



Beret Bråten og Silje Sønsterudbråten

Foreldreveiledning – virker det?

En kunnskapsstatus

Beret Bråten og Silje Sønsterudbråten

Foreldreveiledning – virker det?

En kunnskapsstatus

© Fafo 2016

ISBN 978-82-324-0317-2 (papirutgave)

ISBN 978-82-324-0318-9 (nettutgave)

ISSN 0801-6143 (papirutgave)

ISSN 2387-6859 (nettutgave)

Omslagsfoto: Colourbox.com

Omslag: Fafos Informasjonsavdeling

Trykk: Allkopi AS

Innhold

Forord	5
Sammendrag	7
English summary	17
1 Innledning	21
1.2 Rapportens problemstillinger og disposisjon	23
1.3 Barns rett, foreldres plikt og statens ansvar	25
2 Tilnærminger.....	37
2.1 Ulike tilnærminger til å virke	37
2.2 Datainnsamling	43
3 Foreldrestøtte før og nå.....	47
3.1 Barnetrygd som foreldrestøtte.....	48
3.2 Foreldreveiledning lanseres.....	52
3.3 Familieøkonomi, foreldre- og samlivsveiledning – mot tusenårskiftet	57
3.4 I dag	60
3.5 Grenser for legemlig refselse	62
3.6 Når vi ser oss tilbake	65
4 Foreldreveiledningsprogram	67
4.1 Omfang og utbredelse.....	70
4.2 International Child Development Programme (ICDP).....	73
4.3 Circle of Security (COS) – trygghets sirkelen.....	83
4.3 Marte Meo.....	91
4.4 De Utrolige Årene (DUÅ)	97
4.6 Sammenfatning.....	101
Kapittel 5 Andre foreldrestøttende tiltak	109
5.1 Effekt av foreldrestøtte til risikogrupper	111
5.2 Erfaringer fra møter mellom foreldre og tiltak	128
5.3 De usynliggjorte fedrene.....	155

6 Kunnskapsstatus.....	159
6.1 Universelle foreldrestøttende tiltak	159
6.2 Hvordan virker foreldrestøtte og hva vil det si å virke?.....	163
6.3 Universelle tiltak og foreldre i risiko	170
6.4 Foreldreerfaringer	173
6.5 Hva vet vi ikke?	174
Referanser	177

Forord

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) ønsket en kunnskapsstatus om virkninger av foreldreveiledning og foreldrestøttende tiltak rettet mot foreldre flest. Vi skriver og om noe som ved første øyekast kan virke som synonymmer, fordi støtte til foreldre i deres omsorgs- og oppdragersprosjekt kan ta flere former, og fordi både definerte foreldreveiledningsprogram og annen foreldrestøtte er inkludert.

Det er en omfattende oppgave å gjøre opp kunnskapsstatus basert på forskning som kan bidra til å belyse spørsmålet om virkninger av foreldreveiledning og som kan leses på norsk, andre skandinaviske språk og engelsk. Vi har søkt, lest og gjennomgått og lært masse, noe vi håper vi har klart å formidle på en god måte. Det var i alle fall ambisjonen!

Solvor Bäcklund har vært vår kontaktperson i Bufdir. Vi vil takke hjerteligst for engasjement og tålmodighet, og for gode og innsiktsfulle kommentarer og forslag underveis.

Vi vil også takke referansegruppen som vi samlet i prosjektets startfase og som ga oss viktige innspill med på veien. Gruppen besto av: Randi Talseth/Vera Thorvarsdottir fra Voksne for barn. Åse Berit Hoffart fra Foreldreutvalget for barnehager. Trine Lise B. Hansen og Linda Moen fra Familiehjelpen, Drammen kommune (prosjektet Fjell 2020). Ann Louise Gustavsson fra Helsetiltak for barn og unge, bydel Gamle Oslo. Harald Holm Nilssen, Familievernkontorene Drammen-Kongsberg. Planen var å samle gruppen igjen i prosjektets avslutningsfase, for å få råd og tips særlig når det gjaldt formidling. Det rakk vi ikke, men vårt arbeid med velferdsstatlige innsatser overfor foreldre avsluttes ikke med denne rapporten. Vi håper på dialog med flere av dere som deltok også i fortsettelsen.

Kunnskapsstatusen ville knapt vært mulig å realisere uten at en rekke personer tok seg tid til å stille opp til intervju. Takk for samarbeidsvilje og åpenhet fra dere som sa ja til å bli intervjuet som eksperter på feltet. Det bidro til å øke vår oversikt, til innsikt i diskusjoner og ulike tilnærminger på feltet, samt til at vi fant svar på spørsmål det ikke var lett å besvare gjennom skriftliggjorte bidrag alene.

Vi vil også takke gode kollegaer på Fafo. Ingrid Marie Hovdenakk har som forskningsassistent gjennomført systematiske søk etter forskningsbidrag, og hun har i dette arbeidet også bidratt til gode diskusjoner om hva foreldrestøtte er. Topp! Takk skal du ha. Arne Backer Grønningsæter har vært kvalitetssikrer. Vi vil takke for nitid, kritisk og engasjert gjennomlesing av rapportutkast. Bente Bakken i Fafos publiseringsavdeling har bidratt til at språkføring og ryddighet i denne rapporten er svært

mye bedre enn den ellers ville vært. Bente har sammen med Agneta Kolstad stødig og ryddig sørget for at manussider ble til rapport. Store takksigelser til dere to i team info! Det er alltid supert å jobbe med dere.

Gjenværende mangler og unøyaktigheter er forfatternes eget ansvar.

Oslo, 19. oktober 2016

Beret Bråten og Silje Sønsterudbråten

Sammendrag

Dette er en kunnskapsstatus om foreldreveiledning og foreldrestøttende tiltak rettet mot foreldre flest som ledd i en strategi for tidlig innsats. Det overordnede spørsmålet har vært hvordan foreldreveiledning og -støtte som er universelt innrettet, virker. Kunnskapsstatusen bygger på norske, skandinaviske og engelskspråklige forskningsbidrag.

Det skilles gjerne mellom universelt innrettede tiltak som er rettet mot foreldre flest, selektivt innrettede tiltak rettet mot risikogrupper og -situasjoner, og indikative tiltak som settes inn i enkeltfamilier når problemer er konstatert. Alle disse tiltakene kan defineres som del av en strategi for tidlig innsats, i betydningen forebygge og avhjelpe tidlig. Universelt innrettede tiltak er likevel spesielle ved at de settes inn uten at problemer er antatt eller avdekket. Universelt innrettede tiltak skal hindre at problemer oppstår, men gir med sin ambisjon om å nå foreldre flest også en mulighet til å avdekke problemer tidlig. Denne kunnskapsstatusen konsentrerer seg om slike universelt innrettede tiltak for foreldreveiledning og -støtte.

Vår tilnærming er samfunnsvitenskapelig, og vi er opptatt av å se foreldreveiledning i en velferdsstatlig sammenheng. Vi spør derfor ikke bare om *hva slags foreldreveiledning som virker*, men også om *hva det vil si å virke*. Hva det vil si at et tiltak virker, er et måle- og metodespørsmål, men hvordan tiltak blir målt, påvirker også deres innretning og den politiske og administrative tilnærmingen til spørsmålene tiltakene angår. Dermed er hva som måles og hvordan, mer enn en metodediskusjon.

Foreldreveiledning handler om relasjoner, om forholdet mellom foreldre/foresatte og deres barn/unge, men også forholdet mellom de ansatte som er satt til å ivareta velferdsstatlige ambisjoner og den enkelte forelder. Derfor handler virkninger av foreldrestøtte også om makt og om forholdet mellom hva som skal være offentlig og hva som skal være privat i et samfunn.

En oppgave for offentlige myndigheter?

Foreldreansvaret er tydelig nedfelt i internasjonalt og nasjonalt lovverk, i barnelov, barnevernlov og i FNs barnekonvensjon. Det er samtidig tydelig slått fast at offentlige myndigheter har ansvar for å sikre og trygge barn i oppvekstårene. Spørsmålet er hvor grensen mellom det private og offentlige skal trekkes.

Vi har, som del av dette prosjektet, undersøkt dette ved å gjennomgå stortingsmeldinger om familiepolitikk fra tidlig etterkrigstid og fram til nå, samt en stortingsdebatt fra 1971 der det ble diskutert hva norsk lov burde si om foreldres adgang til å bruke vold mot egne barn. Denne policygjennomgangen viser at grensen for offentlige myndigheters innblanding i familier og foreldreskap har vært i endring gjennom hele etterkrigstiden, påvirket av politiske mål, grunnleggende samfunnsendringer (som at kvinner i økende grad søkte lønnsarbeid), kunnskap om barns utvikling og hva som er til barns beste.

I tidlig etterkrigstid var det mest sentrale å sikre forsørgelse, ernæring og å forebygge sykdom. Barnetrygden ble etablert som en universelt innrettet ordning for alle barnefamilier. Helsestasjoner ble gradvis bygget ut for å gi foreldre råd om ernæring og helse, og ivareta vaksinasjoner og sykdomsforebygging. På 1970-tallet kom den første stortingsmeldingen om barns oppvekst og den første om familiepolitikk. Råd til foreldre om ernæring og helse ble da supplert med rådgivning som skulle styrke foreldre i relasjonen til egne barn, deres praksiser i omsorg og oppdragelse. I 1995 ble det etablert et nasjonalt program for foreldreveiledning. Siden den gangen er det kommet til et stort antall ulike foreldreveiledningsprogram, flere av disse er importert fra USA, de bygger på ulike tilnærminger og har ulike målgrupper. Helsestasjonstjenesten og familievernet er bygget ut, Familiens hus er etablert med mål om økt samarbeid tjenestetilbud imellom og lavere terskel inn for familier, og nær alle førskolebarn er i barnehage før skolestart – et tilbud som skal drives i samråd med foreldre.

Økningen i omfanget av foreldrestøttende tiltak og at tiltakene omfatter flere sider ved det å være foreldre, kan beskrives som defamilisering. Da forstås økt offentlig innsats overfor familier som en måte å redusere familiens posisjon og rolle i samfunnet på. Men utviklingen kan også beskrives som refamilisering, det vil si som at iverksatte offentlige tiltak er satt inn for å bygge opp under og støtte familien.

Foreldrepraksiser blir uansett ikke til i et privat vakuum. De er i preget av normer, det vil si tydelige samfunnsforankrede forventninger til hva som bør gjøres og hva som ikke bør gjøres. Hva slags idealer som preger den enkelte mor og fars foreldrepraksis vil være preget av deres sosiale og kulturelle bakgrunn. De siste tiårene er kunnskap om barns utvikling og barneoppdragelse blitt profesjonalisert, basert på psykologi og pedagogikk. Slik profesjonalisert kunnskap møter hverdagskunnskapen i en foreldrebefolkning som er mangfoldig både sosialt og kulturelt – og der mangfoldet har økt. En sentral utfordring er om og hvordan man kan drive foreldreveiledning i regi av offentlige myndigheter overfor en mangfoldig foreldrepopulasjon, uten å gjøre enkelte sosiale og kulturelle versjoner av hva som er godt og riktig, om til allmenngyldige standarder.

Foreldreveiledningsprogram rettet mot norske foreldre flest

Norske foreldre tilbys et titalls ulike foreldreveiledningsprogram i regi av ulike kunnskapsmiljøer og myndigheter. Det er en overvekt av program utviklet for å møte ut-

fordringer hos foreldre og/eller barn. Vi identifiserer fire program som tilbys foreldre flest: ICDP (International Child Development Program), COS (Circle of Security/ Trygghetssirkelen), Marte Meo og De Utrolige Årene (DUÅ). Vi gjennomgår grunnlaget for, innretningen og virkninger av disse i kapittel 4.

Vi har ikke funnet noen nyere norske studier som gir et oversiktsbilde av hvor utbredt disse programmene er lokalt, hvor de tilbys, av hvilke deler av det lokale tjenesteapparatet og hva som begrunner valg av tiltak. Det finnes heller ingen samlet oversikt over hvor mange foreldre som deltar i slike program, og vi kan derfor ikke anslå omfanget av foreldre som deltar i foreldreveiledningsprogram. Spørsmål som bør undersøkes, er: Hvor mange norske foreldre får tilbud om gruppebasert foreldreveiledning? Hvordan og fra hvem får de slike tilbud? Hvor mange norske foreldre har faktisk mottatt slik foreldreveiledning? Og hvilke foreldre, med hva slags bakgrunn, er det som nås? Dette vet vi lite om i dag.

Det finnes ikke forskningsbasert kunnskap om hvordan kommunene velger hvilke program de tilbyr «alle foreldre». Hvem i en kommune tar avgjørelsen om hvilke program som skal tilbys? Hvilke vurderinger ligger til grunn når det velges hvilke program det skal satses på? Og hvilke foreldre defineres som målgruppe?

Vi har ikke funnet nyere norske undersøkelser som kartlegger behov for veiledning blant foreldre flest. Nyere kartlegginger fra Sverige viser at de aller fleste foreldre i hovedsak bruker familie og venner når de søker råd om foreldrerolle og -praksiser. Men at foreldre, særlig småbarnsforeldre, men også i betydelig grad foreldre til tenåringer, ønsker veiledning – og gjerne i grupper sammen med andre foreldre. Ønsket om veiledning er imidlertid større blant mødre enn blant fedre.

De fire veiledningsprogrammene som tilbys foreldre flest, har likhetstrekk. Det er samtidig et hovedskille mellom atferdsprogram og tilknytningsprogram. Atferdsprogram er basert på teorier om sosial læring og atferdsendring. De søker å lære foreldre å korrigere barnas atferd ved å lære dem opp i bruk av ulike konsekvenspedagogiske virkemidler og gjennom å sensitivere foreldre, det vil si å lære foreldre å se barnet på en positiv måte. Blant de fire programmene rettet mot foreldre flest er det kun De Utrolige Årene (DUÅ) som betegnes som et atferdsprogram. Den andre gruppen program er basert på såkalt nyere spedbarnsforskning og på betydningen av utviklingsstøttende samhandling og kommunikasjon mellom barnet og omsorgsgiver. Her står teorier om tilknytning og utviklingspsykologi i sentrum, og programmet tematiserer i hovedsak samspillet mellom barn og foreldre. Foreldre søkes bevisstgjort om hvordan deres tilnærminger til barnet og deres praksis påvirker samspillet med og relasjonen til barnet. Tanken er at kunnskap om barns utvikling og behov kombinert med bevisstgjøring av hvordan egen atferd påvirker samspillet, skal gi bedre praksis. Atferdsprogram og tilknytningsprogram har altså ulike tilnærminger til intervensjonen: via egenskaper hos barnet eller via omsorgspersonens tilnærming og praksis.

Virker foreldreveiledning og -støtte?

Spørsmålet kan enkelt besvares med at studier av de fire foreldreveiledningsprogrammene som er i bruk rettet mot foreldre flest i Norge, med få unntak, viser at de har effekt og at foreldres erfaringer er gode. Foreldreveiledningsprogrammene som tilbys universelt innrettet i Norge har alle, men i ulik grad, sannsynliggjort effekt. Samtidig må det påpekes at ulike forskningsbidrag benytter ulike tilnærminger og er av ulik kvalitet. Når det så gjelder andre tiltak, som helsestasjonens hjemmebesøk, foreldregrupper og oppfølging av foreldre gjennom arenaer som barnehage, Familiens hus og familievern, er svaret at erfaringene er gode. Men, at det mangler studier som kan bevise effekt ut over rimelig tvil. Vi har i vår gjennomgang av internasjonale og norske studier gjennomgående funnet oppsummeringer av resultater der det er tvil om evidens. Det er det nesten alltid. For det er krevende å måle effekter av foreldrestøtte ved hjelp av metoder som gjør det mulig å bevise resultater ut over rimelig tvil. Og det er særlig krevende å bevise at foreldrestøttende tiltak som er rettet mot foreldre flest, har effekt. Det har sammenheng med at slike universelt innrettede tiltak ikke skal korrigere identifiserte problemer. Slike tiltak skal styrke mødre og fedre i deres foreldrerolle, de skal forebygge at problemer utvikles. Dette er et mål det er krevende å operasjonalisere og måle gjennom effektstudier. Utfordringen er blant annet at det kan være vanskelig å sannsynliggjøre hva som ville vært situasjonen uten det iverksatte tiltaket.

Hva vil det si at foreldreveiledning virker?

Hvorvidt foreldrestøtte er en suksess må, rimeligvis, måles med basis i hva som er formålet. Det overordnede målet med tiltak rettet mot foreldre flest er, slik vi leser det ut av foreldreveiledningsprogram, forskrifter og veiledere for helsestasjoner og stortingsmeldinger om familiepolitikken fra skiftende regjeringer, å gjøre foreldre i stand til å bli best mulig foreldre i betydningen best mulig til å sikre omsorg og oppdragelse av sine barn. Intet mindre.

Det er et krevende og egentlig umulig spørsmål å besvare hvorvidt dette målet nås – overordnet. Det er en evalueringsstudie som ikke lar seg gjennomføre, fordi det ikke er enighet om hva det vil si å være god og bedre, og heller ikke om hvordan foreldre best kan bli gode og bedre. Dette er normative spørsmål, stadig oppe til debatt. Enkelte grunnprinsipper er det enighet om, norsk lov forbyr for eksempel bruk av vold, men ut over slike grunnprinsipper er foreldres oppfatninger ulike, avhengig av forhold som sosial og kulturell bakgrunn. Det er i tillegg uenighet blant de som forvalter den profesjonelle kunnskapen, det synliggjøres både i innretningen av foreldreveiledningsprogram, i forskningsbidrag og i ekspertintervjuene vi har gjennomført. Dette er et gode. Uenighet i hverdagskunnskap og profesjonelt baserte tilnærminger kan bidra til diskusjon, dynamikk og utvikling – og det er bra, gitt faren for at offentlige myndigheter kan bidra til å ensrette hva som er gode og riktige praksiser. Samtidig gjør

uenighet det mer krevende når det politisk og administrativt skal fattes beslutninger om hvorvidt foreldreveiledning og -støtte skal tilbys, og hva slags veiledning og støtte som i så fall skal tilbys. En løsning er å velge om og hva basert på effektstudier som kan bevise hvilke tiltak som virker, og hvilke tiltak som virker best eller mest. Bruken av og ønsket om flere effektmålinger er utbredt i forskning på foreldreveiledningsprogram, men ønsket om å få til slike er til stede også i forskning knyttet til andre tiltak – som hjemmebesøk til nybakte foreldre og Familiens hus. Å kunne vise til dokumentert effekt er i enkelte sammenhenger i ferd med å bli det dominerende argumentet ved valg av tiltak og metoder.

Effektstudier er viktige. Men spørsmålet om virkning bør ikke gjøres til et spørsmål om effekt alene, fordi også effektmålinger har sine klare begrensninger. Effektstudiers styrke er å kunne si noe om isolerte og målbare virkninger, men det er slett ikke alltid studiene gir innsikt i hvorfor en virkning forekommer eller er fraværende. Det kan for eksempel være krevende å skille mellom virkninger av implementering av et program og et programs innhold og innretning. Derfor er det også behov for casestudier som basert på gjennomganger av hvordan tiltak iverksettes, samt intervjuer med aktører som deltar i iverksetting og foreldre som deltar, kan bidra til å kartlegge og synliggjøre hvordan tiltaket er iverksatt og gjennomført og hvilke erfaringer ulike aktører har. Slike kvalitativt metodiske tilnærminger har også den effekt at de synliggjør erfaringer med å drive foreldreveiledning og motta foreldreveiledning på måter som kan gi innsikt i maktrelasjoner og i hvordan ulike møter mellom foreldre og myndigheter fungerer i et mangfoldig samfunn.

Foreldreveiledningsprogram studeres enkeltvis: I målinger av effekt sammenligner man foreldre som har mottatt veiledning med en gruppe foreldre som ikke har det. Vi har ikke kommet over studier som sammenligner like grupper av foreldre som har mottatt ulike program. I den grad program sammenlignes, er det i form av teoretisk diskusjon eller sammenligninger av effekt. Det er også begrenset med studier som lar foreldre med ulik sosial og kulturell bakgrunn som har mottatt foreldreveiledning, komme til orde, og det er fravær av studier som lar barn og unge med foreldre som er blitt veiledet, komme til orde.

Vi legger til grunn at hva som virker, både er et spørsmål om effekter og om erfaringer. Det er et spørsmål om vurderinger av prosess og av resultater, ikke kun om resultater.

Universelt innrettede foreldreveiledningsprogram

De aktuelle foreldreveiledningsprogrammene har i ulik grad vært gjenstand for forskning. Denne variasjonen kan forklares med hvor lenge programmene har vært i bruk, synet på verdien av effektstudier og tilgang til forskningsfinansiering. Det er generelt få studier som undersøker effekter og implementering av programmene overfor foreldre flest. Det er gjennomført en kvasiekperimentell studie av bruken av ICDP

i en gruppe «vanlige foreldre», med gode resultater. Det er i tillegg gjennomført flere mindre erfaringsbaserte evalueringer av bruken av ICDP rettet mot særskilte grupper av foreldre (som ungdomsforeldre og foreldre til funksjonshemmede barn). Disse viser også til gode erfaringer, gruppepedagogikken som benyttes framheves av foreldre som positiv. Samtidig peker flere studier på utfordringer med implementering av ICDP, knyttet til rekruttering av foreldre og manglende oppfølging av veiledere og foreldre i ettetid. Det planlegges å gjennomføre en RCT-studie av ICDP i perioden 2017–2018 i regi av Folkehelseinstituttet, og vi har gjennom intervjuer fått kjennskap til at det også er fremmet søknad om støtte til enda en RCT-studie på ICDP i Norge, med søkelys på effekt, men også på hvordan implementering og foreldrenes bakgrunn kan gi ulike resultater.

Det er ikke gjennomført studier av COS (Trygghetsirkelen) innrettet mot foreldre flest, men det foregår for tiden en dansk studie som ser på effekten av COS blant mødre fra såkalte ressurssterke familier med barn mellom 0 og 5 år. Utover dette er det gjennomført fire studier på effekten av COS-P på kliniske populasjoner, det vil si at de som inngår i studiene har en identifisert risiko. En studie fra Sverige der utvalget var foreldre med utfordringer i foreldrerollen, vurderes som relevant for denne kunnskapsstatusen, da utvalgsriteriet ikke var formulert strengt. Dette er en studie som kombinerer en RCT basert på videoopptak av foreldres samspill med barna ved oppstart og etter seks måneder, med kvalitative dybdeintervjuer av foreldre og behandlere. Studien finner en signifikant bedring i spillet mellom foreldre og barn blant foreldre som deltok på COS-P sammenlignet med foreldre i kontrollgruppen. Veiledere og foreldre var fornøyd med COS-P. De fant det stimulerende, at det ga dem fordypet kunnskap og hjelp foreldre i foreldrerollen. Forskerne understreker at de ikke kan uttale seg om hvorvidt COS bør tilbys universelt, da studien ikke er basert på et utvalg av foreldre flest og det var uenighet mellom behandlere som ble dybdeintervjuet. Det er også gjennomført en kvalitativ studie i Norge som tar for seg veilederes erfaringer med COS-opplæring. Forskerne finner at veilederne er entusiastiske og opplever opplæringen som meningsfull, da den setter kunnskap mange av dem allerede har, inn i et meningsfullt system. I likhet med de avgrensede forskningsprosjektene på ICDP, finner forskerne at psykologene som har mottatt opplæringen er bekymret for oppfølgingen, og at metodeetterlevelsen er lav. Dette stemmer ikke overens med kartlegginger gjennomført av progameierne, som finner høy grad av metodeetterlevelse. Resultatene spriker altså, og det kan ikke konkluderes på om metodeetterlevelsen er høy eller lav, verken for COS eller noen av de andre programmene rettet mot foreldre flest.

Marte Meo er et program som i hovedsak ikke brukes universelt, men som inkluderes her, da programmet også brukes forebyggende i regi av helsestasjoner. Det foreligger ingen kunnskap om hvor utbredt dette programmet er. Det er ikke gjennomført studier av Marte Meo rettet mot en generell foreldregruppe, men funn fra en norsk randomisert kontrollert studie av Marte Meo for familier som opplevde utfordringer

i relasjonen med barna, er likevel aktuell for denne kunnskapsstatusen. Intervensjonen hadde nemlig ingen effekt i de relativt velfungerende familiene, noe som også er funnet i lignende studier internasjonalt. Det var dessuten tendenser til at foreldre med god interaksjonskompetanse og få depressive symptomer hadde bedre resultater når de kun mottok vanlig oppfølging, og ikke videobaserte tilbakemeldinger som Marte Meo er basert på.

Det foreligger en rekke studier som viser effekt av De Utrolige Årene, men dette er i hovedsak studier basert på bruk av programmet blant foreldre med utfordringer. En studie som er verdt å trekke fram, er en randomisert kontrollert studie av den universalforebyggende kortversjonen av De Utrolige Årene i Norge. Foreldrene som deltok ble inkludert gjennom selvrekruttering via informasjon på skoler, barnehage, aviser osv., og deretter tilfeldig fordelt i en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. Studien finner gode resultater av intervensjonen, og resultatene vedvarte også ved målinger ett år seinere, men med mindre effekt. Forskerne argumenterer basert på dette for at gruppebasert foreldreveiledning kan være et effektivt virkemiddel for å styrke foreldreskapet i den generelle foreldrepopulasjonen, og at dette ikke nødvendigvis trenger å være kostbart. Forskerne mener denne studien også viser at universelt innrettede foreldreveiledningsprogram har potensial til å bidra til tidlig identifisering av problemer. I rekrutteringen til studien ble en stor andel barn med atferdsproblemer identifisert og henvist til behandling i forbyggende helsetjeneste eller spesialisthelsetjenesten. Forskerne problematiserer imidlertid rekrutteringen til universelt innrettede program, da denne studien støtter tidligere forskning som viser at foreldre med høy sosioøkonomisk status tenderer å være mer proaktive og villige til å la seg rekruttere til oppmøtebasert foreldreveiledning.

Universell kontra selektivt innrettet støtte

I Norge og andre skandinaviske velferdsstater finnes godt utbygde universelt innrettede foreldrestøttende arenaer. En slik viktig arena er helsestasjonen, den skal gi foreldre og barn tett oppfølging helt fram til skolestart, når skolehelsetjenesten tar over. Oppfølgingen av barn og foreldre er særlig tett det første året i barnets liv, og dette innledes med et hjemmebesøk som skal gis alle nybakte foreldre.

I velferdsstater som er annerledes innrettet enn de skandinaviske, der universelle tiltak ikke er så omfattende, er foreldreveiledning og støtte til foreldre i hovedsak innrettet mot risikogrupper. Dette kan være grupper som antas å være i risiko grunnet sosiale problemer – for eksempel tenåringsmødre og familier bosatt i utsatte nabolag, og det kan være grupper i risikosituasjoner – som at de har et prematurt barn eller at mor har psykiske utfordringer knyttet til fødsel og barseltid. Eksempler på land med i hovedsak selektivt innrettede tiltak er USA. Når det da er undersøkt virkninger av for eksempel hjemmebesøk etter fødsel, er dette som regel hjemmebesøk rettet mot

ulike risikogrupper og med en mer intensiv versjon (flere besøk) enn det som settes inn universelt i Norge. Det finnes en rekke effektstudier av slike selektivt innrettede tiltak internasjonalt. Studiene viser gjennomgående at det, litt avhengig av tiltakets innretning og målgruppe, kan påvises effekt av slik innsats overfor risikogrupper. Det finnes til sammenligning ingen effektstudier fra norsk sammenheng av helsestasjonstilbud generelt eller hjemmebesøk for foreldre flest.

Gir effektstudier av selektivt innrettede tiltak i andre typer velferdsstater enn den norske, overførbar kunnskap? Det er flere problemer med å overføre slik kunnskap til norske forhold. Tiltakene er annerledes innrettet, foreldrene som er målgruppe har andre utfordringer, og det universelt innrettede tilbudet som gir foreldre som er kontrollgrupper i disse studiene, er fraværende eller annerledes enn det norske. Det er gjort enkelte studier internasjonalt hvor tiltak (f.eks. hjemmebesøk) er satt inn både i grupper med foreldre i risiko og i grupper sammensatt av foreldre flest. Dette er studier som gir indikasjoner på at det er lite eller ingen effekt av å sette inn tiltaket universelt. Disse tiltakene er imidlertid gjerne omfattende og intensive, og foreldre som i utgangspunktet ikke har risikokjennetegn eller definerte problemer, har sannsynligvis ingen særlig nytte av slik intensiv oppfølging.

Det er dessuten krevende å måle effekter av tiltak satt inn universelt overfor foreldregrupper der det ikke er identifisert problemer og med et allmennforebyggende siktemål. Noe som antakelig er en viktig årsak til fravær av slike studier. Vi finner imidlertid flere studier fra både Norge og Sverige som undersøker erfaringer med ulike deler av helsestasjonstilbudet, slik dette oppleves sett fra både helsesøstres og foreldres ståsted. Et viktig spørsmål er om disse studiene kan si noe om hvorvidt slike allmennforebyggende tiltak er i stand til å oppdage problemer tidlig: Virker universelt innrettede tiltak, gitt målet om å identifisere problemer og dermed kunne sette inn tiltak tidlig?

Et spørsmål om tillit

Studier basert på erfaringer ervervet i møtet mellom myndighetspersoner, som helsesøstre, og foreldre synliggjør betydningen av tillit. Foreldre etterspør råd og veiledning, men synes samtidig å være lite mottakelige for myndighetspersoner som setter seg i en overordnet posisjon som innehavere av fasisvars. Tillit oppstår i møter der foreldres egne tilnærminger og kompetanse anerkjennes som basis for dialog. Tilsvarende, foreldres manglende opplevelse av å bli behandlet som likeverdige, tenderer til å undergrave tillit.

Myndighetspersoner i universelt innrettede tiltak legger, påpekes det i flere studier, til grunn at foreldre er kompetente. Oppmerksomheten er rettet mot normalitet, men også mot at normalitet kan romme mye forskjellig. Derfor er det ikke nødvendigvis slik at en helsesøster eller en barnehagelærer, selv om de møter mange foreldre og barn, lett ser barn som utsettes for omsorgssvikt på den ene eller andre måten. Det doble oppdraget med å skulle veilede og samtidig avdekke, er krevende. Flere mindre

kvalitative studier viser at terskelen for å konfrontere foreldre kan være høy. Dette er det flere grunner til. Én grunn kan være målet om å etablere tillitsforhold – og bekymring for at konfrontasjoner kan ødelegge slike. En annen grunn kan være usikkerhet på om man, dersom problemer avdekkes, er i stand til å tilby nødvendig bistand selv eller via andre tjenester. Det kan stilles spørsmål ved om vanskelige møter i for stor grad gjøres til individuelle utfordringer for den enkelte, det være seg helsesøster eller barnehagelærer, og om det er mangel på gode institusjonaliserte løsninger og rutiner for hvordan mistanke om problemer skal møtes og følges opp.

Samtidig viser en studie om et foreldreveiledningsprogram (DUÅ) der man ønsket å teste hvordan programmet virket for foreldre flest, og derfor skulle rekruttere familier uten kjente problemer, at det ble identifisert et betydelig antall barn med atferdsproblemer som ble henvist til videre oppfølging (Reedtz 2012). Barna ble oppdaget fordi man i rekrutteringsarbeidet måtte forvise seg om at foreldrene kom fra familier uten problemer. Eksempelet illustrerer at det å se mange foreldre og barn uten identifiserte problemer kan føre til at problemer likevel identifiseres, men det illustrerer også at det kan være nødvendig å fokusere på mulige problemer for å bli i stand til å se dem og avdekke dem. Dette aktualiserer diskusjoner om hvorvidt man på universelt innrettede arenaer skal bruke screening eller tester for å identifisere problemer. Slike tester kan bidra til at flere problemer avdekkes, men det kan samtidig påvirke myndighetspersoners tilnærming til foreldre og barn, og muligheten for å etablere tillitsrelasjoner.

Foreldre – er lik mor og majoritet

Et gjennomgående trekk ved både effektstudier og erfaringsbaserte studier er at det som omtales som foreldre, som regel er mødre. Mødre dominerer som respondenter i spørreundersøkelser, i observasjoner og som informanter i intervjuundersøkelser. Dette påpekes som regel i studiene, men det kommenteres sjelden. Det synes som det underforstått forventes at det er mødre som deltar i foreldreveiledning, og at fraværet av fedre i forskningen bare speiler fraværet av fedre i tiltakene. Dette kan selvfølgelig være tilfelle. Men det bidrar i så fall til å forsterke det bemerkelsesverdige ved at fraværet av far sjelden kommenteres. Dette er bemerkelsesverdig gitt den store oppmerksomheten som gis fedre i andre velferdstiltak og i forskning på slike tiltak. Ett eksempel er bruk av foreldrepermisjon. Tilsvarende oppmerksomhet om fedre og farsrolle finner vi ikke i forskning på foreldreveiledning og foreldrestøttende tiltak.

Unntakene er enkeltstudier der man eksplisitt har undersøkt fedres erfaringer. Ett slikt eksempel er en norsk studie av foreldre i foreldregrupper på helsestasjon, hvor det ble intervjuet en god del mødre og enkelte fedre (Hjälmhult et al. 2014). Et annet eksempel er en engelsk studie om erfaringer med selektivt innrettede hjemmebesøk gjennom Family-Nurse Partnership, et tiltak satt inn overfor familier med tenåringsmødre (Ferguson & Gates 2012). Begge disse studiene viser at fedre er til stede både i

foreldregrupper og i familiene som får hjemmebesøk, og at de gjør seg sine spesifikke erfaringer av stor betydning for hvordan tiltakene virker overfor dem. Den engelske studien viser at relasjonen mellom helsesøster og far hadde mye å si for hvordan fedrene vurderte betydningen av hjemmebesøksprogrammet. Mens enkelte fedre beskriver helsesøster som en «mor» som har anerkjent og engasjert seg i hele familien, har andre helsesøstre gitt opp far. I sistnevnte tilfeller fikser heller ikke far relasjonen og får lite ut av tiltaket. Fedrene i foreldregruppen synes på sin side å streve mest med forholdet til mødrene – som er i majoritet. Gruppene er et godt sted å være særlig når det er andre fedre til stede.

Erfaringene synliggjør at tiltak rettet mot foreldre – for at de skal virke – bør ta høyde for at her er både mødre og fedre, og at dette kan kreve særskilt oppmerksomhet og innretning av de universelt innrettede tiltakene. Og det synliggjør at forskning som er opptatt av hvordan tiltak virker, også bør være opptatt av at foreldre er både mødre og fedre.

Samt vie oppmerksomhet at foreldre kan ha ulik sosial og kulturell bakgrunn. Enkelte studier av foreldreveiledningsprogram synliggjør erfaringer til foreldre med innvandrerbakgrunn, og møtet mellom veiledning og den enkelte. De viser at erfaringene til foreldre med slik minoritetsbakgrunn kan være andre enn de foreldre med majoritetsbakgrunn har. Dette er imidlertid i liten grad aktualisert i forskning når tema er foreldreveiledning og foreldrestøttende tiltak. Det er en betydelig mangel.

English summary: Parental guidance – is it effective? A status of knowledge

This report presents a systematic review of literature on parental guidance as part of a strategy for intervention at an early stage. The guiding question has been how universally-oriented parental guidance works.

A distinction is commonly made between *universal* parental support aimed at most parents, *selective* parental support aimed at families that are at risk for one reason or another, and *indicative* parental support aimed at families that already have an established challenge. All of these can be seen as part of an “early efforts” strategy, meaning that they can all contribute to prevention and assistance at an early stage. The focus in this report is on parental support that is universal in its scope, i.e. which is intended to be a support for parents with no identified risk or challenge.

Our approach is founded on social science, and the report reviews parental support in the context of the Norwegian welfare state. We not only examine whether the different measures work, but also focus on how their degree of success can be measured. We argue that while examining whether a measure works is primarily a question of methodology, the question of how this is measured impacts on how these measures are developed and the political and administrative approach towards parental support. This leads us to the argument that what is measured and how it is measured is more than simply a question of methodology.

Parental support is about human relations, about the relationship between parents/care givers and children/youth, but also the relationship between the support providers (the agents of the welfare state) and the individual parent. Thus, the effects of parental support are also linked to questions of power, and the lines between the public and private spheres in a society.

The Norwegian summary provides a more thorough review of the report. This English summary is limited to key bullet points.

Parental guidance and support – a task for state authorities?

- Parental responsibility is clearly enshrined in international and national legislation. Notwithstanding, it is equally clear that public authorities have a responsibility to safeguard the security and safety of children during their adolescence. The question is where to draw the line.

- This report takes a historic approach and illustrates that this line has been drawn and redrawn throughout Norwegian modern history.
- The increase in parental support measures today can be interpreted as *defamilisation* – where public efforts to support parents are seen as a way to undermine the position of the family in society. However, it can also be seen as *refamilisation* – where the public efforts are interpreted as a strategy to strengthen and support the family.
- Parental strategies do not evolve in a purely private vacuum. They are influenced by norms, clear societally rooted expectations on how to parent and how not to parent.
- Knowledge about child development and child-rearing is increasingly professionalized based on new knowledge in psychology and pedagogy. A key challenge is to deliver state-run parental support to an increasingly diverse parent population without converting certain social and cultural versions of what is good and right into universally applied norms.

Parental support aimed at most parents

- Norwegian parents are offered a range of different parental guidance programmes. Most of the programmes are developed to meet the challenges of families at risk. In our review, we address four programmes that are offered to parents with no pre-defined risks or challenges – programmes that are open to all parents. These are International Child Development Programme (ICDP), Circle of Security (COS), Marte Meo and The Incredible Years (IY). A thorough presentation is given in each programme.
- We have not identified any Norwegian studies that provide an overview of how widespread these programmes are, where they are offered and by whom, or how local authorities choose between the different programmes. As far as we know, no study has mapped the prevalence of the programmes, the number of Norwegian parents that have participated in such a programme, or the characteristics of those that have participated.
- The programmes offered to Norwegian parents have many similarities, but a main divide is between behaviour-based programmes and attachment programmes. The difference is discussed in this report.

Does parental guidance and support work?

- This question can be addressed by simply referring to the research conducted on the four aforementioned programmes. While some programmes have been subject to more scientific scrutiny than others, and while the quality of research conducted varies, most parental guidance programmes seem to work (with some exceptions). Parents report participation as a positive experience, and when measuring their parental capabilities studies generally find that they have in some way or another become better parents. Yet it must be stressed that the approaches, research designs and quality in this literature all vary.
- With regard to other measures such as home visits the general picture is that the experiences are good, but there is a lack of research that can prove above a reasonable doubt that these measures are effective.
- When reviewing the international and Norwegian studies, we have consistently found summaries that conclude that there is uncertainty with regard to evidence. This is linked to the fact that measuring effects from preventive measures such as parental support is a challenge. We argue that the focus on randomly controlled trials, which is currently seen as the ultimate test of effects within this field, should be complemented by other research designs.

How to measure effects with regard to parental support

- Measuring the success of parental guidance is complex. What defines a good parent is open to interpretation, which means that measuring improvement is not an exact science. These are normative questions, even though some principles are universal, such as the use of violence. There is also disagreement among professionals with regard to how to best provide parental advice.
- There is a drive towards measuring effects in this field. Not only with regard to parental guidance programmes, but also in other measures, such as home visits. Being able to show documented effects is in some contexts becoming the dominant factor when selecting the appropriate initiatives and methods.
- Evidence-based studies focusing on measurable results are important, but such studies also have their limitations. While they can identify isolated and measurable results, they are rarely able to provide knowledge on why the result occurred, or did not occur. Hence the focus when assessing parental guidance should not merely be on result studies, but on studies that focus on processes and outcomes more broadly.

A broader approach

- A common feature of both efficacy studies and experience-based studies is that the parents referred to are usually the mothers. Mothers dominate as respondents in surveys, in observations and as informants in interviews. This is often made explicit in the studies, but is rarely commented on. The impression is that there is an expectation that it is the mothers who participate in parental guidance, and that the absence of fathers in research only reflects the absence of fathers in the measures. This may well be the case, but this reinforces the astonishing absence of awareness that both mothers and fathers exist. This is remarkable given the amount of attention given to fathers in other welfare measures and in research on such initiatives.
- Optimal measures aimed at parents should take into account that there are both mothers and fathers, and that this may require special attention and organization of the universally-oriented measures. This also demonstrates that research into how the measures work should also be concerned that the parents are both mothers and fathers.

The report points out the need to address the different social and cultural backgrounds of today's parents. Some studies of parental guidance programmes highlight the experiences of immigrant parents and the meeting between the parent and instructor. They show that the experiences of parents with a minority background may differ from those with a majority background. However, this is rarely addressed in the literature on parental guidance and support measures.

