan være at hovedproblematikken i familien var knyttet til psykisk helse eller konflikter mellom de voksne i familien. Ansvarsfordelingen mellom BUP og barneverntjenesten kan synes uklar i saker hvor det både er psykiske helseproblemer hos barnet og bekymring omkring barnets omsorgssituasjon. Dette på bakgrunn av at BUP ofte ikke tilbyr behandling før omsorgssituasjonen til barna de skal

behandle er avklart. Det kan også være uklart ansvarsfordeling mellom familievernkontorer og barnevern. Dette gjelder spesielt i saker hvor familievernet arbeider med mekling i forbindelse med skilsmisser jf. barnelova og der barnevernet også er inne med bekymring i forhold til familien. Det har vært et økt fokus på tverrfaglig samarbeid de siste årene som et resultat av samhandlingsreformen som kom i 2009. Hovedformålet med reformen er å koordinere tjenestene så barn unge og deres familier får rett hjelp til rett tid (St.meld. nr. 47 (2008–2009), 2009). Funnet kan underbygge at det er nødvendig med nettopp et slikt godt tverrfaglig samarbeid mellom barneverntjenesten og instansene det henvises til.

Barnevernansattes kunnskap om de mest vanlige strukturerte foreldreveiledningsprogrammer slik de er beskrevet og evaluert i kunnskapsdatabasen Ungsinn.no

De fleste ansatte hadde hørt om flere av de strukturerte foreldreveiledningstiltakene. En årsak til at de fleste hadde hørt om PMTO og MST kan være at disse er implementert som følge av atferdssatsingen i Norge (Ogden (2010a). Christiansen (2015) belyser at siden både implementeringen og oppfølging av PMTO og MST ligger hos Bufetat, har disse to tiltakene en særstilling i norsk barnevern (Christiansen, 2015). Årsaken til at DUÅ er kjent kan være at programmet ble introdusert i samme tidsrom som MST og PMTO (Christiansen, 2015) og videre at implementeringsansvarlig er RKBU Nord ved UiT som har ansvar for kompetanseheving og fagutvikling hos alle tjenesteutøvere som arbeider med barn og unge, inkludert barnevernet. ICDP ble utviklet i Norge allerede på 1980-tallet og var ifølge Christiansen (2015) en del av norsk barnevern allerede før den statlige satsningen på nye forebyggende intervensjoner. ICDP implementeres i Norge av Bufdir, og det at Bufetat, det statlige barnevernet, har ansvar for opplæring og spredning kan også være en årsak til at dette programmet er kjent for de fleste. COS er et av de programmene som ble introdusert sist i barnevernet (Christiansen, 2015), og stort fokus på tilknytningsteori i barnevernsarbeid det siste 10-året kan være en årsak til at COS er så kjent. COS har i løpet av kort tid i Norge fått mye oppmerksomhet samt en mengde terapeuter i opplæring (Christiansen, 2015).

Nesten ingen av de ansatte hadde hørt om tiltaket SMARTE FORELDRE. Det kan skyldes at det ikke har hatt samme særstilling innen barnevernet som noen av de overnevnte intervensjonene jf. forskningen til Christiansen (2015). SMARTE FORELDRE bygger på SMART for angst og depresjon hos ungdom, og er det eneste foreldreveiledningstiltaket beskrevet i Ungsinn for foreldre med triste og engstelige barn. En årsak til at dette tiltaket ikke er så kjent, kan være at det ikke har vært satset på tiltak for denne målgruppen på samme

måte som for atferdsvansker i Norge. Resultatene kan tyde på at foreldreveiledning ved internaliserte vansker er blitt litt oversett i barnevernet, noe som er bekymringsfullt all den tid forekomsten av depresjon og angst blant barn og unge er økende. Depresjon og angst er de psykiske vanskene som i industrielle land forekommer hyppigst både hos unge og voksne, sammen med rusmiddelmisbruk og avhengighet og i følge Neumer og Aalberg (2005) er det viktig at fokuset på depresjon og angst økes. Atferd som er utagerende får ofte mer oppmerksomhet enn emosjonelle lidelser som depresjon og angst, barn som har angst kommer sjeldnere til terapi og det blir satt av mindre forskningsmidler til denne type vansker (Neumer & Aalberg, 2005). Drugli (2013) har belyst at symptomer på angst og depresjon hos barn med atferdsvansker ofte ikke blir sett, da det er lettere å få øye på de eksternaliserende vanskene (Drugli, 2013). Barn med atferdsvansker har imidlertid også svært ofte symptomer på angst og depresjon. Mange fagfolk som implementerer SMARTE FORELDRE har uttrykt bekymring for det de betegner som et fravær av satsning på forebygging og behandling av depresjon hos barn og unge i en tid hvor stadig flere barn og unge blir deprimerte (Voksne for Barn, 2017). Hvis SMARTE FORELDRE som eneste foreldreveiledningstiltak for foreldre til barn med internaliserte vansker, ikke er tilgjengelig i en kommune, er det åpenbart at kvaliteten på hjelp til disse foreldre og barn ikke er i takt med utvikling av virksomme tiltak.

Hvor de ansatte hadde hørt om de strukturerte foreldreveiledningstiltakene

Ingen av de ansatte hadde hørt om tiltaket SMARTE FORELDRE i grunnutdanningen. En årsak kan være at tiltaket ikke er kjent for de som underviser i barnevern og sosialt arbeid da tiltaket ikke implementeres av myndighetene, men av en ideell medlemsorganisasjon (VFB). Slike organisasjoners spredning av tiltak vil ofte være avhengig av finansiering til opplæring og spredning og det kan være at VFB ikke har hatt midler til å drifte opplæring i og implementering av tiltaket i grunnutdanninger og norske kommuner. En annen forklaring kan være at opplæring i strukturerte tiltak ikke er satt opp i studieplaner og at det dermed blir opp til hver enkelt underviser hva han eller hun vil gi studentene opplæring i. Dersom dette er situasjonen er det naturlig at undervisere ved de ulike undervisningsinstitusjonene påvirkes av ”tidsånden” og ”faglige” moter innen sitt felt. Sameroff (2010) postulerer for eksempel at på 1960-tallet var det fremskritt innen avansert biologisk vitenskap (*arv*) som preget synet på barns utvikling. På 1980-tallet skiftet det til samfunnsvitenskapelig sosialøkologiske fokus (*miljø*), hvor Bronfenbrenner for eksempel postulerte at miljøet rundt barnet predikerte individuelle ulikheter i utviklingen. Ogden har belyst at det blant en del samfunnsvitere finnes en motstand mot metodikk og tiltak som bygger naturvitenskapelige metoder (Ogden, 2012).

Bakgrunnen for dette har ifølge Ogden (2012) vært at en del samfunnsvitere hevder at sosialt arbeid blir beskrevet som så uforutsigbart, sammensatt og komplisert at det vanskelig kan evalueres og standardiseres. Blant de som er skeptiske til evidensbasert sosialt arbeid er det gitt uttrykk for bekymringer om at avgjørelser basert på skjønn kan bli enten tonet ned eller forsvinne helt i sammenheng med en praksis som er evidensbasert (Ogden, 2012). Dette fokuset på miljø kan man tenke seg sosialarbeiderutdanningen har også i dag, hvor sosialt arbeid i følge Ogden (2012) også blir knyttet opp mot sosialpolitiske målsetninger. Sameroff (2010) kaller dette en debatt og mener man må forene synene *biologi og miljø* som drivere i menneskets utvikling, da begge regulerer menneskets utvikling. Dette kan forstås som at ved å gå fra å forklare et barns utvikling enten kun ut fra biologi (og arv), eller kun ut fra miljø, og over til å se at både biologi (og arv) og miljø sammen påvirker barns utvikling samtidig, vil man få en klarere forståelse av begge jf. Sameroff (2009, 2010) transaksjonsmodell. I barnevernets praksis jf. bvl. tilrådes å bruke *strukturerte hjelpetiltak* som er *endrende* tiltak, eksemplifisert med for eksempel PMTO og ICDP (Rundskriv Nr. Q-0982, 2016). I tråd med disse anbefalingene burde kunnskap om de strukturerte foreldreveiledningstiltakene som anbefales være sentralt i grunnutdanningen til sosialarbeidere for å understøtte den ønskede kompetanseheving i tjenestene, noe denne undersøkelsen viste at det ikke var. Ekspertutvalget bak NOU 2009:8 (2009) vurderte at det var avgjørende at utdanningene som kvalifiserer til arbeid i barnevernet tilfører studentene kunnskaper om hvordan samhandlings- og relasjonsproblemer, genetisk sårbarhet hos barn og unge samt nevropsykologiske forhold påvirker deres atferd. Ut i fra dette kan man utlede at dersom mangel på opplæring i strukturerte foreldreveiledningstiltak i norske utdanningsinstitusjoner skyldes motstand mot evidensbaserte metoder som har utspring i en naturvitenskapelig tradisjon, er dette svært uheldig. Kompetanseheving i barnevernet krever bruk av virksomme tiltak, uavhengig av hvilket vitenskapsteoretisk grunnlag disse bygger på.

De tre tiltakene DUÅ, MST og PMTO var de tiltakene det største antall ansatte hadde hørt om i grunnutdanningen. Det eneste tiltaket over halvparten av deltakerne hadde hørt om i grunnutdanningen var MST, nær halvparten hadde hørt om PMTO i grunnutdanningen, men de andre tiltakene hadde de hørt om i svært liten grad (under 20%). De fleste norske kommuner har stramme rammer og det er ikke uvanlig at det spares inn på kurs og videreutdanninger til ansatte. Dette gjør det viktig å ha fokus på grunnutdanningen for å øke kunnskapen hos de ansatte for bruk av tiltak. Ekspertutvalget vurderte videre at utdanningene må tilføre kandidatene kunnskaper om modeller, tiltak og metoder som er forskningsbaserte

og som gir gode behandlingsresultater ved atferdsproblemer (NOU 2009:8, 2009). Strukturerte foreldreveiledningsprogrammer for foreldre til barn med atferdsproblemer hvor det er gjennomført randomiserte kontrollerte studier også i Norge, er PMTO, MST, DUÅ Basic foreldregrupper samt TIBIR (Fossum, 2011, 2013; Kornør, 2014; Martinussen, 2009). En potensiell barriere for at barn i Norge får lik hjelp fra barnevernet uansett hvilken kommune de tilhører er hvis de som jobber i barnevernet ikke er godt nok kjent med de forskningsbaserte foreldreveiledningstiltakene når de skal velge tiltak. Dersom de ikke hører om tiltakene i sin grunnutdanning vil det være mindre sannsynlig at de kjenner til tiltakene hvis disse ikke er tilgjengelig i deres kommune. Dette kan bli en spiral der kunnskap om virksomme tiltak ikke er tilgjengelig. Et mulig forslag til satsing kunne være at Ungsinn samt alle foreldreveiledningstiltak vurdert i Ungsinn ble presentert i utdanningen til barnevernpedagoger og sosionomer i hele landet. En grunn til dette er at når beslutning om implementering av virksomme tiltak skal tas, er myndighetenes intensjon at informasjonen i Ungsinn skal være en veileder slik at informasjonen om best tilgjengelig kunnskap legges til grunn når beslutningstakere skal velge tiltak (Martinussen m.fl., 2016). For å treffe begrunnede valg med tanke på både videre forsknings- og utviklingsarbeid vil denne faglige kunnskapen kunne oppøve ytterligere evne til både kritisk analyse samt evne til å ta beslutninger når relevante tiltak skal velges. I følge Fixsen m.fl. (2005) krever implementering store endringer også av utdanning. Sett i lys av NOU 2009:8 (2009) virker det naturlig å starte med å endre utdanningen for å endre praksis. En slik satsing vil kunne føre til en felles forståelse om hensiktsmessigheten ved å ta i bruk strukturerte foreldreveiledningstiltak som igjen vil kunne øke bruken av tiltakene jf. Rogers (2003). Christiansen (2015) fant at manualbaserte programmer hadde flere fellestrekk, blant annet at de bygget på en transaksjonsforståelse i forhold til barns utvikling. Å foretrekke bruk av denne typen tiltak er støttet av forskning (Eyberg m.fl., 2008; Reedtz, 2010).

Tilgjengelighet av tiltakene i ulike kommuner

Det at PMTO var tilgjengelig i flest kommuner kan komme av at tiltaket har hatt implementeringsstøtte fra sentralt hold; daværende Barne- og familiedepartementet og andre departement, samt at det i følge Ogden (2010a) var interesse for å få programmene etablert i fylkeskommunalt barnevern og senere i statlig barnevern. Denne ”top-down” implementeringsstrategien kan defineres som en modell hvor sentralisert strategi med beslutninger fra forvaltning eller sentralt i politikken formidles til det lokale nivå og settes ut i praksis (Ogden, 2010a). Det at ICDP var tilgjengelig i nesten samme antall kommuner som