1 Innledning

Å være foreldre kan ikke sammenlignes med noen annen relasjon, oppgave eller oppdrag. Arbeidsbeskrivelsen omfatter både kjærlighet, autoritet, omsorg, forsørgeransvar, veiledning og danning. Å være foreldre er å inngå i en relasjon der man bidrar til å forme et menneske som vokser til. Det kan kalles et oppdragerprosjekt. Oppdragerprosjektet er fullt av valg og spørsmål om hva som er riktig å gjøre, hva som er rett. Foreldre flest former foreldrerolle og foreldrepraksiser basert på tilgjengelige kulturelle strategier. Erfaringer fra egen oppvekst har betydning. Foreldre støtter seg også på råd fra familie, venner og kjente, samt at et vell av råd er tilgjengelige gjennom bøker, sosiale medier og massemedier. I denne rapporten skal det handle om slike råd til foreldre når de tar form av foreldreveiledning i statlig og kommunal regi.

Det finnes en rekke velferdsstatlige tiltak der målet er å støtte foreldre og forebygge problemer. Det skilles mellom universelt innrettede, selektivt innrettede og indikativt innrettede tiltak. Universelt innrettede tiltak er rettet mot foreldre flest. Hensikten er å styrke foreldre og forebygge at problemer oppstår. Selektivt innrettede tiltak er rettet mot risikogrupper og/eller risikosituasjoner og er bygget på at det er mulig å identifisere utsatte grupper og sette inn tiltak som reduserer risikoen for alvorlige problemer. Mens indikative tiltak er rettet mot enkeltfamilier hvor det er påvist problemer.

I denne rapporten konsentrerer vi oppmerksomheten om foreldreveiledning rettet mot foreldre flest, det vil si universelt innrettede tiltak som inngår i en forebyggende strategi for tidlig innsats. Vi inkluderer både tiltak som er universelle ved at de omfatter alle foreldre, og tiltak rettet mot foreldre flest men som langt fra alle benytter. Basert på norsk og internasjonal forskning gis en kunnskapsstatus om hvorvidt og hvordan universelt innrettede foreldrestøttende tiltak virker.

Vi konsentrerer oss særlig om ulike foreldreveiledningsprogram ment for foreldre flest, men inkluderer også foreldrestøtte gjennom helsestasjoner, Familiens hus, barnehager og familievern. Innsatser rettet mot foreldre som er identifisert som tilhørende risikogrupper og der det er identifisert problemer, er i hovedsak ikke inkludert. Men vi diskuterer allment innrettede tiltaks mulighet for å fange opp familier i risiko, og vi inkluderer forskning på tiltak som brukes både overfor foreldre flest og selekterte grupper. Ett eksempel er hjemmebesøk til alle nybakte foreldre, et tiltak som i norsk sammenheng er universelt innrettet ved at det omfatter alle nybakte foreldre, men som i en del andre vestlige land er forbeholdt definerte risikogrupper.

Kunnskapsstatusen omfatter ikke tiltak i regi av barnevernet. Barnevernet har et forebyggende ansvar for å følge med på barns og unges oppvekstmiljø og å sette inn tiltak som forebygger problemer.¹ Primæroppgaven er imidlertid bistand og hjelp til utsatte barn og unge. Barnevernet har i denne sammenhengen en rekke foreldrestøttende tiltak, men å inkludere norsk og internasjonal forskning om virkning av slike tiltak initiert av barnevernet, ville vært et omfattende arbeid, og ikke riktig fokus i en kunnskapsstatus konsentrert om universelt innrettet foreldreveiledning.

Foreldreveiledning er en oppgave i krysningspunktet mellom helsemyndigheters og barne- og familiemyndigheters ansvar. Det er en oppgave som omfatter ulike deler av velferdsstaten. Vår tilnærming er samfunnsvitenskapelig. Derfor er vi opptatt av å se foreldreveiledning i en velferdsstatlig sammenheng, og vi har ikke nøyd oss med å spørre om foreldreveiledning virker, vi har også spurt om *hva det vil si å virke*. Hva det vil si at et tiltak virker, er et måle- og metodespørsmål, men det som måles påvirkes gjerne av måten det måles på. Og hva som virker, ligger til grunn for politiske og administrative valg. Slik er hva som måles og hvordan, mer enn en metodediskusjon.

Universelt innrettet foreldreveiledning inngår i en strategi for tidlig innsats. Tidlig i betydningen før problemer har rukket å oppstå, og tidlig i barns liv – eller om man vil, tidlig i et foreldreskap. Foreldreveiledning rettet mot foreldre flest kan derfor ikke vurderes ut fra om problemer avskaffes. Det må vurderes basert på erfaringer fra og utvikling i foreldrepraksis, på hvordan relasjonen mellom foreldre og barn/unge utvikler seg. Dette kan vurderes gjennom ulike forskerstrategier, og spørsmålet vi stiller, er om det å jakte presise effektmål er den beste strategien for å undersøke betydningen av et universelt innrettet forebyggende tiltak.

Et annet viktig spørsmål knytter an til foreldreveiledning som oppgave for statlige og lokale myndigheter. Å være foreldre er et privat anliggende. Samtidig er foreldreskap et offentlig anliggende, et anliggende for offentlig debatt og politikktutvikling. Statlige myndigheter har i praksis blandet seg i barns oppdragelse helt fra de første omgangsskolene ble etablert på 1700-tallet (Thuen & Sommerschild 1997). Gjennom lovgivning og velferdspolitik er familien blitt institusjonalisert (jf. Ellingsæter & Leira [2004] 2007). I kapittel 3 i denne rapporten tegner vi, basert på stortingsmeldinger om familiepolitikk, et bilde av hvordan offentlig støtte til foreldre og familier flest har utviklet seg gjennom etterkrigsårene. Fra etablering av barnetrygd, som skulle gi foreldre mer like muligheter til å forsørge sine barn, og utbygging av helsestasjoner, der den primære oppgaven var helse- og ernæringsråd, til etableringen av et nasjonalt program for foreldreveiledning, der et sentralt mål er å styrke foreldre i deres relasjon til egne barn. Grensen for myndighetsintervensjon har altså vært i endring gjennom hele etterkrigstiden. Foreldreansvaret er slått fast i internasjonalt og nasjonalt lovverk, samtidig er det like tydelig slått fast at offentlige myndigheter har et ansvar for å sikre

¹ Jf. Barnevernloven § 1-1 <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100> (Lesedat002.10.16)

og trygge barn i oppvekstårene. Men det er et politisk og normativt spørsmål *hvor inn-gripende* offentlige myndigheter skal være i møte med familien som privat institusjon.

Det er, i alle fall i prinsippet, enighet om å gripe inn når det er påvist at barn lider overlast. Men det diskuteres stadig hvordan og i hvilken grad offentlige myndigheter skal gripe inn i måten foreldre flest fyller foreldrerollen på. Eksempler på slike debatter er om staten skal legge seg opp i fordeling av foreldrepermisjon mellom mor og far, om foreldre skal kunne velge mellom kontantstøtte og barnehage, og om det bør innføres regler for hva slags klesplagg som skal tillates brukt i norsk skole – er for eksempel hijab greit i barneskolen? Offentlig initiert foreldreveiledning til foreldre flest er også et spørsmål om hva offentlige myndigheter skal involvere seg i, og hva de skal overlate til folk selv å finne ut av. Vi diskuterer dette, både i dette første kapitlet, underveis og i rapportens avslutningskapittel.

Men først i dette kapittel 1, rapportens problemstillinger og disposisjon.

1.2 Rapportens problemstillinger og disposisjon

Oppdraget var å gi en kunnskapsstatus om *virksomheter av universelt innrettet foreldre-veiledning og foreldrestøttende tiltak*. Vi tok utgangspunkt i følgende problemstillinger:

- Hvilke foreldrestøttende tiltak finnes i Norge og i andre nordiske land?
- Hvilken kunnskap gir eksisterende forskning om resultater og effekter av tidlig innsats og foreldrestøttende tiltak?
- Hvilken kunnskap gir eksisterende forskning om hva som skal til for å «oppdage» barn som lever under vanskelige familieforhold?
- Hvilken kunnskap gir eksisterende forskning om tiltak overfor familier der utfordringer oppdages seint i barnas liv (etter fylte 6 år)?
- Hva sier eksisterende forskning om hvordan tiltak er rettet inn mot særskilte kategorier foreldre, og om resultater av slik målrettet og selektert innsats?
- Hvilken kunnskap foreligger om brukernes erfaringer med foreldrestøttende tiltak? Varierer brukernes erfaringer og vurderinger etter deres sosiale og kulturelle bakgrunn – og i så fall hvordan?
- Hvilke metodiske utfordringer gjør seg særlig gjeldende når resultater av tiltak skal måles, når effekter av ulike tiltak skal sammenlignes, og når tiltak og deres effekter sammenlignes på tvers av landegrenser?
- Hva vet vi og hva vet vi ikke om resultater og virkninger av tidlig innsats og foreldrestøttende tiltak?

Ambisjonen har vært å lage en allment tilgjengelig tekst. En tekst der vi ikke bare beskriver hva forskning viser, men også problematiserer ut fra velferdsstatlige mål med å ha tiltak som støtter foreldre i deres foreldreskap. Kunnskapsstatusen er derfor utarbeidet som en sammenhengende tekst der vi viser til og refererer foreliggende norsk og internasjonal forskning. Vi har altså ikke laget en skjematisk tekst basert på et sammendrag av forskningsdesign og forskningsresultater. Lesere som ønsker en oversikt over hvilke tekster som er inkludert, får en begrunnelse for avgrensninger i metodekapitlet (kap. 2) og en detaljert oversikt over hvilke tekster vi baserer oss på i litteraturlisten. Rapporten er disponert som følger:

I dette innledende kapittel 1, presenterer vi bakgrunn for prosjektet, hovedinnretning, problemstillinger og disposisjon, samt at vi gjennomgår hvordan offentlige innsatser overfor familier begrunnes, og hvordan skillet mellom hva som er privat og hva som er offentlig i et samfunn, bidrar til å gjøre familiepolitikk generelt, og kanskje foreldreveiledning spesielt, omdiskutert.

I kapittel 2 redegjør vi for hvordan vi har avgrenset vårt datamateriale og hvordan vi har gått fram for å finne tekstbidrag som er lagt til grunn. Materialet som er gjennomgått, er i hovedsak forskningsbaserte og fagfellevurderte tekster, men også en del såkalte grå tekster, det vil si artikler og oppgaver skrevet av forskere, studenter og andre som ikke har vært igjennom fagfellevurdering. Kunnskapsstatusen skal fokusere på virkninger og resultater. Vi innleder derfor kapittel 2 med en drøfting av hva det vil si at foreldreveiledning satt inn i en strategi for forebygging og tidlig innsats virker, og hvordan dette, avhengig av tilnærming, krever ulike vitenskapelige metoder. Spørsmålet om å virke kan formuleres og undersøkes som et stringent spørsmål om effekt gitt mål, men det kan også undersøkes som et spørsmål om implementering og om positive og negative erfaringer gitt mål. Hvilken metodisk tilnærming som velges, avgjøres av hva man vil vite, det vil i praksis si hvilke mål man er opptatt av.

Kapittel 3 setter foreldreveiledning inn i et velferdsstatsperspektiv. Vi ser tilbake på hvordan forholdet mellom barn som foreldres ansvar og barn som statens ansvar har utviklet seg over tid her til lands. Kapitlet er i hovedsak basert på en gjennomgang av stortingsmeldinger fra perioden etter 1945, som har behandlet foreldrerollen. Dette tilbakeblikket illustrerer hvordan offentlige myndigheters politikk for å støtte foreldre flest har utviklet seg, påvirket av samfunnsutvikling, kunnskapsutvikling på feltet barneoppdragelse og ikke minst av familiens utvikling. Dette igjen illustrerer at skillet mellom hva som er offentlig og hva som er privat langt fra er ensidig prinsipielt fundert. Det historiske tilbakeblikket tjener som bakgrunn for de to påfølgende kapitlene om hvordan foreldreveiledning og foreldrestøtte fungerer i vår tid.

I kapittel 4 presenterer vi hva slags foreldreveiledningsprogram som settes inn universelt rettet mot foreldre flest i Norge, og forskningsbasert kunnskap om hvordan disse tiltakene virker. Dette er et kapittel hvor vi går detaljert til verks. Programmene er

mange, og vår ambisjon er å oppsummere kunnskap om resultater, men også å synliggjøre hva som skiller program fra hverandre.

Kapittel 5 er tredelt: Del en er basert på effektstudier av foreldrestøttende tiltak ut over foreldreveiledningsprogram som er satt inn i ulike vestlige land. Norge og de øvrige nordiske landene har velferdsstater som er universelt innrettet, noe som ikke på samme måte er tilfelle i de fleste andre vestlige land – heller ikke når det gjelder foreldrestøtte. Derfor er de effektstuderte tiltakene vi har funnet, i hovedsak selektivt innrettet og satt inn overfor ulike risikogrupper. Likevel kan de gi innsikter som er verdt å ta med seg i en norsk mer universelt innrettet sammenheng. Del to oppsummerer studier om et tema som forsvinner i effektstudiene: møter mellom foreldre og tiltak, hva som er erfaringer fra disse møtene sett fra de som forvalter tiltaket og foreldre som mottar det. Del tre behandler en mangel i både effekt- og erfaringsstudier, nemlig tendensen til å sette likhetstegn mellom mor og foreldre – noe som gjør far nær usynlig.

I kapittel 6 oppsummerer vi. Det gjør vi ved å besvare problemstillingene vi tok utgangspunkt i. Deretter drøfter vi, basert på kunnskapsstatusen, hva som styrer valg av virkemidler innenfor foreldreveiledning, universelle kontra selektive foreldrestøttende tiltak, samt hvem og hva som gjøres usynlig i forskning om foreldreveiledning og foreldrestøtte.

1.3 Barns rett, foreldres plikt og statens ansvar

Familien kan beskrives som den minste og mest grunnleggende sosiale institusjonen i samfunnet, «samfunnets basiscelle» (jf. Frønes & Hompland 1994, s. 11). Når familier beskrives som *mest* grunnleggende, er det av flere årsaker. Dette store eller lille fellesskapet skal ivareta basisbehov her og nå: kjærlighet, omsorg, mat, klær, tak over hodet, innlæring av kunnskap og ferdigheter. Barn er i starten ute av stand til å klare seg på egen hånd, de er prisgitt andre. Samtidig legger de første årene grunnlaget for resten av livet.

Barn trenger helt fra starten av å inngå i gjensidige relasjoner basert på kjærlighet, tillit og trygghet. I dette samspillet etableres basisen for den videre utviklingen. Individet som etablerer trygge bånd tidlig i livet, kan bygge på dette i sine relasjoner til andre gjennom ungdomsårene og i voksenlivet (Fogany 1996; Bakermans-Kranenburg mfl. 2003). Barn modnes på bakgrunn av sine anlegg og genetiske disposisjoner, og ved å tilegne seg og bearbeide opplevelser og erfaringer. Og denne prosessen påvirkes av de primære relasjonene, familien og nærmiljøet som barn er del av (Øia & Fauske 2010). Familien er altså viktig både her og nå og fordi den legger grunnlaget for resten av livet. Dette er utgangspunktet når regjeringens tiltaksplan mot vold og seksuelle overgrep mot barn og unge har tittelen *En god barndom varer livet ut*. Dermed er det ikke sagt

at en god barndom er nøkkelen til et lykkelig liv eller at vonde erfaringer fra de første leveårene er umulige å rette opp seinere (jf. Schaffer 2000).

Både økonomiske, materielle, kulturelle og sosiale vilkår påvirker familien og foreldreskapet og kan bidra til store forskjeller i oppvekstårene – og til at ikke alle barn får den trygge basisen de burde hatt. Dette utfordrer barns rettigheter, slik disse er slått fast i internasjonal og nasjonal lovgivning. FNs konvensjon om barns rettigheter legger til grunn at foreldre har hovedansvaret for barns omsorg og utvikling. Men det understrekes samtidig at staten *også* har et ansvar.² Slik etableres en viktig grunn til at offentlige myndigheter skal engasjere seg med foreldrestøttende tiltak.

Barns rett og foreldres plikt

1979 var FNs internasjonale barneår. Ti år seinere, i 1989, kom FNs konvensjon om barns rettigheter. FNs barnekonvensjon gir barn individuelle rettigheter på alle livs-områder (Sandberg 2008). Barnekonvensjonen ble ratifisert av Norge i 1991, det vil si at den ble del av norsk rett som et argument i lovtolkningen. Barnekonvensjonen fikk en enda sterkere rettslig stilling i norsk sammenheng i 2003, da den ble inkorporert i menneskerettsloven. Konvensjonen ble da del av norsk lov. Konvensjonene i menneskerettsloven har i tillegg en særlig juridisk stilling ved at de er gitt forrang ved konflikt med andre deler av lovverket (jf. Sandberg 2008).

Vi har også en nasjonalt initiert barnelov der regler for foreldreskap er nedfelt. Barneloven av 1956 opererte med ett regelverk for barn født i og ett regelverk for barn født utenfor ekteskap. I 1981 erstattet Stortinget dette med én barnelov. I tillegg ble begreper som «foreldremakt» og «foreldremyndighet», som inntil da hadde vært måten man beskrev foreldres rett og plikt, erstattet av begrepet «foreldreansvar» (Thuen 2008, s. 228).

Foreldres ansvar er altså fastlagt i lovs form, både i barnekonvensjon og i barnelov.

I barnekonvensjonen slås det også fast at staten, offentlige myndigheter, har et ansvar for å utvikle tilbud om barneomsorg og for å gi bistand til foreldre i deres oppdragerrolle. I barnekonvensjonens artikkel 18 behandles foreldreansvar kontra myndighetsansvar slik:

1. «Partene³ skal bestrebe seg på å sikre anerkjennelse av prinsippet om at begge foreldre har et felles ansvar for barnets oppdragelse og utvikling. Foreldre, eventuelt verger, har hovedansvaret for barnets oppdragelse og utvikling. Barnets beste skal for dem komme i første rekke.

² <http://www.fn.no/FN-informasjon/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-konvensjon-om-barnets-rettigheter-Barnekonvensjonen> (Lesedato 08.08.16)

³ Begrepet «partene» refererer til stater som er part i konvensjonen, det vil si at de har sluttet seg til den.

2. For å garantere og fremme de rettigheter som er fastsatt i denne konvensjon, skal partene yte egnet bistand til foreldre og verger når de utfører sine plikter som barneoppdragere, og de skal sørge for utvikling av institusjoner, ordninger og tjenester innen barneomsorg.
3. Partene skal treffe alle egnede tiltak for å sikre at barn av yrkesaktive foreldre får rett til å nyte godt av omsorgstjenester og - ordninger for barn når de oppfyller vilkårene for dette.»

Den norske barneloven (Lov om barn og foreldre) beskriver på sin side innholdet i foreldreansvaret slik (§ 30):

«Barnet har krav på omsut og omtanke frå dei som har foreldreansvaret. Dei har rett og plikt til å ta avgjerder for barnet i personlege tilhøve innanfor dei grensene som §§ 31 til 33 set. Foreldreansvaret skal utøvast ut frå barnet sine interesser og behov. Dei som har foreldreansvaret, er skyldige til å gje barnet forsvarleg oppseding og forsyting. Dei skal syte for at barnet får utdanning etter evne og givnad. Barnet må ikkje bli utsett for vald eller på anna vis bli handsama slik at den fysiske eller psykiske helsa blir utsett for skade eller fare. Dette gjeld òg når valden brukast som ledd i oppsedinga av barnet. Bruk av vald og skremmande eller plagsam framferd eller annan omsynslaus åtferd overfor barnet er forbode.»

Foreldreansvaret defineres i barneloven på den ene siden positivt gjennom hva foreldre *skal* gjøre: gi barnet omsorg og omtanke, gi forsvarlig oppdragelse og forsørge barnet, og ivareta barnets interesser og behov – herunder særskilt nevnt barnets rett til en utdanning i tråd med dets evner og interesser. Foreldreansvaret defineres på den andre siden av hva foreldre *ikke skal* gjøre: utsette barnet for vold, skremmende, plagsom eller hensynsløs atferd.

En oppdragerstrategi der dette siste inngår, er i strid med norsk lov. At voldsbruk ikke regnes som del av forsvarlig oppdragelse, er nokså nytt. Som vi skal se i kapittel 3, ble det først i 1987 tatt inn i det norske lovverket, eksplisitt, at vold ikke er et akseptabelt virkemiddel i barneoppdragelse. Fram til da var det i prinsippet opp til foreldre å avgjøre hvordan de ville håndtere dette i sin oppdragerpraksis. På samme måte er det i dag innenfor de rammene loven setter, i utgangspunktet opp til foreldre selv å definere hva som er *forsvarlig* oppdragelse og forsørgelse. Det er en privat beslutning. Lovverket inneholder, ut over den eksplisitte henvisningen til utdanning og at vold ikke er tillatt, ingen angivelse av hvordan foreldre bør opptre i rollen som oppdragere.

Samtidig etableres det altså gjennom barnekonvensjonen et statlig ansvar for å legge til rette slik at foreldre kan utøve foreldreskapet på en god måte. Og norsk lov forplikter myndighetene til å sikre barn og unge trygge oppvekstkår. Barnevernloven slår fast at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, skal få

nødvendig hjelp og omsorg «til rett tid», og at lovens formål er å sikre barn og unge trygge oppvekstvilkår.⁴

Statlig ansvar

Hvordan tilrettelegger og avgrenser så staten sitt ansvar? Én tilnærming er å ta utgangspunkt i uttrykte behov, hva foreldre etterspør og ønsker. En annen tilnærming er med utgangspunkt i politisk definerte mål, å definere hva foreldre behøver. I praksis benyttes begge tilnærminger, og her er det glidende overganger.

Som vi skal se i kapittel 3, var viktige argumenter for at offentlige myndigheter skulle engasjere seg mer i familiepolitikken gjennom 1970-tallet, de voldsomme samfunnsendringene som var i gang. Næringsstrukturen var i endring, man fant olje i Nordsjøen, velstanden vokste, utdanning ble en mulighet for alle, velferdsstat og privat tjenesteyting sysselsatte stadig flere, byene vokste, verden kom nærmere gjennom arbeidsinnvandrere fra land som Pakistan, Tyrkia, India og Marokko og etter hvert flyktninger og asylsøkere. Alt dette påvirket foreldreskapet og familien. Den mest grunnleggende endringen for familien og foreldreskapet som institusjon var likevel kvinnefrigjøring og nye idealer om likestilling.

Kjernefamilien fra etterkrigstiden med hjemmeværende mor og med far som forsørger, den kjønnskomplementære husmorfamilien, var på vei ut. Den symmetriske familien vokste fram, toinntektsfamilien, der både mor og far hadde arbeid utenfor hjemmet (Frønes 2011). Å være foreldre ble av offentlige myndigheter gjennom 1970-tallet definert som en mer utfordrende oppgave enn før, en oppgave foreldre ble mer alene om, gitt at foreldre og nære slektninger ikke lenger alltid kunne antas å befinne seg i nabolaget. Dessuten: Prinsippene som var lagt til grunn i egen oppvekst, var ikke nødvendigvis lenger gyldige i et samfunn i så stor forandring, det var behov for støtte til familiene om hvordan takle oppdragelse innenfor disse nye samfunnsrammene. Dessuten gjorde en framvoksende ekspertise på feltet barns utvikling, seg i økende grad gjeldende. Barns utvikling og barneoppdragelse ble profesjonalisert basert på psykologi og pedagogikk. Faglig funderte råd utfordret foreldres – først og fremst mors – instinktive foreldreskap. Dr. Spocks foreldre bok som kom i 1954, ble i de tre tiårene fram til 1984 solgt i 28 millioner eksemplarer på verdensbasis – den nest mest solgte boken etter bibelen (Holthe 2003, s. 20).

Fram til midten av 1970-tallet hadde familiepolitikken stort sett dreid seg om å sikre barnefamiliers økonomi, basert på en modell der far forsørget familien, mens mor hadde ansvaret for husarbeid og barneomsorg. I stortingsmeldingen som det ble arbeidet med ved innledningen av 1970-tallet, ble velferdsstatens ansvar for familiene kraftig utvidet; med støtte til enslige forsørgere, kortere eller mer fleksibel arbeidstid

⁴ Barnevernloven § 1-1 <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100> (Lesedato 02.10.16)

for småbarnsforeldre (i praksis deltid for mor), rett til sykefravær ved barns sykdom, utbygging av barnehager og prevensjonsopplysning. Det som likevel vakte mest strid og debatt, var forslaget om selvbestemt abort (Danielsen 2013, s. 284)

Universelt innrettede tiltak gir både mulighet til å forebygge problemer og til å oppdage mødre og fedre som har ulike typer utfordringer i forelderollen og barn som sliter, på et tidlig stadium. Begrepet *tidlig innsats* brukes gjerne i slike sammenhenger, både innenfor utdannings-, helse-, familie-, oppvekst- og kriminalitetsforebyggende politikk. I utdanningspolitikken defineres dette som innsats på et tidlig tidspunkt i barns liv og som tidlig inngripen når problemer oppstår eller avdekkes.⁵

Innenfor helse- og oppvekstsektoren defineres gjerne forebyggende innsatser ut fra to ulike perspektiver; det sykdomsforebyggende og det helsefremmende. Mens det sykdomsforebyggende dreier seg om å eliminere eller begrense uønsket utvikling, reduser skade og dødelighet, dreier det helsefremmende seg om å fremme livskvalitet, overskudd og mestring (Jávo 2010, s.216).

I et sykdomsforebyggende perspektiv er det mulig å forebygge der man kjenner til årsakssammenhenger mellom risikofaktorer og sykdomsutvikling. Strategien består da i å spre kunnskap – gjennom ulike kanaler – til ulike deler av befolkningen (Hauge & Mittelmark 2003). Forebyggende innsats forstås da gjerne som ment å skulle virke ovenfra og ned. Informasjon og tiltak skal få folk til å ta de riktige valgene og avstå fra valg som kan gi helseutfordringer. Men forebyggende innsats kan også forstås som nedenfra og opp, gjennom å dyktiggjøre enkeltindividet (jf. Balke 2013). I et helsefremmende perspektiv vil en slik strategi for nedenfra og opp antakelig være den som gir best resultater, gitt at det her er snakk om å bidra til økt egenmestring.

Overført til familiestøttende tiltak kan et ovenfra- og nedperspektiv kombineres med nedenfra- og opp. Det er etablert lovforbud mot å bruke vold i oppdragelser. Et lovforbud og informasjon om at det finnes, virker ovenfra og ned. Samtidig arbeides det med foreldreveiledning, med å dyktiggjøre foreldre i å bygge gode relasjoner til egne barn og finne andre metoder for grensesetting. Både lovverk, informasjon og foreldreveiledning har et forebyggende siktemål, men mens lov og informasjon virker ovenfra og ned, gir veiledning og opplæring muligheter til å endre praksiser nedenfra og opp.

Ulike foreldrepraksiser

Foreldrepraksiser blir ikke til i et privat vakuum. De er preget av normer, det vil si tydelige samfunnsforankrede forventninger til hva som bør gjøres og hva som ikke bør gjøres (jf. Pedersen 2012). Foreldreskap kan, slik forstått, beskrives som et sett av praksiser som uttrykker foreldres forståelse av hva barn trenger i det samfunnet de er en del av, og hva som, gitt dette, er deres ansvar som foreldre (jf. Morgan 1996). Men

⁵ St.meld. nr. 16 (2006-2007) ...og ingen sto igjen, s. 10.

også hva slags verdier foreldre vil at ungene deres skal ha med seg; hva slags mennesker de ønsker at deres sønner og døtre skal være. Ut av de strategiene foreldre følger i sine oppdragerpraksiser, kan det leses dannelsingsprosjekter (jf. Bråten 2014).

Foreldres praksiser er forskjellige, og det finnes ulike tilnærminger der disse forskjellene blir søkt beskrevet og begrepsfestet på måter som kan anvendes som analytiske strategier i empiriske studier av faktiske foreldreskap. Et av de første bidragene som begrepsfestet ulike foreldrestiler, er Shaefer (1959), som identifiserte to hoveddimensjoner i mødres atferd overfor egne barn. Den ene kalte han *autonomi vs. kontroll* og den andre *kjærlighet vs. fiendtlighet*. Ulike kombinasjoner av disse to dimensjonene ga ulike foreldreatferd. Seinere ble disse tilnærmingene videreutviklet av Becker (1964) og Baumrind (1987, 1991). Diana Baumrinds modell for å differensiere foreldrestiler er fortsatt utbredt i analyser av foreldrepraksiser. Hun opererer, som i den opprinnelige modellen, med to dimensjoner foreldres atferd kan plasseres langs, og begrepsfester basert på dette fire ulike foreldrestiler. Den første dimensjonen angir graden av krav/kontroll (demandingness), den andre dimensjonen angir grad av mottakelighet/varme (responsiveness). Basert på hvordan foreldre agerer langs disse aksene, kan deres foreldreskap kategoriseres ut fra fire hovedtyper av foreldrestiler. Disse er: 1) Autoritativ foreldrestil (høy grad av kontroll og høy grad av varme). Disse foreldrene er fleksible, men bestemte. De formidler sine forventninger til barnet, men er villige til å forhandle. 2) Autoritær foreldrestil (høy grad av kontroll og lav grad av varme). Disse foreldrene er dirigerende, med vekt på barnas lydighet overfor foreldrene. De viser mindre omsorg og varme for barnet og oppmuntrer ikke til diskusjon. 3) Ettergivende (lav grad av kontroll og høy grad av varme). Disse foreldrene er lite krevende og kontrollerende og lar barna i stor grad styre seg selv. De er lydhøre og unngår konfrontasjoner. 4) Avvisende/forsømmende eller passiv foreldrestil (lav grad av kontroll og lav grad av varme). Disse foreldrene har få krav og forventninger. De er lite strukturerende og disiplinerte og veileder barna i liten grad. De kan også være aktivt avvisende eller forsømme barnet. Dette er foreldre som krever lite og som gir lite.

All foreldrepraksis kan ikke kategoriseres ut fra disse fire stilene. Andre forskere har dessuten problematisert at modellen mangler et sosialt og kulturelt perspektiv. Foreldrenes praksis påvirkes av foreldrenes ideer om barn og oppdragelse, noe som gjerne er kulturelt betinget, men også betinget av den sosiale sammenhengen relasjonen mellom foreldre og barn finner sted innenfor (slekt, naboskap, skole osv). Nyere oppdragermodeller har derfor søkt å knytte foreldrenes kulturelle ideer om barneoppdragelse til deres foreldrepraksiser (se for eksempel Bronfenbrenner 1977, 2005; Belsky 1984; Super & Harkness 1995, referert i Jåvo 2010). Hvordan barn fostres, påvirkes altså ikke kun av den nære relasjonen mellom foreldre og barn og karakteristika ved dem, men også av omgivelsene – nærmiljøet og storsamfunnet de lever innenfor.

Forskning konsentrert om kulturelle og sosiale forskjeller finner at det er variasjoner avhengig av sosial bakgrunn (som regel målt ved hjelp av utdanning, yrke og/eller

inntekt). Lareau (2002) finner for eksempel, basert på amerikansk empiri, en middelklassepraksis preget av såkalt intensiv kultivering – det vil si at foreldre bestreber seg på å legge til rette for barnets utvikling. Dette krever tett oppfølging og involvering i barnas liv. Arbeiderklassepraksis beskrives til sammenligning som basert på naturlig utvikling, noe som innebærer et foreldreprosjekt med grensesetting, samtidig som barna skal bygges opp som autonome individer ved å utfolde seg sammen med andre barn.

Lignende forskjeller er funnet basert på norsk empiri. Stefansen (2011, 2012) finner i en studie av småbarnsfamilier (barn i alderen 0–3 år) at middelklasseforeldre tenderer til å forstå barnet som et kompetent og læringsorientert individ, en robust skapning som trenger å få stimulert sitt naturlige driv mot å utforske verden. Arbeiderklasseforeldre er på sin side opptatt av at de minste barna bør skjermes mot unødvendige påkjenninger, og de trekker tydelige grenser mellom de ulike sfærene i barnas liv, mellom hjemme og ute (Stefansen 2012).

Aarseth (2014) har undersøkt middelklassens praksiser ved å intervju foreldre i den kulturelle og økonomiske middelklassen – og som har barn som er eldre enn i Stefansens (2011) undersøkelse. Aarseths foreldre investerer mye i egne barns livs. Kulturmiddelklassen er opptatt av å stimulere til nysgjerrighet og læring i det daglige, basert på barnas egne interesser og ønsker. Mens den økonomiske (øvre) middelklassen legger vekt på å gjøre barna «fit for fight» til å møte krav i skolen og i idrettsaktiviteter, samtidig fungerer familien som en trygg havn der man kan hente seg inn og bygge overskudd til innsats i utdanning, arbeid og fritidsaktiviteter.

Erstad (2015) finner i sin studie av mødre med pakistansk bakgrunn i Alna bydel i Oslo, at det er en klassesdimensjon i foreldrepraksiser blant de som har norsk-pakistansk bakgrunn, som ligner den andre forskere har funnet både i norsk sammenheng og internasjonalt. Samtidig har forhold som immigranterfaringer og generasjon betydning (jf. Erstad 2015, s. 200).

Foreldres sosiale klassebakgrunn påvirker måten de er foreldre på, og hvordan foreldre utøver foreldreskap kan i neste omgang få betydning for barnas videre liv (Stefansen 2011). Samtidig er det, når forskjeller gis oppmerksomhet, viktig å påpeke at ulike stiler og strategier sjelden gjenfinnes i rendyrket form, slik at sosiale og kulturelle forskjeller ikke gjøres mer absolutte og større enn de er.

Dette er det en tendens til, særlig når kulturelle forhold knyttet til landbakgrunn og religion er tema. Det brukes da gjerne begreper som moderne kontra tradisjonelle familier og som kollektivistisk orienterte kontra individualistisk orienterte familier. Familier med opprinnelse i et vestlig land beskrives gjerne som mer individualistisk orientert enn familier fra sør og øst, med en mer kollektivistisk tradisjon (Skytte 2001).

En individualistisk kultur forstås som forskjellig fra en kollektivistisk for eksempel når det gjelder oppfatningen av individet, regler for atferd, for forholdet mellom kjønne, for sanksjoner, autoriteter, verdier i oppdragelsen og moralens mål (jf. Skytte 2001). En individualistisk kultur vektlegger uavhengighet, autonomi og selvhevdelse,

der det er viktig å utvikle individuell identitet og autonomi fra gruppen eller familien. En kollektivistisk kultur vektlegger til sammenligning gjensidig avhengighet, plikt og underkastelse. Identitet er i mindre grad noe individuelt, og i større grad bestemt av familie og gruppen man er del av. Det er fellesskapet framfor en selv.

Kollektivism og individualisme er verdier som preger familier og foreldrepraksiser. Og ethvert begrep om kultur innebærer generalisering, gitt at kultur viser til noe kollektivt, noe delt. Men å si at noe er kulturbetinget behøver ikke å bety at «alle gjør det, og de gjør det på samme måte, fordi de må» (Bredal 2010, s. 38). *Overgeneralisering* er en måte å forstå og bruke kultur analytisk på, som tillegger grupper homogenitet – det vil si at alle opptrer på samme måte innenfor sin kultur, og der kultur blir noe bestemmende (Bredal 2010, s. 43), noe som styrer individer og grupper av individer framfor å bli gjenskapt og omskapt av dem. Derfor bør for eksempel kollektivism kontra individualisme, for å gi forståelse, tenkes mer som ytterpunkter på en skala der ulike familier og individers tilnærminger og praksis gjør at de kan plasseres ulike steder på skalaen, og der de vil være i bevegelse påvirket av de relasjoner og samfunnsrammer de inngår i.

Poenget i vår sammenheng er at siden tilnærminger til oppdragelse varierer etter familiens sosiale og kulturelle bakgrunn er offentlig foreldreveiledning ikke uproblematisk. Når offentlige myndigheter ikke lenger kun er opptatt av å legge til rette for at folk skal ha mulighet til et godt liv, men av å gi klare føringer for hva som *er* et godt liv, løper offentlige myndigheter en risiko for å gjøre enkelte sosiale og kulturelle utgaver av hva som er godt og riktig om til en allmenngyldig fasit, eller de framhever enkelte f.eks oppdragerpraksiser som mer *riktige* enn andre.

Beverley Skeggs (2002) diskuterer dette med utgangspunkt i engelsk empiri om unge jenter med arbeiderklassebakgrunn som velger omsorgsfag som videregående utdanning. De har en oppfatning om at de kan ta i bruk sin feminine kulturelle kapital, det de har lært om omsorg i egen familie, men oppdager at ikke *all* omsorgspraksis vurderes som like god. Og siden ikke all omsorg nødvendigvis er god omsorg, må de lære seg de riktige metodene. De blir lært at familier som bruker de riktige metodene, kan løse ethvert problem (Skeggs 2002). Omsorgspraksiser i familien blir altså noe som må læres av eksperter, noe som det er mulig å gjøre både rett og galt – og som derfor ikke er noe alle bør praktisere med basis i det man har lært i egen oppvekst og eget familieliv. Gjør man det rett og følger ekspertens råd, vil det gå familien godt. Gjør man det feil, går det galt, og da har man seg selv å takke (Skeggs 2002).

Dette beskrives også som en politisering av familien, ved at myndighetene har begynt å lage en politikk mer basert på å korrigere familiers praksiser enn på å endre sosiale og økonomiske forhold (se f.eks. Gillies 2007). Når Gillies (2007) kritiserer en slik politisering av familien, er det basert på at det å være foreldre dermed ikke lenger forstås som noe privat, men som en praksis som skal utøves basert på en bestemt kunnskap og kompetanse. Det legges til grunn, argumenterer Gillies, at en slik kunnskap

og kompetanse finnes i enkelte familier, men ikke i alle. Myndighetene intervenserer derfor i noen familier med veiledning, for å endre praksiser som de mener er feil. Og familiene det intervenseres i er først og fremst familier på bunnen av det sosiale hierarkiet. Dette bidrar til å plassere ansvaret for dårlige familiepraksiser og på å endre disse i den enkelte familie, framfor å gjøre dårlige familieforhold til et samfunnsansvar og sette inn omfordelende tiltak som kunne styrke familien sosialt, mener Gillies. Kritikken er i hovedsak basert på de siste to tiårenes utvikling i Storbritannia, der familie- og foreldrepolitikken har vært særlig opptatt av familier nederst på den sosiale rangstigen. Gillies (2007) kritiserer myndighetene for at de i større grad enn før «blander seg inn» i familieliv på måter som ikke bidrar til utjevning men heller til å forsterke sosiale hierarkier.

Politisering av familien kan kritiseres med et sosialt og kulturelt utgangspunkt, basert på at myndighetene etablerer en type standard for foreldreskap som ikke anerkjenner de tilnærminger og forståelser som finnes i mange familier fra før og bruker disse som utgangspunkt – det vil si at foreldreveiledning drives på måter som ikke er kultursensitiv. Å være kultursensitiv betyr å anerkjenne at kulturelle forskjeller men også likheter finnes, og at dette påvirker den enkeltes verdier, læring og atferd (Jávo 2010, s.155). Det innebærer å anerkjenne kultur som en viktig kilde til følelser, forventninger og praksiser, samtidig som det ikke overgeneraliseres på måter som bidrar til kulturdeterminisme, og til å etablere absolutte skiller mellom grupper og individer med ulik sosial og kulturell bakgrunn.

Politisering av familien kan også, i sammenhenger hvor det særlig er enkelte familier i bunnen av sosiale hierarkier som oppsøkes med veiledning, kritiseres for å være feil prioritering. At det ikke er foreldreveiledning familier i sosiale vanskeligheter behøver mest, men omfordelingsiltak.

Og politisering av familien kan kritiseres med utgangspunkt i at myndighetene, som en generell betraktning, ikke bør blande seg særlig i familiers private praksiser.

Det private og det offentlige

Diskusjoner om forholdet mellom individ og samfunn, mellom det private og det offentlige, har eksistert siden de første greske filosofer satte hverandre stevne. Innenfor dagens velferdsstat kan det skilles mellom en liberal tilnærming og en – om man vil – sosialdemokratisk tilnærming. En liberal tilnærming er opptatt av å sikre individet personlig integritet for kropp og sjel og privat autonomi, det skilles tydelig mellom det private og det offentlige som to deler av samfunnet, der ulike logikker hersker. Mens formalisme og formålsrasjonalitet dominerer i det offentlige, er det private beskyttet fra en slik logikk. Definisjoner av hva som er det gode liv, plasseres innenfor det private, det er ikke det offentliges oppgave. Offentlig befatning med dette kan, argumenteres det, lett utarte til paternalisme og totalitære tendenser. Sivile rettigheter og privat

autonomi, en moralsk rett til et negativt definert handlings- og yringsrom (retten til å være uenig), er like grunnleggende som politiske, sosiale og kulturelle rettigheter. Sosialfilosofen Axel Honneth argumenterer for eksempel for den enkelte kvinnes (og må vi tro, manns) rett til å utvikle «et naturlig forhold» til sine barn, sitt arbeid, til det offentlige liv og seg selv (jf. Holst 2002, s. 71). Ut fra en slik tilnærming bør oppdragelse tilhøre den private sfæren og de logikker som hersker der.