PMTO, kan ha å gjøre med at i tillegg til at kommuner arrangerer ICDP foreldreveiledningsgrupper så er det også andre tilbydere som krisesenter og frivillige organisasjoner. Det kan forstås som det satses bredt på å tilby tiltaket jf. Barne- ungdoms og familiedirektoratet (2017a). At COS var tilgjengelig i nesten like mange kommuner som de overnevnte tiltak, kan skyldes en satsing også på dette tiltaket. MST fikk samme implementeringsstøtte som PMTO, gjennom en ”top-down” implementeringsstrategi (Ogden, 2010a). MST er likevel på fjerdeplass i tilgjengelighet i kommunene. Dette er overraskende da tiltaket retter seg mot ungdommer i alderen 12-18 år med alvorlige atferdsvansker. Dette er en problematikk som ikke på langt nær er så vanlig som generelle samspillsvansker i en familie. At tilgjengeligheten på MST og TIBIR (som var omtrent like tilgjengelige som MST) varierte, kan skyldes kommunestørrelse og hvor sentralt kommunene ligger. DUÅ og Barneperspektivsamtalet var lite tilgjengelig (i den rekkefølgen) og ingen svarte ja på at SMARTE FORELDRE var tilgjengelig i deres kommune. Disse resultatene kan fremfor alt henge sammen med at kommunene i undersøkelsen er forskjellig i størrelse og hadde fra én til nærmere hundre ansatte i tjenesten. Ved få ansatte må de ofte prioriterer hvilke kurs og videreutdanninger de skal ta. Det er en belastning for tjenesten og brukere at folk har permisjon for å delta på kurs og det er ikke vanlig med vikarer. Gruppekonsepter krever flere deltakere og i små kommuner kan det være vanskelig å ha jevn og kontinuerlig gjennomføring av gruppetiltak på grunn av vansker med å rekruttere barn, unge og foreldre. Dette gjelder ICDP, DUÅ og SMARTE foreldre som alle er gruppekonsepter. Grupper er ofte på ettermiddagstid, noe som kan være vanskelig for kommuneansatte i forhold til overtidbetaling. Med få ansatte sier det seg selv at det er mindre ressurser tilgjengelig og at det er vanskelig å implementere flere tiltak i kommunen. Det kan også henge sammen med kommuneøkonomi, da det koster å implementere de fleste tiltak (Fixsen m.fl., 2005). Det er behov for gode implementeringsstrategier for en vellykket implementering og en forankring på et sentralt politisk nivå kan synes å være første steget. Videre å overkomme barrierer i forhold til finansielle ressurser. Fixsen m.fl. (2005) belyser alle forandringene som kommer ved en implementering, og for en god implementering kan det synes svært viktig å ta tak i alle endringsprosessene som finner sted, og å gi økte ressurser til dette i form av for eksempel ekstra personale. I følge Mørch (2012) kan for små endringer i organisasjonen under gjennomføringen av en implementering gjøre at ting går tilbake og blir som det var tidligere. Dette kan også skje på politisk hold, og evidensbaserte programmer kan komme til å bli halvveis iverksatt med manglende kvalitetssikring og mislykket og betydningsløst resultat (Mørch, 2012). Manglende støtte fra politisk hold må håndteres for at et program skal være

bærekraftig over lang tid (Fixsen m.fl., 2005). Å implementere tiltak krever en plan (Mørch, 2010, 2012). Funnene viser at det kan være hensiktsmessig å lage en strukturert langsiktig plan for implementering for å lykkes.

På nasjonalt og samfunnsmessig nivå ville man likevel ha tjent på å implementere forebyggende tiltak (Norges forskningsråd (1998).

For å nyansere funnene om de ansattes kunnskap ble det undersøkt hvilke tiltak de med faglig bakgrunn som barnevernpedagog, sosionom, pedagog og annen bakgrunn brukte i praksis og hadde opplæring i. Pedagogene var de som brukte færrest av tiltakene. Det er vanskelig å si hvorfor pedagogene verken brukte Barneperspektivsamtalet, DUÅ eller SMARTE FORELDRE. En grunn kan være at de hadde jobbet kort tid i tjenesten, en annen grunn kan være at det i tjenestene prioriteres å sertifisere de med sosialfaglig bakgrunn. Disse kommer muligens også fra en utdanning med teoriforankring i samfunnsvitenskapene og kjenner derfor kanskje ikke til evidensbaserte tiltak fra en annen vitenskapsteoretisk tradisjon. På den annen side kan det være at en tjeneste ville sertifisere pedagoger for å få de til å bli i tjenesten. Det tiltaket flest brukte i praksis var COS og COS ble brukt hyppigst i praksis av de med annen faglig bakgrunn. Hvem de med annen faglig bakgrunn er vet man ikke, men det kan for eksempel være miljøterapeut. Ingen brukte SMARTE FORELDRE i sin praksis.

Det er ingen åpenbare årsaker til hvorfor tiltaket COS var det flest hadde opplæring i. Det kan skyldes faglig trend, en bred satsing på opplæring, eller at de ulike faglige bakgrunnene i undersøkelsen var i målgruppe for å få opplæring da dette ble gitt. At en større andel ansatte hadde opplæring i ICDP enn andelen med opplæring i PMTO kan ha å gjøre med at ICDP har vært lengst i bruk og blitt etablert som et legitimt tiltak for ansatte å ta opplæring i, da tiltaket implementeres av Bufdir. Blant barnevernpedagogene, sosionomene samt pedagogene var det flere med opplæring i ICDP enn i PMTO, noe som kan skyldes at de har fått opplæring i ICDP gjennom sin tjeneste. At det blant ansatte med annen faglig bakgrunn var flere med opplæring i PMTO (15%) enn med opplæring i ICDP (12%), kan skyldes at de var ansatt som for eksempel fagkonsulent. Det er grunn til å tro at større tjenester gir større muligheter for å ha sertifiserte ansatte.

Barnevernansattes holdninger når det gjelder råd og veiledning, samt strukturerte foreldreveiledningsprogrammer

De ansatte antok at majoriteten av familiene deres tjeneste arbeidet med ville kunne ha nytte av standardiserte foreldreveiledningsprogrammer og holdningen i tjenestene til å ta de i bruk var i stor til svært stor grad positiv. De fleste ansatte foretrakk opplæring og kurs i strukturerte foreldreveiledningsprogrammer for å styrke sin utøvelse av hjelpetiltaket råd og veiledning, men det varierte i hvilken grad tjenestene prioriterte å gi sine ansatte slik opplæring og kurs. Dette tyder på at hvis det var opp til de ansatte, så hadde disse programmene vært mer i bruk.

Når de ansatte ønsker fagutvikling og vil ha opplæring i strukturerte foreldreveiledningstiltak er spørsmålet likevel om de får det. Dersom organisasjonen de representerer også er positiv er det likevel sentrale faktorer knyttet til implementering som spiller inn. Implementering krever svært ofte endringer i organisasjonskultur og organisatorisk kapasitet i følge Fixsen m.fl. (2005). Allerede i stadiet før selve implementeringen av et program kreves det finansiering og det kreves ressurser i forhold til å få kvalifisert personale. Det kan gjelde både omstilling og rekruttering (Fixsen m.fl., 2005). I praktisk arbeid i barneverntjenesten kan dette knyttes opp mot kapasitet. Selv om det er bevilget midler til sertifisering av ansatte for eksempel i ICDP eller PMTO, så bevilges det nødvendigvis ikke ekstra ressurser i form av ekstra ansatte i tjenesten. Dette kan i praksis medføre merbelastninger knyttet til arbeidsmengde for de andre ansatte i den enkelte tjenesten hvor noen ansatte videreutdanner seg. Ved implementering av nye tiltak vil evalueringer av disse sannsynligvis også kreve ekstra ressursbruk i tjenesten. Manglende økonomiske midler samt krav om at tiltak skal være kostnadseffektive, manglende tid og manglende kompetanse blant personale kan være årsaker til at tjenesten ikke har implementert strukturerte foreldreveiledningsprogrammer. Det kan heller ikke forventes at en liten kommune med en eller to barnevernansatte har ansatte som er sertifiserte i strukturerte foreldreveiledningsprogrammer, men interkommunale barneverntjenester åpner kanskje for dette. Dette viser at implementeringen er styrt av kommunene selv, ut i fra ansattes kapasitet og egne ønsker, ikke ut i fra nasjonale implementeringsstrategier der målet er at kommunene skal ha tilgang til foreldreveiledningstiltak for å dekke alle klienters behov.

De fleste ansatte mente at strukturerte foreldreveiledningsprogrammer kunne tilpasses til det enkelte barns behov og familiesituasjon, og at majoriteten av familiene deres tjeneste arbeidet med vil kunne nyttiggjøre seg av disse. Kanskje fordi tilgjengelige programmer har målgrupper som er relevante for barneverntjenestene. I tillegg at programmene har målsetninger som tar høyde for de vanligste problemområder blant barn, unge og familieliv

som for eksempel samspillsvansker, atferdsvansker, grensesetting, depresjon og angst. En åpenbar grunn til dette funnet kan være at ansatte hadde kunnskap om at denne type programmer kan tilpasses individuelle variasjoner samt variasjoner i miljøet. Tiltak innen strukturerte programmer kan i følge Ogden (2012) skreddersys og tilpasses økologien til det enkelte barnet og familien (Ogden, 2012).

De fleste ansatte var i stor til svært stor grad opptatt av om foreldreveiledningstiltak hadde dokumentert positiv effekt i forskning. Det har vært mye fokus på kompetanseheving i barnevernet og ansatte vet godt hvilke krav de står overfor. Det kan imidlertid være vanskelig for den enkelte å gjøre noe med alle krav selv, men de kan forsøke å skaffe seg bedre kompetanse og tilgang på tiltak. Ansattes holdninger synes å være i overensstemmelse med lovverket barneverntjenesten arbeider etter, i overensstemmelse med tilrådingene for kompetanseheving i barnevernet, (NOU 2009:8 (2009) samt i tråd med NOU 2012: 5 (2012) i forhold til fokus på effektevaluering av tiltak som benyttes i barnevernet.

Tilgjengelighet, kunnskap og holdninger som prediktorer for bruk av strukturerte foreldreveiledningstiltak

Det at ansatte har hørt om tiltak gjennom videreutdanning (Barneperspektivsamtalet, COS, PMTO og TIBIR) eller kurs (Barneperspektivsamtalet, ICDP) viser seg å være en prediktor for bruk. Dette er et viktig funn fordi det viser at tilbud om videreutdanninger og kurs i strukturerte foreldreveiledningsprogrammer faktisk styrker bruk av virksomme tiltak. Dersom opplæring og sertifisering av de ansatte ble lagt inn i grunnutdanningene ville det trolig føre til en ytterligere økning i bruk av tiltakene og dermed kanskje langt på vei møte myndighetenes krav om kompetanseheving i tjenestene gjennom utdanning. Opplæring i et valgfritt strukturert foreldreveiledningstiltak kan være hensiktsmessig for å oppnå dette. Et eksempel på slik videreutdanning er De Utrolige Årene foreldreveiledningsprogram som tilbys som mastergradmodul ved UiT (De Utrolige Årene Det helsevitenskapelige fakultet, 2017). Men på samme tid er det viktig å påpeke for eksempel at DUÅ og flere andre tiltak krever at kommunen som skal implementere tiltaket også avsetter ressurser til dette, gjennom at flere ansatte får opplæring og anledning til å benytte minst 40% av sin stilling til å drifte tiltaket i kommunen. Man bygger også på kartlegging av kommunen der man måler organisasjonens Readiness for å ta i bruk tiltaket. Så selv om man sender noen på kurs eller masterkurs så betyr ikke det at ansatte kan benytte tiltaket etter et slikt kurs. I DUÅ må man være sertifisert gjennom gruppeledelse av to kurs for at kommunen skal få ta tiltaket i bruk. Det er lignende ordninger i TIBIR, PMTO og MST som alle er tiltak som krever en

implementeringsstrategi. Dette i motsetning til tiltak som ICDP og COS som spres gjennom frittstående og valgfrie kurs. Dette kan være grunnen til at ICDP og COS er spredd tynt utover i *mange* kommuner, de er lett tilgjengelige gjennom kurs, og krever ingen implementeringsstrategi fra kommunenes side. Men de er også mindre virksomme enn andre, jf. Ungsinn. Se 2.4 for klassifisering av effekt på nevnte tiltak.

Dersom ansatte har hørt om ICDP gjennom grunnutdanning predikerer det minsket bruk at tiltaket. En årsak kan være at de i grunnutdanningen har lært om Ungsinn sin vurdering og klassifisering av tiltak, og at det har gitt bevissthet om forskning på effekt og effektvurdering. Hvis de vet at ICDP er klassifisert i Ungsinn som et *sannsynlig virksomt* tiltak på evidensnivå 2 (Reedtz, 2012a), kan det være de heller foretrekker å bruke et tiltak med høyere evidensnivå. Det predikerte økt bruk av tiltaket å ha hørt om Barneperspektivsamtalet i grunnutdanningen. Dette kan forstås i lys av endringene i både Lov om helsepersonell m.v av 2. juli 1999 (heretter: helsepersonelloven) og Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 (heretter: spesialisthelsetjenesteloven), som trådte i kraft 1. januar 2010 hvor lovens bestemmelse har som formål å sikre at barn som pårørende blir fanget opp og registrert slik at de får hjelp jf. Barn som pårørende. Rundskriv 15-5 (2010). Slik har helsepersonell et ansvar i forhold til å spørre om pasientene har barn slik at disse barna og deres familie får hjelp. Barneperspektivsamtalet er et verktøy til slik hjelp jf. Reedtz (2009) og Voksne for Barn (2016). Det er sannsynlig at ervervede kunnskaper om lovpålagt hjelp til barn av psykisk syke jf. helsepersonelloven § 10 a. *Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende* og jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 a. *Om barneansvarlig personell mv.*, predikerer økt bruk av Barneperspektivsamtalet.