Innenfor de skandinaviske velferdsstatene forstås imidlertid ikke skillet mellom det private og det offentlige som like absolutt. En årsak er at man, for å kunne skape sosial utjevning, ikke kan operere med et slikt skarpt skille siden forhold som tilhører det private (i familien) og forhold som tilhører det offentlige (i blant annet arbeidslivet) henger sammen. Argumentet om at det private er politisk ble framført av feminister gjennom 1970-tallet som et argument for at offentlige myndigheter, stat og kommune, måtte bry seg med arbeidsdeling, økonomisk fordeling og vold i familien. Hvis ikke, ville like muligheter uavhengig av kjønn være umulig å realisere. Ut fra en slik tilnærming bør ikke det private og det offentlige betraktes som skarpt adskilt. Velferdsstaten bør «blande seg inn» i det private – i familiens liv (jf. Holst 2002, s. 74). Staten kan, slik Helga Hernes (1987) beskrev det, legge til rette for og være en drivkraft for likestilling, den kan være kvinnevennlig. Dette forutsetter imidlertid at velferdsstaten ser dette som sin oppgave.

Et velferdsregime kan defineres som den måten stat, marked og familie produserer og fordeler velferd. Gøsta Esping-Andersen (1999, 2000, 2009), skiller med utgangspunkt i dette mellom tre ulike velferdsregimer i den vestlige verden. Basert på individets uavhengighet av marked og av familie, samt om velferdsordninger opprettholder gruppeforskjeller, skilles det mellom det sosialdemokratiske – eller skandinaviske velferdsregimet, det liberale velferdsregimet – i land som USA, Storbritannia, Australia og Canada, og det konservative velferdsregiment – i land som Frankrike, Italia, Spania og Italia.

Det liberale regiment er kjennetegnet ved at myndighetenes ansvar er avgrenset, inntektssikring og tjenester er konsentrert om de med størst behov. I tillegg dekker de et smalt utvalg av risikoer og behov, markedet oppmuntres til å ta hånd om folks sosiale behov. Det konservative regimet kjennetegnes til sammenligning av at det er statussegmenterende – ved at myndighetene gir ulik inntektssikring og tilbud til ulike grupper og ved at stort ansvar er lagt på familien, både når det gjelder inntektssikring og velferdstjenester. Endelig er det sosialdemokratiske eller skandinaviske regimet preget av universalisme ved at rettigheter til inntektssikring og tjenester gis individuelt og er knyttet til status som borger, tiltak i regi av offentlige myndigheter omfatter et vidt spekter av behov, det er relativt lite innslag av private markedsløsninger i velferdstiltak, inntektssikringen er generøs – og ulike tiltak har fra 1970-tallet av tatt sikte på å fremme yrkesdeltakelse også blant kvinner (Esping-Andersen 1999, 2000, 2009).

I tidlig etterkrigstid var alle typer velferdsstater basert på premisset om familisering. Etterkrigstidens sosialpolitikk forutsatte en mannlig forsørger og hjemmeværende

husmor som tok hånd om omsorgsoppgaver i familien, velferdsstatene bidro derfor primært med inntektssikring framfor velferdstjenester. Barn, eldre og andre som trengte omsorg ble tatt hånd om av kvinnene i familien. Fra 1970-tallet ble dette endret innenfor rammene av særlig en type velferdsstater – de skandinaviske – her ga økt yrkesdeltakelse blant kvinner vekst i velferdstjenester rettet mot familien. I Nord-Amerika og Storbritannia baserte myndighetene seg i stedet på markedsalternativet, gjennom skattereduksjoner. Mens de fleste vesteuropeiske landene for øvrig, med et unntak for Belgia og Frankrike, fortsatte sin familiserende politikk.

Paradokset er imidlertid, argumenterer Esping-Andersen, at det er de familiserende statene som har størst utfordringer med familien i form av en nedgang i fertilitet og en økning i barnløshet. Kvinner, og da særlig kvinner med høyere utdanning, lar være å få barn eller får få barn, fordi det ikke tilbys tjenester som gjør det mulig å kombinere barn og jobb (Esping-Andersen 2009, s. 80–81).

Begrepet defamilisering er brukt om de skandinaviske velferdsstatene, fordi deler av familiens omsorgsoppgaver er overført til det offentlige (Leira 2006). En betydelig andel av familiers tradisjonelle omsorgsforpliktelser ble i løpet av 1960-, 70- og 80-tallet underlagt velferdsstatens og kommunenes politisk-administrative regulering, kvalitetskrav og kontroll. Dette innebar, skriver Leira (2012), økt profesjonalisering og dessuten nye standarder og normer for hva god omsorg var og burde innebære. Tilbud som tidligere var gitt selektivt for å støtte særlig utsatte familier eller valgt av familier som ønsket forberedelse til skolestart – barnehagene, har i løpet av fire tiår utviklet seg til et universelt gode. Normen er for eksempel at barnehagetilbudet bør brukes, og de aller fleste familier velger det. Refamilisering innebærer på sin side at familien styrkes gjennom offentlig innsats (Leira [2004]2007). Foreldrepermisjon kan være eksempel på et slikt tiltak, der staten gjennom betalt fravær fra arbeid i forbindelse med fødsel og barseltid, gir mulighet til å trygge og styrke familier, gitt at både mor og far har lønnsarbeid.

Begrepene defamilisering og refamilisering nyanserer diskusjoner om privat kontra offentlig. Det viser fram at ulike statlige intervensjoner rettet mot familien kan forstås som en måte å blande seg inn og overta oppgaver på, men også som en måte å styrke familien ved å legge til rette. Ludvigsen og Danielsen (2009) viser for eksempel, basert på analyser av stortingsdebatter om samlivskurs i regi av det offentlige, hvordan dette tiltaket både kan forstås som et eksempel på defamilisering og som et eksempel på refamilisering.

Barns rett, foreldres plikt og statens ansvar – oppsummert

Argumenter for at myndigheter skal støtte foreldre i foreldreskapet er først og fremst ansvaret for å ivareta barnets individuelle rettigheter. Herunder retten til å omsorg, støtte og nærhet fra voksenpersoner, primært av foreldre, og hvis det ikke er mulig, av

andre. Den norske staten setter grenser for foreldreansvaret i lovs form, ved å peke på barnets rett til utdanning og til ikke å bli utsatt for vold. For øvrig er det opp til de foreldreansvarlige å sikre forsvarlig oppdragelse. Men staten skal bistå. Hvordan og i hvilken grad foreldre skal støttes, er et politisk spørsmål, knyttet til forholdet mellom det private og det offentlige, og til hvor det ansees riktig at grensen trekkes. Grensen for hva som anses som nødvendig innsats fra myndighetenes side påvirkes av endringer i samfunnet og av politisk fastsatte mål, og grensen påvirkes også av hva som skal til for å nå mål. Derfor er spørsmålet om hvilke tiltak som virker, viktig.

2 Tilnærminger

I dette kapitlet drøfter vi innledningsvis ulike tilnærminger til hvordan det kan undersøkes om foreldreveiledning som ledd i en strategi for tidlig innsats, virker. Deretter redegjør vi for hvordan vi har gått fram for å finne tekstene denne kunnskapsstatusen bygger på, og hvilke utfordringer vi har møtt i den sammenhengen. Vi redegjør også for avveininger rundt inkludering av tekster som ikke er fagfellevurdert, såkalt grå litteratur. Vi redegjør for ekspertintervjuer som er gjennomført, hvordan vi har valgt ut aktuelle for intervju og hvordan vi bruker ekspertintervjuene i rapporten.

2.1 Ulike tilnærminger til å virke

En kunnskapsstatus er bygget på forskningsbidrag og eventuell grå litteratur, det vil si relevante artikler og annet (for eksempel masteroppgaver) som behandler den aktuelle tematikken. Denne kunnskapsstatusen skal gi svar på hva vi vet og hva vi ikke vet om resultater og virkninger av foreldrestøttende tiltak satt inn som et ledd i en strategi for tidlig innsats. Tidlig innsats dreier seg, slik vi har redegjort for i kapittel 1, dels om å forebygge problemer i befolkningen, dels om å identifisere de som trenger særskilt oppfølging tidlig, slik at tiltak kan settes inn før problemer rekker å utvikle seg. I internasjonal forskningslitteratur brukes begrepet «prevention science», noe som for eksempel kan defineres slik:

«Prevention science is the systematic study of efforts to reduce the incidence of maladaptive behavior and to promote healthy behavior in populations across the life course through conceptualizing, designing and evaluating interventions as well as disseminating knowledge about them.» (Reynolds 2004, s. 16)

Det vil si å redusere nærværet av praksiser som gjør skade og fremme de som er til gagn – her hva helse angår – ved å designe, implementere og evaluere tiltak (intervensjoner). Når man i en strategi for tidlig innsats er opptatt av hvordan noe virker, er det evaluering av iverksatte tiltak man er opptatt av.

Evaluering kan defineres som å samle inn opplysninger på en systematisk måte for å undersøke om tiltak som er satt inn har hatt noen virkning, hva slags virkning og hvordan denne virkningen eventuelt ble til (Johannessen et al. 2005, s. 79). Evaluering

kan gi svar på hva som er oppnådd sett i forhold til det gjennomførte tiltakets mål, men metoden kan også gi tilgang til erfaringer fra implementering og gjennomføring av tiltaket som kan brukes i et videre utviklingsarbeid (jf. Sverdrup 2002). Evalueringer kan altså være opptatt av både *resultater* og *prosesser*. Det er dessuten slik at opptatthet av prosess og gjennomføring av et tiltak kan være en forutsetning for å kunne optimalisere resultater over tid.

Resultatstudier

Hva er målet med å sette inn tiltak overfor foreldre i oppdragerrollen? Dette vil bli utforsket nærmere i kapitlene som følger, både overordnet, som politiske målsettinger, og knyttet til enkelttiltak. Overordnet er hensikten slik vi har redegjort for i kapittel 1, barns rett. Målet med foreldrestøttende tiltak er å sørge for at barn ivaretas på best mulig måte. Barn fødes inn i familier, hvor voksne omsorgspersoner har ansvaret for å sikre overlevelse, tilknytning, omsorg og utvikling gjennom oppvekstårene. Samtidig vet vi at foreldre kan ha behov for og ønske om støtte i oppdragergjerningen. Målet kan formuleres som at foreldre blir bedre foreldre av den innsatsen som settes inn, og dernest at barna klarer seg bedre. Overordnet er hensikten altså todelt: Foreldre blir bedre foreldre, og dette gir seg utslag i at barns tilværelse blir bedre.

I en god del sammenhenger hvor tidlig innsats drøftes, formuleres også et tredje mål: gunstige samfunnsøkonomiske effekter. Dette blir enten sannsynliggjort med beregninger eller det framsettes som en logisk antakelse: Forebyggende og tidlige innsatser overfor familier lønner seg. Å forebygge er kostnadseffektivt, sammenlignet med å reparere problemer som får lov til å utvikle seg (se f.eks. Linnosmaa et al. 2011). Dersom veiledning til foreldre gjør at barn følger vaksinasjonsprogram, får god ernæring og utvikler trygg tilknytning til voksenpersoner de stoler på, så er det kostnadseffektivt når det sammenlignes med at fysisk/psykisk skade påføres barnet. Skader kan både gi svekket arbeidsevne og kreve behandling. Psykisk uhelse er for eksempel ikke bare en sykdomsbelastning, det gir også store sykdomskostander, tapte arbeidsår og kostander til uføretrygd og sykefravær (Major et al. 2011).

Spørsmålet om hvorvidt et tiltak virker blir gjerne, når resultater står i sentrum, både et spørsmål om foreldre blir bedre foreldre, om barn får det bedre og om kostnader kan spares inn. Når resultater skal undersøkes, er en vanlig framgangsmåte å ta utgangspunkt i teori/tidligere forskning, avlede empiriske konsekvenser som man tenker seg at tiltaket vil kunne ha (hypoteser), for deretter å teste disse mot observerte konsekvenser. En slik tilnærming krever kvantitative metoder basert på eksperimenter, spørreskjema eller standardiserte observasjoner. Og det viktigste resultatet av evalueringen er den registrerbare effekten (Sverdrup 2002, s. 24).

Effekt målinger er krevende når det som skal undersøkes ikke er effekt av et medikament eller et tydelig avgrenset tiltak (som røykeslutt eller kostholdsending), men end-

ringer i foreldres tilnærminger og praksiser i møte med egne barn. Det som skal måles er endringer i nære relasjoner. Å operasjonalisere en eller flere målsettinger som det er mulig å undersøke, er krevende. I tillegg skal det gjennomføres en datainnsamling som gjør det mulig å si om endring har skjedd og mål er nådd, og sannsynliggjøres at det er intervensjonen (tiltaket) som har forårsaket en eventuell endring, og ikke andre forhold.

Ungsinn⁶ har utviklet et klassifikasjonssystem for vurdering av i hvilken grad effekten av tiltak satt inn for å bedre barns og unges psykiske helse er dokumentert. Dette er en klassifikasjon som har fått stor innflytelse, noe vi kommer tilbake til andre steder i denne rapporten. I klassifikasjonen Ungsinn la til grunn fram til november 2015, opereres det med fire evidensnivåer, det vil si ulik grad av dokumentert effekt av tiltaket. Evidensnivå 1 er *potensielt virksomt tiltak*. Evidensnivå 2 er *sannsynlig virksomt tiltak*. Evidensnivå 3 er *funksjonelt virksomt tiltak*, og evidensnivå 4 er *dokumentert virksomt tiltak*. I tillegg ble det angitt dokumentasjonsgrad gjennom et stjernesystem, fra én stjerne til fem.⁷ I den nye klassifikasjonen som gjelder nå, opereres det med fem evidensnivåer. Vi kommer tilbake til den nye klassifiseringen og begrunnelsen for denne, om litt. Først kort om kravene etter den gamle klassifikasjonsstrukturen, da den ligger til grunn for flere tidligere evalueringer og kunnskapsoppsummeringer.

Evidensnivå 1 i den gamle strukturen angir at tiltaket potensielt kan ha effekt, det omfatter prosjekter der tiltakets ulike elementer er beskrevet i detalj, med målsetting, målgruppe, metoder og materiell, men der det ikke er framskaffet kunnskap om effekter av tiltaket. Det vises til at følgende metoder kan være brukt til å beskrive tiltaket: observasjoner, dokumentanalyse, intervjuer, kvalitative studier og kasusbeskrivelser.

Evidensnivå 2 i gammel klassifikasjonsstruktur angir at det er snakk om et tiltak som sannsynligvis har effekt. I tillegg til beskrivelsene av tiltaket skal det være vist til/beskrevet en teori som sannsynliggjør effekt gitt målsettinger og målgruppe. Det vises til at dette kan gjøres gjennom forskningsmetoder som litteraturgjennomganger og ekspertuttalelser. Tiltak som kun er prøvd ut i andre land enn Norge, plasseres også – i Ungsinns gamle klassifikasjon – på evidensnivå 2.

Evidensnivå 3 i gammel klassifikasjonsstruktur angir at tiltaket er funksjonelt virksomt. Det må være gjennomført effektevalueringer som demonstrerer at tiltaket leder til ønskede forandringer i målgruppen. I tillegg til beskrivelser og teorigjennomganger (som vist til på nivå 1 og 2) skal det foreligge systematiske evalueringer, og disse skal være gjennomført i Norge. Kvaliteten på evalueringene gjør imidlertid at det ikke kan utelukkes at endringene kan være forårsaket av andre faktorer enn tiltaket. Indikasjon

⁶ Ungsinn er et elektronisk vitenskapelig tidsskrift om tiltak for barn og unges psykiske helse. Tidsskriftet inneholder systematiske kunnskapsoppsummeringer om enkelttiltak, med praktisk informasjon om tiltakene og gjennomganger av hvor godt dokumentert effekten av tiltakene er. Ungsinn drives av Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – Nord (RKBU Nord) ved UiT Norges arktiske universitet, på oppdrag fra Helsedirektoratet.

⁷ www.ungsinn.no/post_artikkel/prinsipper-for-klassefisering-i-ungsinn/ Lesedato 29.08.16

på at tiltaket kan være virksomt kan oppnås med metoder som kvasiek eksperimenter med kontrollgrupper (dette innebærer at eksperimentgruppe og kontrollgruppe ikke er tilfeldig trukket), referansestudier, normstudier, før- og ettermålinger.

Evidensnivå 4 i gammel struktur er definert som «dokumentert virksomt tiltak». Kravene er at det skal være sterk evidens, sterke bevis for at resultatene fra evalueringen er en effekt av tiltaket (som undersøkes) og ikke av andre faktorer. Forskningsdesignet må altså sannsynliggjøre med stor grad av sikkerhet at resultatene er forårsaket av tiltaket. Dette kan for eksempel skje gjennom randomisert kontrollgruppedesign, en såkalt RCT-studie (Randomized controlled trial). Det vil si at én eksperimentgruppe får tiltaket, mens en annen gruppe (kontrollgruppen) ikke får tiltaket – og at begge grupper skal være tilfeldig trukket/sammensatt. Studiene skal være gjennomført i Norge.

Det er altså, når denne klassifiseringen legges til grunn, noe for eksempel Rambøll (2013) gjør i sin kunnskapsstatus om foreldrestøttende tiltak i Norden, en sterk fokusering på dokumentert effekt. Det ypperste kravet til dokumentert effekt er komparasjon – sammenligning av grupper med og uten tiltak – og aller helst, at man kan dokumentere at tiltaket virker over tid, ikke bare rett etter intervensjon. Klassifikasjonene inkluderte kvalitative studier primært som en inngang til å dokumentere et tiltak, eventuelt å sette tiltaket inn i en teoretisk sammenheng der det kan sannsynliggjøres at det vil virke. Kvalitative studier var ikke inkludert som en metode som kunne si noe om effekt, annet enn å bli brukt til å beskrive tiltaket som utgangspunkt for en effektmåling.

Klassifikasjonene er forholdsvis nylig blitt revidert. Dette er begrunnet med at begrepet «evidensbasert tiltak» er blitt brukt om tiltak dokumentert med den såkalte «gullstandarden». Det vil si et forskningsdesign med RCT, en randomisert kontrollert studie (jf. evidensnivå 4). Dette er studier, påpeker Ungsinn, som er ressurskrevende og noen ganger ikke mulig å gjennomføre av praktiske og etiske hensyn, derfor legges det nå til grunn et noe mer fleksibelt system for vurdering av evidens. I tillegg vektlegges kvaliteten ved flere metodiske aspekter enn før, samt at implementeringskvaliteten vurderes. Slik er den metodiske oppmerksomheten utvidet noe i den nye klassifiseringen av effekt, sammenlignet med den gamle. Den nye klassifiseringen av evidens har fem nivåer: Nivå 1 er et godt beskrevet tiltak (som evidensnivå 1 i gammel klassifisering). Nivå 2 er et teoretisk begrunnet tiltak (omtrent som evidensnivå 2 i gammel klassifisering). Nivå 3 er tiltak med noe dokumentasjon på effekt. Det vises her til at dette kan være nordiske studier av effekt eller systematiske internasjonale kunnskapsoppsummeringer, og at forskningsdesign kan være pre-postdesign, norm- eller referansestudier. Men også kvalitative studier og kasusundersøkelser og enkeltstående casestudier. Nivå 4 er tiltak med tilfredsstillende dokumentasjon på effekt. Kravet er at det er gjennomført minst én nordisk studie av tiltaket, at det er gjennomført RCT-effektstudier under ideelle betingelser, eller studier med kvasiek eksperimentelt design. Nivå 5 er tiltak med sterk dokumentasjon på effekt. Det skal foreligge minst to studier av tiltaket, hvorav én nordisk. Minst én av dem skal være gjennomført av en forskergruppe som er uav-

hengig av tiltaksutvikler. Forskningsdesign skal være RCT-effektstudier eller gode kvasiseksperimentelle studier under naturlige betingelser. Studien skal være gjennomført med høy kvalitet, det skal være store nok effekter på utfallsmål til at dette har praktisk betydning. Oppfølgingsmålinger skal gjennomføres innen seks måneder etter intervensjonen, og tiltaket må være klart til implementering.⁸

Dette er, slik Ungsinn også beskriver det, en noe mer åpen tilnærming til hvordan resultater rent faktisk kan måles, for eksempel ved at kvalitative casestudier kan gi «noe dokumentasjon av effekt» (nivå 3). I tillegg er kriteriene for hva som er god forskningsmetodisk kvalitet skjerpet inn, for eksempel ved å diskutere forholdet mellom målekriterier i en effektstudie og formålet med tiltaket, samt om målekriteriene som legges til grunn passer, gitt norske eller nordiske forhold. Og det skal nå også vurderes hvordan tiltaket er blitt implementert. Samtidig er det ypperste målet på evidens fortsatt effektstudier av typen RCT, og da gjerne studier som er gjentatt over tid.

Prosesstudier

En prosessmåling er, til forskjell fra en resultatmåling, konsentrert om innsikt, forståelse og læring knyttet til hvordan tiltaket implementeres og gjennomføres (Sverdrup 2002, s. 32). Det primære er å undersøke hvordan et tiltak virker, i betydningen hvordan den konkrete innretningen av tiltaket er iverksatt og hvordan dette erfares av de som er involvert i det. Slike undersøkelser kan både være konsentrert om dokumentstudier, om erfaringene til de som implementerer og de som arbeider med å realisere tiltaket, og med de som er brukere av det. Undersøkelsene kan være brukerorienterte, både ved at det er brukernes erfaringer og synspunkter som kartlegges og/eller ved at brukernes tilnærminger legges til grunn når videre undersøkelser, det være seg prosess- eller resultatorienterte, gjennomføres. Studier som vektlegger prosess er mer induktive i sin tilnærming og vil slik kunne fange opp andre forhold og virkninger enn undersøkelser som fokuserer effekt i form av oppnådd resultat sammenlignet med planlagt resultat.

Proessorienterte studier av iverksatte tiltak, eller tiltak som prøves ut, kan bidra med kunnskap om hvordan de ulike delene av tiltaket erfares på måter som gjør det mulig å forstå hvorfor resultater nås eller ikke nås. Dersom resultatene av et tiltak ikke nås, kan studier som fokuserer prosess bidra til innsikt i hvorfor resultater ikke nås, og hva som bør endres for at de skal nås.

Resultatmålinger og prosessmålinger

Vi inkluderer både resultatmålinger og prosessmålinger i denne kunnskapsstatusen. Dette er det flere årsaker til.

⁸ http://www.ungsinn.no/post_artikkel/klassifiseringskriterier-nye-kriterier/ Lesedato 29.08.16

Resultatmålinger som tar sikte på å oppfylle de strengeste evidenskravene, slik disse er formulert i norsk sammenheng av Ungsinn, vil selvfølgelig bli inkludert. Samtidig har slike undersøkelser noen kjennetegn som gjør at vi ikke ønsker å basere en kunnskapsstatus på feltet foreldreveiledning kun på slike studier.

For det første: Mange av disse studiene vil være gjennomført i land utenfor Norden. Det vil si at effektene av tiltaket studeres i en annen populasjon og annen kontekst enn den norske. Effekter og erfaringer som framkommer er langt fra verdiløse, men samtidig er det krevende å overføre resultatene direkte til norske forhold, blant annet fordi den norske velferdsmodellen skiller seg fra den vi finner i mange andre vestlige land (jf. kap. 1.3). Dette er for øvrig også bakgrunnen når Ungsinn i sine klassifiseringer av evidens har vektlagt norske og nå nordiske studier dersom tiltaket skal nå høyeste evidensnivå.

For det andre: Kravene til hva som skal til for å fastslå effekt på en sikker måte, innebærer datainnsamlinger med vekt på spørreskjema – i de fleste tilfeller besvart av foreldre, på observasjoner av relasjonen barn-foreldre, som regel i en kontrollert sammenheng og basert på fastlagte kriterier. Slike studier er brukerorienterte ved at foreldre blir spurt, og de kan involvere brukere i design av tiltak og i evalueringsprosessen. Samtidig innbyr ikke disse undersøkelsene til brukermedvirkning. Prossessorienterte undersøkelser basert på erfaringer med, ikke kun resultater av et tiltak, har større potensial til å involvere brukere. Noe som, vil vi argumentere, er viktig når det som studeres er foreldreveiledning og støtte til foreldre. Det er, som vi har redegjort for i kapittel 1.3, diskusjon om i hvilken grad og hvordan offentlige myndigheter bør involvere seg i foreldres oppdragerpraksiser. Derfor er det som et ledd i dette prosjektet viktig å få høre brukeres erfaringer. Altså bør det inkluderes studier som inviterer til å gjøre foreldre og barn mer til subjekter og deltakere innenfor rammen av forskningsdesignet, enn til objekter og tilskuere. Tidlige innsatser er, som påpekt i kapittel 1.3, ikke utelukkende tiltak som er satt inn ovenfra og ned for å overtale de som mottar budskapet til å rette seg etter det. Det er også tiltak som tar sikte på å bygge kompetanse nedenfra og opp, og dyktiggjøre på måter som det ikke alltid er så enkelt å måle direkte effekt av på kort sikt – det være seg etter en uke, eller et halvt år.

For det tredje: Effektmålinger gjør det nødvendig å operasjonalisere målene med tiltaket til noe det er enkelt å måle med standardiserte forskningsmetoder, forhold som på en eller annen måte kan kvantifiseres. Risikoen er at mye informasjon om hvordan tiltaket virker da går tapt. Dette er informasjon som prossessorienterte undersøkelser med et mer induktivt design kan bidra til å ivareta.

For det fjerde: Denne kunnskapsstatusen fokuserer på universelle innsatser. Det vil si tiltak satt inn med potensielt hele foreldrepopulasjoner som målgruppe. Enkelte av tiltakene vi er opptatt av vil være universelle ved at de omfatter alle foreldre – et eksempel er helsestasjonens oppfølging av barn og foreldre fra hjemmebesøk til siste kontroll før skolestart. Andre tiltak vil ikke omfatte alle foreldre, men være rettet mot foreldre flest, allment – et eksempel er foreldreveiledningsprogram som tilbys i regi av

barnehager. Tiltak som omfatter alle foreldre, og tiltak som er rettet mot foreldre flest, og som de aller fleste foreldre som tilbys tiltaket benytter, vil, gitt kravene til randomiserte kontrollerte studier (RCT), være krevende å undersøke basert på strenge krav til evidens. Når et tiltak settes inn overfor en hel foreldrepopulasjon, finnes ingen naturlig kontrollgruppe, med mindre det er snakk om et tiltak som prøves ut avgrenset til en del av foreldrebefolkningen, før det eventuelt implementeres i hele befolkningen. I tillegg er det krevende å måle effekt av et allmennforebyggende tiltak som ikke skal rette opp problemer, men hindre at problemer utvikler seg. Det er derfor et åpent spørsmål hvor mange effektorienterte studier vi vil finne som omfatter universelle foreldretiltak.

Å vurdere om foreldrestøtte og tidlige innsatser virker, inkluderer altså i vår sammenheng både studier som er opptatt av målbare resultater og studier som er opptatt av å utforske hvordan tiltaket som studeres erfarer, hvordan tiltaket er tenkt, utformet og settes ut i livet, hva slags betydning implementering kan ha for virkningen av det og ikke minst hvilke andre faktorer som virker sammen med eller mot tiltaket. Alt dette er, i vår definisjon, studier som kan gi innsikt i hvorfor tiltaket virker eller ikke virker.

Vi har gjennom søk i bibliotekbaser og på andre måter søkt tilgang til kunnskap om resultater av og erfaringer med foreldreveiledning i form av konkrete foreldreveiledningsprogram, men også i form av andre foreldrestøttende tiltak. Vi har inkludert resultatorienterte studier og prosessorienterte studier.

2.2 Datainnsamling

Denne rapporten er bygget på et bredt systematisk litteratursøk kombinert med ni ekspertintervjuer. Vi vil her kort presentere metodene som er benyttet i datainnsamlingen.

Litteratursøk

Litteratursøket ble gjort med utgangspunkt i søketjenesten Oria, som er en felles portal til materialet som finnes ved de fleste norske fag- og forskningsbibliotek. Gjennom Orias institusjonstilgang hadde vi tilgang til alle relevante databaser for denne typen søk, som Norart, PsycINFO, Campell Collaboration Library, ERIC, Idunn, SocINDEX, Cochrane, Web of Science, for å nevne noen.⁹

Begrensningene som ble lagt inn, var at kilden ikke skulle være eldre enn 2004, og språk: kun kilder på norsk, svensk, dansk og engelsk ble inkludert. Vi gjennomførte

⁹ Institusjonstilgang via Oria gir også tilgang til en lang rekke baser som kan finnes her: <http://www.hioa.no/LSB/Databaser>

flere søk for å teste ut ulike søkerord og for å sjekke mulige svakheter med søkemotoren.¹⁰ Søket som ligger til grunn for gjennomgangen, ble utført 31. mars 2016. Sentrale søkeord og kombinasjoner av søkeord knyttet til begrepene tidlig innsats, foreldrestøtte og foreldreveiledning ble benyttet. I tilfeller der begrepspar ikke genererte treff, utvidet vi søk gjennom å akseptere lignende treff, og i de tilfeller der begrepspar genererte over 500 treff (som for eksempel «parenting styles»), ble søket begrenset ved å legge til smalere begrep. Søkene genererte 2049 treff, som ble gjennomgått av forskerne basert på titler og sammendrag der det var nødvendig.¹¹ Etter en vurdering av relevans, ikke kvalitet, ble 363 treff valgt ut for nærmere gjennomgang. Tekststressursene som ble valgt vekk i denne runden, var enten dubletter eller irrelevante bidrag i denne sammenhengen. De 363 treffene vi gikk videre med, ble sortert etter tema og systematisk gjennomgått. Kunnskapsbidragene ble vurdert ut fra to kriterier, relevans gitt dette prosjektets problemstillinger og faglig kvalitet. Bidrag som ble vurdert som relevante og av god faglig kvalitet, ble lagt til grunn i arbeidet med kunnskapsoppsummeringen.

Hva regnet vi som god faglig kvalitet?

Der vi henviser til andre kunnskapsoppsummeringer, som det viste seg å være mange av på dette feltet, har vi lagt kunnskapsoppsummeringens avgrensninger og vurderinger til grunn. Der vi har gjennomgått primærkilder, har vi dratt veksel på sjekklister for vurdering av ulike typer forskningsdesign, utarbeidet av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2014). Sjekklisten nedenfor ble lagt til grunn når vi gjennomgikk bidrag.¹² Vår kunnskapsstatus skulle, som redegjort for, både omfatte kvantitative og kvalitative bidrag. Enkelte punkter på sjekklisten varierer derfor avhengig av om det er snakk om et kvalitativt eller kvantitativt forskningsprosjekt, mens enkelte punkter er felles.

- Er formålet med studien godt formulert?
- Er forskningsdesignet som er valgt velegnet for å finne svar på de sentrale problemstillingene i prosjektet?
- Er det grundig redegjort for gjennomføringen av det metodiske opplegget, og for eventuelle utfordringer man har hatt underveis?
- I en kvantitativ studie: Er populasjonen utvalget i undersøkelsen er tatt fra, klart definert? Hvordan er utvalget trukket? Skiller respondentene som har svart seg fra utvalget? Er det skjevheter blant de som har svart som kan være en utfordring

¹⁰ Fordi systemet med institusjonstilgang via Oria var nytt på søkets tidspunkt, fulgte vi råd fra Nasjonalbiblioteket om å gjøre enkeltsøk i noen baser for å sammenligne treff. Dette genererte kun duplikater, og vi legger til grunn at systemet dermed ga oss full tilgang.

¹¹ For søkeord som ligger til grunn for dette søket, se vedlegg.

¹² <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler>

for representativiteten? Er datainnsamlingen standardisert? Er det redegjort for analysemetode?

- I en kvalitativ studie: Er det redegjort for utvalget av informanter? Hvilke kvalitative metoder er benyttet, og hvorfor? Framgår det hvordan analyser er gjennomført?
- Framgår det klart hva man fant, det vil si hva som er resultatene av undersøkelsen?

Forskningen som ligger til grunn for denne rapporten begrenser seg imidlertid ikke til treffene generert av søket i Oria. En vel så viktig kilde til relevant fagstoff viste seg å være systematiske søk på relevante nettsider, referanselister til studier som ble fanget opp gjennom Oria-søket, samt ekspertintervjuer. Samme metoder for kvalitetsvurdering ligger til grunn for alle inkluderte bidrag.

En viktig grunn til at mange bidrag ikke framkom etter søk, men ble inkludert etter gjennomgang av andre kilder, er prosjektets oppmerksomhet om foreldreveiledning og foreldrestøttende tiltak rettet mot foreldre flest. Vi avgrenset dette til foreldreveiledningsprogram som er rettet mot foreldre flest i Norge, men ønsket også å inkludere andre former for foreldrestøtte som tar sikte på å gi bistand i foreldres omsorgs- og oppdragelsesprosjekt. For å få tilgang til kunnskap om virkning av *andre foreldrestøttende tiltak*, tok vi utgangspunkt i arenaer hvor offentlige myndigheter møter foreldre flest. Det vil si universelle arenaer; i praksis helsestasjon, barnehage og skole. Vi inkluderte også familievernet, fordi det i gjennomgangen av politikken på feltet (se kap. 3) framgikk at familievernet hadde inngått i universelle strategier. Barnevernet ble ikke inkludert. Barnevernet driver forebyggende innsats, men å inkludere forebyggende barnevernsinnsats i en kunnskapsstatus basert på både norske og internasjonale bidrag, ville blitt for omfattende. Det ville dessuten være på siden av det som er dette prosjektets hovedansvar; de allment innrettede foreldreveiledningsprogrammene og foreldrestøttende tiltakene.

Søkene ble derfor konsentrert om universelt innrettede foreldreveiledningsprogram og de universelt innrettede arenaene. For å avgrense treff ble for eksempel begrepet helsestasjon (på ulike språk) kombinert med foreldreveiledning og foreldrestøtte.

Gjennomgangen av tekstene som framkom etter søk, avdekket at det var en del litteratur som angikk foreldreveiledningsprogram og særlig andre foreldrestøttende tiltak, som ikke hadde framkommet i søkene. Dette skyldes søkeordene vi benyttet. Ett eksempel: Kunnskapsbidrag som behandler helsesøsters relasjon til foreldre, kan være relevante gitt at vi ønsket å inkludere bidrag som både var prosess- og resultatorientert. Men søket ga i liten grad treff på slike kunnskapsbidrag. Flere er likevel blitt inkludert, i hovedsak etter gjennomgang av referanselister i tekster som kom opp i søket.

Rapporten er disponert ut fra oppdragets problemstilling, ikke den systematiske tekstgjennomgangen. Det vil si at vi ikke redegjør for ett og ett kunnskapsbidrag, men presenterer sammenhengende tekster basert på kunnskapsbidragene, for slik å

svare på problemstillingene. En slik framgangsmåte er valgt for å lage en mest mulig lesbar, tilgjengelig og interessant kunnskapsstatus. Disponeringen innebærer at vi også inkluderer forskningsbidrag vi av ulike årsaker kan ha kritiske merknader til. Vi vil da påpeke hvilke merknader vi har. Effekter av tidlig innsats og foreldrestøttende tiltak er, slik det framgår av Rambøll (2013), krevende å undersøke og måle. En kunnskapsstatus der vi lar ulike bidrag møtes og der vi presenterer og diskuterer ikke bare forskningens resultater, men også framgangsmåter i lys av problemstillingene, gir etter vår mening bredere innsikt enn en kunnskapsstatus som ekskluderer bidrag ut fra bestemte metodiske tilnærminger til hva som er gyldig kunnskap.

Ekspertintervjuene

I tillegg til litteraturgjennomgang har vi gjennomført ni ekspertintervjuer med fagfolk som alle har bred erfaring fra arbeid med tidlig innsats og foreldrestøttende tiltak. Vi har intervjuet fagfolk som primært jobber med forskning på tematikken, fagfolk med lang erfaring fra praksisfeltet, fagfolk som jobber med tematikken i byråkratiet, og fagfolk som har vært sentrale i å utvikle metoder som på ulike måter er brukt i feltet.

Formålet med disse ekspertintervjuene var todelt. For det første ønsket vi å få et overblikk over feltet som litteraturen ikke kunne gi. For eksempel finnes svært få bidrag som ser ulike tiltak i sammenheng og som sier noe om utviklingen i feltet foreldrestøtte i Norge. For det andre var det nyttig med ekspertintervjuer for å få et inntrykk av hva fagfolk anser som de største utfordringene i feltet i dag, hvor de faglige grensene trekkes, hva som er sentrale drivkrefter i feltet i norsk sammenheng, og hva som anses å være kunnskapshullene i den eksisterende forskningen. Vi har brukt sitater fra ekspertintervjuene for å illustrere og eksemplifisere poenger, ikke som dokumentasjon. Vi gjengir derfor sitater uten navn, og har heller ikke utarbeidet en navneliste over de som er sitert.

I utvalg av eksperter og fagfolk var Bufdirs forslag i første runde førende. I tillegg ble noen intervjuer til gjennom en form for «snøballmetode», det vil si at fagfolk vi intervjuet ga oss kontaktinformasjon til en eller flere andre de mente var relevante å snakke med. På grunn av tidsbegrensninger ble imidlertid ikke alle tips fulgt opp. Vi mener likevel dette har liten innvirkning på kunnskapsstatusen, da intervjuer ikke er en primær datakilde for å kunne besvare forskningsspørsmålene.

3 Foreldrestøtte før og nå

I dette kapitlet ser vi nærmere på det historiske bakteppet for støtte til foreldre og tidlig offentlig innsats overfor barn og familier. Det gjør vi ved å ta et tilbakeblikk på politikens håndtering av feltet gjennom etterkrigstiden, basert på stortingsmeldinger som har behandlet familiepolitikken og en spesifikk stortingsdebatt; debatten om norsk lov skulle tillate foreldre å slå sine barn.

I stortingsmeldingene har vi primært hatt oppmerksomheten på foreldreveiledning og støtte innenfor rammene av familiepolitikken, og på hvordan grensene mellom offentlig myndighetsintervensjon og privat foreldreansvar trekkes.

Det har nær sagt alltid eksistert idealer for hva som er bra barneoppdragelse, men helt fram til framveksten av en offentlig grunnutdanning og et barnevern hundre og femti år tilbake i tid, var barn noe som først og fremst vedkom foreldre, nær familie og nærmiljøet.

Når dette synet med tiden har endret seg, diskuteres det gjerne som et spørsmål om familien er *tømt for* funksjoner ved at offentlige myndigheter og marked har tatt over. Diskusjonen knytter an til filosofi og politisk teori, til normative ideer om hva som gir gode samfunn: Hvor bør skillet mellom offentlig og privat gå, hva bør myndighetene kjenne som sitt ansvar og hva bør overlates til familien og privatsfæren?

Prinsippet om det enkelte barns rettigheter er styrket som en følge av et sterkere internasjonalt menneskerettighetsregime som også er gjort gjeldende i norsk lov, som gir både barn, kvinner og minoriteter et sterkere rettsvern. Men hvor omfattende og inngripende velferdsstatlige innsatser skal være i møte med familien og den private sfæren, er likevel jevnlig oppe til debatt, aktualisert av spørsmål som likestilling mellom kjønnene, samliv og foreldreskap.

Diskusjon om familiepolitikk synliggjør ulike tilnærminger til forholdet mellom offentlig og privat. Det er ikke – som vi skal se – etablert noen eksakt grense for statens innblanding i private anliggender. Det er snarere slik at denne grensen, når vi ser oss tilbake, har vært i stadig bevegelse.

3.1 Barnetrygd som foreldrestøtte

Begrepet velferdsstat ble tatt i bruk slik av høyesterettsjustitiarius Paal Berg på frigjøringsdagen i 1945:

«Vi skal bygge opp igjen vår gamle rettsstat, men vår tid krever at Staten ikke bare har til oppgave å verne om liv og eiendom. Staten skal være en velferdsstat som ser det som sin oppgave å gjøre livet verdt å leve for oss alle.» (Slagstad 1998, s. 209)

Staten skulle altså ikke bare ta ansvar for de som ikke klarte seg på egen hånd, som en forsorgsstat. Den skulle se det som sin oppgave å gjøre livet verdt å leve for alle. I de første etterkrigsårene gjaldt det først og fremst å ivareta alles materielle og økonomiske kår. Slik var det også med statens politikk overfor familiene. Den store saken var barnetrygden, som rett etter krigen ble behandlet som det ultimate foreldrestøttende tiltaket. Men uten at det begrepet ble brukt. Barnetrygd var grundig utredet før krigen; Sosialdepartementet nedsatte allerede i 1934 en komité som skulle utrede saken.