Dersom ansatte hadde hørt om COS fra kolleger predikerte dette minsket bruk av COS, noe som kan ha sammenheng med oppmerksomheten tiltaket ifølge Christiansen (2015) har fått, og der oppmerksomheten ikke har vært udelt positiv. Det mangler forskning på tiltaket COS og det foreligger ikke forskning om bruken av tiltaket i norsk kontekst (Christiansen, 2015). Ungsinn vurderte at det ikke forelå norske eller internasjonale effektstudier av COS Parenting og klassifiserte det som et tiltak med evidensnivå 2, et *sannsynlig virksomt tiltak* (Drugli, 2012). Hvis kolleger har kunnskap om forskning og foretrekker foreldreveiledningstiltak som har dokumentert positiv effekt i forskning, kan det være en sannsynlig grunn til at bruken hemmes ved at kolleger forteller at tiltaket har begrenset effekt i følge forskning. Det predikerte økt bruk av MST å ha hørt om tiltaket av kolleger, noe som kan ha sammenheng med at tiltaket klassifiseres av Ungsinn som et *funksjonelt virksomt* tiltak med høyest

opnåelig evidensnivå (Kornør, 2014). Det kan være at tiltaket er tilgjengelig i kommunen og satset på av tjenesten og at kolleger har fokus på det. En annen årsak til at kollegers snakk om tiltaket øker bruk av MST, kan være at kolleger kjenner tiltaket fra utdannelsen sin, eller sertifisering og noen ganger anvender MST som et alternativ til en plassering utenfor hjemmet jf. Kornør (2014), samt at det er et tiltak som er satset på av myndighetene. En sannsynlig årsak til at det predikerte økt bruk av MST å ha hørt om tiltaket av kolleger kan være at ansatte hadde god erfaring med tiltaket og formidlet dette til kolleger.

Tilgjengelighet var den eneste prediktoren for bruk av alle andre tiltak enn ICDP. For ICDP ble også bruk av tiltaket predikert av at ansatte i stor grad benyttet seg av spesifikk metodikk, for eksempel spesifikke foreldreveiledningsprogrammer. Årsaken til dette er åpenbart ikke at ansatte som bruker spesifikk metodikk har valgt ICDP på grunn av høy grad av dokumentert effekt. Det kan det snarere forstås som at det har med tilgjengelighet av spesifikk metodikk å gjøre. Det kan handle om at ICDP er det strukturerte foreldreveiledningsprogrammet det er enklest for de ansatte å få tilgang på, eller at det er det eneste tiltaket de har tilgjengelig. Opplæringen i ICDP foregår i landets regioner via familievernkontor og andre (Barne- og familiedirektoratet, 2017b). Et funn fra denne undersøkelsen viste at ICDP var det tiltaket som var nest mest tilgjengelig i kommunene, bare slått av PMTO. Disse tiltakene har ulike målgrupper. ICDP er et mer universelt gruppetiltak med fokus på samspill, mens PMTO er et individuelt tiltak for barn med atferdsvansker og deres familier. ICDP er således anvendelig for en større målgruppe enn PMTO. Selv om PMTO viste seg mer tilgjengelig *kan* det være det blir vurdert lettere tidsmessig og kostnadmessig for tjenesten å ta i bruk ICDP enn PMTO hvis de sammenligner sertifiseringskravene og implementeringskravene i metodene. Det kreves for eksempel 1,5 års opplæring før man kan sertifiseres i PMTO og videre 2 år fordypningveiledning for å opprettholde ervervet sertifisering (Fossum, 2011). Til sammenligning er det i ICDP fire dagers opplæring praktisk og teoretisk, og gjennomføring av tiltaket med to dager med veiledning under gjennomføringen av veiledningen (Reedtz, 2012a). Implementeringsstrategien til PMTO har vært å prioritere kommuner og enheter som har ønsket å delta i forskning om tiltakene PMTO og TIBIR. Tiltaket har også et regionalt nettverk med konsulenter og regionalt og kommunalt nettverk av terapeuter som lærer opp kommunalt ansatte (Fossum, 2011). Implementeringsstrategi for ICDP er årlige nettverkssamlinger til de som er sertifiserte i ICDP, og Bufetat og noen kommuner har opplærings- og vedlikeholdsansvar overfor kommunene. Videre spredningsstrategi er å øke

Bufetat enheter som gir opplæring og dermed øke opplæringen i kommunenes enheter (Reedtz, 2012a).

Hvis det ble stilt nasjonale krav til dokumentert effekt på tiltak som ble implementert, for eksempel med utgangspunkt i Ungsinn, ville man sikre at barn og unge og deres familier fikk tilbud om de tiltakene som hadde best dokumentert effekt og på samme tid ville alle få tilgang til de samme foreldreveiledningstiltakene uansett kommunetilhørighet jf. kravene i NOU 2009:8 (2009). Dette ble foreslått under høringsrunden i 2016 omkring den nasjonale veilederen for foreldrerettede tiltak ifra helsestasjonstjenesten for barn mellom 0-6 år, men det ble ikke inkludert i det videre forslaget til veileder (jf. kommunikasjon med Charlotte Reedtz, RKBU Nord).

Regresjonsanalyse viste at holdninger ikke predikerte ansattes bruk av strukturerte foreldreveiledningstiltak. Dette funnet gjør at man må stille spørsmålsteget ved antagelser om at sosialfaglig utdannede ansatte er negative til evidensbaserte tiltak, samt til bruk av standardiserte metoder med tiltaksmanualer, slik blant annet Ogden postulerer (2012). Holdningene i denne undersøkelsen viser at det *har* vært fremskritt i forhold til legitimitet til å velge dokumentert effektive tiltak fremfor å bare stole på eget skjønn eller ”magefølelsen” som barnevernansatte ofte har blitt kritisert for. Ogden (2012) belyser at det er rom for faglig autonomi og å bruke skjønnsutøvelse i en evidensbasert praksis, men dette skal finne sted innen rammene av den på tidspunktet beste tilgjengelige forskningskunnskap (Ogden, 2012). Det er stort behov for å utvikle evidensbasert praksis innen alvorlige atferdsvansker og andre områder der gode behandlingsresultater er vanskelig å få. Den evidensbaserte modell kan forstås som at det anvendes forskning i søken etter metoder og strategier som har virkning (Ogden, 2012). Skjønnsutøvelse er viktig og kreves i yrkesutøvelsen i tjenesten, noe Fellesorganisasjonen har uttrykt på følgende måte: ”Helse- og sosialfaglig arbeid forutsetter at yrkesutøveren har både faglig og moralsk dømmekraft og evne til å utøve skjønn” (Fellesorganisasjonen FO, 2015). Å utøve skjønn kan også forstås som å gjøre vurderinger om hvilke foreldreveiledningstiltak som har best dokumentert effekt og således vil hjelpe det enkelte barnet og dets familie. Det vil være viktig å reflektere over konsekvensene av å utøve en foreldreveiledning som *ikke* er basert på evidens. Det kan være grunn til å tro at funnet om de ansattes positive holdninger til dokumentert effektive tiltak skyldes kunnskap om hvilke utviklingsmessige konsekvenser det kan medføre for barna dersom en ikke setter inn virksomme tiltak. De ansatte synes å være positive til forebyggende arbeid for å redusere

risiko knyttet til skjevutvikling hos barn, noe som også er i overenstemmelse med Retningslinjer om hjelpetiltak, jf. bvl. § 4-4 (Rundskriv Nr. Q-0982, 2016).