Innstillingen fra komiteen forelå i 1938 i form av et utkast til lov om barnetrygd med motiver. Innstillingen ble innledet med en oversikt over «de samfundsmessige foranstaltninger» som direkte eller indirekte «støtter opp under hjemmene og barneforsorgen».¹³ La oss kort se hva dette var. Oversikten gir oss nemlig et godt innblikk i hvordan myndighetene forholdt seg til familie og foreldreskap rett før krigen.

Skolevesenet topper listen over tiltak som støtter hjemmene og omsorgen fra barn. Skole er i denne sammenhengen alt fra og med folkeskolen til og med «høiskoler», inkludert også ulike spesialskoler for døve, blinde, åndssvake og vanføre. Det påpekes at skolevesenet fra og med det 18de århundret, flyttet allmenndannende og faglig utdanning fra hjemmene og over til skolen.

Derneft kommer barnehjemmene, med oppgave å fostre opp barn som er foreldre-løse, vernløse eller forsømte. I tillegg barneherberger, for barn som raskt trenger et sted å være, og anstalter for forsømte barn – med særlig oppgave å hindre barn i å slå inn på en forbryterbane.

Den tredje samfunnsmessige foranstaltningen er barneasylene og barnekrybbene, som fører tilsyn med og beskjeftiger barn under skolealder som mor på grunn av arbeid eller annet ikke kan ha tilsyn med, samt arbeidshjem for barn i skolealder som trenger beskjeftigelse. I tillegg nevnes barnehagene som er av en annen karakter, idet de «legger an på barns intellektuelle utvikling».

Fjerde tilbud er fødehem, opprinnelig opprettet for de som av hygieniske og økonomiske grunner ikke kunne føde hjemme, men der man finner ut at det er mer

¹³ Utkast til lov om barnetrygd med motiver. 1938 (Sosialdepartementet) s. 5.

betryggende at fødsler skjer i fødehjem, noe som har utvidet tilbud og målgruppe. Her nevnes også mødre hjem, for mødre som er «hjemløse» den første tiden etter fødsel.

Femte punkt er barnepleiestasjoner, der mødre kan komme med sine spedbarn, og der de i tillegg til legeundersøkelse kan få råd om barns utvikling og hvordan de skal gå fram med pleie og ernæring.

I tillegg til disse fem foranstaltningene, nevner komiteen at hjemmene også nyter godt av ulike helsetilbud og et lovverk som blant annet etablerer rammer for barnas arbeidsinnsats, samt ulike typer samfunnsmessig forsorg.¹⁴ Det vises så til en rekke forslag over flere år fra kvinneorganisasjoner og andre om å utrede ulike former for tilskudd til lønsmottakere som er familieforsørgere, herunder særlig enslige mødre. Komiteens flertall har forholdt seg til det de kaller barnetrygd, og som skal gi hjelp i barneoppfostringen for *alle* forsørgere.

Komiteens flertall går inn for at barnetrygden skal være universell – omfatte hele folket, ikke være gradert etter inntekt. Dersom det skal være ulike utbetalinger, bør pengesummen per barn synke med antallet barn, men da slik at (hvis ikke statsfinansene strekker til) det er familier med få barn som unntas fra barnetrygd. Utgiftene bør, mener flertallet, dekkes av staten.

Komiteens mindretall, Margrete Bonnevie, gikk inn for et annet system, bygget på at det skulle legges til rette for to inntekter per familie gjennom kvinners yrkesaktivitet og en barnetrygdordning finansiert av lønnstakere både med og uten barn.

Hva var bakgrunnen for forslagene om et tillegg til lønnstakere med forsørgelsesbyrde? Hvordan berørte det foreldrestøtte? Nokså direkte. Barnetrygdkomiteen nevner, som vi har sett, de tiltak staten er ansvarlig for. Komiteen konstaterer at staten, når man ser bort fra støtte til barn og hjem i særskilte vanskeligheter, har begrenset seg til å ta hånd om undervisning (alminnelig og faglig), å bekjempe spedbarnsdødeligheten og begrense barns lønnsarbeid. Samtidig vet man at det er nær forbindelse mellom hjemmenes økonomi og en forsvarlig barneoppfostring, derfor bør staten ta et nytt steg i sitt engasjement og lette den økonomiske byrden for familieforsørgere gjennom generelle tiltak.

For å underbygge dette presenterer komiteen data der de gjennomgår både hvor mye det kostet å oppfostre et barn, hvordan familier med flere barn hadde vesentlig mindre å leve av fordelt per familiemedlem enn familier med færre barn, og dessuten at fødselstallet de siste årtiene hadde gått raskt ned i en slik grad at man nærmet seg en situasjon hvor folketallet var i ferd med å synke.

Når barnefamilieene hadde økonomiske problemer, forsto flertallet i komiteen det som et resultat av at naturalhusholdning hadde blitt til pengehusholdning. Dette hadde på ingen måte rokket ved familiens betydning som en kjerne for «sanhørighet og hengivenhet», som det miljø der barna kunne møte og vise kjærlighet og ømhet, men

¹⁴ Utkast til lov om barnetrygd med motiver. 1938 (Socialdepartementet) s. 5–9

det hadde rokket ved familiens økonomi. Produksjonen var flyttet ut av hjemmet, noe som gjorde at kvinner og barn i mindre grad deltok i den. Dessuten hadde obligatorisk skolegang og regler mot barnarbeid innskrenket muligheten for lønnet barnarbeid, og dermed mange familiers inntekt. Samtidig hadde familienes utgifter økt som en følge av samfunnsutviklingen, nye utgifter var kommet til, mye av maten måtte kjøpes (særlig i byene), her var utgifter til skolegang og utgifter forbundet med skjerpede krav til renslighet, kost, klær, boliger og rekreasjon.

Flertallet i komiteen argumenterte for at staten måtte engasjere seg – og bryte med «liberale doktriner» man mente hadde gjort seg gjeldende for «barneopfostring i familie», liberale doktriner som hadde «overlatt borgernes anliggender til kreftenes frie spill».¹⁵ Det ble med andre ord argumentert for en mer aktiv stat hva gjaldt barns oppfostring.

Flertallet gikk inn for en universell ordning med barnetrygd, forutsatt at statsfinansene tillot det. Argumentene for en universell ordning var både pragmatiske og ideologiske. Vel var det slik at de mest velstående ikke behøvde barnetrygden. Men, ble det påpekt, enten barnetrygden ble dekket gjennom direkte eller indirekte beskatning, ville det være de velstående som betalte mest. Da var det bare rett og rimelig at de fikk noe igjen for det. Dessuten ville det å innføre en inntektsgrense ha en rekke praktiske ulemper forbundet med å fastsette faktisk inntekt og vekslende inntekter. Dessuten ville det å holde de mest velstående utenfor gi liten gevinst, fordi de var relativt få.¹⁶

Ingen barnetrygd ble innført før andre verdenskrig, men etter krigens slutt ble forslagene raskt tatt opp igjen. Det første forslaget fra sosialdepartementet forelå 4. januar 1946. Det ble foreslått at barnetrygden kun skulle omfatte de som var pliktige til syketrygd; fiskere, bønder og småbrukere var ikke omfattet. Barnetrygden skulle gjelde fra barn nummer to, utgjøre 200 kroner per barn per år og finansieres ved en premie på arbeidsgivere for hver trygdepliktige arbeidstaker.¹⁷ Dette vakte reaksjoner, for dette var ingen universell ordning. Forslaget ble derfor trukket, og den 2. august 1946 ble det lagt fram et nytt forslag. Barnetrygden skulle gjøres generell og omfatte alle befolkningsgrupper, staten og kommunene skulle bære utgiftene og ordningen administreres via de kommunale trygdenemndene. Forslaget om 200 kroner årlig fra det andre barnet (under 16 år) ble opprettholdt.¹⁸

Innstillingen til sosialkomiteen på Stortinget forelå i september 1946. Komiteen støttet at det nå skulle innføres en barnetrygd, men understreket at «barnetrygd ikke må føre til at staten overtar hele utgiftsøkningen til barns oppfostring. Det må fortsatt

¹⁵ Utkast til lov om barnetrygd med motiver. 1938 (Socialdepartementet) s. 12

¹⁶ Utkast til lov om barnetrygd med motiver. 1938 (Socialdepartementet) s. 44

¹⁷ Ot.prp. nr. 16 (1945-46) Om utferdigelse av lov om barnetrygd

¹⁸ Ot.prp. nr. 127 (1945-46) Om utferdigelse av lov om barnetrygd

være forsørgerne som har ansvaret for barnas underhold og oppfostring.»¹⁹ Man fant det altså nødvendig å understreke at foreldre hadde primæransvaret.

Komiteen gjorde enkelte endringer i forslaget fra departementet. Trygdebeløpet for alle ble redusert fra 200 til 180 kroner, for å få rom til å utbetale barnetrygd fra første barn i de familier hvor foreldrene var skilt, en eller begge foreldre døde og til barn født utenfor ekteskap.

Sosialkomiteen i Stortinget benyttet også anledningen til å peke på et par andre «kollektive tiltak». Den ønsket helsestasjoner over hele landet for svangre kvinner, spedbarn, små barn og ungdom. Her var det særlig viktig å skulle gi veiledning om sunt og riktig kosthold (til foreldre). Helsesikrede skolemåltider burde også innføres for alle skolebarn. Og det burde vurderes prisreduksjoner for barn på viktige matvarer og billig produksjon av standardiserte kvalitetsvarer til barn. Helsestasjoner hadde vært i sving siden rett etter hundreårsskiftet. De ble i all hovedsak drevet av frivillige, både Norske Kvinners Sanitetsforening og Norges Husmorforbund drev mange. I 1934 ble det foreslått (av Medicinaldirektøren) å vedta en lov om kommunale helsestasjoner for mor og barn. Men daværende ansvarlig departement støttet ikke forslaget. Først i 1972 ble det vedtatt en lov om helsestasjoner og helsetiltak. Den trådte i kraft i 1974.²⁰

Å støtte foreldre i førkrigsårene og rett etter krigen var altså primært et spørsmål om å sikre inntekt, helse og ernæring. På disse områdene ble det argumentert for en langt mer aktiv stat sett opp mot foreldreansvaret, enn det som hittil hadde vært vanlig. Argumentene, slik disse ble utdypet av komiteen som utredet barnetrygden, var at man med en mer aktiv stat både kunne skape en bedre situasjon for barn og foreldre her og nå, og bidra til å trygge familiens posisjon i samfunnet (som fellesskapet for kjærlighet og hengivenhet), noe som ville bidra til å styrke samfunnet som sådan:

«Er familiene fysisk eller moralsk svekket i større antall, da er også samfundet truet. Derfor har hvert samfund, hvert folk, den største interesse i å holde familien oppe.»²¹

Familiens og foreldrenes evne til å ivareta barna var, slik dette ble forstått, svekket av en samfunnsutvikling der stadig mer måtte kjøpes for penger, samtidig som barnefamiliens mulighet til å skaffe seg inntekter var redusert. Sosiologen Arnlaug Leira ([2004]2007) opererer med begrepet refamilisering kontra defamilisering. Mens refamilisering innebærer at det offentlige inngripen bidrar til å styrke familien, viser defamilisering til at det offentlige tar over familiens oppgaver – noe som bidrar til å svekke familien. Diskusjonene omkring barnetrygden var preget av argumenter om at staten måtte trå mer til også økonomisk, og at dette ville bidra til å styrke familiene. En

¹⁹ Innst. O. XII (1946) Innstilling fra sosialkomiteen om lov om barnetrygd, s. 6

²⁰ St.meld. nr. 17 (1977-78) *Barns oppvekstkår*, s. 32–35

²¹ Utkast til lov om barnetrygd med motiver. 1938 (Socialdepartementet), s. 12

slik forståelse av statens økte engasjement kan betraktes som refamilisering. Samtidig var det, synliggjort gjennom sosialkomiteens advarsel om at barnetrygden ikke måtte føre til at staten tok over foreldres økonomiske forsørgeransvar, et behov for å understreke at det var en grense for statens engasjement, og at denne grensen ikke burde overskrides.

Innstillingen fra barnetrygdkomiteen rett før krigen og sosialkomiteen i Stortinget rett etter krigen synliggjør også et annet anliggende: At det ikke kun var et spørsmål om å sikre familiene økonomisk rom til tilstrekkelig ernæring, men også om foreldres kunnskap. Helsestasjonene som i de tidlige etterkrigsårene fikk bevilget penger fra statlig hold, ble forstått som viktige ikke bare på grunn av helsekontroller og medisinsk oppfølging av mor og barn (far var lite inne i bildet her), men også fordi de ga foreldre (mor) råd om helse og om ernæring. De var ledd i en statlig finansiert foreldreveiledning.

3.2 Foreldreveiledning lanseres

Behov for foreldreveiledning understrekes ytterligere fra og med den første stortingsmeldingen som eksplisitt behandler *familiepolitikk*: St.meld. nr. 51 (1973-74) *Barnefamilienes levekår*, framlagt i april 1974.²²

Regjeringen spør innledningsvis i denne meldingen om Norge fram til nå «har hatt en familiepolitikk i egentlig forstand» og om målet har vært definert.²³ Det slås fast at norsk familiepolitikk så langt har vært begrenset til ulike former for kontantordninger, som barnetrygd, bostøtte, trygdeordninger og skattefradrag, og at disse er viktige å holde fast ved. Videre at tjenester som skoleverket «for så vidt» er rettet mot barnefamilier – formuleringen synliggjør at skolens bidrag til oppdragelsen i 1974 er så selsagt at dette nesten ikke kan telle med som familiepolitikk. Det vises videre til boligpolitikk, før det konkluderes med at det må mer til.

Meldingens hovedsaker er svangerskapsavbrudd og forebygging av uønskede svangerskap, økonomiske overføringer til barnefamiliene, tiltak for å bedre gifte kvinners mulighet til yrkesarbeid, tiltak for enslige foreldre, tiltak for barn og ungdom (herunder barnehager og fritidstilbud), tiltak for såkalt særlig ressursvake familier og

²² Denne stortingsmeldingen erstattet St.meld. nr. 117 (1972-73) framlagt i juni 1973. Meldingen i juni 1973 var lagt fram av daværende borgerlige regjering ledet av Lars Korvald (KrF). Meldingen som ble lagt fram i april 1974 og som ble behandlet i Stortinget, var en Arbeiderpartiregjering ledet av Trygve Bratteli ansvarlig for. Når meldinger med tema familiepolitikk ble lagt fram og trukket tilbake i dette tidsrommet, var det i hovedsak som en følge av abortsaken. Den spiller en vesentlig rolle i disse første stortingsmeldingene om familiepolitikk. Korvald-regjeringen var mot selvbestemt abort, Bratteli-regjeringen for. At flere utgaver av meldingen forelå, hadde også sammenheng med at det i andre spørsmål som angår familiepolitikk har vært og er en viss forskjell fra høyre til venstre side i det politiske landskapet.

²³ St.meld. nr. 51 (1973-74) Barnefamilienes levekår, s. 1

utbygging av familievernet. Utgangspunktet er de store endringene som har foregått i familien og som påvirker familiens levevilkår. I de to første tiårene etter krigen var det et mål at barnefamilier skulle kunne forsørge seg på én inntekt, slik at mor kunne være hjemme. Men nå – i begynnelsen av 70-tallet – øker yrkesdeltakelsen blant kvinner. Det vises til at yrkesaktiviteten blant gifte kvinner i 1950 var i overkant av 5 prosent, i 1960 i overkant av 9 prosent og i 1973 på 20 prosent. Giftealderen har gått ned, i 1972 var den 22,2 år for kvinner og 24,6 år for menn. Antall skilsmisser er i vekst, antall enslige forsørgere vokser (disse familiene henvises det blant annet til med begrepet «ufullstendige kjernefamilier»²⁴), og mens det i etterkrigsårene var en økning i antall barn per ekteskap, er tallet nå på vei ned. Dessuten, framheves det, er det store sosiale forskjeller. Dette bygger i hovedsak på en grundig undersøkelse i Oslo, som viser store forskjeller i hvorvidt unge starter i gymnas – og at dette er avhengig av familiens inntekt. Tilsvarende i søknader om svangerskapsavbrudd blant 15–19-åringene, at kvinner gifter seg i ung alder, barn født utenfor ekteskap og familier blir oppløst – alt dette er vanligere i områder av Oslo med lav inntekt enn med middels og høy inntekt. Bekymringen er at «barn blir født inn i svakt etablerte familieenheter – fullstendige eller ufullstendige – hvor foreldrene i særlig grad kunne trenge å vente med å stifte familie til de selv er mer modnet, har skaffet seg en utdanning og ordnete bolig- og arbeidsforhold.»²⁵

Statlige myndigheter går altså, basert på sosiale forskjeller og endringstendenser, langt i å tilråde å vente med familieetablering når foreldres mulighet til å fylle foreldreansvaret ikke er på plass. På dette grunnlaget drøftes abortpolitikken, men også – i bredden – hvordan det svangerskapsforebyggende arbeidet kan ivaretas bedre. I dette arbeidet inngår helsestasjonene. Det vises til at lov om helsestasjoner og helsetiltak blant barn m.v. har trådt i kraft i 1974, og at en gjennomføring av loven vil sikre økonomi og faglighet i disse enhetene. Det understrekes at de både skal fastslå graviditet, drive rådgivning og forebyggende helsearbeid. Videre vises det til familierådgivningskontorene som ble bygget ut fra 1959. Det finnes i overkant av 30 slike i 1974, 17 drives i privat eller kirkelig regi og de øvrige av det offentlige. Det legges opp til å bygge ut familievernet (det bør i alle fall finnes i alle fylker), dette fordi de har noen nye oppgaver å løse hva gjelder «opplysningsvirksomhet overfor foreldre om barns utvikling og behov». Det synes å være ment som et generelt og allment tiltak fordi «mange foreldre er usikre på hvordan de bør oppdra sine barn». Altså er det «stort behov for å gi foreldre større kunnskap om barns fysiske og psykiske utvikling og sammenhengen mellom oppdragelse og barns utvikling».

Det vises til at det er «sparsomme erfaringer» med hensyn til hvordan slik opplysningsvirksomhet bør drives, og at det antakelig er et problem at de som har størst behov for slik opplysning, i minst grad greier å skaffe seg det. Derfor er det, argumenteres det,

²⁴ St.meld. nr. 51 (1973-74) Barnefamiliens levekår, s. 86

²⁵ St.meld. nr. 51 (1973-74) Barnefamiliens levekår, s. 27

viktig å finne fram til kanaler for slik opplysning som ikke forutsetter at foreldre selv må ta initiativ. Det pekes på helsestasjoner, men også på voksenopplæringsinstitusjonene.²⁶

De som i meldingen beskrives som «ressurssvake familier», antas å ha behov for økonomisk bistand, hjelp til økonomiplanlegging og helsehjelp, og altså veiledning om samliv og familieplanlegging, samt «opplysning og veiledning om hvordan de skal oppdra barna og stimulere deres utvikling».²⁷

Når bekymringen for såkalte ressurssvake familier følges opp i meldingen, er det imidlertid ikke kun ved å henvise til den støtte og hjelp familiene vil kunne få ved helsestasjoner og i andre sammenhenger, men også ved å peke på aktivitetstilbud til de aktuelle barna. Dette vil kreve allment innrettede tilbud om «organiserte aktivitetsmuligheter for barn i alle aldre». Dette begrunnes slik:

«Imidlertid består det fremdeles betydelige økonomiske ulikheter mellom familier i Norge. Disse forskjeller sammenfaller i nokså stor grad med forskjeller i utdanningsnivå, i evne til å planlegge familiens daglige liv og bruk av ressurser, boligforhold og sannsynligvis også med familiens evne og mulighet til å gi sine barn tilstrekkelig stimulans, aktivitet og utviklingsmuligheter».²⁸

Det er i denne første stortingsmeldingen om familiepolitikk altså en særlig bekymring for de «ressurssvake» familiene, familier som ikke bare mangler økonomiske ressurser, men der foreldrene også, slik dette beskrives, mangler kunnskap om og evne til å ivareta barna sine på en måte som anses som *tilstrekkelig*. Særlig for denne gruppen understrekes betydningen av tilbud i offentlig og frivillig regi som kan tilføre foreldre kompetanse og barna aktivitet og stimulans. Når det gjelder denne gruppen foreldre diskuteres det ikke hvorvidt offentlig inngripen kan rokke ved foreldreansvaret. Bekymringen for at behovene til barna ikke blir dekket, er det bærende argumentet for at det offentlige må gå inn med innsats.

I den første stortingsmeldingen som er viet *barns oppvekstkår* i sin helhet, som kom i 1977,²⁹ er tilnærmingen annerledes. Her påpekes det at det offentliges engasjement overfor barn er kraftig utvidet «i løpet av få generasjoner», og at «en stadig videre gruppe barn er trukket inn i det som betraktes som det offentliges ansvarsområdet.» Dette har skjedd på bekostning av foreldreinnflytelsen: «Økt regulering av barns og unges liv har til dels skjedd gjennom innskrenking av og kontroll med foreldrenes råderett.» Dette er noe som har omfattet foreldre generelt, eksemplene som nevnes er både begrensninger i refselsesrett og obligatorisk skolegang. Samtidig, understrekes

²⁶ St.meld. nr. 51 (1973-74) Barnefamiliens levekår, s. 145–46

²⁷ St.meld. nr. 51 (1973-74) Barnefamiliens levekår, s. 145

²⁸ St.meld. nr. 51 (1973-74) Barnefamiliens levekår, s. 139

²⁹ St.meld.nr.17 (1977-78) Barns oppvekstkår

det, har offentlig innsats først og fremst konsentrert seg om «barn i særlig vanskelige livssituasjoner». Det vises til at fattigdom, nød og høy barnedødelighet har vært den primære bekymringen, men også ungdomskriminalitet. Og som bot mot dette kom vergerådslovene, barnevernet, barnelover, barnehjem og skolehjem. Det innrømmes i denne stortingsmeldingen at ikke alt dette har vært like bra: «Etter at vergerådsloven hadde fungert noen år, ble det imidlertid avslørt skandaløse forhold ved skolehjemmene. Det viste seg at oppdragelse i høyeste grad kunne fungere som straff, og at det i 'oppdragelsen' ble brukt metoder som trygt kunne karakteriseres som tortur.» Det vises i stortingsmeldingen fra 1977 til at det i 1953 kom en ny lov om barnevern, og det understrekes at det i denne loven ble lagt større vekt på forebyggende arbeid.

Forebyggende arbeid i denne sammenhengen defineres nettopp som den brede og generelle innsatsen mot barn og unge; etablering av trygge lekeplasser, barnehager og dagheimer, fritidssysler (fritidsklubber, frivillige organisasjoner med offentlig støtte) feriekolonier – og opplysnings- og rådgivningsvirksomhet overfor foreldre. Ett argument understrekes: Dersom slike generelle og universelle innsatser prioriteres, vil behovet for det inngripende arbeidet overfor barn og unge – som medfører at det offentlige tar over ansvaret for dem fullstendig – bli mindre. Det argumenteres i stortingsmeldingen om barns oppvekstkår for et slikt bredt anlagt arbeid overfor familier og barn.

Forebyggende arbeid beskrives som nødvendig, gitt at vilkårene for familiene er endret, samtidig som familien skal dekke behov som vanskelig lar seg ivareta andre steder; presset på at familien skal ivareta familiemedlemmenes følelsesmessige behov er like sterkt. Det som mangler av intimitet og nærhet utenfor hjemmet, må sørges for i den lille enheten familien nå er blitt. Det hevdes at «mange foreldre føler usikkerhet overfor kravene om å være gode barneoppdragere og gi sine barn gode oppvekstvilkår».³⁰ Dette knyttes *ikke* til såkalte ressursvake foreldre spesielt. Det knyttes til at foreldre, i den lille familieenheten, er blitt mer alene om oppdragelsen (avskåret fra slekten) – ofte hviler oppgaven på «moren alene», og mange familier er dårlig integrert i eget nabolag. Videre vises det til undersøkelser som gir holdepunkter for at foreldre, dersom kontakten med barnehage og skole er dårlig, kan føle seg fremmed overfor barnas verden. Foreldre til funksjonshemmede barn kan ha særskilte utfordringer, fordi de kjenner få i en lignende situasjon som de kan diskutere med. Regjeringen viser til ulike typer foreldreveiledning som finnes: individuelt veiledningsarbeid, først og fremst ved helsestasjonene, kursvirksomhet – igjen i tilknytning til helsestasjoner, men også familievernkontor og private organisasjoner, veiledning i barnehager og skoler, samt opplysningsvirksomhet i massemedia.

Deretter slås det fast at regjeringen tar sikte på «aktiv forsøksvirksomhet med opplysnings- og veiledningstilbud til foreldre» og at foreldreveiledning er nødvendig

³⁰ St.meld. nr. 17 (1977-78) *Barns oppvekstkår*, s. 47

i alle faser av barnets utvikling, i svangerskapstid, på fødeavdelingen, i spedbarnstiden og ved skolestart. Fars rolle understrekes. Det skal stimuleres til samarbeid foreldrene imellom og til økt likestilling i kontakten med barna.

Den allmenne, universelle innretningen av foreldreveiledningen understrekes tydelig, det kan selvsagt være enkelte foreldre som har særlige vansker, men «mange av de vansker foreldre står overfor er alminnelige problemer som de fleste foreldre har opplevd». Derfor skal alle foreldre inngå: «(...) det vil være uheldig å skille ut veiledningen av foreldre til barn med ulike funksjonshemninger eller andre vansker fra veiledningen overfor andre foreldre. Det er viktig å gjøre forsøk med foreldreveiledning der foreldre til barn i ulike livssituasjoner får anledning til å utveksle erfaringer.»³¹

Når det anlegges en slik allmenn og universell tilnærming til behovet for en type offentlig initiert støtte i foreldrerollen, er det sentrale argumentet at forholdet til foreldre er «av sentral betydning» for *alle barn*, fordi det er i nærkontakten med de voksne at grunnen legges «for barnets følelsesmessige og sosiale utvikling». Foreldres evne til å imøtekomme barnet er derfor avgjørende – og selv de «beste» (i anførsel) sliter til tider i foreldrerollen.

Alle barn har behov, alle foreldre sliter til tider. Samtidig understrekes det også i denne stortingsmeldingen at det er enkelte som sliter litt ekstra, men dette rammes inn annerledes enn i familiemeldingen tre år tidligere. Da var tilnærmingen enkelte foreldres generelle ressursvakheter, nå er tilnærmingen at alle foreldre sliter til tider, men at foreldrerollen kan bli «ytterligere vanskelig» hvis foreldre sliter med «personlige problemer, konflikter mellom ektefeller, økonomiske vansker, osv».

I denne måten å tenke på er det altså ikke ressursituasjonen som skiller enkelte foreldre fra andre, men problemer som kan oppstå. Personlige problemer kan ramme hvem som helst, det kan konflikter med ektefellen også, og økonomiske vansker. Budskapet er at alle er potensielt i behov for hjelp, derfor behøver man en universell strategi. Samtidig kan enkelte ha særlige behov, men også da er den universelle tilnærmingen å foretrekke, slik det argumenteres her. Dette fordi den gjør det mulig å oppdage problemene før de blir store. Selv om vanskelig sosial arv kan føre til problemer, vokser det også opp barn uten alvorlige tilpasningsproblemer i slike miljøer. Barn er nemlig heller ikke like, framholdes det, men ulikt robuste.³²

Det forebyggende arbeidet understrekes i flere sammenhenger, og det defineres både som «tiltak som kan være rettet mot hele befolkningen» og tiltak som «kan ta sikte på grupper som man mener er spesielt utsatt». Flere av tiltakene og arenaene som nevnes i disse sammenhengene ivaretar begge forebyggingsstrategier, både den universelle og den selektive. Helsestasjonene framheves i den sammenhengen – her er det både

³¹ St.meld. nr. 17 (1977-78) *Barns oppvekstkår*, s. 49

³² St.meld. nr. 17 (1977-78) *Barns oppvekstkår*, s. 90–91.

mulig å ha samtalegrupper med foreldre om «alminnelige oppdragerproblemer» og å lokalisere hvilke familier som har behov for mer omfattende hjelp.³³

3.3 Familieøkonomi, foreldre- og samlivsveiledning – mot tusenårsskiftet

Den neste stortingsmeldingen, *Om familiepolicen*³⁴, forelå i 1985.³⁵ Denne meldingen om familiepolicen har en helt annen innretning enn meldingen om familiepolicen fra 1970-tallet, ved at den primært forholder seg til familiens økonomi, til omsorgsarbeid i familien gjennom foreldrepermisjonen, og til ulike måter å være familie på. Ekteskapet blir framhevet som den samlivsformen som er best egnet til å skape trygghet og gode oppvekstvilkår. Politikken skal derfor bygge opp under ekteskapet, men også respektere andre samlivsformer. Begge ektefeller skal ha et valg om omsorgsarbeid i hjemmet kontra yrkesarbeid, valgfriheten som her blir understreket er mors rett til å være hjemme.

Meldingen er konsentrert om familieøkonomi og omsorgsordninger, med prioritering av et småbarnstillegg i barnetrygden, økning av engangsstøtten til nybakte mødre som ikke var yrkesaktive, og en trinnvis utvidelse av foreldrepermisjonen.

Foreldreveiledning, det være seg på helsestasjonen eller andre steder, behandles ikke i form av tiltak. Men det behandles innledningsvis i stortingsmeldingen. Det slås fast at familiens rolle i samfunnet har endret seg, og at:

«Samfunnsutviklingen har ført til at dagens foreldre står overfor problemer som til dels var ukjente i deres egen oppveksttid. I tillegg deltar flere kvinner i arbeidslivet.»³⁶

Det faktum at flere kvinner deltar i arbeidslivet, behandles i meldingen gjennom diskusjoner og forslag om barnehager og foreldrepermisjon, samt gjennom understrekningen av at familier må kunne velge om de vil basere seg på én eller to inntekter. Familiepolicen må legge til rette for å kunne klare seg på én inntekt. Påpekningen av at foreldre står overfor problemer som til dels var ukjente i deres egen oppvekst, behandles imidlertid

³³ St.meld. nr. 17 (1977-78) *Barns oppvekstkår*, s. 93-94.

³⁴ St.meld. nr. 50 (1984-85) *Om familiepolicen*.

³⁵ Regjeringen Brundtland (Ap) la i begynnelsen av oktober 1981 fram en stortingsmelding «Om noen familiepoliciske spørsmål». Regjeringen satt på dette tidspunktet som et forretningsministerium etter å ha tapt valget samme høst, og meldingen ble trukket av Regjeringen Willoch (H), som ble utnevnt seinere i oktober 1981. Da denne regjeringens melding om familiepolicen forelå i 1985, var den utvidet med Senterpartiet og Kristelig Folkeparti.

³⁶ St.meld. nr. 50 (1984-85) *Om familiepolicen*, s. 3.

ikke nærmere i denne stortingsmeldingen. Det kan skyldes at vekten primært ligger på de økonomiske rammene rundt familien.

Deretter lanseres ingen ny stortingsmelding om familiepolitikk eksplisitt før i 2003. Men knyttet til politikken for barns oppvekst lanseres det et *foreldreveiledningsprogram* i statlig regi. Dette skjer i 1995.³⁷ Ansvarlig departement er Barne- og familiedepartementet, men de samarbeider med Sosial- og helsedepartementet og Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet. Målet er at foreldreveiledning og forebygging av psykososiale problemer skal ses i sammenheng, og utdanningsmyndighetene er engasjert ved at Statens utdanningskontor i Hedmark skal ivareta skolens og PP-tjenestens rolle i utvikling av foreldreveiledningsprogrammet. Det dreier seg med andre ord om å prøve ut et prosjekt. Det understrekes at: «ansvaret for barn og unge først og fremst er foreldrenes», men at «det offentliges ansvar er å legge forholdene til rette, slik at foreldrene får mulighet til å utøve foreldrerollen på en så god måte som mulig.» Målet med program for foreldreveiledning er å bidra til «å skape gode møteplasser der foreldre kan utveksle erfaringer og ta opp spørsmål om å oppdra egne barn.»³⁸ Foreldreveiledning ses i et forebyggingsperspektiv, det skal organiseres lokalt på tvers av faggrupper og offentlige tjenester – gjerne i samarbeid med frivillige, og det understrekes at programmet skal omfatte både mødre og fedre. Egne fedregrupper skal bidra til deltakelse fra far. Målet er å nå alle kommuner.

En rapport fra 1997³⁹ viser at det ved utgangen av 1995 var satt i gang 790 tiltak innen foreldreveiledning og 37 fedregrupper. Ytterligere 354 veiledningstilbud og 95 fedregrupper var under planlegging. Det dokumenteres at særlig helsestasjon, barnevern og barnehagemyndigheter er involvert i arbeidet, og at opplæringstiltak av fagpersonale er i gang. Det er gjennomført en spørreundersøkelse blant foreldre til førskolebarn som viser at både mødre og fedre ønsker å snakke om «dagligdagse oppdragelsesspørsmål». Utagerende atferd beskrives som et problem foreldre sliter med å håndtere, men også foreldres eget sinne og utålmodighet og faktorer utenfor foreldre-barn-relasjonen kan være med på å skape problemer. Det være seg problemer i samlivet, med helsa eller på arbeidsplassen.⁴⁰

Det legges i 1997 opp til at foreldreveiledningsprogrammet skal være et nasjonalt innsatsområde også i årene som kommer. I oppsummeringen av arbeidet med programmet fra 1997 legges følgende tilnærming til foreldreveiledningsprogrammet til grunn:

³⁷ Se St.prp. nr. 1 (1996-97) Barne- og familiedepartementet.

³⁸ Barne- og familiedepartementet (1997) *Oppsummering av utviklingen i foreldreveiledningsprogrammet i 1995 og 1996*, s. 4

³⁹ Barne- og familiedepartementet (1997) *Oppsummering av utviklingen i foreldreveiledningsprogrammet i 1995 og 1996*.

⁴⁰ Barne- og familiedepartementet (1997) *Oppsummering av utviklingen i foreldreveiledningsprogrammet i 1995 og 1996*, s. 8.

«Det tar utgangspunkt i foreldres eksisterende omgangsformer i sitt mangfold uten å pådytte nye ferdigheter og idealer. Det skal heller ikke skape dårlig samvittighet og 'tapere'. Alle foreldre kan være de beste oppdragerne og omsorgspersoner for sine barn. Intensjonen er å flytte fokus fra feil og mangler til muligheter for vekst og utvikling ved å ta i bruk foreldrenes egne ressurser. Foreldre som strever i forhold til barna sine vet hva som ikke fungerer, samtidig som det ser ut til at de taper av syne hva de faktisk mestrer». ⁴¹

Rapporten fra 1997 synliggjør de samme tilnærmingene til foreldreveiledning som stortingsmeldingen om barns oppvekstkår to tiår tidligere: foreldreveiledning er et tilbud til foreldre flest, fordi de fleste foreldre kan streve. Samtidig er det slike at enkelte kanskje strever litt ekstra. Utgangspunktet er imidlertid at alle har ressurser, alle kan mestre, men at noen trenger ekstra bistand for å få det til.

I 2003 foreligger den neste stortingsmeldingen som behandler familien og foreldreskapet særskilt: St.meld. nr. 29 (2002-2003) *Om familien – forpliktende samliv og foreldreskap*. ⁴²

Hovedvekten i denne stortingsmeldingen er lagt på det forpliktende foreldreskapet og det forpliktende samlivet, fedres rett til fødselspenger, valgfrihet for småbarnsforeldre, regulering av samboerplikter og arbeid mot vold i nære relasjoner. Det vil si en bred tilnærming, som tematisk minner om den første meldingen om familiepolitikk fra 1970-tallet.

Ekteskapet framheves som den primære rammen rundt gode oppvekstforhold: «Der begge foreldre er til stede og lever et stabilt, forpliktende og varig samliv, øker barnets opplevelse av trygghet.» ⁴³ Samtidig understrekes det at familier kan være så mangt, også homofile par, og at det viktige er å styrke familieinstitusjonen som sådan.

Det vises til at det allerede gis bevilgninger til samlivskurs for ektepar, at tilskudd til samlivstiltak ble innført i 1994, og at det er gode erfaringer med dette. Her vises det til ulike forskningsprosjekter der man har undersøkt deltakererfaringer. Samtidig er det en tendens til at virkningene av slike kurs avtar etter hvert. Derfor er det viktig med oppfrisking. Det foreslås i tillegg å gjøre dette tilbudet universelt ved at alle ektepar og samboere skal få tilbud om gratis samlivskurs når de får sitt første barn. Helsesøster kan på sitt første hjemmebesøk etter fødsel gi par et «gavekort på et endags samlivskurs». ⁴⁴

⁴¹ Barne- og familiedepartementet (1997) *Oppsummering av utviklingen i foreldreveiledningsprogrammet i 1995 og 1996*, s. 12.

⁴² Meldingen legges fram av Barne- og familiedepartementet, av Regjeringen Bondevik II (H/KrF/V) 30. april 2003. Ansvarlig statsråd: Laila Dävøy (KrF).

⁴³ St.meld. nr. 29 (2002-2003) *Om familien – forpliktende samliv og foreldreskap*, s. 8

⁴⁴ St.meld. nr. 29 (2002-2003) *Om familien – forpliktende samliv og foreldreskap*, s.14.

Regjeringen tar videre til orde for å styrke familievernet, og tiltakene for foreldreveiledning fra 1990-tallet følges opp. Utgangspunktet er FNs barnekonvensjon og *barnets beste*. Program for foreldreveiledning skal styrkes gjennom innsats knyttet til implementering av programmet og utvikling av det. Andre tiltak knyttet til foreldreskapet spesielt er i denne stortingsmeldingen alt som har med barnefordeling ved samlivsbrudd å gjøre, og hvordan dette kan håndteres slik at det er til barnets beste.

Foreldreveiledning, og også samlivskurs, inntar altså fra midten av 1990-tallet en sentral plass i den statlige politikken overfor familier. Dette skjer uavhengig av hva slags partier som sitter i regjering. Foreldreveiledningen innrettes universelt og forebyggende, basert på foreldres egne ferdigheter, men der myndighetene kan bidra med støtte og som en samtalepartner. Helsestasjonene framstår som viktige arenaer, men i tillegg framheves barnehager og skoler samt familievernet.

3.4 I dag

I den hittil siste stortingsmeldingen om familiepolitikk, som kom i 2016⁴⁵, beskrives familien som «samfunnets sterkeste og mest grunnleggende sosiale fellesskap»,⁴⁶ et fellesskap som ivaretar grunnleggende behov for kjærlighet, omsorg og offentlig trygghet. Offentlige tjenester og økonomiske støtteordninger rettet mot familier beskrives ut fra et mål om å fremme familiers mulighet til å ta gode valg. Samtidig understrekes det at der hvor familien svikter, «har barn og unge krav på rett hjelp til rett tid», og at «foreldre som trenger det, skal få relevant hjelp gjennom foreldrestøttende tiltak og tilgjengelig rådgivning.»⁴⁷

Slik synliggjøres en todelt målsetting for familiepolitikken som har vært til stede så lenge det har eksistert en eksplisitt familiepolitikk: på den ene siden tiltak rettet inn mot familier flest, på den andre siden tiltak rettet inn mot familier som sliter på måter som kan få negative konsekvenser for barna som vokser opp i dem. Måten dette er formulert på i den siste stortingsmeldingen, peker imidlertid i retning av at det særskilt er familier «som trenger det» som skal gis støtte, blant annet gjennom foreldreveiledning. Det presiseres ikke hvem det særlig er som antas å trenge det, og slik sett er dette en universell tilnærming. Ulike behov synes først og fremst å være knyttet til at familier er «mangfoldige». Mangfold henviser da både til samlivsformer og til familieopprinnelse: «Innbyggerne er mer forskjellige i livsstil, verdispørsmål, tros- og

⁴⁵ Familien – ansvar, frihet og valgmuligheter (2015-2016). Framlagt av Regjeringen Solberg (H/FrP) 15. april 2016. Ansvarlig statsråd: Solveig Horne (FrP).

⁴⁶ Meld. St. 24 (2015-2016) *Familien – ansvar, frihet og valgmuligheter*, s. 7.

⁴⁷ Meld. St. 24 (2015-2016) *Familien – ansvar, frihet og valgmuligheter*, s. 7.

livssynsspørsmål og uttrykksformer enn tidligere. Oppfatningen av hva som er familie og familiemedlemmer, og hva som ligger i roller som partnere, mødre, fedre og barn, har endret seg vesentlig.»⁴⁸ Deretter listes og omtales: kjernefamilier og stjernefamilier, familier som adopterer, fosterfamilier, regnbuefamilier, funksjonsnedsettelse, samiske familier, familier med status som nasjonale minoriteter og familier med innvandrerbakgrunn – samt flere aleneboende. Dette stiller, rimeligvis, andre krav til politikken på feltet enn før. Familiens krav på likeverdige tjenester framheves, alle familier skal ha «gode rammebetingelser», men så skal det også være «særlige tiltak rettet mot de som trenger ekstra hjelp og støtte».