5.1 Styrker og svakheter med studien

En styrke med studien er at undersøkelsen er bredspektret og gir god oversikt over situasjonen i tjenestene i et spesielt tidsrom (januar-februar 2017). En slik oversikt kan være et godt grunnlag for å se hvilke spesifikke områder innen det som er undersøkt som krever videre oppmerksomhet og forskning, noe som anses nødvendig all den tid det mangler forskning på feltet.

En begrensning med studien er at svarprosenten på 41,4% er moderat og innebærer at 58,6% av de ansatte ikke besvarte spørreskjemaet. Man kan ikke si noe om de kunnskaper, holdninger og den praksis de som ikke besvarte undersøkelsen har. Det kan imidlertid være tilfelle at de som har svart er de som er mest opptatt av fagutvikling og kompetanseheving. Dersom dette er tilfellet vil kanskje ansattes holdninger til strukturerte foreldreveiledningsprogrammer fremstå som mer positive enn de i realiteten er.

Utviklingspotensialet til å ta i bruk strukturerte foreldreveiledningsprogrammer vil da være enda større enn resultatene fra denne undersøkelsen tyder på. En direkte konsekvens av at under halvparten av de ansatte i de inviterte tjenestene deltok er dermed at bildet av virkeligheten kan bli noe unyansert. Deltakernes praksis og kunnskaper kan være mer varierende i virkeligheten enn det som blir presentert her. Det kan være slik at de som deltok i mindre grad har tydelige målsetninger, enighet med klienter, fokus på samspill og relasjoner i familien og på miljømessige forhold rundt familien og tidsavgrenset veiledning enn funnene viser. Barn og unges medvirkning i gjennomføringen av tiltaket råd og veiledning kan være mindre enn det som fremkom i denne undersøkelsen. Det kan også være at de ansatte som ikke deltok har mindre kunnskaper om og benytter færre strukturerte tiltak enn det resultatene viser. En annen begrensning med studien er at den informasjonen som ble tappet om praksis og kunnskap var lite inngående. Når det gjelder de strukturerte tiltakene kunne man stilt mer kvalitativt orienterte spørsmål slik at bruk eller manglende bruk av ulike kjernekomponenter i foreldreveiledning ble bedre kartlagt. Årsaken til at dette ikke ble gjort var imidlertid at spørreskjemaet da ville blitt for langt, noe som kunne medført at færre valgte å delta.

Dersom andre enn de ansatte selv hadde svart på undersøkelsen, for eksempel foreldre, barn og ungdom, ville man belyst tema på en langt mer utdypende måte. Muligheter til å gjøre brukerundersøkelser i barnevernforskning ville gi erfaringsbaserte svar fra brukerne direkte.

Dette ville styrket denne undersøkelsen på flere måter. For en masteroppgave ville imidlertid en slik metodisk innfallsvinkel vært for omfattende. Det ville for eksempel tatt lang tid å få godkjenning fra REK og det ville vært krevende å innhente samtykke fra brukere. Man kunne gjennomført fokusgruppeintervjuer med ledere som stikkprøver i tillegg til spørreskjema til ansatte, noe som ville styrket denne undersøkelsen. Data fra andre kilder enn bare de ansatte selv kunne også vært inkludert. En kilde kunne for eksempel være saksbehandlingssystemet Familia. Dette ville imidlertid også kreve etisk godkjenning og være mer tidkrevende enn det som er hensiktsmessig for en masteroppgave.

En annen måte å styrke undersøkelsen på kunne være å gjennomføre andre og flere statistiske tester. For å få frem ansattes holdninger på mer nyanserte måter kunne man for eksempel delt de ansatte inn på andre måter, for eksempel gruppere de ansatte med lite erfaring og de med mye erfaring og undersøkt om dette ga andre resultater.

5.2 Fremtidige studier

Det er interessant å undersøke hva siste års studenter i barnevern og sosialt arbeid (sosionom) lærer i grunnutdanningen sin om råd og veiledning samt hvilke strukturerte foreldreveiledningstiltak de har lært om. Hvilken praksis, kunnskaper og holdninger har de kommende sosialarbeiderne som blir utdannet til å jobbe i barnevernet til strukturerte foreldreveiledningsprogrammer? Videre er det interessant å undersøke hva kan være hemmere og fremmere for å inkludere opplæring og sertifisering innen spesifikke strukturerte foreldreveiledningsprogrammer i grunnutdanninger?.

Undersøkelser som får frem god og nyansert informasjon om hva tiltaket råd og veiledning i barnevernet innebærer er nødvendig for å styrke ansattes kompetanse i utøvelse av dette tiltaket. Undersøkelser som kombinerer spørreskjema, intervjuer og registerdata til og av både ansatte, ledere og brukere ville gi slik kunnskap.

Kunnskap om implementeringsprosesser i forhold til spesifikke tiltak og bruk av disse i hver enkelt kommune vil gi nødvendig oversikt over hvor langt man er kommet i arbeidet med kompetanseheving.

Det gjennomføres to større studier på oppdrag for Bufdir; et som omhandler barnevernets metoder i undersøkelsesarbeidet (Se rapport Svein Arild Vis, Camilla Lauritzen m fl, 2017) og et vedrørende barnevernets metoder i hjelpetiltak (oppstart i 2017, Øivin Christensen leder).

Videre er det interessant å undersøke hemmere og fremmere i ulike kommuners implementering av slike tiltak. Er det kapasitetsmessige forhold, økonomi, organisasjonskultur, eller andre faktorer som er bestemmende for om og hvor mange tiltak kommuner implementerer og benytter i sin barnevernfaglige praksis?.

Samarbeidet mellom forskningsmiljøene som utvikler og evaluerer tiltak og undervisningsinstitusjonene er også en interessant problemstilling. Å bygge broer mellom forskning og praksisfeltet har lenge vært et ønske fra ulike kompetansemiljøer på barne- og ungefeltet.

6 Konklusjon

Resultatene fra denne undersøkelsen viste at de ansatte i praksis brukte de strukturerte foreldreveiledningstiltakene som var tilgjengelig. NOU 2009:8 (2009) stiller krav om kompetanseheving i barnevernet og resultatene viste at det var en god del kompetanse ute i barnevernet. Funnene viste på samme tid at det varierte hvilke av de strukturerte foreldreveiledningstiltakene de ansatte hadde hørt om og hvor de hadde hørt om disse. For å oppfylle myndighetenes krav om kompetanseheving i tjenestene med økt bruk av strukturerte hjelpetiltak, bør utdanningen i barnevern og sosialt arbeid på nasjonalt nivå inneholde undervisning om de strukturerte foreldreveiledningstiltakene og hvordan disse kan anvendes i kommunale tjenester.

De ansatte i denne undersøkelsen var i stor til svært stor grad opptatt av om foreldreveiledningsprogram hadde dokumentert positiv effekt i forskning. Resultatene viste at de ansattes holdninger til strukturerte foreldreveiledningstiltak var positive og at de ønsket å ta i bruk programmene, men at programmene ikke var tilgjengelig i kommunen. Dette kan forstås som at de nødvendige ressurser til implementering av programmene i kommunene ikke har vært tilstede. Liten tilgjengelighet av strukturerte foreldreveiledningsprogrammer i kommunene er en potensiell barriere for å oppfylle myndighetenes krav om at alle barn i Norge skal få samme tilbud og en løsning kan være økte ressurser til implementering av tiltakene i kommunene.