Stortingsmeldingen har et eget kapittel om «Trygge familier og godt foreldreskap». Utgangspunktet er at «investeringer i familier er samfunnsøkonomisk lønnsomt» og at: «Det er grunn til å tro at den norske befolkningen har mye å vinne på at den universelle foreldrestøtten styrkes, et resonnement som gjerne kalles forebyggingsparadokset.»⁴⁹

Forebyggingsparadokset forklares som at tiltak med beskjeden virkning som rettes mot mange, totalt sett vil kunne ha langt større *effekt* enn tiltak som har stor og målbar effekt på noen få. Innrammingen og begrunnelsen for den universelle satsingen er altså her, primært, effekt.

Tiltakene som behandles knyttet til foreldreskap er både særskilt innrettede tiltak, som at det igangsettes forsøk med Nurse-Family-Partnership i familier som trenger ekstra støtte fra tidlig i svangerskapet, den generelle folkehelsepolitikken med vekt på primærhelsetjenesten – her nevnes også Familiens hus, barneverntjenesten, samlivskurs, foreldresamarbeid og støtte til barnet ved samlivsbrudd, samt råd og veiledning til foreldre. Det påpekes at det «må være legitimt og alminneliggjort å be om generelle foreldreråd», og at regjeringen vil legge til rette for at foreldrestøttende råd og veiledning er lett tilgjengelig og holder høy faglig standard. Det skal utvikles et foreldrerådgivningstilbud på nettet. Gjennom tilskudd til foreldrestøttende tiltak i kommunen skal kommunene dessuten stimuleres til å sette i verk tiltak. Deretter listes det opp en rekke foreldreveiledningsprogram i bruk i Norge, program som er innrettet både universelt, selektivt og indikativt.

Fra midten av 1990-tallet har foreldreveiledning altså utviklet seg fra statlig initierte satsinger i kommunene, som framsto som nokså enhetlige ved at det ble tilbudt ett foreldreveiledningsopplegg, til et mangfold av foreldreveiledningsprogram tilbudt av ulike offentlige instanser og som lokale myndigheter kan velge blant. Tilbudene beskrives, på samme måte som familiene, som mangfoldige. Og det spesifiseres hvem ulike tilbud er rettet mot og hva slags effekter de er påvist å ha. I omtalen både av foreldreveiledning og samlivskurs vises det gjentatte ganger til effekt. Det kan forstås som et resultat av

⁴⁸ Meld. St. 24 (2015-2016) *Familien – ansvar, frihet og valgmuligheter*, s. 19.

⁴⁹ Meld. St. 24 (2015-2016) *Familien – ansvar, frihet og valgmuligheter*, s. 58.

tilnærmingen som legges til grunn når de universelle tiltakene begrunnes, her er effekt viktig. Da blir det viktig å undersøke nærmere hvilke tiltak som har effekt.

Før vi avrunder dette tilbakeblikket på politikk for foreldrestøtte, skal vi se nærmere på en bestemt diskusjon i Stortinget: diskusjonen om hvorvidt norsk lov skal tillate foreldre å slå sine barn.

3.5 Grenser for legemlig refselse

Når vi går langt nok tilbake i tid, finner vi at norsk lov ga foreldre tillatelse til å refse barn ved bruk av vold. Lov om Hustugt fra 1687 tillot bruk av vold i disiplineringsøyemed, dog avgrenset av hva slags redskap som var tillatt (ikke våpen) og hvor ettertrykkelig det var lov å gå til verks. Mot slutten av 1800-tallet kom bruk av vold i barneoppdragelsen opp til debatt, forfattere som Bjørnstjerne Bjørnson og Alexander Kielland ledet an i kampen mot vold. Historier om barn som var straffet til døde i skolen, fant veien til avisene. Motstandere av gjeldende lov mente den ga foresatte for frie tøyler, mens tilhengere mente foreldre og lærere brukte riset i kjærlighetens tjeneste. Lovendringen kom i 1891. Da ble lov om «Indskrænking i Anvendelse av Legemlig Revselse» vedtatt. Bruk av vold i oppdragelse ble ikke forbudt, kun begrenset til at foreldre kunne anvende «maadeholden legemlig Revselse». I 1936 ble det innført forbud mot legemlig straff i skolen gjennom Folkeskoleloven (Thuen 2008, s. 118–119).

Men det var altså i tiårene etter krigen fortsatt adgang for foreldre til å straffe barn fysisk, så lenge det skjedde med måte. Loven fra 1891, som fortsatt var gjeldende, lød: «Til fremme af Opdragelsens Øiemed er Forældre og Andre, der staar i Forældres Sted, berettigede til at anvende maadeholden legemlig Revselse paa Børn, der staar under deres Myndighed».⁵⁰

En gallupundersøkelse foretatt i 1946 viste at 50 prosent av foreldrene hadde gitt barna sine juling. Nic Waal (barnepsykiater) og Åse Gruda Skard (barnepsykolog) var blant de som argumenterte mot, men blant folk flest var det fortsatt støtte til at foreldre måtte ha adgang til å straffe barna fysisk. En undersøkelse foretatt i 1970 viste at sju av ti støttet opp om dette (Thuen 2008, s. 119–120).

Endringen kom ved inngangen til 1970-tallet. I april 1971 ble det behandlet et forslag i Stortinget som endret gjeldende rett. Representanten Tove Pihl⁵¹ (Ap) fremmet følgende forslag i en interpellasjon til Justisministeren:

⁵⁰ Gjengitt i interpellasjon fra representant Tove Pihl til justisministeren, Stortingets forhandlinger 28. april 1971.

⁵¹ Tove Phil (1924–1987) var pedagog, arbeidet som lærer og var i mange år rektor ved Korsvoll skole i Oslo. Hun var stortingsrepresentant fra Oslo for Arbeiderpartiet i perioden 1969–1973. Phil var dat-

«Det henstilles til Regjeringen å fremme forslag om å oppheve Lov av 20. juni 1891 som gir foreldre rett til å slå sine barn.»

Representanten Pihl viste til at det var forbudt og førte til straff å slå andre voksne, uansett om det var ens underordnede. Og at «de som sto i foreldres sted» som lærere i skolen, ansatte i spesialskoler og verneskoler og personalet i straffeanstalter, var fratatt sin tidligere rett til å slå. «Vi har altså nå ikke lov til å slå verken hverandre eller andres barn, mens retten til å slå våre egne barn fortsatt er lovhjemlet». Pihl viste til at det i tillegg var slik at det i straffeloven fantes en egen paragraf som bygget på loven av 1891, og som sikret at den som ikke hadde til hensikt å skade, men likevel overskred refselsesretten (refset ut over det måteholdne), kun skulle idømmes bøter eller tre måneders hefte, og ved gjentakelse – seks måneder. Barn hadde altså svakere rettsbeskyttelse enn voksne.

Dette var ikke første gang loven ble satt under debatt. Barnevernskomiteen hadde i 1947 overveid å foreslå refselsesretten opphevet, men fant at det lå utenfor deres mandat og overlot saken til Straffelovrådet. Der lå den i 20 år.

Justisministeren besvarte Phils interpellasjon med at han ikke så noen betenkeligheter med å oppheve loven fra 1891. Dersom interpellasjonen viste at det i Stortinget var stemning for det, ville Justisdepartementet overveie om loven og den tilhørende bestemmelsen i straffeloven burde oppheves og fremme forslag om dette. Åtte representanter i tillegg til Pihl deltok i debatten. Samtlige støttet forslaget. Så hva var egentlig argumentene for å beholde adgangen til måteholden legemlig refselse?

Tove Pihl viste til argumentene for å beholde loven i sine innlegg. Hun hadde fått mange og sterke reaksjoner på sitt forslag i forkant av debatten: «At så mange ville tviholde på sin juridiske rett til å slå sine egne barn, hadde jeg ikke fantasi til å forestille meg.» Ett motargument var at å oppheve refselsesretten ville drive foreldre til å bruke psykisk avstraffelse i stedet. Et annet var at det ville oppmuntre til nabokrangel, og at folk ville benytte anledningen til å blande seg borti hverandres livsførsel. Et tredje argument var at det fikk holde med et forbud mot barnemishandling. Pihl hadde, fortalte hun, fått mange henvendelser der det ble vist til følgende bibelsitat: «Den som sparer sitt ris, hater sin sønn; men den som elsker han tukter han tidlig.» Pihl fortsatte: «En del antyder at evig pine vil bli min lodd, for å ha rørt ved denne tese.» Endelig ble det «hevdet at opphevelse av loven av 1891 vil undergrave hjemmets autoritet.» Dette argumentet møtte Pihl slik:

«Vi har sterke generasjonsmotsetninger i dag, og vi overvinner dem ikke ved å befeste vår makt som foreldre, men tvert imot ved ikke å gjøre foreldre/barn-situasjonen til et maktforhold. Ønsker vi å skape varig gode forhold mellom foreldre og barn, kan

ter av lege Tove Mohr (1891–1981) og datterdatter av Katti Anker Møller. (https://snl.no/Tove_Pihl)
Lesedato 09.07.16

det bare bygges på gjensidig respekt – og ikke mindre viktig på overbærenhet fra begge parter. Det kommer fort den dag da vi trenger våre barns overbærenhet.»⁵²

Argumenter for å beholde refselsesretten ble altså ikke framført av noen i Stortinget den dagen saken kom opp til debatt. Men motargumentene det ble referert til, var som vi har sett flere, og de handlet både om foreldres autoritet og om hva som var foreskrevet i bibelen.

Og selv om det var allmenn oppslutning om å oppheve refselsesretten, var det ikke stemning for å innføre noe forbud mot legemlig refselse. Dette ble understreket av flere. Justisministeren (Berrefjord, Ap) ordla seg slik:

«Jeg deler det syn at det ikke i dagens samfunn er noen grunn til å opprettholde en positiv lovhjemmel for adgang til kroppslig refselse. Dermed er ikke sagt at man bør gjøre det motsatte, nemlig positivt å bestemme at enhver ubetydelig kroppslig refselse skal være rettsstridig og straffbar. Det er sikkert mange gode og ansvarsbevisste foreldre som i beste mening – kanskje også på bakgrunn av sin egen oppdragelsessituasjon – i gitte situasjoner anvender måteholden kroppslig refselse uten at dette i og for seg skader det gode forhold mellom barn og foreldre.»

Dette var en argumentasjon Egil Endresen (H) støttet opp om. Og Ola O. Røssum (Sp) påpekte at om vold ikke skulle være eksplisitt tillatt, kunne det være nødvendig å gripe inn for eksempel med «eit tak i nakken», «når freden står på styr i ein barneflokk». Dette mente han ville bli «forstått og godtekné av barna.»⁵³

Det var altså på den ene siden full tverrpolitisk oppslutning om å fjerne refselsesretten, samtidig som det ble tilkjennegitt en tverrpolitisk anerkjennelse av at et slag kunne falle (selv om det ikke var det mest hensiktsmessige) og at det ikke var noen grunn til å lage lover mot den slags. Foreldre skulle ha handlingsrom. Og mens enkelte i debatten understreket at Stortinget neppe var det rette stedet for å debattere barneoppdragelse, påpekte andre – blant annet representanten Endresen fra Høyre – at det på dette området var behov for folkeopplysning. Refselsesretten ble opphevet av Stortinget i 1972.

Barneloven ble vedtatt i 1981, men først i 1987 ble det tatt inn en bestemmelse i barnelovens § 30 om foreldreansvaret som følger: «Barnet må ikkje bli utsatt for vald eller på anna vis bli handsama slik at den psykiske og fysiske helse blir utsett for skade eller fare».

⁵² Alle sitater hentet fra referat for Stortingets forhandlinger 28. april 1971. Interpellasjon fra representant Tove Pihl om å oppheve lov om foreldres rett til å slå sine barn.

⁵³ Alle sitater hentet fra referat for Stortingets forhandlinger 28. april 1971. Interpellasjon fra representant Tove Pihl om å oppheve lov om foreldres rett til å slå sine barn.

Bestemmelsen er seinere (1997) skjerpet inn ved følgende tillegg: «Dette gjeld og når valden brukast som ledd i oppsedinga av barnet. Bruk av vald og skremmande eller plagsom fremferd eller annan omsynslaus åtferd overfor barnet er forbode.»

Norge var relativt tidlig ute med å forby fysisk avstraffelse av barn i hjemmet. I mange land har det vært motstand mot å regulere relasjonen mellom barn og foreldre i privatsfæren (Øia & Fauske 2010, s. 116). Når hensynet til at barneoppdragelse er et privat anliggende ikke ble eksplisitt framført i Stortinget under debatten om refselsretten i 1971, må det antakelig forstås med bakgrunn i at loven som var oppe til debatt ga foreldre *rett til* å bruke vold. Loven blandet seg allerede i foreldres barneoppdragelse ved å gi foreldre tillatelse til å slå. Argumentet om å ikke blande seg i privatsfæren lå imidlertid åpenbart under, da det ikke ble etablert et forbud mot vold mot barn i hjemmet i 1971/72.

Debatten om de lovlige rammene for foreldreansvaret er interessant på mange plan. Den synliggjør at selv innenfor rammen av en velferdsstat av den skandinaviske typen, er det grenser for statens rekkevidde.

3.6 Når vi ser oss tilbake

Tilbakeblikket på etterkrigstidens politikk for foreldrestøtte og foreldreveiledning, synliggjør hvordan politikken har endret seg med samfunnsutviklingen: Fra full oppmerksomhet om forsørgelse og foreldreopplysning om ernæring, hygiene og sykdomsforebygging rett etter krigen, til 1970-tallets dagsorden, der offentlig initiert veiledning i barneoppdragelse ble lansert. Først som bistand til foreldre som manglet ressurser, men nokså raskt som et universelt tiltak satt inn overfor foreldre flest. I en tid da mye var i endring, også forståelsen av barn og barneoppdragelse, ble det lagt til grunn at alle foreldre kunne ha bruk for bistand, fordi alle kom til kort. Av og til. Dette er en tilnærming som er beholdt i tiårene etterpå, både da et statlig program for foreldreveiledning ble introdusert midt på 1990-tallet og siden gjennom to stortingsmeldinger om foreldreskapet. Foreldrestøtte og foreldreveiledning rammes da inn, ikke som en intervensjon, men som en støtte. Og dette er noe familiene trenger for å stå sterkest mulig. I den foreløpig siste stortingsmeldingen har denne strategien fått en uttalt tilleggsbegrunnelse: Det er effektivt. Hvis man regner på det.

4 Foreldreveiledningsprogram

En sentral del av tilbudet om støtte i foreldreskapet som gis til norske foreldre, er foreldreveiledningsprogram, det vil si ulike kurs foreldre kan delta på med hensikt å forbedre sine omsorgsevner på ulike måter. Et titalls program tilbys i dag gjennom ulike aktører. Selv om programmene for foreldre flest kan framstå som svært like, finnes det noen hovedprinsipper som skiller dem fra hverandre. Som med foreldrestøtte generelt, er det nyttig å skille mellom program rettet mot hele befolkningen (universelle foreldreveiledningsprogram), program som er rettet mot foreldre og familier som av ulike grunner antas å ha større risiko for utfordringer i foreldrerollen (såkalt selektert nivå), og program utviklet for å bistå familier med etablerte problemer. Det siste kan for eksempel være der barnet har fått en diagnose eller har atferdsproblemer, eller familier der foreldre sliter med rus, psykiske lidelser eller av andre grunner ikke mestrer foreldrerollen (såkalt indikert nivå). Grovt sett kan man si at de universelle programmene søker å forebygge omsorgssvikt og styrke foreldreskap i samfunnet generelt, mens programmene på selektert og indikert nivå søker å korrigere og forbedre foreldre-barn-relasjonen der det allerede er eller synes å være risiko for utfordringer.

Historisk sett har tiltak satt inn for å støtte opp om foreldre hovedsakelig vært rettet mot familier i risiko eller der barna har kliniske diagnoser (Sherr et.al. 2014). Det er også forsket vesentlig mer på program på selektivt og indikativt nivå enn på universelt innrettede foreldreveiledningsprogram. Ifølge Rambøll (2013) er foreldrestøttende tiltak med søkelys på atferdsvansker framtreddende ikke bare i Norge, men også i Danmark, Sverige og Island. I vår gjennomgang av internasjonal litteratur for denne kunnskapsstatusen så vi tydelig at samme tendens også gjelder utenfor Norden – det forskes betydelig mindre på universelle foreldreveiledningsprogram.

Denne tendensen til å fokusere på selektive og indikative program i forskningen kan delvis tilskrives utbredelse, men i Norge kan noe av dette også forklares med eierskap. Flere av programmene er importert og implementert av forskningsmiljøer. Forskningsmiljøet rundt Atferdssenteret og regionalt kunnskapssenter for barn og unge (Rbup Nord tilknyttet Universitetet i Tromsø) har vært sentralt i forbindelse med import av, implementering av og forskning på utbredte foreldrestøttende tiltak som PMTO, MST og DUÅ (Rambøll 2013, s. 19). Dette er, som vi vil komme tilbake til, ikke tilfelle for de universelle foreldreveiledningsprogrammene.

Denne kunnskapsstatusen fokuserer på universell foreldrestøtte, altså foreldreveiledningsprogram som tilbys foreldre uten etablerte utfordringer. Vi vil i dette

kapitlet derfor kun presentere de programmene som er utviklet eller brukes i Norge på et universelt nivå. Dette betyr at noen av foreldreveiledningsprogrammene som er utbredte i Norge ikke er inkludert. Manualbaserte foreldreveiledningsprogram rettet mot atferdsvansker er et utbredt hjelpetiltak i barnevernet. Barnevernsstatistikken viser at vedtak om råd og veiledning er den tiltakstypen flest barn mottar fra barnevernet.⁵⁴ Parent Management Training, nærmere bestemt Oregon-modellen (PMTO), og Multisystemisk terapi (MST) er gitt en særstilling i barnevernet ved at implementering og oppfølging av modellene er lagt til statlig barnevernsmyndighet, Bufetat (Christiansen 2015). Dette gjenfinnes i statistikken, der man ser at disse to er de vanligste når foreldreveiledningsprogram benyttes som en del av veiledningen (med henholdsvis 1090 registrerte hjelpetiltak i 2015 for PMTO, og 752 registrerte tiltak i 2015 med MST)⁵⁵. Disse programmene, sammen med Tidlig innsats mot barn i risiko (TIBIR), er av de få hjelpetiltak i barnevernet som har vært gjenstand for norsk effektforskning i form av randomiserte kontrollerte studier. Disse studiene viser til gode resultater (Christiansen 2015). Forskningen er godt dokumentert i Ungsinn og andre litteraturgjennomganger på feltet (Christiansen 2015; Rambøll 2013).

Disse programmene retter seg imidlertid mot foreldre til barn som har eller er i risiko for å utvikle atferdsproblemer. PMTO og MST gis som en individuell behandling i familier med barn identifisert med atferdsforstyrrelser. PMTO tilbys foreldre som har barn mellom 3 og 12 år med alvorlige «atferdsproblemer», mens MST er tilpasset ungdom mellom 12 og 18 år med lignende problematikk.⁵⁶ Tiltakene er altså på indikert nivå. TIBIR gruppeforeldreintervensjon ligner program som presenteres i dette kapitlet, med tolv gruppesamlinger for foreldre som et metodisk og pedagogisk grep. Deltakerne er foreldre og foresatte til barn mellom 3 og 12 år som har mindre atferdsproblemer eller står i risiko for å utvikle det.⁵⁷ Det er altså et program på selektivt nivå. De nevnte programmene vil ikke behandles i detalj i dette kapitlet, men der forskningen gir relevant innsikt i arbeidet med veiledning til foreldre uten identifisert

⁵⁴ Tabell generert i SSBs statistikkbank. Tabell: 10660: Barnevernstiltak i løpet av året, per 31. desember og for nye barn, etter tiltak (F). Genereres via denne lenken: <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selecttable/hovedtabellHjem.asp?KortNavnWeb=barneverng&CMSSubjectArea=sosiale-forhold-og-kriminalitet&checked=true> Lesedato: 19.10.16

⁵⁵ Ibid.

⁵⁶ <http://www.atferdssenteret.no/parent-management-training-oregon-pmto/category158.html> https://www.ungsinn.no/post_tiltak/mst/ Lesedato: 17.09.16

⁵⁷ <http://www.atferdssenteret.no/tidlig-innsats-for-barn-i-risiko-tibir/category162.html> Lesedato: 15.09.16

risiko, vil denne kunnskapen trekkes på. Vi vil heller ikke gå inn på programmer som er spesielt rettet mot fosterforeldre (som for eksempel *Omsorg for traumatiserte barn*⁵⁸).

Programmene som presenteres under, tilbys «alle» norske foreldre, i den forstand at det ikke er noe krav om en identifisert risiko for atferdsvansker eller relasjonelle utfordringer for å få delta. Noen av programmene tas også i bruk i møte med familier der det allerede er etablerte utfordringer, og dette vil framkomme i vår presentasjon av programmet.

Atferdskorrigerende og psykoedukative program

Selv om mye er likt og det kan være vanskelig å få grep om hva som skiller foreldre-veiledningsprogrammene fra hverandre, er det et hovedskille som er verdt å nevne før vi går inn i de ulike programmene. Det er skillet mellom det som ofte blir kalt «atferdsprogram» (slik som programmene nevnt over) og «tilknytningsprogram» eller «psykoedukative program». Disse baserer seg på ulike teoretiske grunnlag. De såkalte atferdsprogrammene er basert på teorier om sosial læring og atferdsendring. Det vil si at programmene søker å hjelpe foreldre til å korrigere barnas atferd ved å lære dem opp i systematisk og god bruk av ulike konsekvenspedagogiske virkemidler, og gjennom å sensitivere foreldre, det vil si lære foreldre å se barnet på en positiv måte. Program som faller inn i en slik teoretisk retning, er de ovennevnte PMTO, MST og De Utrolige Årene (DUÅ). Den andre gruppen program baseres på det som ofte betegnes som «nyere spedbarnsforskning» og på betydningen av den utviklingsstøttende samhandlingen og kommunikasjonen mellom barnet og omsorgsgiver. Her står teorier om tilknytning og utviklingspsykologi i sentrum, og programmene retter seg i større grad mot samspillet mellom barn og foreldre. Flere program i denne kategorien beskrives som psykoedukative program. Med dette menes at man gjennom å lære opp foreldre i tilknytningsteori og utviklingspsykologi og ved å legge vekt på hvordan dette er relevant for deres samspill og utfordringer med egne barn, forsøker å bevisstgjøre foreldre. Tanken er at kunnskap om barns utvikling og behov kombinert med bevisstgjøring om hvordan ens egen atferd påvirker samspillet, fører til endring i de delene av foreldrenes atferd som eventuelt ikke er optimal for barnets utvikling. Denne typen program har også som eksplisitt mål å lære foreldre å se barnet på en positiv måte. Man kan si at disse to hovedretningene har ulike innfallsporner til intervensjonen: via egenskaper hos barnet (atferdsprogrammene) eller omsorgspersonens omsorgspraksis. I gjennomgangen av de ulike programmene vil det teoretiske grunnlaget og forskjellene forklares noe mer i detalj.

⁵⁸ Se for eks: Backer Grønningsæter, Arne (2014) *Omsorg for traumatiserte barn. Rapport fra evaluering av et opplæringsstilbud til fosterforeldre*. Kristiansand: Universitet i Agder

Hvis man ser på hva som er felles for programmene, er det typiske oppsettet for foreldreveiledningsprogram rettet mot foreldre flest en gruppebasert kursrekke, med én kursdag i uka over flere uker. Foreldre melder seg på frivillig eller blir oppfordret til å melde seg på, for eksempel gjennom helsesøster på helsestasjonen. Helsestasjoner er ofte tilbydere av kursene, men de tilbys også av andre kommunale tjenester og av private aktører. Selv om programmene baseres på ulike teoretiske modeller, ser de alle barns utvikling som en prosess hvor barnet endres i samspill med sine omgivelser over tid, samtidig som barnet med sine individuelle karakteristika også påvirker og endrer sine omgivelser. Videre har de et felles siktemål om «å hjelpe foreldre til å ha realistiske forventninger til barna, være sensitive overfor barnas behov og utøve en oppdragerstil som er preget av positive heller enn straffende teknikker» (Christiansen 2015, s. 53).

4.1 Omfang og utbredelse

Det foreligger per i dag ingen kartlegging av omfanget av denne typen kursing rettet mot «vanlige foreldre», altså foreldre som verken er i risiko eller har en konkret større utfordring. Det foreligger heller ikke, så vidt vi har funnet, forskning som sier noe om omfanget av andre typer veiledning, som vi kommer tilbake til mot slutten av dette kapitlet. Det som gikk igjen på tvers av alle ekspertintervjuer med fagfolk som har jobbet i feltet over tid, var beskrivelser av en ekspanderende bransje. En informant som har jobbet med foreldrestøtte i ulike former i over 20 år, beskrev det på denne måten:

Tilbudet til foreldre, hvor de da også kan få veiledning, men da primært knyttet til sitt barn – det har økt. Også er det jo en eksplosjon de siste ti åra i forhold til nettet og veiledningstilbud på nettet. Som er, alt fra blogginnlegg og Facebook-kommentarer til veldig mye journalister som skriver små fagbaserte artikler, selv om de selv jo ikke er fagpersoner.» (Intervju med fagperson)

Informanten peker på at veiledning av foreldre i det kommunale hjelpeapparatet har økt, parallelt med at andre typer veiledningsressurser har blitt mer framtrødende. Denne økningen på tilbudssiden kan man også se på foreldreveiledningsprogram. De fleste av programmene som brukes overfor foreldre flest (universelt) i Norge i dag, er enten nye program eller program som tidligere er brukt selektivt, men som nå prøves ut universelt.

Parallelt med en økning av tilbud har man sett en økning i etterspørsel etter foreldreveiledning. Dette er også en trend som løftes fram i et flertall av intervjuene med fagfolk i feltet. En fagperson med lang erfaring i praksisfeltet svarte slik på spørsmål om hun ville si det hadde skjedd noen endringer i feltet i løpet av denne tiden:

Fagperson: Det er en kjempestor forskjell. Det har endret seg fullstendig. Det at foreldre kan be om hjelp og gå i grupper, det er jo helt greit. Mye mindre tabu. Det er virkelig noe helt nytt. Det har skjedd en kjempeforandring. Jeg husker før at når jeg kunne ha samtaler med foreldre og si at «vi har noen grupper her, kunne det vært interessant for dere å delta, der vi snakker om det å være foreldre og utfordringer.» Da ble de liksom fornærmet og tenkte at «Gud, har vi så store problemer». Men nå er det liksom «Jaja, det kunne være interessant» eller «Ja, hva har dere å tilby her da».

Forsker: Har du noen tanker om hva det skyldes?

Fagperson: Jeg tror det har blitt mer vanlig. Også tror jeg folk er mer undersøkende på nett, ikke sant. De skal ikke være perfekte, ikke ha den perfekte fasaden. Det er mye mer sånn åpenhet rundt at jaja, alle sliter. Det er ikke bare bare å være foreldre. Der synes jeg det har skjedd en veldig stor endring.

Denne økende interessen forklares her ved at det å spørre om hjelp er blitt mer akseptert med framveksten av en åpenhetskultur om foreldreskap. Flere andre informanter trekker også fram hvordan utviklingspsykologien har gitt fundamentalt ny kunnskap om barns utvikling og en erkjennelse av foreldres sentrale rolle som ikke var kjent for bare noen tiår siden. I større grad enn tidligere vet den gjennomsnittlige forelderen i dag at de bidrar til å forme barnets personlighet og muligheter.

Vi kan altså ikke si, basert på forskningen som er gjennomgått, om omfanget av foreldreveiledning har økt eller hvor mange foreldre som har deltatt i en form for gruppebasert foreldreveiledningsprogram. Det er også vanskelig å si noe om hvordan de foreldrene som har deltatt fordeler seg på de ulike programmene. Det finnes oversikter over hvor mange veiledere som er utdannet i de ulike kursene (presentert under de ulike programmene). Men ingen samlet statistikk på antall kurs eller hvor mange foreldre disse veilederne har holdt kurs for.

Bør alle foreldre veiledes?

Det finnes altså ingen oversikt over hvor stor andel av norske foreldre som har gått på foreldreveiledningskurs eller hva slags kurs de har gått på. Det er likevel, som vi skal se, en uttalt målsetning for flere av programmene at de skal være et tilbud til alle foreldre. Hvorvidt alle foreldre bør delta på foreldreveiledning i form av slike program, er det imidlertid uenighet om.

I Norge har psykologen Lars Smith (2014) vært en tydelig stemme blant de som mener at man bør vise varsomhet når man gir råd og veiledning til foreldre som har normale og gode relasjoner til sine barn. Nyere spedbarnsforskning har dokumentert at barn fra fødselen av intuitivt kommuniserer med sine omgivelser og omsorgspersoner.

Forskning på samspillet mellom nyfødte og omsorgsgivere har også vist at foreldre intuitivt besvarer spedbarnets forsøk på kommunikasjon (jf. Papousek & Papousek 1987, 2002). Disse intuitive formene for foreldreatferd har tidsmessig sett en posisjon som ligger mellom medfødte reflekser og responser som krever en rasjonell avgjørelse. Latenstiden er vanligvis 200–600 millisekunder. Foreldre og andre omsorgspersoner er som regel ikke klar over at de utøver slik atferd. De vil noen ganger benekte at atferden forekommer, eller eventuelt feiltolke det de gjør. Ifølge Smith (2014) har foreldre for eksempel «ingen tilgang til hvordan hjernen fungerer når de er i ferd med å svare på et vinnende smil eller en krevende sutring fra barnet, på samme måte som de har liten eller ingen innsikt i hvordan de forbereder seg på å formulere en grammatisk setning eller styre en bil». Den intuitive omsorgsatferden er universell; den finner sted i alle kulturer og utøves like gjerne av menn som av kvinner, og også av eldre barn (søsken) som deltar i samspill med babyer (Smith 2014). Smith (2014) argumenterer for at man ved å gå inn i denne relasjonen med råd til foreldre, uten å vektlegge foreldrenes intuitive fortolkning av babyens atferd, kan risikere å forstyrre det intuitive foreldreskapet snarere enn å styrke det. Derfor argumenterer han for at «foreldre flest» ikke vil trenge å bli veiledet av fagfolk eller myndigheter for å bli «gode nok» i omsorgen.⁵⁹

På den andre siden har blant andre professor Willy-Tore Mørch argumentert for at sammenhengen mellom veiledning av foreldre og forstyrrelse av intuitivt foreldreskap er en teoretisk sammenheng som trenger mer forskning.⁶⁰ Førsteamanuensis Helge Holgersen sitert i psykologisk.no vektlegger at det finnes foreldreveiledningsprogram som nettopp tar utgangspunkt i at foreldre intuitivt vil gjøre gode handlinger for barnet sitt hvis de blir bedre i stand til å mentalisere, det vil si å forstå sitt barns handlinger ved å sette seg inn i dets motivasjon og følelsestilstander.⁶¹ Dette er en posisjon som også framkom i noen av ekspertintervjuene i forbindelse med denne litteraturgjennomgangen.

Det jeg synes er vanskelig med den debatten, er at jeg ikke klarer å skjønne hvordan man skiller mellom intuitivt foreldreskap og det vi har med oss som litt automatikk, men som likevel ikke er en biologisk og intuitiv greie. Det er både kulturen vi lever i og det vi har av barndomserfaringer som gjør at vi reagerer automatisk. Den automatiske reaksjonen er ikke nødvendigvis den samme som den intuitive. Og jeg tenker at disse universalforebyggende programmene har nettopp en funksjon for å få oss til å reflektere over hva som kommer automatisk og hvor kommer det

⁵⁹ <https://psykologisk.no/2014/01/trenger-nybakte-foreldre-a-laere-spedbarnsomsorg/> Lesedato: 03.10.16

⁶⁰ <https://psykologisk.no/2014/03/ny-fagartikkel-skaper-debatt/> Lesedato: 10.08.16

⁶¹ Ibid.

fra. At foreldre liksom ikke bare ser på barnet, men også på seg selv. (Intervju med fagperson)

Det er heller ikke slik at foreldre som ikke deltar i foreldreveiledningsprogram kun tar utgangspunkt i sitt intuitive foreldreskap. Råd fra eksperter og andre gjennom internett, TV, radio og andre medier er mange og ofte sprikende. Strategier for å få barnet til å sove godt gjennom natten spriker for eksempel fra å la det gråte seg i søvn, til samsoving inntil barnet selv ønsker å slutte. En svensk intervensjonsstudie konkluderer med at mange foreldre har et grunnleggende behov for støtte, uavhengig av økonomisk posisjon (Smeds 2008). De søker bekræftelse på at barnet utvikler seg normalt, og at de gjør det rette. Studier som tar for seg foreldres erfaringer ved deltakelse i program er ikke mange, men de som finnes, viser til at foreldre som har deltatt peker på at dette burde være et universelt tilbud, fordi det gir en mulighet for å dele erfaringer med andre (f.eks. Neander & Mothander 2015, Hundeide 2008, Hannestad & Hundeide 2005).

Hva slags råd som er gode og hvem som bør motta råd, er altså komplekst, og fagfolk er uenige. Denne litteraturgjennomgangen gir ikke et entydig svar på hva slags råd som eventuelt forstyrrer et intuitivt eller godt samspill og hva slags veiledning som styrker og bygger opp under gode foreldreskap. Som vi skal se, er nettopp forskning som ser på tvers av program og løfter fram mer generelle utfordringer ved foreldreveiledningsprogram, lite utbredt.

Under vil vi kort presentere de ulike foreldreveiledningsprogrammene i bruk på universelt nivå i Norge i dag. Vi gir en kort innføring i programmenes opprinnelse, kursopplegg og ulike varianter av samme kurs tilpasset ulike grupper. I tillegg gir vi en overordnet presentasjon av programmets teoretiske og faglige utgangspunkt, før vi sammenfatter forskningen som er gjort på programmene i Norge.

4.2 International Child Development Programme (ICDP)

ICDP (International Child Development Programme) er et foreldreveiledningsprogram med målsetning å styrke barns oppvekstvilkår gjennom veiledning av foreldre og omsorgspersoner for barn mellom 0 og 18 år. Programmet er utviklet i Norge av professor Karsten Hundeide og professor Henning Rye og forvaltes av stiftelsen ICDP. I Norge har Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet en avtale med ICDP om bruk og videreutvikling av programmet og kan tilby opplæring i bruken av ICDP til alle landets kommuner. Dette gjelder opplæring for bruk til omsorgsgivere til barn mellom 0 og 18 år. som en sentral del av det nasjonale foreldreveiledningsprogrammet *Program for foreldreveiledning*. Det var Barne- og familiedepartementet i samarbeid med Sosial og helsedepartementet som først tok initiativ til dette nasjonale programmet,

i 1995.⁶² Gjennom Program for foreldreveiledning ble ICDP materiale sendt ut til alle kommuner, og systematisk undervisning ble gjennomført i alle fylker (Rye 2002). Bakgrunnen for å iverksette et slikt allment innrettet foreldreveiledningsprosjekt er omtalt i kapittel 3. Målsetningen til programmet er todelt: å forebygge psykososiale problemer blant barn og unge gjennom å støtte og styrke foreldre og omsorgsgivere, og som metode bidra til å fange opp de foreldrene som har større utfordringer enn andre.

ICDP er brukt i over 40 land, både land med politisk og sosial uro og velfungerende samfunn med sterke velferdsstatsordninger (Bjørnstad 2015). Den første utprøvingen i Norge fant sted ved helsestasjoner i Bergen på begynnelsen av 1990-årene (Rye 2002). I dag tilbys ICDP i flere sammenhenger, både av helsestasjoner, barnevern, barnehager og institusjoner for barn og unge med spesielle behov (Rye 2002, s. 239). Norske kommuner oppfordres til å tilby ICDP universelt til alle foreldre og til flyktninger og innvandrere spesielt (Barne- og likestillingsdepartementet 2012). Deltakelse er frivillig, og foreldre søkes rekruttert ved å informere bredt, for eksempel gjennom helsestasjoner, barnehager og skoler. Per i dag er det omtrent 3700 personer i Norge som har mottatt opplæring slik at de kan gjennomføre ICDP-grupper for foreldre.⁶³ Det føres imidlertid ikke statistikk over hvor mange grupper de ulike veilederne gjennomfører etter utdanning, og det finnes derfor ingen oversikt over hvor mange norske foreldre som har deltatt i ICDP-grupper.

Opplegg for gruppene

Den universelle standardversjonen av ICDP holdes over åtte møter, typisk med én møtekveld i uka. I løpet av gruppesamlingene læres omsorgspersoner opp i tre typer «dialoger» mellom barn og deres omsorgsgivere som er viktige for å støtte opp om barns utvikling. Den emosjonelle dialogen skal understøtte en god relasjon mellom barnet og omsorgspersonene, den meningsskapende skal styrke foreldrenes evne til å støtte opp om barnets kognitive og moralske utvikling, og den regulerende dialogen skal gi foreldrene verktøy for positiv grensesetting og hjelpe dem til å styrke barnets evne til selvregulering. Hvert av de åtte møtene tar for seg et tema for samspill som ligger under en av de tre dialogene. De åtte temaene er konkrete tips/veiledning til hvordan godt samspill kan etableres. For eksempel er det å vise positive følelser og at man er glad i barnet et konkret tema som styrker den emosjonelle dialogen. Videre er det å hjelpe barnet til å samle oppmerksomheten sin rundt felles opplevelser en type samspill som støtter opp om den meningsskapende dialogen, mens det å lære barn regler, grenser og verdier er en del av den regulerende dialogen (se tabell 4.1).

⁶² Barne- og familiedepartementet/Sosial- og helsedepartementet: Foreldreveiledning. Rundskriv Q-5/95. 30.03.95.

⁶³ Basert på informasjon i samtaler med Bufdir.

Tabell 4.1 ICDPs åtte temaer for godt samspill

Den emosjonelle dialogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vis positive følelser – vis at du er glad i barnet ditt 2. Juster deg til barnet og følg dets initiativ 3. Snakk til barnet ditt om ting det er opptatt av og prøv å få i gang en «følelsesmessig samtale» 4. Gi ros og anerkjennelse for det barnet klarer å gjøre
Den meningskapende dialogen	<ol style="list-style-type: none"> 5. Hjelp barnet til å samle oppmerksomheten sin, slik at dere har en felles opplevelse av det som er rundt dere 6. Gi mening til det barnet opplever av omverdenen ved å beskrive det dere opplever sammen og ved å vise følelser og entusiasme 7. Utdyp og gi forklaringer når du opplever noe sammen med barnet ditt
Den regulerende dialogen	<ol style="list-style-type: none"> 8. a) Hjelp barnet å lære regler, grenser og verdier 8. b) Hjelp barnet å planlegge aktiviteter steg for steg og nå mål

Gjennom alle møtene løftes omsorgsgiveres syn på barnet. Et grunnleggende mål for ICDP er å bidra til at foreldre eller omsorgsgivere har en positiv oppfatning av barnet. At de ser barnet som en person med utviklingsmuligheter, som de er glade i og kan «identifisere seg empatisk med». Det faglige utgangspunktet er altså at kvaliteten i samspillet er avhengig av omsorgsgivers definisjon av barnet. Dersom barnet oppfattes som begavet og intelligent, vil det føre til at kvaliteten i samspillet og relasjonen med omsorgsgiver får en annen karakter enn om barnet oppfattes som å ha en svikt som ikke lar seg korrigere.

Programmet er ikke det man i dette feltet kaller «manualisert». Det betyr ikke at veilederne står helt uten en manual når de gjennomfører en ICDP-gruppe, men manualen for ICDP er langt mer åpen enn for de fleste tilsvarende program, og omtales som en håndbok. I skrivende stund utvikles en ny håndbok for ICDP. Vi har fått innsyn i utkastet. Det kan se ut til at denne blir noe mer detaljert enn den forrige, men den skiller seg likevel fra strengt manualiserte program ved at veilederne har større frihet til å tilpasse innholdet til gruppedeltagerne gjennom de åtte møtene.

I håndboken som per i dag ligger til grunn for veilederopplæringen, presenteres eksempler, spørsmål og oppgaver veilederne kan benytte seg av. Det presenteres en standardagenda for hvordan møter skal legges opp, med forslag til innhold i hvert møte, men ingen streng instruksjon. Det understrekes sju «implementeringsprinsipper» (Hundeide 2007). Programmet skal forankres hos ledelse, det skal legges til rette for at veileder kan bruke tid på programmet, man skal legge vekt på motivasjon hos deltakere, ha en framdriftsplan, gjennomføre programmet strukturert og følge opp deltakere og veiledere om mulig. Ellers er det sentralt for gjennomføringen at gruppesamlingene skal være basert på egenaktivering, deltakelse og refleksjon. Et svært viktig prinsipp i

ICDP er at foreldrene ikke skal instrueres. De skal inviteres inn i felles refleksjon og gjøre bevisst på egne ressurser. Pålegg og instruering anses ikke som virksomt. Friheten som gis veiledere trekkes fram som én av årsakene til at det ikke er gjennomført flere studier på dette programmet, til tross for at det er blant de som har vært lengst i bruk i Norge. Dette kommer vi tilbake til.

Ulike moduler/ tilpasninger

ICDP er universelt innrettet, men blir også brukt av og tilpasset til en rekke ulike målgrupper. Ulike versjoner av ICDP har ulikt antall møter for foreldrene, for eksempel er det 12 møter i minoritetsversjonen. For tre grupper er det laget eget tilleggsmateriell til standardversjonen; disse er foreldre med etnisk minoritetsbakgrunn, omsorgsgivere i fengsel og foreldre til barn med funksjonsnedsettelse. I arbeidet med den nye håndboken er en av grunntankene at kulturperspektivene fra minoritetsversjonen inkluderes i standardversjonen av ICDP. Dette er begrunnet med at man i svært mange grupper vil ha foreldre med ulik kulturbakgrunn. Det gjøres også mer begrensede tilpasninger av programmet for å nå andre målgrupper, som barnevern, skole, asylmottak, krisesenter, fosterfamilier, minoritetsfamilier i barnevernet, ungdom med minoritetsbakgrunn og foreldre som frykter at deres ungdom er i ferd med tiltrekkes av radikale miljøer. Det er også startet arbeid med å innføre ICDP i introduksjonsprogrammet for nyankomne innvandrere. Mange av disse tilpasningene er et resultat av politiske føringer om utprøving av ICDP til nye målgrupper. For eksempel knyttet til tiltaksplanen for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og unge, *En god barndom varer livet ut*: Det er ikke utviklet egne skriftlige veiledere for disse tilpasningene, men det er utarbeidet en rekke prosjektevalueringer og rapporter for dette arbeidet (Bjørnstad 2015).

Opplæring og kvalitetssikring

Opplæring i ICDP skjer på to nivåer: trenernivå og veiledernivå. Sertifiserte veiledere har kompetanse til å holde ICDP-grupper for foreldre og andre omsorgsgivere, mens sertifiserte trenere kan lære opp nye veiledere – de er altså instruktører. Opplæring og sertifisering av veiledere er basert på 1) seks dagers teoretisk og praktisk opplæring med hjemmeoppgaver,⁶⁴ 2) gjennomføring av ICDP-grupper med loggføring, og 3) to dager med veiledning. Godkjenning av utdanningen gjøres ved at trener vurderer loggbok og gjennomføring. Ved tvil kontaktes fagansvarlig i Bufdir.

⁶⁴ Utvidet fra fire til seks dager med virkning fra 01.01.15 (Bjørnstad 2015).

For å bli sertifisert trener må følgende kriterier oppfylles:

- Være sertifisert ICDP-veileder og bruke programmet aktivt
- Delta på tre dagers teoretisk fordypning i programmet
- Gjennomføre opplæring av en ny gruppe veiledere
- Tre dagers veiledning i løpet av opplæring av nye veiledere
- Besvare en skriftlig oppgave.

Faglig/teoretisk fundament

ICDP er bygget på innsikt fra forskning innenfor utviklingspsykologi, tilknytningsteori og klinisk erfaring, som understreker betydningen av samspillet mellom barn og de nærmeste omsorgspersonene gjennom oppvekstårene (Hundeide 2007; Rye 2002). De siste 50 årene har forskning gitt stadig større innsikt i spedbarnets sosiale natur og avhengighet av sosial tilknytning for å kunne utvikle seg optimalt. Fra å se på barn som «blanke ark», har utviklingspsykologiens teori beveget seg til å se barn som aktive deltakere i kommunikasjon og interaksjon med verden rundt seg. De lærer om verden og sitt forhold til den gjennom relasjonen til andre mennesker (Rye 2002). Denne interaksjonsorienterte forståelsen av utvikling ligger til grunn for utviklingen av de tre dialogene og åtte temaene for godt samspill som utgjør ICDP-gruppenes innhold. Ifølge Ungsinn kan komponentene som basistiltaket er bygget opp rundt, tematisk knyttes til følgende forskning: a) omsorgsgivers positive definisjon av barn og dets utvikling (Rogoff 2003), b) den emosjonelt ekspressive dialogen (Trevarthen 1998), c) den meningskapende og utvidende dialogen (Rogoff 2003), og d) den regulerende dialogen (Tomasello & Haberl 2003; Zahn-Waxler et.al. 1992).⁶⁵

Dette kombinert med større oppmerksomhet på foreldreveiledning og erfaringer gjort fra Marte Meo og «More Intelligent and Sensitive Child (MISC)»-programmet, ledet til utviklingen av ICDP (Rye 2002). Marte Meo-metoden er i hovedsak rettet mot barnets emosjonelle utvikling, mens MISC-programmet i større grad fokuserer på barns kognitive utvikling. Gjennom ICDP ønsket Hundeide og Rye å kombinere disse perspektivene og utvikle et universalforebyggende, ressursorientert foreldreveiledningsprogram, med mål om å støtte barns helhetlige psykososiale utvikling (Bjørnstad 2015; Rye 2002).

ICDP er ikke et psykoedukativt program, selv om deler av innholdet har elementer av dette. ICDP er et program med søkelys på sensitivering og bevisstgjøring. Det

⁶⁵ http://www.ungsinn.no/post_tiltak/international-child-development-programme-icdp-program-for-foreldreveiledning/ Lesedato: 20.07.16

grunnleggende målet er å hjelpe foreldre til å bli mer sensitive overfor barnas behov, og bidra til å hjelpe foreldre med å bli mer bevisste på det de gjør som fungerer for dem og deres barn.

Forskning

Ungsinn vurderte ICDP sist i 2012 og klassifiserte det da ifølge gammel skala (se kap. 2) på evidensnivå 2 *Sannsynlig virksomt*. På tross av at ICDP har vært i drift i Norge siden 90-tallet, er det gjennomført bare én stor evaluering av effekten av programmet i Norge i perioden 2008–2010. Denne studien er ikke med i Ungsinns vurdering. Det planlegges å gjennomføre en RCT-studie i perioden 2017–2018 i regi av Folkehelseinstituttet, og vi har gjennom intervjuer fått kjennskap til at det også er fremmet søknad om støtte til enda en RCT-studie på ICDP i Norge.

Hovedresultatene av evalueringen gjennomført i perioden 2008–2010 oppsummeres i en rapport som er tilgjengelig på regjeringens nettsider, i tillegg er det publisert fem fagfellevurderte artikler (Clucas et al. 2014; Sherr et al. 2014; Skar et al. 2014a, 2014b, 2015).⁶⁶ Evalueringen tar utgangspunkt i fire ulike målgrupper i Norge: foreldre i den generelle befolkningen, mødre med minoritetsbakgrunn, fedre i fengsel og foreldre til barn med spesielle behov. Målsetningen til evalueringen var både resultater og prosess. Forskerne ønsket å måle i) effekten av foreldreveiledningen på foreldrene som deltok i programmet, ii) effekten av foreldreveiledningen på foreldre-barn-samspill og på barnas utvikling, iii) langtidseffekten av foreldreveiledningen (seks måneder etter siste gruppemøte), samt iv) kvaliteten på gjennomføringen.

Studien har et kvasiekperimentelt design, der en naturlig intervensjonsgruppe og sammenligningsgruppe har svart på et spørreskjema før og etter at de har deltatt på gruppesamlinger, samt seks måneder etter. Unntaket er foreldre som har barn med funksjonsnedsettelse, her ble det kun gjennomført kvalitative intervjuer med deltakere etter gruppene. Det ble også gjennomført videoobservasjoner og intervjuer av noen av ICDP-deltakerne.

ICDP for foreldre i befolkningen generelt

Utvalget i studien blant foreldre generelt består av 141 foreldre som deltok på ICDP-grupper, som sammenlignes med 79 foreldre som ikke deltok på ICDP (Sherr et al. 2014; Skar et al. 2015). Begge grupper fylte ut et spørreskjema om foreldrerollen, foreldrestil, psykisk helse og sosial støtte før og etter gruppesamlingene var gjennomført. Foreldrestil forstås med bakgrunn i teorier om barns utvikling som understreker viktigheten av foreldrenes oppdragerstil. En mer autorativ foreldrestil som kombinerer

⁶⁶ <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/evaluering-av-foreldreveiledning/id654486/> Hentet sist: 15.10.16

varme (gjennom å vise kjærlighet), evnen til å stille krav (gjennom konsekvent bruk grenser) og respekt for barnets autonomi anses å være en fordelaktig foreldrestil. Autoritær, ettergivende og fraværende foreldrestil er på den andre siden relatert til mindre positiv utvikling for barnet (Chandan & Richter 2008). I denne studien ble det stilt spørsmål som målte graden av positiv disiplin eller grensesetting, samt laget en skala som skulle måle «foreldrestrategi». For å måle foreldrestrategi ble det benyttet fire spørsmål med vekt på den meningssskapende dialogen i ICDP (for eks: «Jeg tilpasser meg til barnets interesser», der man kunne svare på en skala fra 1 (helt uenig) til 6 (helt enig). Spørsmålene dannet grunnlaget for en skala fra 4–24, der høyere skåre representerte «bedre foreldrestrategier» (Skar et al. 2014, s. 59).

Resultatene viste positiv endring i foreldrestil hos de som deltok i programmet (forverring hos sammenligningsgruppen), de opplevde færre utfordringer knyttet til barnets vanskeligheter etter gruppesamlingene (ingen endring i sammenligningsgruppe), mindre uro i hjemmet (økning i sammenligningsgruppen), nedgang i opplevelse av ensomhet (økning i sammenligningsgruppen) og en positiv endring i holdninger til barneoppdragelse (ingen endring hos sammenligningsgruppen). Størst effekt hadde programmet på foreldrene med det dårligste utgangspunktet (Sherr et al. 2014).

Forskjellene mellom foreldrene som hadde deltatt og sammenligningsgruppen var fortsatt signifikante seks til tolv måneder etter fullføring. Dette er undersøkt ved at 79 foreldre som hadde deltatt i grupper og 62 fra sammenligningsgruppen besvarte samme spørreskjema. Resultatene viste at de positive endringene i foreldrestrategier og håndtering av barnet, samt bedringen i foreldrenes psykiske helse (nedgangen i ensomhet og den økte mestringfølelsen) holdt seg over tid, selv om forskerne peker på at noen fordeler synes å blekne med tiden (Skar et al. 2015). I tillegg trekker forskerne fram at foreldrene som deltok på gruppesamlinger oppga at barna brukte mindre tid foran skjermen enn barna i kontrollgruppen.

Forskerne fant positive endringer etter deltakelse på ICDP-grupper hos både fedre og mødre (Clucas et al. 2014). Mødre skåret i utgangspunktet bedre enn fedre på de ulike målene, men begge rapporterte positive endringer etter deltakelse, og Clucas et al. (2014) konkluderer med at ICDP synes å være et nyttig verktøy for å støtte både mødre og fedre. Forskerne konkluderer med at funnene indikerer at ICDP foreldreveiledning kan være en effektiv strategi for å styrke positivt foreldreskap i den generelle foreldrebefolkningen (Sherr et al. 2014; Skar et al. 2015). Likevel understrekes det svakheter ved studien som gjør at videre forskning er nødvendig. Studien var ikke randomisert, og det var dessuten visse statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene i utgangspunktet, gruppene var dessuten for små til at de kunne deles inn etter barnas alder. Et sentralt poeng som trekkes fram er at foreldrene som deltok i ICDP-grupper i noen grad selv hadde oppsøkt hjelp, noe som kan være en sentral faktor som påvirker endring – viljen og motivasjonen til å endre var allerede til stede (Sherr et al. 2014; Skar et al. 2015).

ICDP for etniske minoriteter

En evaluering av minoritetsversjonen av ICDP var også en del av denne studien. Dette ble gjennomført ved å sammenligne resultatene til en gruppe bestående av 29 pakistanske mødre som gjennomførte opplegget, med resultatene til et uttrekk av norske mødre som gjennomførte standardversjonen av ICDP (Skar et al. 2014a). Begge gruppene fylte ut spørreskjema før og etter deltakelse, der de ble målt langs de samme aksene som resten av evalueringen; foreldrerollen, psykososial helse og opplevelse av barnas sterke og svake sider. I tillegg ble det gjennomført kvalitative intervjuer med tolv av mødrene med pakistansk bakgrunn og med åtte av de norske mødrene.

Resultatene viste at det var gruppeforskjeller mellom de pakistanske og norske mødrene ved oppstart. De pakistanske mødrene skåret lavere på psykososial helse, rapporterte en mer distansert form for foreldrestil karakterisert av mindre kommunikasjon, men mer tid med barna, sammenlignet med de norske mødrene. Når det gjaldt effekten av å delta på de respektive gruppene, rapporterte de norske mødrene positive endringer med hensyn til engasjement i barna og bruk av positive foreldrestiler. Endringene for de pakistanske kvinnene var ikke statistisk signifikante (Skar et al. 2014a).

De kvalitative intervjuene i etterkant av gruppesamlingene viste at gruppene tok innover seg og lærte av programmet på ulike måter. De pakistanske mødrene som i utgangspunktet tilbrakte mer tid med barna, oppga for eksempel at de kommuniserte mer og bedre med barna enn før. I intervjuene snakket kvinnene med pakistansk bakgrunn om hvordan deltakelse i ICDP ikke bare hadde påvirket dem langs de aksene de ble målt på i spørreskjemaene, men også bidratt til positive endringer i parforholdet og til at de knyttet sosiale bånd med andre kvinner (Skar et al. 2014a). De norske mødrene oppga at ICDP hadde vært bevisstgjørende for deres egen foreldrepraksis og gitt dem styrket tro på egne foreldreevner (Skar et al. 2014a).

ICDP for fedre i fengsel

På samme måte som evalueringen sammenlignet standardversjonen til ICDP med minoritetsversjonen, ble det gjennomført en studie som så nærmere på ICDP tilpasset fedre i fengsel. Det metodiske designet ligner det som ble brukt på mødrene med minoritetsbakgrunn. En gruppe på 25 fedre i fengsel og en gruppe på 36 fedre utenfor fengsel gjennomgikk ICDP-grupper – de i fengsel fikk den tilpassede versjonen. Begge grupper fylte ut spørreskjema før og etter deltakelse. Spørreskjema var utviklet på samme måte som i studiene over, med vekt på foreldrerollen, psykisk helse, sosial situasjon og deres syn på barnets sterke og svake sider. Dette ble kombinert med kvalitative intervjuer av 20 fedre i fengsel. Skar et al. (2014b) fant at gruppene var ulike ved oppstart, ved at fedrene i fengsel oppga bedre foreldreferdigheter og dårligere psykososial helse enn fedrene som ikke satt i fengsel.

Etter deltakelse på ICDP-gruppe opplevde fedre utenfor fengsel å mestre foreldrerollen bedre, mens fedrene i fengsel oppga at situasjonen var den samme eller forverret. Skar et al. (2014b) mener dette kan forklares med at foreldreveiledning bidrar til å øke bevisstheten rundt foreldrerollen og dermed også om deres egne svakheter. Annen forskning på innsatte har vist at separasjonen og den manglende evnen til å være til stede og gi daglig omsorg, undertrykkes og nedtones for å redusere stress, såkalt «prisonization» (Clemmer 1940; Dyer et al. 2012, sitert i Skar et. al 2014b). Fengselsidentiteten blir større og overskygger andre roller – inkludert foreldrerollen. Foreldreveiledning som søker å styrke nettopp bevisstgjøring rundt foreldrerollen og refleksjon over egne svakheter, kan dermed bidra til en realitetsorientering og skape negative følelser. I kvalitative intervjuer kom det fram at fedrene som sonet, opplevde ICDP positivt, men følelsesmessig utfordrende.

Kvaliteten på gjennomføringen av ICDP-grupper

Resultatene av de mer prosessorienterte problemstillingene er ikke publisert i artikler, men resultatene er presentert i den samlede rapporten fra studien (Sherr, Skar, Clucas, Tetzchner & Hundeide 2011). Kvaliteten på implementering ble undersøkt gjennom en surveyundersøkelse sendt til 172 veiledere og 34 trenere, kombinert med semistrukturerte telefonintervjuer med 13 veiledere og 16 trenere. Lav svarprosent gjør at man må lese resultatene med forsiktighet, men det er likevel interessant å framheve noen av funnene. Det trekkes fram som sannsynlig at utvalget har investert mer i ICDP enn andre veiledere/trenere, siden de bruker tiden på å svare på undersøkelsen. Dette gjør at noen funn bør tolkes med kritisk blikk, for eksempel at de opplevde rollen som veiledere som meningsfull, og at de fleste implementerte programmet som anbefalt hva møteantall og hyppighet angikk. Når det pekes på utfordringer, er det sannsynlig at utfordringene kan være like store eller et større for de som ikke er med i undersøkelsen. For eksempel fant forskerne at veilederne opplevde oppfølgingen som begrenset, under halvparten hadde møtt andre veiledere for å dele erfaringer, mens 76 prosent oppga at de ønsket mer støtte fra kollegaer. Når veilederne ble stilt åpne spørsmål om hva som var de største utfordringene med å gjennomføre veiledning, ble dårlige rammebetingelser for gjennomføring vektlagt. Det ble ikke lagt til rette for gjennomføring av grupper i kommunen, og siden det ikke ble lagt til rette, ble det vanskelig å få til grupper, da det var knapt både med tid og ressurser. Dette speiler på mange måter svarene fra trenerne, som peker på at det er altfor få personer og ressurser satt av til å nå et så ambisiøst mål som å få programmet ut i alle kommuner. Både trenere og veiledere trekker fram at programmets implementering i stor grad avhenger av dem uten at de blir kompensert med tid eller penger for innsatsen. I tillegg måles man i stor grad på kvantitet og ikke kvalitet når man gjennomfører program. Det etterspørres også former for kvalitets-sikring av veiledere. Basert på funnene trekker forskerne fram elleve anbefalinger, som er å finne i rapporten. Blant annet at det utvikles retningslinjer for implementering og

oppfølging av veiledere og trenere, at det øremerkes mer penger til gjennomføring av tiltaket, at foreldre som har deltatt følges opp mer systematisk, at man stiller større krav til veiledere både hva angår bakgrunn og til å følge programmets anbefalinger (Sherr et al. 2011, s. 103–105).

Andre mindre studier

I tillegg til den store evalueringen referert til over, foreligger det en rekke rapporter fra pilotprosjekter for de ulike tilpasningene av ICDP: for barn av foreldre i fengsel (Flakk og Egebjerg 2006), for barn med nedsatt funksjonsevne (Tørnes 2007), for foreldre i asylmottak (Hundeide 2008), for fosterforeldre for ungdom (Freng 2010; Schulerud & Fridjonsdottir 2008) og pilot i krisesenter (Sollied og Flacke 2016). Disse rapportene er ikke relevante da de tar for seg ICDP rette mot foreldre som av ulike grunner er selektert til å delta. Flere har også lav metodisk kvalitet når de vurderes etter kvalitetskriterier for forskning som vi baserer oss på, og vi vil derfor ikke gå igjennom dem i detalj her. Likevel er det elementer fra flere av rapportene som gir viktig innsikt, og de vil derfor bli trukket fram der det er relevant i denne rapporten, for eksempel i diskusjonen om rekruttering av foreldre.

Videre er det publisert resultater av studier av ICDP i andre land – både en RCT-studie på selektivt nivå for krigstraumatiserte mødre i Bosnia (Dybdal 2001) og en RCT på universelt nivå i Mosambik (Skar, Sherr, Clucas & von Tetzchner 2014). Vi vurderer begge studier som å være for fjerne fra den norske konteksten til å gjennomgå dem systematisk her. Det er også publisert en evalueringsrapport fra USA basert på før og etter-målinger, som vi vurderer å ha for lav kvalitet til å bli gjennomgått i detalj her (McBride & Svevo-Cianci 2015).⁶⁷ Det er også skrevet masteroppgaver fra ulike fagretninger som på ulike måter ser på bruken av ICDP, de vil tas inn i diskusjonene der det vurderes relevant, men ikke presenteres systematisk.

ICDP – oppsummert

Det finnes en god del skriftliggjorte erfaringer med ICDP i Norge. Per i dag har ingen av de kvantitative studiene vært randomiserte, og det finnes ingen fagfellevurderte kvalitative bidrag. Ungsinn har klassifisert ICDP som 2 *Sannsynlig virksomt* etter gamle vurderingskriterier, men i lys av den gjennomførte store evalueringen og de planlagte studiene, er det mye som skulle tilsi at en ny vurdering av ICDP vil komme.

⁶⁷ Det mangler for eksempel beskrivelser av hvordan utvalget er trukket, gode beskrivelser av utvalget og refleksjoner omkring potensielle skjevheter i utvalget.

4.3 Circle of Security (COS) – trygghetssirkelen

Circle of Security (COS), eller trygghetssirkelen på norsk, beskrives som en bruker-vennlig modell for å analysere og tolke barns atferd, følelser og behov, som skal kunne veilede foreldre i utviklingsstøttende omsorg. Modellen har som mål at barnet utvikler en trygg tilknytning til sine foreldre. Trygghetssirkelen er en veiledningsmetode utviklet på grunnlag av arbeidet til Cooper, Hoffman, Marvin og Powell (1999). Fordi opphavsmennene har skilt lag og utviklet programmet i ulike retninger, finnes det i dag to hovedretninger av trygghetssirkelen, COS International og COS Virginia. Dette skillet kan man finne igjen i Norge, der Stig Torsteinson og Ida Brandtzæg står bak implementeringen av COS International, og Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse, RBUP Øst og Sør implementerer COS Virginia. Begge retningene av trygghetssirkelen har ett forebyggende foreldreveiledningsprogram der målet er å fremme trygg tilknytning, og ett foreldreveiledningsprogram for barn og foreldre som har eller er i ferd med å utvikle tilknytningsproblematikk. I denne sammenhengen er det de forebyggende universelle programmene som primært er av interesse. Forskjellen mellom de to forebyggende programmene (i COS Virginia kalt «gruppemodellen» og i COS International kalt COS Parenting, eller COS-P) ligger i hovedsak i kursopplegg og opplæring/sertifisering av veiledere. Det teoretiske grunnlaget og den pedagogiske modellen er hovedsakelig lik. Programmet er opprinnelig utviklet for foreldre til barn mellom 0 og 10 år, men det har også blitt tilpasset og testet i Norge for foreldre til ungdom.⁶⁸ Vi har i vår litteraturl gjennomgang ikke kommet over forskning på det forebyggende programmet i Virginia-modellen. Det vil derfor heller ikke presenteres i mer detalj i denne rapporten.

I Norge ble trygghetssirkelen eller COS først introdusert i 2007 og er derfor et relativt nytt program her til lands. Det originale 20 ukers programmet, COS Intervention (eller COS-I), som inkluderer både gruppebehandling og individuell behandling, var det eneste som ble tilbudt de første årene. Den forebyggende versjonen COS-P var ferdig utviklet først i 2010. Det har likevel i løpet av den korte tiden fått relativt bred utbredelse. Omtrent 2000 personer er opplært til å holde det forebyggende COS-P-kurset.⁶⁹ Det er stor interesse for programmet og ofte ventelister på kursene. Det finnes ingen oversikt over hvor mange foreldre som har deltatt på COS-P-kurs, men i en kartlegging foretatt av Brandtzæg og Torsteinson i 2014 blant 423 veiledere i COS-P, oppga 90 prosent at de brukte trygghetssirkelen i sitt daglige virke (Brandtzæg og Thorsteinson 2014). I samme undersøkelse ble det spurt om hvorvidt de brukte hele foreldreveiledningsmodulen. De fant at 92 prosent brukte hele programmet med åtte

⁶⁸ <http://fontene.no/fagartikler/trygghetssirkelen-for-ungdomsforeldre-6.47.334892.ad2f97c0c6>

⁶⁹ Basert på informasjon fra samtaler med Stig Torsteinson og Ida Brandtzæg.

kursdager og fulgte manualen, 4 prosent oppga at de at de brukte deler av programmet (dette gjaldt for eksempel arbeid med oppfølging av gravide). Dette kan tyde på at programmet på få år har nådd mange foreldre. Som ICDP er COS-P designet for å nå ut til mange, og det er tenkt som et universelt program som ikke skal forbeholdes andre linjetjenester. Brandtzæg og Torsteinson beskriver det som et «folkehelseprogram», designet for å nå «ut til folk og helt ned til barna, der de er».

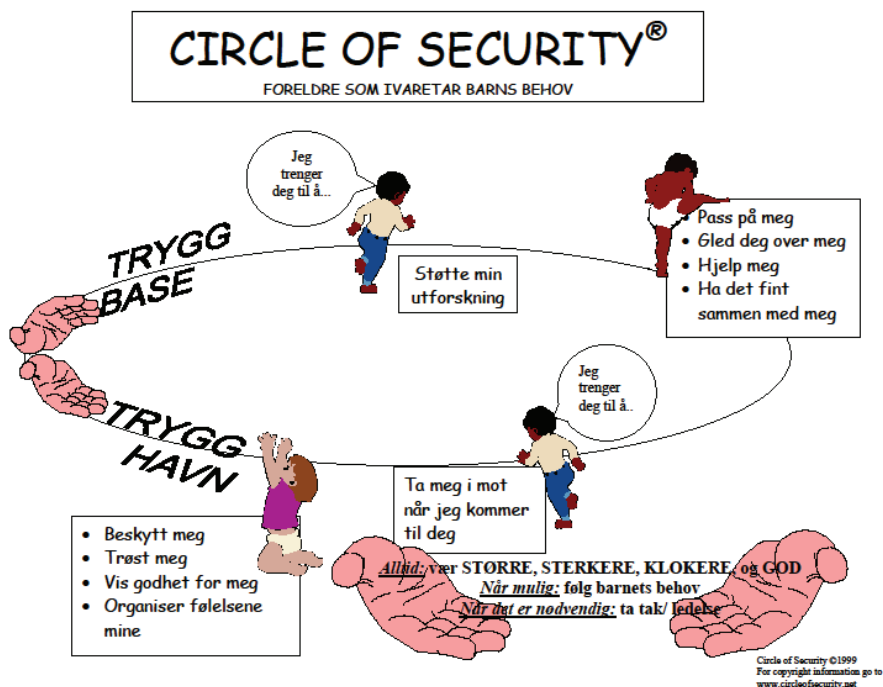
I motsetning til ICDP, har implementeringen av COS i Norge i større grad skjedd «nedenfra». Når det gjelder statlig implementering av trygghetssirkelen har Bufetat stått for dette i fosterhjemsarbeid. Men i hovedsak er programmets utbredelse et resultat av at enkeltpersoner selv har ønsket kurs for å bli sertifisert som veiledere. Kartleggingen i 2014 viser at veiledere i COS-P kommer fra en rekke ulike faglige bakgrunner, blant annet psykologer, barnevernspedagoger, sosionomer, sosialarbeidere og helsesøstre (Brandtzæg og Thorsteinsson 2014).

Kursopplegg

COS Parenting (COS-P) er, som ICDP, et gruppebasert kursopplegg med åtte møter, ett møte hver uke med gruppesamtalen som et sentralt metodisk grep. Alle de åtte treffene er tematisk inndelt og presenteres med en tilhørende DVD. Gruppeveilederen tar i motsetning til ICDP utgangspunkt i en stringent utformet manual med spørsmål, diskusjonspunkter og støttepunkter. DVDen viser eksempler på samspillsituasjoner mellom foreldre og barn. Filmsnuttene danner utgangspunkt for gruppediskusjonene.

COS-P har som overordnet målsetning å styrke tilknytningen mellom foreldre og barn gjennom å lære foreldre om tilknytningsteori på en lettfattelig og håndgripelig måte. Selve essensen i programmet er en grafisk modell som forklarer tilknytningsteori visuelt. Den grafisk framstilte trygghetssirkelen viser en sirkel med åpne hender i den ene enden. Modellen illustrerer barns (og foreldres) vekslende behov for tilknytning og utforskning, samt behovet for foreldrestøtte. Hendene illustrerer den trygge basen, den øvre delen av sirkelen representerer barnets behov for utforskning, og den nedre barnets behov for å søke nærhet og tilknytning. Hendene som representerer omsorgspersonene, skal støtte barnets vei ut i verden med en trygghet om at det kan komme tilbake for følelsesmessig støtte.

Figur 4.1 Trygghetssirkelen



Kilde: Gjengitt med tillatelse av Ida Brandtzæg og Stig Thorsteinson.

Denne modellen brukes for å introdusere nøkkelbegreper om barns behov som presenteres i tekst, grafiske framstillinger og filmer. Et hovedmål i COS-P er å gjøre foreldre oppmerksomme på at det er en sammenheng mellom deres atferd og sinnstilstand og barnets problemer og tilknytning. Det som skiller trygghetssirkelen fra flere andre intervensjoner (som ICDP og Marte Meo), er at programmet aktivt går inn i det vanskelige. I selve kjernen av tilnærmingen ligger intensjonen om å hjelpe foreldre og andre nære voksne til å reflektere over egne utfordringer som omsorgspersoner, gjennom å ta opp situasjoner der de føler seg maktesløse og ikke opptrer optimalt. Dette innebærer at omsorgspersonene selv oppfordres til å ta tak i problematisk tilknytning i sin egen barndom. I programmet introduseres «haimusikk» som et nøkkelbegrep. Det er et begrep inspirert av filmen «Haisommer», som viser en rolig strand, fulgt av skummel bakgrunnsmusikk. Begrepet skal illustrere at vår egen oppfatning av virkeligheten alltid akkompagneres av vårt eget emosjonelle ståsted, av vår egen bakgrunnsmusikk. Å klare å identifisere når vår egen bakgrunnsmusikk fungerer som «haimusikk» og dermed kunne ta tak i egne utfordringer, er sentralt for intervensjonen.

Opplæring og kvalitetssikring

COS-P kan tas i bruk uten veiledning etter at man har deltatt på et fire dagers kurs i metoden. Begrunnelsen for at opplæringsopplegget kan være kort er at DVDen som ligger til grunn for gruppeveiledningen er svært konkret og inneholder en kommentatorstemme som guider veilederen gjennom materialet. Kursene holdes av Brandtzæg og Torsteinson, som er sertifiserte instruktører på vegne av Marycliff Institute. Det er ingen sertifisering eller oppfølging i etterkant av opplæringskurset i COS Parenting. Det gis veiledning på forespørsel av instruktører samt veiledere og «veiledere under trening» i COS Intervention. Det er flere som benytter seg av denne muligheten per i dag. Det er også planlagt nettverkssamlinger for de som anvender COS Parenting.

Faglig/ teoretisk forankring

COS-P bygger, som alle andre COS-intervensjoner, på tilknytningsteori og forskning på psykoedukativ metodikk. Tilknytningsteori ble først formulert av John Bowlby på 1950-tallet (Powell, Cooper, Hoffman & Marvin 2015). Tilknytningsteori er det teorigrunnet som best beskriver barns behov for nærhet til sine omsorgsgivere og den trygghet barn trenger for å kunne bruke egne ressurser og utvikle seg godt. Bowlby bygget på en antakelse om at menneskets tilknytningsatferd har biologiske røtter som kan forstås ut fra evolusjonsteori. Tilknytningens funksjon er at barnet, for å overleve, søker trygghet fra forelderen for trøst eller beskyttelse når det er redd eller føler fare (Brandtzæg, Smith & Torsteinson 2012). Dette tilknytningsinstinktet er gripende beskrevet i Judith Viorsts *Necessary Losses* (1986), der hun forteller en grusom, men sann historie om et lite barn som var alvorlig forbrent.

«En liten gutt ligger i en sykehusseng. Han er redd og har store smerter. 40% av den lille kroppen hans er dekket av brannsår. Noen har dynket ham med alkohol og deretter – ufattelig nok – satt fyr på ham. Han roper på mamma. Mammaen hans har satt fyr på han. Det ser ikke ut til å spille noen rolle hva slags mamma et barn har mistet, eller hvor farefullt det kan være å oppholde seg i nærheten av henne. Det spiller ingen rolle om hun påfører han smerte eller klemmer han. Å være atskilt fra mamma er verre enn å være i armene hennes når bombene eksploderer. Å være atskilt fra mamma er noen ganger verre enn å være sammen med henne når hun er bomben. For det at mamma er der – vår mamma – betyr trygghet. Frykten for å miste henne er den tidligste redselen vi opplever. (Viorst 1986, s. 22, oversatt til norsk i Powell et al. (2015: 34)).

Denne historien trekkes frem i Powell et al. (2015) for å illustrere hovedtemaet i i tilknytningsteori. Relasjonen – med en primær omsorgsperson i de tidligste månedene og årene av livet – er ikke bare viktig, det er en emosjonell forutsetning. Det å finne en måte å forbli i en relasjon på – det være seg om den kan betraktes som positiv

eller negativ, trygg eller utrygg – er ikke noe man velger, men noe barn har behov for. Relasjoner er en emosjonell nødvendighet på samme måte som oksygen er en fysisk nødvendighet (Powell et al. 2015:34). Å lære opp foreldre til bedre å forstå barnets emosjonelle behov for tilknytning og betydningen av trygg tilknytning, er selve grunnpilaren i trygghetssirkelen. Som i ICDP er en sentral del av programmet å vektlegge betydningen av at foreldre har et positivt syn på barnet, at foreldrene forstår og tolker barnets intensjoner positivt. Noe forenklet handler COS om å lære foreldre å forstå barnet innenfra og å se seg selv utenfra, og se hvordan ens egen atferd påvirker samspillet med barnet (Brandtzæg et al. 2012).

Forskning

COS-P er et nytt program, ferdig utviklet først i 2010. Vi finner i vår litteraturgjennomgang kun en publisert studie som ser på effekten av COS-P når det brukes i «vanlige» foreldregrupper. Dette er en studie fra Australia der man har sett på effekten av COS-P med utgangspunkt i et utvalg på 15 mødre med kun små utfordringer (Kohlhoff et al 2016). Denne studien presenteres i mer detalj under. Det gjennomføres i dag en større RCT-studie i Danmark, som ser på effektene av COS-P for mødre fra tilsynelatende ressurssterke familier med barn mellom 0 og 5 år.⁷⁰ Utover dette er det gjennomført tre studier på effekten av COS-P på såkalte kliniske populasjoner, altså at utvalgsriteriene for å bli inkludert i studiene er at de har en identifisert risiko. En av disse, en RCT-studie fra Sverige der utvalget var foreldre med utfordringer i foreldrerollen, vurderes å være relevant for denne kunnskapsstatusen, da utvalgsriteriet ikke var formulert strengt, og Sverige anses å være et land det er rimelig å sammenligne seg med (Neander & Mothander 2015). Studien presenteres i mer detalj under.

De øvrige studiene er en kvantitativ undersøkelse med pre-post design i USA, der man har vurdert bruken av COS-P på en mindre gruppe på 15 mødre under behandling for rusproblematikk (Horton & Murray 2015). Det er også forsket på bruken av COS-P for å bedre relasjoner mellom lærere og elever i USA (Gray 2015). Disse ekskluderes fra denne kunnskapsstatusen, da det vanskelig kan argumenteres for at dette er forskning som sier noe om bruken av foreldreveiledningsprogram i den generelle foreldrebefolkningen. Dette betyr at vi ikke går inn i detaljene i disse studiene, men vil trekke på noen funn som har relevans for denne kunnskapsstatusen.

Videre er det gjennomført flere studier på den mer omfattende COS Intervention for foreldre som har eller er i ferd med å utvikle tilknytningsproblematikk. Det er gjennomført tre kvasiseksperimentelle studier med pre-post design basert på manualen til den opprinnelige versjonen av COS (Hoffman, Marvin, Cooper & Powell 2006) og

⁷⁰ Basert på informasjon fra samtale med Karin Haugaard ved UCN og Aalborg Universitet, Center for Developmental & Applied Psychological Science, som gjennomfører studien.

COS International Intervention (Cassidy et al. 2010; Huber, McMahon & Sweller 2015). Dette er terapeutiske versjoner av COS som er langt mer omfattende enn forebyggingsintervensjonene. Alle pre-post-studiene ble utført på ulike former for høyriskopopulasjoner. Siden studiene har et lite utvalg og en spesiell målgruppe, anser Ungsinn dem som lite relevante og at det er problematisk å skulle generalisere funnene til en norsk målgruppe. Vi deler denne vurderingen, men viktigst for utelukkelsen er likevel at dette programmet ikke tilbys universelt i Norge i dag. Disse studiene vil derfor ikke presenteres i detalj, men funn eller analyser av relevans for denne kunnskapsstatusen vil trekkes på med henvisning til at de ikke er resultater av et universelt utformet program.

COS-P pilotstudie i Australia

Kohlhoff et al. (2015) gjennomførte i 2014 en pilotevaluering av COS-P på en gruppe mødre med barn under 2 år i Australia. Forskningen var motivert av mangelen på studier på COS-P til tross for den økende utbredelsen. Studien har et pre-post design, der 15 mødre ble bedt om å fylle ut et spørreskjema før og etter deltakelse. Mødrene var rekruttert gjennom primærhelsetjenester, og de hadde små eller begynnende utfordringer med foreldreskapet (for eksempel søvnproblemer eller ammeproblemer). Skjemaet de fylte ut hadde spørsmål som søkte å måle i) mødrenes refleksive evner i foreldreskapet, ii) mødrenes følelse av hjelpeløshet, iii) mødrenes følelser for barnet og iv) stress knyttet til foreldreskapet.

Forskerne finner at mødrene etter deltakelse i kurset utviser høyere grad av refleksivitet, det vil si foreldrenes evne til å reflektere rundt barnets verden. Forskeren understreker samtidig at dette er svært komplekst å skulle måle ved hjelp av spørreskjema. Videre finner de en nedgang i følelsen av hjelpeløshet, en nedgang i mødrenes grad av avvissning og sinne overfor barnet og redusert foreldrerelatert stress (Kohlhoff 2015, s. 6).

Basert på denne studien konkluderer forskerne med at COS-P framstår som en effektiv måte å hjelpe foreldre, men understreker behovet for mer forskning. Spesielt trekker de fram størrelsen på utvalget, mangel på kontrollgruppe og svakheter ved selvrapportering som sentrale usikkerhetsmomenter i studien.

Relevant forskning på selektivt nivå

I Sverige gjennomførte Neander og Mothander (2015) en studie med en kombinasjon av metoder, som evaluerte bruken av COS-P for familier som hadde en identifisert risiko – foreldre som slet med å oppfylle foreldrerollen. Det ble gjennomført en mindre RCT-studie i kombinasjon med kvalitative dybdeintervjuer av både foreldre og behandlere. Studien er foreløpig publisert som rapport og derfor ennå ikke fagfelle-vurdert. Dette var altså en studie av et universelt tiltak for en risikogruppe. 52 foreldre med barn under 58 måneder ble tilfeldig trukket til enten å få normal oppfølging

eller normal oppfølging pluss en kursrekke på åtte kurs i Circle of Security Parenting (COS-P). Før oppstart fylte alle ut et spørreskjema med ulike skalaer for vurdering av egen psykisk helse og stress. Foreldrene ble også bedt om å føre en tilknytningsdagbok. Basert på dette, samt på dybdeintervju med foreldrene og en kvalitativ vurdering av samspillet mellom foreldre og barn, ble foreldre kategorisert i diagnostiske profiler. Nye målinger ble så gjort etter seks og tolv måneder.⁷¹ Etter endt tiltak ble det gjennomført intervjuer med foreldre og veiledere. Resultatene av studien viste at veiledere og foreldre var fornøyd med COS-P, de fant metoden stimulerende, den ga dem fordypet kunnskap og hjalp foreldre i foreldrerollen (Neander & Mothander 2015, s. 25–30). I begge gruppene fant forskerne bedring i foreldrenes stressnivå, men her var det ingen forskjeller mellom de to gruppene. Målinger av foreldrenes evne til å reflektere over eget foreldreskap viste liten endring, både i gruppen som fikk vanlig oppfølging og i gruppen som fikk vanlig oppfølging kombinert med COS-P. Forskerne understreker i rapporten at tilknytningsdagbøkene her kan være en viktig kilde for å analysere dette, men at dette ikke er blitt gjort i forbindelse med den aktuelle rapporten (Neander & Mothander, 2015, s. 21). En av målsetningene med trykghetssirkelen er å gjøre foreldre i stand til å sette seg inn i sitt barns oppførsel uten å påvirkes av sin egen haimusikk. Neander og Mothander (2015, s. 23) viser til at dette er et svært komplisert forhold å skulle måle, og argumenterer for at det best måles gjennom dybdeintervjuer. Det ble gjennomført semi-strukturerte filmede intervjuer, som seinere ble analysert av trenede kodere som ikke visste hvilke foreldre som hadde deltatt på COS-P-kurs. Resultatet viste en signifikant bedring hos begge grupper (Neander & Mothander, 2015, s. 23). Analyser av foreldrenes samspill med barna ble basert på videoopptak ved oppstart og etter seks måneder. Vurderingen av samspillet ble gjennomført av en ekstern behandler som ikke kjente til foreldre-barn-parenes gruppetilhørighet. I begge gruppene er endringen over tid signifikant, men effekten er klart sterkere i gruppen som mottok COS-P (Neander & Mothander 2015, s. 24).