7 Referanser

- Atferdssenteret. (2017). *Kort om Atferdssenteret*. Hentet 13. februar 2017 fra <http://www.atferdssenteret.no/om-oss/category7.html>
- Barne- ungdoms og familiedirektoratet. (2015a). *Barn og unge med hjelpetiltak i hjemmet*. Hentet 29. april 2016 fra http://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/Barn_og_unge_med_tiltak_fra_barnevernet/Barn_og_unge_med_hjelpetiltak_i_hjemmet/-heading13588
- Barne- ungdoms og familiedirektoratet. (2015b). *Hjelpetiltak i hjemmet*. Hentet 4. januar 2017 fra http://www.bufdir.no/barnevern/Tiltak_i_barnevernet/Hjelpetiltak_i_hjemmet/
- Barne- ungdoms og familiedirektoratet. (2017a). *Foreldreveiledning i grupper (ICDP)*. Hentet 17. april 2017 fra https://www.bufdir.no/Familie/veiledning_til_foreldre/foreldreveiledning_landsoversikt/
- Barne- ungdoms og familiedirektoratet. (2017b). *Kontaktinformasjon. Kven gjev tilbod om rettleiaroppl ring i ICDP?* Hentet 15. april 2017 fra https://www.bufdir.no/Familie/Fagstotte/Sertifisering_i_ICDP/Kontaktinformasjon1/
- Biglan, A., & Ogden, T. (2008). The Evolution of Evidence-based Practices. *European Journal of Behavioral Analysis*, 9(1), 81–95. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3066513/>
- Christiansen,  . (2015). *Hjelpetiltak i barnevernet : en kunnskapsstatus*. Bergen: Uni Research Helse, Regionalt kunnskapscenter for barn og unge RKBU Vest.
- Christiansen,  ., Bakketeig, E., Skilbred, D., Madsen, C., Havnen, K. J. S., Aarland, K., & Becke-Hansen, E. (2015). *Forskningkunnskap om barnevernets hjelpetiltak*. Bergen: Uni Research Helse, Regionalt kunnskapscenter for barn og unge RKBU Vest.
- De Utrolige  rene Det helsevitenskapelige fakultet, U. i. T. (2017). *DUås foreldreveiledning 3 - 12 år som universitetsutdanning*. Hentet 7. april 2017 fra <http://dua.uit.no/dua-som-videreutdanning/>
- Dishion, T. J., & Patterson, G. R. (2006). The Development and Ecology of Antisocial Behavior in Children and Adolescents. I D. Cicchetti & D. J. Cohen (Red.), *Developmental Psychopathology: Second Edition, Vol.3* (s. 503-541). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc. Hentet fra <http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1002/9780470939406.ch13/asset/ch13.pdf?v=1&t=iziptz09&s=567c316a2f35290d413b51d21df3bd0fadd5d79>
- Drugli, M. B. (2012). *Beskrivelse og vurdering av tiltaket Circle of Security (COS) International – Parenting*. Hentet 5. januar 2017 fra https://www.ungsinn.no/post_tiltak/circle-of-security-cos-international-parenting/
- Drugli, M. B. (2013). *Atferdsvansker hos barn. Evidensbasert kunnskap og praksis* (1. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Eng, H. (2016). *Ungsinn har blitt vitenskapelig tidsskrift*. Hentet 11. januar 2017 fra https://www.ungsinn.no/post_aktuelt/ungsinn-har-blitt-vitenskapelig-tidsskrift/
- Eng, H. (2017). *Ungsinn revideres*. Hentet 19. februar 2017 fra https://www.ungsinn.no/post_artikkel/klassifisering-av-tiltak/
- Eyberg, S. M., Nelson, M. M., & Boggs, S. R. (2008). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Children and Adolescents with Disruptive Behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(1), 215-237. doi: 10.1080/15374410701820117
- Fellesorganisasjonen FO. (2015). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernpedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere*. Hentet 27. april 2017 fra

[https://www.fo.no/getfile.php/1320310/01 Om FO/Hefter og publikasjoner/Yrkesetisk grunnlagsdokument 2015.pdf](https://www.fo.no/getfile.php/1320310/01%20Om%20FO/Hefter%20og%20publikasjoner/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument%202015.pdf)

- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation research : a synthesis of the literature* Louis de la Parte Florida Mental Health Institute Publication, Bd. 231. Hentet fra <http://ctndisseminationlibrary.org/PDF/nirnmonograph.pdf>
- Fossum, S. (2011). *Beskrivelse og vurdering av tiltaket Parent Management Training-Oregon (PMTO)*. Hentet 24. mai 2016 fra http://www.ungsinn.no/post_tiltak/parent-management-training-oregon-pmto-2/
- Fossum, S. (2013). *Beskrivelse og vurdering av tiltaket Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR) – Foreldre-gruppeintervensjonen*. Hentet 5. januar 2017 fra https://www.ungsinn.no/post_tiltak/tidlig-innsats-for-barn-i-risiko-tibir-foreldregruppeintervensjonen/
- Karevold, E., Roysamb, E., Ystrom, E., & Mathiesen, K. S. (2009). Predictors and Pathways from Infancy to Symptoms of Anxiety and Depression in Early Adolescence. *Developmental Psychology*, 45(4), 1051-1060. doi: 10.1037/a0016123
- Kent State University Libraries. (2016). *SPSS Tutorials: Crosstabs*. Hentet 30. mars 2017 fra <http://libguides.library.kent.edu/SPSS/Crosstabs>
- Kjøbli, J., Drugli, M. B., Fossum, S., & Askeland, E. (2012). Evidensbasert foreldretrening: Hvordan kan forskning bidra til at flere barn med atferdsvansker får bedre hjelp? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(2), 145-149.
- Kornør, H. (2014). *Beskrivelse og vurdering av tiltaket Multisystemisk terapi-MST*. Hentet 24. mai 2016 fra http://www.ungsinn.no/post_tiltak/mst/
- Madslie, I. (2016). *Multisystemisk terapi (MST)*. Hentet 20. februar 2017 fra <http://www.atferdssenteret.no/multisystemisk-terapi-mst/category150.html>
- Major, E. F., Dalgard, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M., & Aarø, L. E. (2011). *Bedre føre var - Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger* (Rapport 2011:1). Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2011/bedre-fore-var---psykisk-helse-hels/>
- Martinussen, M. (2009). *Beskrivelse og vurdering av tiltaket De utrolige årene (DUÅ) – Foreldretreningsprogram*. Hentet 5. januar 2017 fra http://www.ungsinn.no/post_tiltak/de-utrolige-arene-dua-foreldretreningsprogram/
- Martinussen, M., Reedtz, C., Eng, H., Neumer, S.-P., Patras, J., & Mørch, W.-T. (2016). *Kriterier og prosedyrer for vurdering og klassifisering av tiltak* *Ungsinn Tidsskrift for virksomme tiltak for barn og unge*. Hentet fra http://www.ungsinn.no/wp-content/uploads/Ungsinn_kriterier_screen_2016.pdf
- Mørch, W.-T. (2010). Kvalitetsvurdering av psykososiale tiltak. I M.-A. Sørli, I. Frønes & E. Befring (Red.), *Sårbare unge : nye perspektiver og tilnærminger* (s. 198-216). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mørch, W.-T. (2012). Implementering av evidensbaserte tiltak i barnevernet. *Tidsskriftet Norges barnevern*, 89(3), 136-150.
- Neumer, S.-P., & Aalberg, M. (2005). Forebygging av emosjonelle lidelser hos barn og unge. I E. Befring, R. Talseth & I. Veia (Red.), *Barn i Norge 2005* (s. 89-101). Oslo: Voksne for barn.
- Norges forskningsråd. (1998). *Barn og unge med alvorlige atferdsvansker : -hva kan nyere viten fortelle oss? -hva slags hjelp trenger de? : ekspertuttalelse etter konferansen 18.-19. september 1997 om tilbud til barn og unge som er spesielt vanskelige og utagerende*. Oslo: Norges forskningsråd.