Forskerne konkluderer med at de ikke kan uttale seg om hvorvidt COS bør tilbys universelt. Bakgrunnen for at de ikke anbefaler programmet universelt, er at studien ikke tok for seg en vanlig foreldregruppe og at det var uenighet mellom behandlere som ble dybdeintervjuet om hvorvidt programmet burde tilbys universelt. Noen av veilederne argumenterte for at programmet kan vekke sterke følelser hos foreldre siden det retter oppmerksomhet mot deres egen barndom, som det igjen kreves kunnskap for å kunne møte på en god måte (Neander & Mothander 2015, s. 49). Veilederne som argumenterte for en universell utbredelse av programmet opplevde innholdet som svært relevant for alle, og de framhevet at de gjerne kunne tenkt seg å ha denne kunnskapen i sitt eget foreldreskap. Neander og Mothander (2015) konkluderer åpent

⁷¹ Ved målingen på 6 måneder ble foreldre kun spurt om å fylle ut skjema. Ved 12 måneder ble alle målinger gjentatt.

på om programmet bør tilbys universelt, men de anbefaler kurset for målrettet intervensjon overfor barn med identifisert risiko for psykisk uhelse eller utviklingsavvik som et supplement til annen behandling.

Kvalitativ studie av endring hos psykologer som får opplæring i COS-P

I tillegg til disse resultatorienterte studiene, har Berntsen og Holgersen (2015) publisert en artikkel i et norsk vitenskapelig tidsskrift, basert på en kvalitativ studie blant psykologer som har mottatt COS-P-opplæring. Hensikten med studien var å se nærmere på hva psykologene selv mener de har ervervet seg av kunnskap og ferdigheter gjennom kurset. Studien skiller seg ut ved at den ikke har fokus på effekter av tiltaket, men hvordan psykologer som har fått opplæring har erfart og opplevd dette (studien inntar det som kalles en fenomenologisk-hermeneutisk epistemologisk posisjon). Forskerne gjennomfører en innholdsanalyse av psykologers beskrivelser av sine opplevelser knyttet til deltakelse på kurset. Informantene ble trukket gjennom et tilfeldig valgt opplæringskurs, og elleve psykologer med stillinger i førstelinjetjenesten ble strategisk valgt ut. Data ble innhentet ett år etter opplæring gjennom semistrukturerte intervjuer, og analysert ved hjelp av dataprogrammet Nvivo. Resultatene viser at psykologene gjennomgående opplevde stor faglig nytte av COS-P, og de sier at opplæringen har gitt dem et nytt verdifullt verktøy de kan bruke i møte med klienter. Forskerne gjør imidlertid et poeng av at «opplevelsen av meningsfullhet i så stor grad ble knyttet til begeistring for innholdet i kurset, og hvordan kurset var bygget opp, mens nytteverdi for klientene kom mer i bakgrunnen» (Berntsen & Holgersen 2015, s. 120). Flere beskrev også at kurset har skapt endring i refleksjoner omkring egne barn. Den grafiske modellen og bildene som brukes (for eksempel haimusikken), blir trukket fram av informantene som et nyttig pedagogisk verktøy i møte med foreldre. Flere informanter beskriver at innholdet i kurset var kjent stoff, satt i et system.

«Det er jo ikke noe nye... ting i dette her det er jo på en måte bare det å gjenopplage eller sette ord på noe eller sette ting litt i system, som man...på mange måter vet veldig mye fra før hvis man i hvert fall har... vært litt opptatt av tilknytning og utviklingspsykologi da...» (Berntsen & Holgersen 2015, s. 122)

Hovedfunnet til forskerne er at COS-P opplevdes av psykologene som meningsfull og noe som ga dem elementer de kunne bruke for å skreddersy veiledning til sine klienter. Av mer kritisk karakter finner forskerne at psykologene allerede ett år etter kurset er bekymret for oppfølgingen. Forskerne trekker også fram at det er interessant at svært få informanter konkret fokuserer på at deres klienter erverver seg bedre foreldreferdigheter som en følge av kursdeltakelsen. De finner også relativt lav metodeetterlevelse, at dette «heller var et unntak enn regel» (Berntsen & Holgersen 2015, s. 124). Dette står i kontrast til evalueringen av implementeringen gjennomført av Brandtzæg og Thorsteinson (2014) som finner høy grad av metodeetterlevelse. Dette spriket viser at det også er

et behov for studier med fokus på implementering, og ikke bare resultater. Hva vet vi egentlig om hvordan programmet virker når det beveger seg fra de kontrollerte, manipulerede forholdene de studeres under, til naturlige forhold? Er det for eksempel slik at veiledere i noen program er mer programtro enn andre? Og hva skyldes i så fall dette? Og ikke minst – hva vet vi om hvordan ulik praktisering påvirker utfall?

COS-P Oppsummert

COS-P er et nytt program som ble ferdig utviklet først i 2010. Likevel finnes det allerede en del forskning på programmet. To av bidragene er regnet som relevante i denne sammenheng da utvalget er foreldre med lite utfordringer, og studiene er foretatt i land som vi anser sammenlignbare med Norge. Begge studiene viser lovende resultater, men understreker behovet for flere studier.

Dette er det eneste programmet der vi har identifisert fagfellevurderte kvalitative bidrag. Studien av Berntsen og Holgersen (2015) reiser viktige spørsmål om implementering som er relevante også for andre program.

Ungsinn har klassifisert COS-P som 2 *sannsynlig virksomt* etter gamle vurderingskriterier, men ingen av de overnevnte studiene er inkludert i vurderingen. Gitt den pågående RCT-studien i Danmark er det sannsynlig at det vil komme en ny vurdering av COS-P innen få år.

4.3 Marte Meo

Marte Meo er en interaksjonsanalysemetode utviklet i Nederland av Maria Aarts på 80-tallet (Aarts 2000), som ofte blir regnet som det første programmet som aktivt baserte seg på moderne utviklingspsykologi (Stern 1985). Marte Meo kan brukes i ulike fagfelt, som skole, barnehage, eldreomsorg og lignende. Metoden legger vekten på å støtte foreldrenes egen kraft til å få til endring og bedre samspill med barnet sitt. Marte Meo bygger på en videobasert analyse av barn og foreldre for å forbedre, etablere og reetablere samspillet mellom dem. I kurset observeres mikrosekvenser av dette samspillet ut fra videoene som ofte er spilt inn hjemme hos familiene, og disse vises til foreldrene. Slik formidles kunnskapen på en forståelig måte som kan bidra til å påvirke foreldres evne til å endre sin omsorgspraksis. Marte Meo-terapeutene bruker såkalt interaksjonsanalyse for å studere hva som skjer i samhandlingen mellom de involverte. Ved en grundig analyse og gjennomgang av samhandlingen mellom de som er involvert, vises det hva som kommuniseres både med ord og kroppsspråk. På bakgrunn av analysen lages det deretter en plan for hva slags støtte barnet trenger fra de voksne (Kristoffersen, Sverderup, Haaland & Wang Andersen 2006).

Som med trygghetssirkelen er det sentralt i Marte Meo å lære opp foreldre til å forstå barnets signaler. Marte Meo bruker begrepet «barnets initiativ» der trygghetssirkelen bruker «barnets signaler». Å forstå og følge barnets initiativ er avgjørende for et utviklingsstøttende samspill. Initiativene barnet tar, viser oss hvilket utviklingsnivå barnet er på og hvilke utviklingsbehov det har (Sørensen 2013). En av forskjellene på trygghetssirkelen og Marte Meo ligger i at Marte Meo er løsningsorientert. Dette betyr at man jobber med å finne foreldrenes sterke sider og unngår å gå inn i de vanskelige og negative sidene av deltakernes foreldrepraksis. Ifølge Hansen og Onsøyen (2010, s. 764) ble metoden introdusert i Norge på et tidspunkt da man begynte å forstå at det trengtes verktøy som kunne utløse foreldrenes egne ressurser (empowerment), og at fagfolk måtte snu sin leting etter feil, til søking etter ressurser og utviklingsmuligheter. Den faglige tilnærmingen ble endret fra å fortelle folk hva de burde gjøre, til et perspektiv der man tok sikte på å bygge allianser og tilrettelegge for en utviklingsprosess.

I de skandinaviske landene har Maria Aarts og hennes «Marte Meo international» fått stor utbredelse de siste 20 årene, og i Norge er det utdannet over 500 Marte Meo terapeuter (Hansen & Onsøyen 2010, s. 764). Samspillsbehandling i hjemmet med bruk av video som hjelpemiddel etter Marte Meo-metoden, er implementert for bruk på ulike nivåer både i førstelinjen og i spesialisthelsetjenesten for barns og unges psykiske helse mange steder i Norge. De seinere årene har metoden blitt videreutviklet, og den brukes nå, i tillegg til på familierapifeltet og i barnehager, også innen eldreomsorg. I skoler og barnehager blir metoden brukt som rådgivningsmetode når det er problemer rundt barn (Kristoffersen et al. 2006). Metoden brukes i hovedsak selektivt, men ifølge Kristoffersen et al. (2006, s. 128) brukes Marte Meo også forebyggende i regi av helsestasjoner. Vi har derfor valgt å inkludere Marte Meo i denne gjennomgangen, selv om vi basert på intervjuer antar at den universelle bruken er begrenset.

Kursopplegg

I Marte Meo veiledes foreldrene ved at man sammen ser på og reflekterer rundt en film av samspillet mellom foreldre og barn. Veileder tar ny film av samspillet mellom hver veiledning. Filmen er ferskvare og viser en liten sekvens av barnets hverdag. Hensikten er å se om det er en positiv utvikling i samspillet, om barnet blir møtt på en mer støttende og hensiktsmessig måte. Disse filmene er veileders utgangspunkt for å vurdere hvilken utviklingsstøtte barnet får, samt at de kan vise endringer i foreldrenes forståelse av barnet. De blir dermed et verktøy for å vurdere endringer i omsorgssituasjonen til barnet. Tiltaket varer vanligvis seks–ti uker.

Fordi kursopplegget baseres på videoanalyse, er det et mer krevende og inngående kursopplegg enn både ICDP og COS-P. Marte Meo går aktivt inn og vurderer samspillet mellom foreldre og barn. De andre programmene er gruppebaserte og tar utgangspunkt i mindre inngripende metoder for å veilede foreldrene.

Marte Meo var i utgangspunktet lite formalisert og skriftliggjort; filosofien var at de som læres opp, skal ha rom for å bringe inn sitt eget talent, personlighet, profesjonelle kunnskap, erfaringer, kultur osv (Hansen & Onsøien 2010). Men etter hvert som krav til kvaliteten i helsefremmende, forebyggende og psykososialt arbeid overfor barn og unge og deres familier endret seg i retning av krav om evidensbasering, har det blitt utviklet manualer. I forbindelse med en randomisert kontrollert norsk studie av effekten knyttet til intervensjoner med familier med barn i alderen 0–20 måneder, ble det utviklet en manual. Marte Meo omtales i dag derfor ofte som et manualisert program. Manualen bygger ifølge Hansen og Onsøien (2010, s. 766) på en bestemt progresjon tilpasset de minste barna, den er basert på utviklingspsykologisk kunnskap og inneholder seks forskjellige temaer:

1. Barnets kontaktinitiativ og behov for pause, og barnets oppmerksomhet rettet mot objekter og fenomener
2. Barnets varierte initiativ og uttrykk samt foreldrenes bekreftelse av disse
3. Avventing av barnets reaksjon
4. Benevning av objekter og handlinger
5. Strukturering og ledelse
6. Utvidelse, interesse rettet mot objekter og oppmerksomhet rettet mot andre utenfor dialogen

Opplæring

Maria Aarts har en viss kontroll med sin metode ved å utdanne og godkjenne såkalte lisensierte supervisorer. De første av disse var norske Reidun Hafstad og Haldor Øvreide (Hansen & Onsøien 2010). Å være lisensiert innebærer å kunne utdanne supervisorer som gir veiledning til terapeuter.

Det finnes tre ulike Marte Meo-utdanninger, med ulik grad av spesialisering: terapeututdanning, kollegaveileder, opplæring til personal og faggrupper.⁷² For å bli tatt opp i *terapeututdanningen* kreves en høyskole- (bachelor) eller universitetsutdanning. Marte Meo-opplæring omtales derfor ofte som en videreutdanning. Et krav for å bli tatt opp til utdanningen er at må du jobbe med barn, ungdom, foreldre eller voksne som målgruppe. Mottakere for veiledningen kan være foreldre eller ansatte på sykehus, helsestasjon, barnehage, barnevern, barne- og ungdomspsykiatrien, barne- og ungdomsinstitusjoner, fosterhjem, SFO, skole, ungdomsklubber, eldreomsorg, osv.

⁷² Informasjon om Marte Meo-utdanninger er hentet fra: <http://www.martemeo.no/terapeutkrav/>

Treningen knyttes tett opp til ens eget praktiske arbeidsfelt, det vil si at en bruker metoden direkte i sitt daglige arbeid, hvor det også tas videoopptak av ens veiledning. Maria Aarts kaller det «Learning by doing»; man lærer mens man gjør det og av supervisoryen i etterkant. Teorien er at man trenger å være koblet til det man jobber med i praksis. For å bli terapaut kreves to–tre års opplæring under veiledning fra en godkjent Marte Meo-supervisor på ca. 100 timer. For å bli sertifisert må det dokumenteres minst fem vellykkede endringsprosesser av ti veiledningsoppdrag. Derav skal tre prosesser dokumenteres både i muntlig, skriftlig og filmredigert form. Sertifisering foretas av Licensed Supervisor i Norge, og registrering skjer i Marte Meo International Network i Nederland.

Det er også mulig å utdanne seg til *kollegaveileder*. Dette er en egen opplæring på et enklere nivå og innenfor avgrensede faggrupper. Opplæringen gis av en terapeut eller supervisor som kan være fra et annet fagområde. De som deltar får bekreftelse på at de kan veilede andre kollegaer innenfor samme fag med bruk av metoden og basert på videomateriale og veiledning fra sitt arbeidsfelt. I hovedsak brukes kollegaveiledningsopplæring i Norge innenfor barnehager og primærhelsetjenesten.

En siste mulighet er å delta på *opplæring til personal- eller faggrupper*. Joshe Aarts i Nederland har utviklet et seks månedersprogram, i utgangspunktet for barnehager. Særlig Danmark og Tyskland har brukt programmet. I Irland tilpasses også programmet for andre faggrupper. I Norge oppgir Marte Meo-foreningen at opplæringen har blitt utprøvd i Trondheim kommune og i bydel Sagene-Torshov i Oslo. En dag per måned gjennomgås et prinsipp, og i mellomtiden tar de ansatte opptak av samspill på arbeidsplassen. Treningen legger vekt på kommunikasjonsprinsippene, og veiledningen er preget av undervisning/coaching. Etter gjennomført program gis kursbevis på at man kan bruke Marte Meo-prinsippene innenfor sitt eget arbeidsområde.

Faglig/teoretisk utgangspunkt

Maria Aarts er selv autodidakt og har aldri knyttet metoden til teori. Hun har tvert imot vært bekymret for at teoretiske drøftinger kunne ta oppmerksomheten vekk fra praksis og det å yte god hjelp til foreldrene (Hansen & Onsoien 2010).

Ifølge Høivik et al. (2015) finnes det videobaserte foreldreintervensjoner som både kan betegnes som atferdsprogram og tilknytningsprogram. Celebi (2014) går i en kort artikkel igjennom grunnprinsippene for Video Interaction Guidance (VIG).⁷³ Her viser hun til at bruken av videoopptak som terapeutisk verktøy med røtter fra forskning på observasjoner av relasjoner mellom spedbarn og foreldre, som er grunnlaget for utviklingen av tilknytningsteori (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall 1978; Bowlby 1958, 1988). Videre vises det til at denne typen intervensjoner er forankret i

⁷³ <http://www.videointeractionguidance.net/>

utviklingspsykologi – forskning som viser at de tidligste erfaringene man har som barn påvirker kvaliteten på seinere sosial, følelsesmessig og kognitiv utvikling (Celebi 2014).

Forskning

Ungsinn har ikke vurdert Marte Meo-forskningen. Av norske studier er det gjennomført en randomisert, kontrollert studie av Marte Meo i regi av Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse. Effektstudien startet i 2007 og er nå avsluttet. Fra mars 2008 til september 2012 ble 158 familier invitert til å delta i studien av primærhelsetjenesten, sammen med sosialarbeidere i Oslo, Trondheim og seks rurale kommuner (Høivik et al. 2015). Inklusjonskriteriene for familiene var at de hadde barn mellom 2–24 år og opplevde utfordringer i relasjonen med dette barnet. Selv om undersøkelsen er gjennomført på selektivt nivå, er det et funn som er relevant å trekke fram i denne sammenhengen, der det fokuseres på det universelle. Intervensjonen hadde ingen effekt i de relativt velfungerende familiene. Dette er også et funn i en lignende studie som brukte samme metode (Groeneveld, Vermeer, van Ijzendoorn & Linting 2011), og Høivik et al. (2015) argumenterer for at dette tyder på at denne typen videobaserte tilbakemeldinger ikke passer som et bredt forebyggende tiltak. Resultatene viste også tendenser til at foreldre med god interaksjonskompetanse og få depressive symptomer hadde bedre resultater når de kun mottok vanlig behandling. Høivik et al. (2015) viser til at dette også reflekteres i en studie fra 2008 (Cassibba et al. 2008), der barn fikk dårligere tilknytning til foreldrene etter en videointervensjon. Denne negative virkningen på velfungerende foreldre forklares med muligheten for at foreldrenes intuitive og naturlige kommunikasjon med barnet blir forstyrret dersom de blir mer selvbevisste og forsøker å bli «enda bedre». For eksempel gjennom at de overdriver forsøkene på å være mottakelige og glir over i en mer påtrengende rolle som gjør barna mindre selvstendige og selvhjulpne (Høivik et al. 2015, s. 15).

Det foreligger en rekke erfaringsbaserte beskrivelser om bruk av metoden fra fagfolk som praktiserer den i Norge, men i vårt litteratursøk har vi ikke kommet over erfaringsbaserte tekster om bruk av metoden i den generelle foreldrebefolkningen. Hafstad og Øvreeide (2004) tar utgangspunkt i egen klinisk praksis og understreker at man ved å være opptatt av hva barnet trenger av støtte og hjelp nå og framover i tid, kan komme unna diskusjoner om årsak og skyld. De framholder dessuten at når videoopptak brukes som terapeutisk hjelpemiddel, får man detaljert informasjon om hva som skjer med og rundt barnet, og på hvordan barnet organiserer og innstiller seg. Sørensen (2005) beskriver gode erfaringer med bruk av Marte Meo-metoden overfor foreldre som er rusmisbrukere, og sier at de kan være spesielt sårbare for kritikk mot sin måte å utøve foreldrerollen på. Derfor er dialog om styrken i foreldrekompetansen samt en gjensidig fokusering på områder hvor man kan lykkes, være en egnet tilnæringsmåte. Gjennom dette kan man bygge opp foreldrene og gi dem ny trygghet. Haugen og Lepsøy (2015)

tar utgangspunkt i barnevernets arbeid og beskriver gode erfaringer med å kombinere COS med Marte Meo. De argumenterer for at metodene og teorigrunnlaget til John Bowlby kan plasseres innenfor tilknytningsbaserte intervensjoner. Det beskrives at foreldre får mer konkret forståelse av begrepene i COS gjennom å se på filmsekvenser av eget samspill med barna. Et dilemma i denne typen arbeid, som ikke er ukjent i feltet, er å kombinere rollen som kontrollør og hjelper. Haugen og Lepsøy (2015) argumenterer for at dette ble lettere å håndtere ved bruk av COS og Marte Meo samtidig.

Forskning gjennomført utenfor Norge tar også i all hovedsak utgangspunkt i bruken av metoden i familier der det enten er identifisert en tydelig risiko, en begynnende skjevutvikling (selektivt) eller der det allerede er etablerte utfordringer (indikativt). Den er gjerne da et komplementært tilbud til annen behandling. Å utvide behandling på selektivt eller indikativt nivå med videobaserte tilbakemeldinger, har vist å ha god effekt på foreldres sensitivitet overfor barnet (Bakermans-Kranenburg, IJzendoorn & Juffer 2003). Systematiske litteraturgjennomganger viser at det er gjennomført flere studier på effektene av denne metoden med et atferdsteoretisk utgangspunkt, men at begge typer intervensjoner har den samme effekten på foreldrenes handlinger, holdninger og selvtillit (Fukkink 2008; Høivik et al. 2015; Tucker 2006). Metaanalysen gjennomført av Fukkink (2008) viser at korttidsintervensjoner er mest effektive, men siden disse resultatene er basert på evalueringer i etterkant av intervensjonen uten oppfølging, er det usikkerhet effekt over tid. Høivik trekker fram at siden den siste metaanalysen ble gjennomført av Fukkink (2008), er det publisert resultater fra RCT-studier som støtter eksisterende funn om at foreldre som fikk videointervensjoner viser bedre resultater enn kontrollgruppen, både når det gjelder å øke foreldrenes sensitivitet, forbedre forholdet til barnet og barnets utfordringer (Kalinauskiene et al. 2009; Mendelsohn et al. 2011; Moss et al. 2011).

Marte Meo – oppsummert

Det foreligger et bredt forskningsgrunnlag som viser positive resultater med bruk av videobaserte tilbakemeldinger i møte med familier som har utfordringer med samspill. Det foreligger langt mindre forskning på bruk av Marte Meo universelt og forebyggende – og det som finnes, tyder på at det ikke er hensiktsmessig å benytte denne metoden i møte med foreldre flest, da den enten ikke har effekt eller til og med kan synes å virke i negativ retning.

4.4 De Utrolige Årene (DUÅ)

På samme måte som innføringen av ICDP var resultat av en statlig satsning, gjelder det også flere av de atferdsrettede programmene (Ogden, Hagen, Askeland & Christensen 2009). Opprettelsen av Atferdssenteret ved Universitetet i Oslo, delvis finansiert av Barne- og familiedepartementet og Sosial- og helsedepartementet, var et av de konkrete tiltakene som ble satt i gang. I tråd med rådene fra en nedsatt ekspertgruppe og i samarbeid med det nyopprettede Atferdssenteret ble det bestemt at man i Norge skulle satse på systematisk innføring av evidensbaserte tiltak. MST, PMTO og DUÅ ble valgt som program. Alle 19 fylker fikk finansiert opplæring og andre kostnader knyttet til implementeringen av disse programmene. De tre sentrale tjenesteaktørene for barn og ungdom med atferdsproblemer, barnevernet, skolesystemet og barne- og ungdomspsykiatrien, har alle blitt tildelt ansvar for å tilby programmene. I dag finansieres implementeringen av DUÅ i sin helhet av Helsedirektoratet. Implementeringen av programmene ledes av Regionalt kunnskapssenter for barn og unge Nord (RKBU Nord) ved UiT Norges arktiske universitet, i nært samarbeid med RKBU Vest, Uni Research og RKBU Midt-Norge, NTNU. Per 1.1.2016 hadde DUÅ lært opp fagfolk i ca. 125 kommuner, 40 BUPer samt flere ideelle organisasjoner.⁷⁴

De Utrolige Årene (DUÅ) er en programserie med åtte ulike moduler, som er utviklet for å forebygge eller behandle atferdsvansker hos barn. Et overordnet mål med programserien er å fremme gode og utviklingsstøttende relasjoner mellom barn og nære voksne, samt positive samspill barn imellom. Målgruppen er barn mellom 0–12 år. Programserien er utviklet av professor Carolyn Webster-Stratton ved University of Washington.

Det finnes program utviklet for både foreldre, barn og ansatte i skole, i SFO og i barnehage. I denne kunnskapsstatusen ser vi på programmene som er utviklet for å veilede foreldre. Det finnes fem ulike foreldreveiledningskurs, hvorav to er rettet mot den universelle foreldrebefolkningen: babyprogrammet tilpasset foreldre med barn mellom 0 og 1 år, og det universalforebyggende foreldreprogrammet som er utviklet for barn mellom 2 og 6 år. Det universalforebyggende foreldreprogrammet er nyutviklet på bakgrunn av funnene til en norsk studie, som presenteres under (Reedtz 2012). På engelsk er foreldreveiledningsprogrammet rettet mot den universelle befolkningen kalt «Attentive Parenting», på norsk oversatt til oppmerksomme og utviklingsstøttende foreldre.⁷⁵ Dette programmet er under utprøving i tre kommuner i Norge. Siden programmet er såpass nytt, er det ikke vurdert av Ungsinn.

⁷⁴ Basert på informasjon fra programmets nettside: <http://dua.uit.no/forsiden/om-dua/>

⁷⁵ <http://dua.uit.no/7-universalprogram/>

Kursopplegg

På babyprogrammet møtes seks–åtte foreldrepar på kurset sammen med babyene sine. Babyene er mellom 2 og 4 måneder når kurset starter. To gruppeledere møter sammen med foreldrene åtte ganger, en gang i uka i ca. 2 ½ time. Møtene fordeles over et tidsrom på tre måneder. Dersom en forelder er alene med barnet sitt, er det mulighet for å invitere med en støtteperson, for eksempel en venn eller en besteforelder. DUÅs babyprogram er et tilbud hvor foreldre kan lære mye om et godt og utviklingsstøttende samspill med spedbarnet sitt, noe som kan gi trygghet i foreldrerollen. Kursets hensikt er å etablere en trygg tilknytning mellom barn og foreldre. På gruppesamlingene gjennomgås blant annet hvordan foreldre kan observere og tolke babyens signaler, og hvordan de kan sørge for psykisk, taktil og visuell stimulering. De lærer også hvilken betydning slik positiv stimulering har for utvikling av hjernen hos små barn. Et tema under samlingene er hvordan foreldre kan få hjelp og støtte hvis det oppstår problemer. På samlingene blir det vist filmklipp om de forskjellige temaene, som utgangspunkt for en samtale i gruppen. Samlingene legger opp til at det som læres kan anvendes med det samme; ny kunnskap til utprøving. Det vil hele tiden bli tatt opp temaer som det skal øves på hjemme til neste gang.⁷⁶

Oppmerksomme og utviklingsstøttende foreldre er det universalforebyggende programmet som tilbys familier med barn mellom 2 og 6 år der det ikke er kjente risikofaktorer eller atferdsproblemer. Universalprogrammet kan også tilbys som oppfrisking (booster) til foreldre som har deltatt på et av foreldreprogrammene tidligere. Målet er å styrke foreldrenes positive og utviklingsstøttende samspill med sine barn, slik at barnas kognitive, sosiale og emosjonelle utvikling fremmes. Bruk av positive oppdragsmetoder er vern mot utvikling av atferdsvansker. Foreldrene til seks–åtte barn møtes en gang i uka, i sju uker. Møtene ledes av to gruppeledere og har en varighet på to timer inkludert pause. Temaene i programmet handler om hvordan forholdet mellom foreldre og barn kan styrkes gjennom å være sammen i barnestyrt lek, hvordan foreldre kan støtte barn i sin utvikling når det gjelder språk, holde ut i frustrerende situasjoner, bli kjent med egne følelser og utvikle gode venneferdigheter. I tillegg fokuseres det på hvordan vanskelige situasjoner kan forebygges gjennom å hjelpe barn å lære å håndtere egne følelser og hvordan de kan bli gode problemløserer. Kurset inneholder temaene barnestyrt lek, sosial, emosjonell, akademisk og utholdenhets-coaching, emosjonell regulering og problemløsning.

Opplæring

Grunnmuren i kvalitetssikringssystemet er en sertifiseringsordning. Gruppelederne blir sertifisert etter gjennomført veiledning og individuell vurdering. Sertifiseringen

⁷⁶ Beskrivelsen av kursene er hentet fra: <http://dua.uit.no/brosjyre-om-dua/>

foregår etter søknad og ved videoanalyse av to gruppemøter og på bakgrunn av evalueringer av foreldre fra to grupper. Sertifisering foregår i DUÅs hovedkontor i Seattle, USA, etter innstilling fra norsk mentor. DUÅ har et instruktør- og mentorsystem. Instruktørene er utdannet av DUÅs hovedkontor i Seattle og er kvalifisert til å trene opp nye mentorer. Mentortreningen følger en prosedyre der «mentor-in-training» trener sammen med en instruktør gjennom fire workshoper, og den avsluttes med en solo-workshop som videofilmes og vurderes av programutvikler. Mentorene har årlige møter med programutvikler, og nasjonale møter – i Norge fire ganger i året – der mentorene oppdateres med nyheter, trener på løsninger av faglige dilemmaer og diskuterer videreutvikling av implementerings- og kvalitetssikringssystemet. DUÅ gjennomfører en årlig spørreskjemaundersøkelse om status for DUÅ i organisasjonen.

Faglig/teoretisk utgangspunkt

De Utrolige Årene bygger på noe av det samme teoretiske grunnlaget som de øvrige universelle foreldreveiledningsprogrammene. På den offisielle norske siden til programmet listes det opp teoretiske retninger som anses sentrale for programmet. Blant annet blir Piagets teori om utvikling av kognitiv læring og interaktive læringsmetoder trukket fram, som også er sentrale for ICDP, og Bowlby og Ainsworths teorier om tilknytning, som er sentrale for alle de ovennevnte programmene (kanskje særlig COS).

Videre trekkes sosial læringsteori fram som en grunnpilar i programmet. Sosial læringsteori forklarer atferd som et resultat av både kognitive, personlige og miljømessige faktorer (Bandura 1986). Teorien vektlegger at læring skjer gjennom observasjon av personers handlinger samt forsterkning av atferd. Sosial læringsteori, som er en av grunnlagsteoriene bak DUÅ, er en etterfølger av behavioristisk teori og «operant betingning» (Patterson 1982, s. 310). Begrepene «behaviorisme» og «atferdsteori» er ikke begreper som tas i bruk i programmets omtale av teorigrunnlaget. Likevel er det omkring dette utgangspunktet diskusjoner om programmet ofte oppstår (for eksempel i mediedebatter som referert til i Kjelstrup (2014), og som løftet i flere av ekspertintervjuene i denne studien). Det er ikke rom for å gå inn i disse debattene i denne kunnskapsstatusen. Likevel er det verd å påpeke at det i vår litteraturgjennomgang var overraskende få bidrag som omhandlet forskjellene mellom program og refleksjoner rundt hvordan de ulike teoretiske forankringene påvirker møtet mellom foreldre og veiledere. De teoretiske forskjellene mellom programmene ble imidlertid løftet fram som sentrale i de aller fleste ekspertintervjuer.

Det er grunn til å tro at forskjellene mellom programmene har blitt mindre med innføringen av de universalforebyggende programmene. Ser man på begrepsbruken rundt det universalforebyggende programmet for foreldre med barn mellom 2 og 6 år, er det for eksempel ikke lett å identifisere på hvilken måte dette programmet skiller seg fra de øvrige vi har omtalt.

Forskning

Blant programmene presentert i denne kunnskapsstatusen er De Utrolige Årene et av dem det er forsket mest på, og det foreligger en rekke studier som viser effekt av tiltakene. Ungsinn har derfor vurdert programmets originale foreldretreningsprogram som 4 *dokumentert* etter gammel skala. Men når man fokuserer på effekt i den generelle foreldrepopulasjonen, altså den nye universalforebyggende varianten av programmet er evidensnivået mer usikkert.

En studie som er verdt å trekke fram fra Norge i denne sammenhengen, er en randomisert kontrollert studie på den universalforebyggende kortversjonen av De Utrolige Årene. Et utvalg på 186 familier uten særskilte vansker og barn mellom 2 og 8 år ble rekruttert i Tromsø. 58 barn ble ekskludert fra studien fordi de hadde atferdsproblemer som gjorde at de hadde rett til og ble tilbudt behandling for disse utfordringene i spesialisthelsetjenesten. Utvalgsstrategien for studien var selvrekruttering via informasjon på skoler, barnehage, aviser osv. Utvalget ble så tilfeldig fordelt i en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. Før og etter intervensjon, samt et år etter intervensjonen, ble foreldrene bedt om å fylle ut spørreskjema der en rekke bakgrunnsvariabler ble registrert i tillegg til standardiserte mål på barnas atferd, foreldrenes opplevelse av kompetanse, foreldrenes oppdragerpraksis og foreldrestress. Reedtz, Handegård og Mørk (2011) fant at foreldrene som hadde deltatt på kurs reduserte streng foreldrepraksis (sterk evidens), økte positiv foreldrepraksis (moderat evidens) og fikk økt sin egen følelse av kompetanse (små effekter). Resultatene vedvarte også ved målingene ett år seinere, men med mindre effektstørrelser. Utvalget i denne studien hadde høy sosioøkonomisk status, og Reedtz (2012) problematiserer om man kan forvente de samme effektene i en foreldregruppe med lav sosioøkonomisk status, gitt at tidligere forskning viser at foreldre med høy sosioøkonomisk status tenderer å være mer proaktive og villige til å la seg rekruttere i oppmøtebasert foreldreveiledning (Morawska, Winter & Sanders 2009).

Forskerne løfter i lys av funnene fram en rekke interessante diskusjoner. For det første argumenterer de for at funnene viser at strukturert gruppebasert foreldreveiledning kan være et effektivt virkemiddel for varig å styrke foreldreskapet i den generelle foreldrepopulasjonen, og at dette ikke nødvendigvis trenger å være kostbart. Universelle intervensjoner anses tradisjonelt for å være svært kostbare for samfunnet, og man har derfor ofte endt opp med tiltak for de familiene og barna som befinner seg i risiko for å utvikle problemer. Men en relativt ny studie som ser på kostnader ved å bygge ut en infrastruktur som muliggjør universell foreldreveiledning i en amerikansk kontekst, konkluderer med at utgiftene vil være moderate (Foster, Prinz, Sanders & Shapiro 2008). Foster et al. (2008) argumenterer for at slik bruk av penger er kostnadseffektivt når det gjelder å redusere misbruk og omsorgssvikt så vel som alvorlige atferdsproblemer. Reedtz et al. (2011) understreker at beregningene ikke uten videre kan overføres til en norsk sammenheng med lavere forekomst av atferdsproblemer og en godt utbygget velferdsstat, men at dette er forhold som bør undersøkes.

En annen viktig refleksjon som trekkes fram i den norske presentasjonen av studien, er foreldreveiledningsprogrammets potensial til å styrke tidlig identifisering av problemer (Reedtz 2012). I rekrutteringen til studien ble en stor andel barn med atferdsproblemer identifisert og henvist til behandling i forbyggende helsetjeneste eller spesialisthelsetjenesten. Dette viser hvordan foreldreveiledningstiltak tilbudt foreldre flest kan ha stor betydning for å styrke tidlig identifisering, og derigjennom bidra til tidlig intervensjon overfor små barn med behov for behandling.

De Utrolige Årene – oppsummert

De Utrolige Årene (DUÅ) er blant de program som har vært gjenstand for mest forskning i Norge. Programmets universelle variant har vært gjenstand for en norsk studie som viser lovende resultater. Denne delen av De Utrolige Årene er foreløpig ikke vurdert av Ungsinn.

Tuning into Kids

Tuning into Kids er nylig introdusert i Norge gjennom Universitetet i Oslo. Det er et vel utprøvd gruppebasert foreldreveiledningsprogram utviklet i Australia, der det også er forsket mye på programmet. Det introduseres i disse dager i Norge gjennom en RCT-studie, som er en unik introduksjon av et program. Som presentert over, gjennomføres det gjerne evalueringer av program etter at de er implementert. Siden programmet ikke har vært i bruk i Norge, har det ikke blitt viet plass i denne kunnskapsstatusen.

Kort sammenfattet er Tuning into Kids et foreldreveiledningsprogram som fokuserer på den emosjonelle relasjonen mellom foreldre og barn. Målet med programmet er å lære foreldre hvordan de best kan fungere som emosjonelle veiledere for sine barn. Dette innebærer å gjenkjenne, anerkjenne og forstå barnets følelser, noe som hjelper barn å forstå og regulere sine egne følelser.

Programmet er utviklet av Sophie Havighurst og Ann Harley i Melbourne, Australia. Det er evaluert i et stort antall randomiserte kontrollerte studier, som har vist at programmet fører til positive endringer i foreldre-barn-relasjonen og i barnets emosjonelle kompetanse og atferd. Resultater viser at programmet har vært særlig effektivt med barn med klinisk påvist emosjonelle problemer og atferdsvansker.

4.6 Sammenfatning

Forskning som er gjort på foreldreveiledningsprogram som brukes i Norge viser lovende resultater. Likevel er forskningen gjennomført per dags dato av en slik karakter at ingen

av programmene kan karakteriseres som dokumentert virksomme etter Ungsinns vurderingskriterier. Med ett unntak viser alle studier som er gjennomført en bedring hos foreldre etter deltakelse på foreldreveiledningskurs, gitt de målene studiene har satt for å vurdere effekt. Unntaket vi har kommet over er studien av Marte Meo, som litt tilfeldig fikk med foreldre i utvalget som ble ansett å ligge tett opp til det universelle (fordi de hadde bare små utfordringer), og fant at denne metoden ikke hadde positiv effekt for dem, snarere tendenser til negativ effekt (Høivik et al. 2015). En ting som skiller denne studien fra de andre gjennomgått i dette kapitlet, er barnas lave alder, de var mellom 0 og 2 år. Dette er også det tiltaket som metodisk skiller seg mest ut fra de andre programmene ved at det ikke er gruppebasert og at det helt konkret går inn i det faktiske samspillet mellom foreldre og barn.

I de gruppebaserte programmene får ikke veileder innsyn i det faktiske samspillet mellom foreldre og barn annet enn gjennom foreldrenes subjektive fortellinger, veileder møter aldri barnet (med unntak av i babyprogrammet til DUÅ som vi ikke har identifisert forskning på). På den måten er distansen mellom veilederen og det konkrete samspillet større og mer styrt av foreldrenes egen tolkning. Denne avstanden gjør at selv program som søker å ta opp det vanskelige, som i COS, ikke har særlig potensial for å korrigere konkrete samspill. Ser man på de øvrige programmene som tilbys foreldre flest i Norge, Trygghetssirkelen (COS), ICDP og De Utrolige Årene (DUÅ), tar de utgangspunkt i ulike teoretiske retninger. De Utrolige Årene er det eneste programmet som kan betegnes som et såkalt «atferdsprogram». Andre program som er utviklet fra samme teoretiske grunnlag (som f.eks. PMTO, MST, TIBR) er ikke tatt med i gjennomgangen, da disse programmene så vidt oss bekjent ikke brukes universelt.⁷⁷ Som nevnt over, er det et spørsmål om ikke programmene er i ferd med å nærme seg hverandre teoretisk med den universelle utvidelsen av De Utrolige Årene. De har samme målsetning: å støtte og forbedre relasjoner mellom barn og voksne. Leser man bøkene som grunnleggerne av programmene har skrevet om programmene, framstår likevel forskjellen klar. I Webster-Strattons bok *De Utrolige Årene. En foreldreveileder* (2007) guides man inn i programmets tankegang gjennom fortellinger om fortvilte foreldre. Det understrekes at det å oppleve å ha mistet kontroll over barnet sitt kan oppleves skamfullt, fortvilende og gi grobunn for dårlig samvittighet. Videre tar Webster-Stratton gjennom en kunnskapsbasert framgangsmåte for seg hvordan foreldre kan bruke egne ressurser og aktivt forme relasjonen til barnet. Man kan argumentere for at veilederen primært fokuserer på å bistå foreldre til å mestre foreldrerollen. Leser man Hening Ryes *Tidlig hjelp til bedre samspill* (2002), guides man inn i programmet gjennom en presentasjon av ny forskning som har gitt oss ny innsikt i barns utvikling

⁷⁷ Det er verdt å nevne at PMTO i følge Alfredsson et al (2015, s. 30) i stadig større grad tas i bruk universelt i Sverige. Vi har ikke kommet over kilder som viser samme trend i Norge i denne litteraturgjennomgangen.

og hvor viktig de første leveårene er for seinere livskvalitet. Den røde tråden gjennom boka er hvordan vi som foreldre kan gi barnet støtte til å utvikle seg. Tar man i tillegg for seg Powell, Cooper, Hoffman og Marvins bok *Trygghets sirkelen – en tilknytningsbasert intervensjon* (Powell et al. 2015), er det åpenbare likheter med presentasjonen av ICDP. Forfatterne tar leseren gjennom nyere spedbarnsforskning, med søkelys på forskningen som har dannet bakteppet for tilknytningsteori. Målsetningen er å skape forståelse for barns behov og lære foreldre hvordan disse behovene kan møtes på best mulig måte. Det vies stor plass til hvordan foreldre blant annet gjennom sine egne barndomserfaringer påvirker relasjonen, og det gis tips om hvordan foreldres atferd kan korrigeres – i motsetning til Webster-Stratton, som gjennomgående gir tips om hvordan man best kan korrigere barnets atferd.