- NOU 2009:8. (2009). *Kompetanseutvikling i barnevernet : kvalifisering til arbeid i barnevernet gjennom praksisnær og forskningsbasert utdanning* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2009-08/id558007/>.
- NOU 2012: 5. (2012). *Bedre beskyttelse av barns utvikling - Ekspertutvalgets utredning om det biologiske prinsipp i barnevernet*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2012-5/id671400/sec1>.
- Ogden, T. (2010a). *Familiebasert behandling av alvorlige atferdsproblemer blant barn og ungdom. Evaluering og implementering av evidensbaserte behandlingsprogrammer i Norge*. (Doktorgradsavhandling, Universitetet i Bergen), T. Ogden, Bergen.
- Ogden, T. (2010b). Kunnskapsdrevet praksis i arbeidet med atferdsproblemer blant barn og unge. I M.-A. Sørli, I. Frønes & E. Befring (Red.), *Sårbare unge : nye perspektiver og tilnærminger* (s. 246-259). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ogden, T. (2012). *Evidensbasert praksis i arbeidet med barn og unge*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Patterson, G. R., & Forgatch, M. S. (2010). Ny kunnskap om hvorfor det ofte er vanskelig å endre negative samhandlingsmønstre i familier. I M.-A. Sørli, I. Frønes & E. Befring (Red.), *Sårbare unge : nye perspektiver og tilnærminger* (s. 168-181). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Prop. 106 L. (2012-2013). *Endringer i barnevernloven* Hentet 22. februar 2017 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7d0ea1b89cc54939b17e69a20d5f7b48/no/pdfs/prp201220130106000dddpdfs.pdf>
- Reedtz, C. (2009). *Beskrivelse og vurdering av tiltaket Barneperspektivsamtalet*. Hentet 5. januar 2017 fra https://www.ungsinn.no/post_tiltak/barneperspektivsamtalet/
- Reedtz, C. (2010). *Mental health promotion in young children : parents as a key to the identification and reduction of risk for development of disruptive behavior problems*. (Doktorgradsavhandling, UIT Norges arktiske universitet), C. Reedtz, Tromsø.
- Reedtz, C. (2012a). *Beskrivelse og vurdering av tiltaket International Child Development Programme (ICDP) – Program for foreldreveiledning*. Hentet 5. januar 2017 fra http://www.ungsinn.no/post_tiltak/international-child-development-programme-icdp-program-for-foreldreveiledning/
- Reedtz, C. (2012b). Foreldreveiledning fremmer barns og foreldres psykiske helse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(12), 1174-1179. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=280659&a=2
- Reedtz, C., & Eng, H. (2013a). *Beskrivelse og vurdering av tiltaket SMART*. Hentet 28. mars 2017 fra https://www.ungsinn.no/post_tiltak/test-smart-forebygging-av-emosjonelle-problemer-hos-ungdom/
- Reedtz, C., & Eng, H. (2013b). *Beskrivelse og vurdering av tiltaket SMARTE FORELDRE*. Hentet 5. januar 2017 fra https://www.ungsinn.no/post_tiltak/smarte-foreldre/
- Regjeringen. (2017). *Rundskriv*. Hentet 22. februar 2017 fra https://www.regjeringen.no/no/dokument/lover_regler/rundskriv/id1762/
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5th ed. utg.). New York: Free Press.
- Rundskriv 15-5. (2010). *Barn som pårørende*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/barn-som-parorende>.
- Rundskriv Nr. Q-0982. (2016). *Retningslinjer om hjelpetiltak, jf. barnevernloven § 4-4*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/retningslinjer-om-hjelpetiltak-jf.-barnevernloven--4-4/id2482116/sec4>.
- Sameroff, A. (2009). *Transactional Model of Development : How Children and Contexts Shape Each Other Transactional Model of Development*. Hentet fra <http://psycnet.apa.org/books/2009-05801-001/001.pdf>

Sameroff, A. (2010). A Unified Theory of Development: A Dialectic Integration of Nature and Nurture. *Child Development*, 81(1), 6-22. doi: 10.1111/j.1467-8624.2009.01378.x
St.meld. nr. 47 (2008–2009). (2009).

Samhandlingsreformen— Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>.

Sørli, M.-A., Ogden, T., Solholm, R., & Olseth, A. R. (2010). Implementeringskvalitet - om å få tiltak til å virke ; en oversikt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 47(4), 315-321.

Ulvund, S. E. (2010). Født for tidlig – om foreldre som ressurs i oppfølging av barna. I K. Slinning, M. B. Hansen, V. Moe & E. Smith (Red.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s. 461-476). Oslo: Gyldendal akademisk.

Voksne for Barn. (2016). *Barneperspektivsamtaleten – når barn er pårørende*. Hentet 9. januar 2017 fra <http://www.vfb.no/Barneperspektivsamtaleten+%D0+n%8Cr+barn+er+p%8Cr%BFrende.9UFRrOZv.ips>

Voksne for Barn. (2017). *Manglende kunnskap om depresjon hos barn og unge*. Hentet 18. april 2017 fra http://www.vfb.no/no/arbeidsomrader/depresjon/Manglende+kunnskap+om+depresjon+hos+barn+og+unge.b7C_wtHW4x.ips

Weisz, J. R., Chorpita, B. F., Palinkas, L. A., Schoenwald, S. K., Miranda, J., Bearman, S. K., . . . the. (2012). Testing Standard and Modular Designs for Psychotherapy Treating Depression, Anxiety, and Conduct Problems in Youth: A Randomized Effectiveness Trial. *Archives of General Psychiatry*, 69(3), 274-282. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.147