De Utrolige Årene tilbyr foreldre konkrete råd om hvordan de kan forbedre samspillet med barna, som for eksempel hvordan de bør gå inn i barnas lek, hvordan de bør understreke positiv atferd og overse negativ atferd. ICDP og COS vektlegger til sammenligning å skape en forståelse for barnet og dets behov. I ICDP er det også helt sentralt at det ikke skal gis konkrete råd eller instruksjoner til foreldre. Dette fordi det er stor kulturell, sosial og faglig uenighet når det gjelder konkrete råd om barneoppdragelse, samt en oppfatning om at man skal ta utgangspunkt i foreldrenes egne vurderinger og erfaringer. ICDP anses ikke som et kurs der man skal lære av fagpersoner, men i en gruppe, og der lærer man av å reflektere. Hvorvidt programmene bør gi konkrete råd eller ei ble også tatt opp i flere av våre ekspertintervjuer. En av våre informanter som har flere års erfaring med foreldreveiledning i både førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten, var kritisk til at flere av programmene ikke ga konkrete råd til foreldre, og ordla seg slik:

Jeg opplever disse kursene slik at når man har forstått barnet nok, så skal det liksom si seg selv hva man skal gjøre. Og det gjør det ikke. Jeg tenker heller sånn at det er viktig å forstå at barn ikke gjør noe på faenskap eller gjør det for å terge foreldrene – og få inn en forståelse for at de minste barna mangler forutsetninger for å forstå det vi skjønner. Men så opplever jeg at folk vil vite: men hva gjør du da? Det er det folk vil ha. De vil vite hva som er galt. Og hva som må gjøres, helt konkret. (intervju med fagperson)

Det som pekes på i dette intervjuet, er et inntrykk av at foreldre, etter at forståelsen for barnets psykologi er på plass, ønsker råd og tips om hvordan de helt konkret kan møte barna i ulike situasjoner. Dette blir også problematisert av veiledere i Trygghets sirkelen, som ble intervjuet i den svenske RCT-studien av COS (Neander & Mothander 2015). En veileder er sitert på følgende måte:

«Sen tycker jag att den stora bristen i programmet det är ju bristen kring hur man ÄR större, starkare, klokare och snäll. Struktureringsbiten hoppar man ju bara över

som om det är så enkelt. Är man bara «being with» så löser det sig, men ibland måste man ta kommandot. Jag tycker att nästan hälften av våra föräldrar har enorma problem med strukturering och gränssättning. Där lämnas man lite i sticket.»

Mangelen på studier som ser resultater av og erfaringer med ulike program i sammenheng, gjør det vanskelig å si noe systematisk om hvorvidt ovennevnte utdrag fra våre data og fra litteraturen er representative for hvordan foreldre og veiledere opplever og vurderer disse kursene.

Hvis det for foreldre er vanskelig å få grep om forskjellene mellom De Utrolige Årene og de andre programmene, vil vi påstå at det er nærmest umulig for en vanlig forelder uten fagbakgrunn å forstå forskjellen på ICDP og COS. Programmene framstår som like i innretning, og forskjeller er ikke lette å se, selv når man systematisk tar for seg forskningen på feltet. I arbeidet med denne kunnskapsstatusen slet vi med å finne vitenskapelige artikler om disse forskjellene. Programmene forklares, tolkes og undersøkes gjennomgående hver for seg. Ungsinn er derfor viktig i norsk sammenheng, ved at man på ett sted systematisk samler kunnskap om de aller fleste foreldreveiledningsprogram. I arbeidet med å finne forskjellene mellom de ulike programmene, var ekspertintervjuene viktige, da personer med erfaring i feltet, men med ulik bakgrunn, med sine egne ord forklarte hvordan de så forskjellene. Her er et sitat fra et ekspertintervju som godt griper forskjellen mellom ICDP og COS.

Hvert program har på en måte en hovedstyrke. COS har den veldig gode metaforen som denne sirkelen er. Men ICDP er bedre på det som man kaller «oppe på sirkelen», altså barnets utforskning. For der oppe på sirkelen er ikke COS så spesifikk på hvordan, men at du skal bare støtte barnet i å utforske. Men ikke noe om hva du da skal gjøre. Samtidig er COS bedre på det der på bunnen av sirkelen. Det å hjelpe barnet til å forstå sine egne følelser.

En ting som skiller trykghets sirkelen COS fra ICDP, er altså bruken av den visuelle modellen, samt at større oppmerksomhet er rettet mot det som i ICDP kalles «den emosjonelle dialogen» – å justere seg til barnet og hjelpe barnet med å forstå sine egne følelser. I ICDP er det emosjonelle likestilt med to andre «dialoger» som fokuserer hvordan foreldre best kan hjelpe barnet med å tilegne seg kunnskap og manøvrere i verden (den meningsskapende dialogen – som vil tilsvare oppe på sirkelen i COS), og hvordan foreldre kan sette grenser på en positiv måte (den regulerende dialogen). Noe som skiller COS fra de andre programmene er også hvordan foreldrene oppfordres til å ta i bruk egne barndomserfaringer og å ta tak i egen negativ praksis. Dette skiller COS fra ICDP og Marte Meo, som er ressursorienterte og setter søkelyset på foreldres ressurser og potensial, ikke på deres utfordringer.

Kort oppsummert: det mangler studier som sammenligner intervensjoner. De studiene som finnes, sammenligner grupper som deltar i et program med grupper som ikke deltar, eller de sammenligner samme gruppe før og etter intervensjon. Med rammene

for denne kunnskapsstatusen er det umulig å sette studier opp mot hverandre og si noe om hvilke program som fungerer best. Det er foretatt ulike målinger på ulike populasjoner, og det er foretatt ulike analyser. En interessant innretning for framtidig forskning vil være å sammenligne en gruppe som får et program med en lik gruppe som får et annet. Dette vil potensielt kunne si oss noe om hvordan det foreldre læres opp i og hvordan det formidles, påvirker deres foreldreatferd. Det vil også være av interesse å se nærmere på hvordan foreldrene selv opplever kurs med ulik innretning – handler effekter og gode erfaringer med universell foreldrestøtte om muligheten til å bli sett, kunne dele erfaringer og reflektere over eget foreldreskap, eller har også innretning og teoretisk utgangspunkt noe å si?

Programovergripende utfordringer

I tillegg til at det er lite litteratur som ser programmene i sammenheng og utforsker forskjeller, likheter og hvordan foreldre opplever de ulike programmene, er det også andre programovergripende utfordringer som i mindre grad behandles i litteraturen. Dette skyldes i hovedsak at de studiene som finnes er kvantitative effektevalueringer med vekt på resultatmål. Selv om den omliggende kvalitative litteraturen ikke er av like høy forskningsmessig kvalitet, som masteroppgaver og kortere evalueringer av pilotprosjekter, er det verdt å løfte fram noen utfordringer som tas opp her, men som gjennomgående ikke diskuteres i de større studiene.

Rekruttering

For det første er det få bidrag som tar for seg rekruttering. En rapport som ser på forsøk med å gi ICDP-veiledning til ungdom med minoritetsforeldre i en bydel i Oslo, gir viktig innsikt i utfordringene man står overfor når det gjelder rekruttering av foreldre til programmene. I rapporten beskrives prosessen med å rekruttere deltakere i detalj. Utfordringene de møter er tallrike: å komme i kontakt med foreldre i målgruppen, purre på samarbeidspartnere som skal bistå, frafall etter at interesse er meldt og å finne egnede lokaler. Selv skriver prosjektlederne: «Det er tankevekkende hvor lite fruktbart rekrutteringsarbeidet var til tross for bruk av mye tid og ressurser» (Schulerud & Fridjonsdottir 2008). Forskning viser at familier med høy sosioøkonomisk status anses å være mer proaktive enn foreldre med lav sosioøkonomisk status, og at de i større grad melder seg på oppmøtebasert foreldreveiledning (Morawska et al. 2009; Reedtz 2012). I debatten om verdien av foreldreveiledningsprogram og hvorvidt de bør tilbys universelt, er dette åpenbart et element som må diskuteres. Når et universelt tilbud om foreldreveiledning alle foreldre, eller de foreldrene man helst vil nå? Hvilke rekrutteringsstrategier synes mest effektive?

Motivasjon

For det andre er det få bidrag som tar opp motivasjon. Forrester, Westlake og Glynn (2012) beskriver «parental resistance», altså at foreldre kan ha motstand mot intervensjon fra profesjonelle, og at dette kan ha både individuelle og sosiale forklaringer. Forskningen på foreldreveiledningsprogram mangler ofte refleksjon rundt årsaker til at rekruttering er vanskelig, forklaringer på frafall og studier som tar for seg foreldrenes erfaringer. Flere av de mindre studiene av lavere kvalitet tar opp spørsmål som det med fordel kunne blitt sett nærmere på. For eksempel peker erfaringsbaserte rapporter fra pilotprosjekter med ICDP på at når foreldre spørres i etterkant av prosjektene, har de selv innspill til hva de syntes manglet på kurset. For eksempel ønsket de mer fokusering på ungdom, grensesetting, familiekonflikter og kunnskap om barnevernet (Hannestad & Hundeide 2005). I en studie blant mødre som bor på mødre hjem og får behandling for sine rusproblemer, beskriver Horton og Murray (2015, s. 331) hvordan mødrenes botid påvirker deres motivasjon for å delta på et COS-P-kurs. Forskernes inntrykk er at mødre som nettopp har kommet, er svært motivert for å «ta igjen det tapte» og korrigere tidligere mangelfull foreldreomsorg. Samtidig er mødre med lang botid mindre interessert, fordi de er mer opptatt av å komme seg tilbake til arbeidslivet. Denne typen refleksjoner over ytre faktorer som kan påvirke effekten av foreldreveiledningsprogram er ikke utbredt i litteraturen vi har gjennomgått, og i den grad det behandles, så behandles det sekundært.

Implementering

For det tredje er det få studier som tar for seg prosessuelle problemstillinger og implementering. Hvor programtro veilederne er når veiledningen skjer utenfor kontrollerte studier, om veiledere som utdannes faktisk bruker utdanningen til å gjennomføre foreldreveiledning og hvordan de følges opp, er sentrale spørsmål for hvor effektive programmene vil være i praksis. Rambøll (2013) viser til hvordan introduksjon av evidensbaserte tiltak er utfordrende på grunn av risikoen for mangelfull programlojalitet, med eksempel fra implementeringen av PMTO i Norge og på Island. I Norge ble implementeringen av PMTO i 1999 utformet og gjennomført med stor grad av støtte fra departementsnivå, hvilket innebar vesentlig faglig og økonomisk støtte. Tilsvarende støtte og ressursgrunnlag var i stor grad fraværende i implementeringen av PMTO på Island, hvor tiltaket ble valgt, implementert og finansiert av én enkelt kommune på eget initiativ da det ble introdusert i 2000. Uten å være direkte sammenlignbar, kan den nasjonale strategien i Sverige ses som en mellomposisjon mellom implementeringen av PMTO i Norge og på Island, ved at denne består av en kombinasjon av statlige midler og kommunal frihet til å utvikle, tilpasse og implementere tiltak i samarbeid med forskningsmiljøer. Funn fra mindre studier dokumenterer også manglende oppfølging av veiledere og foreldre i flere ulike program i Norge (Berntsen & Hølgersen 2015; Tørnes 2007).

Videre mangler det studier som ser nærmere på hva som gjør at noen foreldre ser ut til å implementere lærdommen de tilegner seg når de kommer hjem til familiene sine mens andre ikke gjør det. Vi vet rett og slett for lite om hvorfor programmene fungerer eller ikke. Det som er gjort av studier som kartlegger foreldres erfaringer med bruk av dybdeintervju, viser for eksempel til betydningen av å ha sin partner med på kurs.

«En förälder som hade haft sin partner med i gruppen, och var mycket nöjd med det. Det var ju väldigt givande. Vi diskuterade ju det på vägen hem och pratade om det. De som inte haft partnern med sig tycker att det var en nackdel, inte minst för att det är svårt att förmedla till in partner vad man tagit del av: Jag ändrade ju tankesätt, men då var det ju väldigt svårt när min man inte gått det. (...) Det blir som att man tillrättavisar honom, då tror han att jag tycker att han gör fel. På det sättet tror jag att det varit bra om båda hade gått det. För att få samma... (Neander & Mothander 2015, s. 42).

Basert på dette kan man ikke si at effekter av foreldreveiledning er større om begge foreldrene deltar. Mangelen på prosessstudier gjør man heller ikke kan si noe sikkert om andre forhold som må være på plass for at foreldreveiledning skal gi best mulige resultater. Likevel er det, på bakgrunn av det som finnes av studier, hevet over enhver tvil at hvordan et program implementeres, vil være avgjørende for hvor virksomt det i praksis vil kunne bli.

Betydningen av et fellesskap

Et siste poeng som er verdt å trekke fram, er at flere evalueringer av pilotprosjekter og noen masteroppgaver finner andre positive resultater av foreldretreningen enn den som typisk måles i effektevalueringene – da spesielt det å få et fellesskap å dele erfaringer med. Rapporten som evaluerer bruken av ICDP for omsorgsgivere på asylmottak, trekker fram hvordan gruppemøtene ble et sosialt møtested der kvinnene slappet av og styrket relasjonene seg imellom (Hundeide 2008). En evaluering av ICDP-kurs for minoriteter fant samme tendens. I intervjuer etter intervensjonen trakk kvinnene selv fram nettverksbygging som en av de sentrale positive resultatene: «De dannet også et nettverk seg imellom og kom dermed mer ut fra familiene» (Hannestad & Hundeide 2005). På samme måte fungerte ICDP for foreldre med barn med funksjonsnedsettelser også som en sosial møteplass der man kom i kontakt med andre med lignende utfordringer, som man ikke møtte til vanlig. I rapporten trekkes det fram et sitat fra en mor som uttrykker lettelse og glede over å ha vært i en samling med foreldre der hun representerte normaliteten: «Endelig har jeg fått lov å ha et annerledes barn» (Tørnes 2007). Mens en masteroppgave som tar for seg bruken av ICDP i fengsler finner at kurset har positiv virkning på relasjonene internt i fengselet. Fengselsbetjenter som intervjues i etterkant av intervensjonen, trekker fram hvordan de opplever at det har vært en holdningsendring blant de innsatte etter ICDP-kurset, som har ført til «et

vennlige miljø og en mer dynamisk sikkerhet» (Prell-Hutmacher 2006, s. 79). I den svenske offentlige utredningen *Föräldrastöd en vinst för alla* (SOU 2008: 131) ble det foretatt en gjennomgang av forskning kombinert med spørreundersøkelse blant svenske foreldre med barn i ulike aldre for å kartlegge hva slags støtte foreldrene ønsket. De fant at et gjennomgående funn i flere studier var ønsket om et kontaktnett man kunne rådføre seg med og diskutere med.

Som all annen forebyggende innsats må også foreldreveiledningsprogram være kunnskapsbasert, og denne gjennomgangen viser at det er gjennomført forskning og foregår forskningsaktivitet på alle kursene som i dag tilbys foreldre universelt. Det er imidlertid, så vidt oss bekjent, utelukkende planlagt kvantitative effektevalueringer med søkelys på resultatmål. Dette gir viktig kunnskap, men det er verdt å ta med seg at det per i dag ikke foreligger noen publiserte fagfelleverderte kvalitative studier fra Norge på dette feltet.

Kapittel 5 Andre foreldrestøttende tiltak

Dette kapitlet bygger på norsk og internasjonal forskning som har undersøkt effekter av og erfaringer med foreldreveiledende- og støttende tiltak ut over foreldreveiledningsprogrammene presentert i kapittel 4.

Foreldrestøtte i offentlig regi er, slik gjennomgangen i kapittel 3 synliggjør, mer enn foreldreveiledningsprogram. Helsestasjoner ble gjennom etterkrigsårene bygget ut til å bli en viktig arena for støtte til foreldre i forbindelse med fødsel, gjennom barseltid og de første oppvekstårene. Barnehage og skole er andre viktige arenaer der foreldre flest og offentlige myndigheter møtes og der virksomheten skal foregå «i samarbeid og forståelse med hjemmet».⁷⁸ Dette er et samarbeid som også kan innebære støtte og veiledning.

Med utgangspunkt i universelt innrettede arenaer som helsestasjoner, barnehager og skoler arbeides det med foreldrestøtte etter prinsipper om tidlig innsats – både som allment forebyggende og for å oppdage familier der det kan være behov for ekstra støtte, slik at særskilte tiltak kan settes inn. Familiehus og familievernet er to andre arenaer der målgruppen er foreldre og familier flest, men som foreldre og familier selv avgjør om de har behov for og ønsker å oppsøke. Vi har også søkt etter forskningsbasert kunnskap om virkningen av foreldrestøtte innenfor rammen av familiehus og familievern.

Foreldrestøtte drives i norsk sammenheng altså innenfor ulike velferdsstatlige tjenester som er universelt innrettet, rettet mot risikogrupper (selektivt) og basert på identifiserte problemer i familier (indikativt). I denne rapporten konsentrerer vi oss om universelt innrettede tiltak. Universelt innrettede offentlige velferdstiltak er tiltak som alle borgere har en individuell rett til. De er altså ikke knyttet til deltakelse i lønnsarbeid eller behovsprøvde. At inntektssikring og velferdstjenester er universelt innrettet er ett av flere kjennetegn ved velferdsstater av den skandinaviske typen (j.f. Esping-Andersen 1999). Gøsta Esping-Andersen (1999, 2000, 2009) skiller, som redegjort for i kapittel 1.3, mellom ulike velferdsregimer, basert på ulike måter å fordele ansvaret for produksjon og fordeling av velferd mellom myndigheter, marked og familie. Det skilles mellom det sosialdemokratiske – eller skandinaviske velferdsregimet, det liberale velferdsregimet – i land som USA, Storbritannia, Australia og Canada, og det konservative velferdsregiment – i land som Frankrike, Italia, Spania og Italia. Vi har i

⁷⁸ Fra barnehageloven § 1. *Formål. Samme formulering finnes i opplæringslovens § 1-1. Formålet med opplæringa.*

kapittel 4 sett at flere foreldreveiledningsprogram som brukes i Norge er utviklet i USA. Og våre litteratursøk har i tillegg frambrakt mye forskning fra tiltak satt inn i velferdsstater av andre typer, da særlig liberal type – i hovedsak USA men også blant annet Storbritannia. Kjennetegn ved velferdsstater av liberal type er jf. Esping-Andersen (2009) at myndighetene konsentrerer seg om velferdstjenester og inntektssikring for de borgerne som antas å ha størst behov, som på grunn av bakgrunn eller situasjon antas å være i risiko for å utvikle problemer. Velferdsstater av denne typen møter et smalt utvalg behov og overlater mye til markedet. Forskningsbidrag som har undersøkt effekter av foreldrestøtte i amerikansk og britisk kontekst, synliggjør dette ved at tiltakene som studeres i hovedsak er selektivt innrettet, mot familier som antas å kunne være i risiko. Likevel omfatter disse bidragene tilbud som hjemmebesøk til nybakte foreldre, tilbud som i den norske velferdsstaten er universelt og omfatter foreldre flest.

Selektive tiltak i velferdsstater av en liberal type er altså også universelt innrettet i Norge. Myndighetenes involvering og tiltakenes innretning skiller seg altså på vesentlige punkter fra hverandre i en skandinavisk kontra en liberalt innrettet velferdsstat. Dette er viktig å ha med seg når vi vender oppmerksomheten mot foreldrestøttende tiltak og forskning som er gjort for å finne ut hvordan disse virker.

Første del av dette kapitlet tar for seg forskningen som forsøker å måle effekt av i hovedsak selektivt innrettet foreldrestøtte internasjonalt. Vi diskuterer også om og hvordan kunnskap fra slike studier eventuelt kan overføres til norske forhold, til tiltak som ligner men har en annen innretning, på grunn av norske offentlige myndigheters valg og intensjoner.

Den andre delen av kapitlet handler om et forhold effektstudier ikke berører; hvordan møtet mellom myndigheter og foreldre erfares av profesjonsutøvere som er satt til å forvalte statens mål, og hvordan det erfares av foreldre. Dette er studert i flere kvalitative og kvantitative forskningsbidrag, flere med utgangspunkt i helsestasjoner i Norge og andre nordiske land. Vi finner, til sammenligning, mye mindre forskning gjort på foreldrestøtte satt inn på andre arenaer, som barnehager.

Kapitlet avsluttes med en del om usynlige fedre. Fedre er usynlige i svært mange av forskningsbidragene som undersøker resultater og erfaringer med foreldreveiledning og andre foreldrestøttende tiltak. Det forskere omtaler som foreldre, viser seg ved nærmere ettersyn som regel å være mødre. Dette er til å undres over, gitt de betydelige endringene som har skjedd i fedres deltakelse i familien, og da særlig i forholdet til barna. Slike endringer er særlig tydelige i de skandinaviske velferdsstatene, men også i velferdsstater med andre kjennetegn. Dette har fått stor oppmerksomhet, og forskningsbidragene er mange (se f.eks. Holter 2014; Brandth & Kvande 2013; Aarseth 2011; Annfelt 2008; Bekkengen 2002; Hobson & Morgan 2002; Hearn 2002). Endringen i fars involvering i omsorgen for barna gjenspeiles likevel i liten grad i forskningsbidrag som undersøker effekter av og erfaringer med foreldrestøttende tiltak.

5.1 Effekt av foreldrestøtte til risikogrupper

I Norge gis støtte og oppfølging til foreldre flest gjennom svangerskapstid, barseltid og barnas første oppvekstår med basis i helsestasjonene, og med helsesøstre og til dels jordmødre som viktige aktører. Dette er universelt innrettede tiltak som lokale myndigheter er lovpålagt å gi alle sine innbyggere. Tilsvarende universelt innrettede ordninger finnes i andre nordiske land.

I vestlige land utenfor Norden, med velferdsstatlige løsninger av konservativ og liberal type, er offentlige myndigheter primært opptatt av å følge opp såkalte risiko-familier. Dette er familier hvor det, basert på statistisk forekomst av problemer, antas å være et særlig behov for, og dessuten samfunnsøkonomisk fornuftig, å sette inn tidlig innsats. Søk etter internasjonal forskning om foreldrestøttende tiltak ut over foreldreveiledningsprogram, resulterer i en hel rekke effektstudier gjort av selektive tiltak satt inn overfor antatte risikogrupper i sammenheng med svangerskap, fødsel og de første oppvekstårene. Hva er det, oppsummert, mulig å si om effekten av slike selektivt innrettede tiltak – og hvordan er dette relevant i norsk sammenheng?

Men først, hva regnes som risikofamilier? Begreper som utsatte familier og risiko-familier brukes noe ulikt i litteraturen vi har gjennomgått, men ofte trekkes tenåringsmødre, mødre med alkohol- eller stoffproblemer, familier med svært lav inntekt og/eller dårlige boforhold, og der foreldre har manglende tilknytning til utdanning og arbeid frem som eksempler. Risiko knyttes i litteraturen altså primært til sosiale indikatorer, til familier lavt på den sosiale rangstigen. I tillegg kommer en annen type utsatte familier, som ikke på samme måte er ensidig knyttet til sosiale indikatorer: familier med et prematurt barn, familier som har adoptert eller har et fosterbarn, og familier der mor er definert som i risiko for å utvikle depresjon i barseltiden. Vi ser at risikofamilier i all hovedsak defineres med utgangspunkt i mor, når det her er snakk om familier, handler det altså ofte om mødre – risikomødre.

Effekt av helsestasjonstjenester med risikofamilier som målgruppe

I forbindelse med et pågående arbeid med å utvikle nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjoner og skolehelsetjeneste i Norge, er det utarbeidet flere kunnskapsoversikter. Blant annet *Effekt av tilpassede tiltak for helsestasjonstjenesten*, utarbeidet av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Mosdøl et al. 2014). Denne kunnskapsoversikten er basert på søk etter systematisk oppsummert kunnskap om effekt av tiltak for å tilpasse helsestasjonstjenesten eller tilsvarende helsetjenestetilbud (0–6 år) til familier med lav sosioøkonomisk status, etniske minoritetsfamilier og tenåringsmødre, samt tiltak for å fremme samspill med barnet for mødre med fødselsdepresjon. Et stort antall oppsummeringer av forskningsbidrag er vurdert. Forskerne ved Nasjonalt kunnskapssenter har gjort en kvalitetsvurdering basert på risiko for systematiske skjevheter i de inkluderte

forskningsoversiktene og hvorvidt det er dokumentasjon for hvert utfallsmål i studiene (etter GRADE-metodikken). Basert på dette er kunnskapsoppsummeringene vurdert som å være av høy, middels, lav eller svært lav kvalitet.

Denne kvalitetsvurderingen resulterte i at kunnskapsoversikten inkluderer ti kunnskapsoppsummeringer som er vurdert å ha høy metodisk kvalitet (Mosdøl et al. 2014). Disse er inndelt tematisk, og gir informasjon om seks ulike temaer: 1) om ammeveiledning til mødre med lav sosioøkonomisk status har effekt, 2) om hjemmebesøk til familier med lav økonomisk status reduserer forekomst av barneulykker/fører til at flere fullfører barnevaksinering, 3) om effekt av tilpassede foreldretreningsprogram, 4) om hjemmebaserte stimuleringsprogram styrker barns kognitive utvikling, 5) om effekt av å bruke lekfolk i møte med familier med lav sosioøkonomisk status sammenlignet med standard helsetilbud, og 6) om tiltak overfor mødre med fødselsdepresjon har effekt på deres samspill med barnet.

Kunnskapsoversikten bygger på til sammen 90 ulike studier, *ingen* av de 90 studiene er gjort i Norge, men enkelte i Sverige. Flere av kunnskapsoppsummeringene som er inkludert i Kunnskapssenterets kunnskapsoversikt, kom også opp i våre litteratursøk.

Det konkluderes, når temaet er amming, med at veiledning, opplæring og informasjon om amming fra helsearbeidere tilpasset mødre med lav sosioøkonomisk status trolig fører til at flere starter å amme, og at de fortsatt ammer etter 3–6 måneder. Tiltakene øker også, muligens, andelen som fullammer (Mosdøl et al. 2014).

Når temaet er hjemmebesøk til familier med lav sosioøkonomisk status, konkluderes det med at dette trolig reduserer antall barneulykker noe, mens det er mer usikkert om det fører til at flere foreldre fullfører barnevaksinasjonsprogram for sitt barn. Videre finner man at foreldreveiledningsprogram tilpasset familier som er utsatt for store belastninger, muligens kan forebygge utagerende atferd hos barnet (Mosdøl et al. 2014).

Det konkluderes basert på forskningsoppsummeringene med at oppsøkende arbeid fra likemenn til familier med lav inntekt kan påvirke forhold som fullamming og deltakelse i barnevaksinasjonsprogram, men at det er mer usikkert om det påvirker antallet som starter å amme og barnas fruktinntak (Mosdøl et al. 2014).

Flere av tiltakene finner man ingen sikker effekt av, og begrep som *trolig* og *usikkert* er gjennomgående knyttet til tiltak der det oppsummeres med at de antakelig har en viss effekt. Det understrekes i kunnskapsoversikten at når forskere på tvers av kunnskapsoppsummeringer er varsomme med å fastslå at tiltak satt inn mot risikofamilier har effekt, skyldes dette primært metodiske svakheter i gjennomføringen av studiene som er inkludert i forskningsoppsummeringene. Dette betyr ikke at tiltakene er uten effekt, men at datagrunnlaget er «svakt» når målet altså er å fastslå effekt (Mosdøl et al. 2014, s. 4). De metodiske kravene er, som redegjort for i kapittel 2.1, omfattende og presise når målet er å fastslå om det er det testede tiltaket som har effekt og at det ikke er andre forhold man finner virkninger av. Resultatet er at få studier møter disse kravene, og dermed blir det vanskelig å presentere utvetydige konklusjoner og råd.

Kunnskapssenteret påpeker at det også er utfordringer knyttet til å skulle overføre resultater man har funnet i andre land til norske forhold. Dette fordi helsetilbudet i Norge er annerledes innrettet (Mosdøl et al. 2014). Når effekt måles, skjer det gjennom et metodisk opplegg som sammenligner grupper som gis tiltaket og kontrollgrupper. Disse kontrollgruppene mottar det ordinære tilbudet alle foreldre i de aktuelle lokalsamfunnene får, og utviklingen i disse familiene – når det for eksempel gjelder barneulykker – sammenlignes så med familier som er gitt særskilte tiltak i tillegg til vanlig oppfølging. Effekten av det særskilte tiltaket måles altså relativt til det tilbudet alle foreldre mottar. Dersom tiltaket hadde blitt prøvd ut i Norge, ville sammenligningsgrunnlaget (kontrollgruppen) vært i en annen situasjon enn i mange av de aktuelle studiene. Det nevnes for eksempel at det i USA i liten grad settes inn offentlige tiltak som følger opp foreldre flest i barseltiden, dersom foreldrene ikke har helseforsikring. Kontrollgrupper med nybakte foreldre i amerikanske studier vil derfor, som et eksempel, som regel ikke motta offentlige tiltak, noe nybakte foreldre gjør under norske forhold. Et annet forhold som gjør at resultater ikke er direkte sammenlignbare, er at studier som er inkludert i oversikten er gjort blant folk og i nabolag som har større sosiale utfordringer enn det som er vanlig i norsk sammenheng (Mosdøl et al. 2014).

Vi vil legge til et tredje forhold som begrenser kunnskapsverdien av studiene: valg av effektmål. Effektmålene det refereres til er for eksempel amming, barneulykker, deltakelse i barnevaksinasjonsprogram og inntak av frukt. Effekt av hjemmebesøk måles for eksempel basert på seinere forekomst av barneulykker. Dette er forhold det er rimelig enkelt å registrere, og dermed anvendbare som effektmål. Det er vanskeligere å undersøke om hjemmebesøk har effekter som styrket samspill mellom barn og foreldre, på en måte som gir holdbare forskningsdata. Undersøkelsesopplegget og ambisjonen om å dokumentere effekt, har dermed betydning for hvilke resultater man er opptatt av og undersøker.

Det er mulig å definere mål for hvordan foreldre og familier fungerer på mange ulike måter. Pritchett et al. (2011) har gjennom omfattende søk i engelskspråklig litteratur fra de siste fem tiårene identifisert til sammen 107 ulike mål som er brukt i spørreundersøkelser der ambisjonen har vært å finne ut hvordan familier fungerer. De 107 ulikt definerte målene omfatter både foreldre-barn-relasjonen, foreldres praksiser og måter å oppnå disiplin på, foreldres overbevisninger/meninger, kvalitet i ekteskapet, både mer overordnede mål og situasjonsspesifikke mål. Det påpekes samtidig at enkelte aspekter ved måten en familie fungerer på er lettere å undersøke gjennom selvrapporing, enn andre forhold. Foreldres konkrete praksis (som disiplineringspraksiser) og foreldres overbevisninger, har for eksempel vist seg mer egnet å undersøke ved selvrapporing, enn relasjonen mellom foreldre og barn. For å finne ut av sistnevnte, er observasjoner eller semistrukturerte intervjuer mer hensiktsmessige. Barns tilknytning til sine nære omsorgspersoner er, tilsvarende, vanskelig å undersøke gjennom selvrapporing (Pritchett et al. 2011, s. 180–182).

Forhold som tilknytning og relasjonen mellom barn og foreldre er, som vi har sett i kapittel 4, noe som søkes påvirket gjennom foreldreveiledningsprogram. Dette er også ett av flere mål med andre foreldrestøttende tiltak som nyttes i Norge – som hjemmebesøk. Når resultater måles gjennom effektstudier, benyttes gjerne selvrapportering, fordi dette kan bidra til holdbare og anvendelige data. Dette begrenser hva slags kunnskap vi kan få. Dermed kan det, vil vi påpeke, bli en mismatch mellom foreldrestøttende innsatsers mål og målene som defineres for å undersøke resultater.

Kunnskapscenterets oppdrag var å finne kunnskapsoppsummeringer basert på effektstudier. Det innebærer at studier som undersøker andre forhold – som for eksempel erfaringer med hvordan hjemmebesøk bør innrettes og gjennomføres for å bygge relasjoner som gjør at man når fram med veiledning og råd, ikke er inkludert. Kanskje er overføringsverdien fra slike studier foretatt i andre land vel så stor som overføringsverdien av effektstudier.

Selektivt innrettede hjemmebesøk

Tiltaket hjemmebesøk dekker ulike typer intervensjoner, satt inn i ulike sammenhenger, med noe ulikt definerte målgrupper. Det er derfor ikke lett å si noe sikkert om resultater av hjemmebesøk når det tas ut av kontekst (jf. Bennett et al. 2008; Macdonald et al. 2008; McNaughton 2004; McLennan et al. 2004).

Home-Start er et standardisert hjemmebesøksprogram som benyttes i flere land i Vest-Europa (herunder Norge) og i USA. Home-Start International omfatter 23 land. Hjemmebesøk gjennom Home-Start er kjennetegnet ved at trenede frivillige besøker småbarnsfamilier (0–6 år) som anses å ha risiko for å utvikle problemer, for eksempel familier med tenåringsmødre, foreldre med psykiske problemer eller barn med utviklings- og/eller atferdsproblemer. Familiene får besøk av frivillige en eller to ganger i uka, som skal bistå dem med problemer som angår familielivet og foreldreskapet. Hjelpen som gis skal være tilpasset den enkelte families behov og konsentrere seg om forhold som kan få familien til å fungere bedre. Dette kan handle om hvordan utøve foreldreskap (parenting), hvordan ta hånd om et hushold, bygge nettverk og bruke tilgjengelige tjenester. Programmet bygger på at man gjennom sosial støtte øker selvtilliten til foreldrene. Dette igjen er antatt å positivt påvirke måten de følger opp og inngår i relasjoner med barna sine på og at barnas atferd forbedres som en følge av dette (Hermanns et al. 2013).

I 2014 var det 31 Home-Start-avdelinger i Norge fordelt på tolv fylker, i overkant av 40 koordinatorene og over 700 familiekontakter. Familiene som mottar hjelp her i Norge, har gjerne et sparsomt nettverk, er alene om omsorgen, er minoritetsspråklige, har barn som er kronisk syke eller nedsatt funksjonsevne. Tiltaket beskrives som «et godt supplement til det offentlige hjelpetilbudet» og får tilskudd gjennom Bufdir.⁷⁹

⁷⁹ Meld. St. 24 (2015-2016) *Familien – ansvar, frihet og valgmuligheter*, s. 71

Kaasa og Jelstad (2009) har evaluert tilbudet i norsk sammenheng. Dette er ikke en effektstudie, men en prosessbasert studie gjennomført ved bruk av spørreskjema til koordinatorene og frivillige i Home-Start, fokusgrupper med til sammen tolv frivillige, og individuelle intervjuer med ti familier, to koordinatorene og tre samarbeidspartnere/helsesøstre. Evalueringen viser at erfaringene er gode. Familiene har behov for hjelp og støtte både praktisk og følelsesmessig, mange av familiene med minoritetsbakgrunn har i tillegg problemer med å finne seg til rette i det norske samfunnet. Home-Start er et tilbud de opplever at kan avverge at det blir krise, hjelpen beskrives som løsningsorientert og som å ta vare på familienes egenart. Det knyttes tettere bånd enn det som er vanlig i et profesjonelt hjelpeforhold. Familiekontaktene opplever på sin side at dette er et oppdrag som gir mye glede tilbake – men flere ønsker mer av Home-Start som sosiale treff og videreutdanning/kurs (Kaasa & Jelstad 2009).

En nederlandsk studie (Hermanns et al. 2013) beskriver kortsiktige og langsiktige endringer i familier som deltok i Home-Start. Studien ble gjort ved å følge tre grupper småbarnsfamilier over fire år. Én av gruppene deltok i Home-Start det første halve året. De to gruppene som ikke fikk Home-Start var henholdsvis tilfeldig sammensatt og en gruppe bestående av familier der det var konstatert at foreldre strevde og trengte støtte. Gruppene var ikke demografisk like. Familiene i gruppen som fikk Home-Start, hadde for eksempel lavere inntekter. Det refereres både til mødre og til foreldre, men det synes som det særlig er mødre som har rapportert om egen og barnas tilstand. Det understrekes at det ikke er kontrollert for om far er til stede eller ei, og om det utgjør noen forskjell familier og familiegrupper imellom (Hermanns et al. 2013). Data ble samlet inn helt i starten av studien, direkte etter intervensjonen og to ganger seinere i fireårsperioden.

Resultatene viser at foreldre i intervensjonsgruppen endret seg mer enn foreldrene i de to andre gruppene gjennom perioden med Home-Start. Disse foreldrene ble i snitt mer fornøyde, fikk økt kompetanse og mer konsistent foreldrepraksis. Ved oppfølgingsstudie etter tre år var det også foreldre i intervensjonsgruppen som viste mest forbedring (sammenlignet med utgangspunktet). De var mer oppmerksomme foreldre, og i tillegg var atferdsproblemer til barna redusert. Det understrekes at dette ikke kan tolkes som en direkte demonstrasjon av at Home-Start er effektivt. Men, argumenteres det, studien styrker intervensjonsteori som sier at effektiv støtte til familier bidrar til selvregulerende prosesser i familiene og dermed kan ha en rekke positive konsekvenser. Og slike positive konsekvenser kan også observeres forholdsvis lenge etter intervensjonen (Hermanns et al. 2013).

Home-Start bygger på frivillig innsats. Flere forskningsoppsummeringer viser til at det ofte er frivillige, men trentede frivillige, som gjennomfører hjemmebesøk i familier. Vi har ikke funnet forskningsbidrag som direkte sammenligner effekt av frivillige kontra profesjonelle hjelpere. En årsak til det er antakelig at hvem som er «hjelper», er en av

flere faktorer som kan variere med ulike utgaver av hjemmebesøk, og at det derfor er vanskelig å måle virkningen av hvem hjelper er, isolert.

En studie som i likhet med Home-Start-studien ikke oppfyller kravene til en randomisert kontrollert studie av effekter, men som har søkt å måle resultater av et forholdsvis omfattende hjemmebesøksprogram⁸⁰ til utsatte foreldre, er gjennomført i Kentucky, USA (Ferguson & Vanderpool 2012). Besøkene ble her foretatt av profesjonelle helse- og sosialarbeidere. Resultater ble søkt kartlagt ved å la foreldre svare på et spørreskjema før og etter deltakelse i programmet, men uten at resultater ble sammenlignet med en kontrollgruppe. Foreldre som deltok i hjemmebesøksprogram ble rekruttert før barnet ble født eller rett i etterkant, gjennom den lokale helsetjenesten. For å kvalifisere til å bli vurdert for deltakelse måtte foreldre være såkalt «overbelastet», det vil si skåre på én eller flere faktorer av typen enslig/separert eller skilt, lite kunnskap om hvordan forholde seg under graviditeten, ha overveid abort, ha indikasjoner på alkohol-/stoffmisbruk, vold i hjemmet, isolasjon, svært lav utdanning, depresjon, arbeidsledighet eller dårlige boforhold. Det var primært mødre som ble registrert, men fedre ble involvert dersom de var nærværende. 434 mødre kvalifiserte til å bli vurdert, og i overkant av 60 ble valgt ut til å delta i programmet. Disse deltok i programmet fra 14–42 måneder, og de svarte altså på et spørreskjema både i forkant og etterkant.

Konklusjonen var at foreldrene hadde styrket seg både når det gjaldt livsstilsproblemer, fare for mentale helseproblemer, stress og sinnemestring – dette gjaldt også fedre som deltok (Ferguson & Vanderpool 2012).

Også i denne undersøkelsen reflekterer forfatterne over metodiske svakheter ved studien. Funnene er basert på selvrapportering fra foreldre, og selv om sykepleiere og sosialarbeidere forsikret om anonymitet og at undersøkelsen var konfidensiell, kan det ha blitt gitt feilopplysninger. Mødre rapporteres å ha vært usikre, og det knyttes av uvisse grunn særlig tvil til fedrenes opplysninger. Familiene deltok i programmet i ulik grad, noen lenge, andre noen få uker. Det var en overvekt av foreldre med latinamerikansk opprinnelse blant de som deltok. Og det var altså ingen kontrollgruppe. Forfatterne mener likevel det er grunnlag for å konkludere med at en rekke risikofaktorer reduseres når familier som anses utsatte/sårbare, mottar hjemmebesøk (Ferguson & Vanderpool 2012, s. 556).

Selektivt kontra universelt innrettet helsestasjonstilbud

I Norge følger helsestasjoner foreldre flest tett, særlig det første året etter fødsel, men også med jevne mellomrom fram til barnet starter på skolen. Nesten alle familier med

⁸⁰ Kentucky's Health Access Nurturing Development Services (HANDS) tilbudt av lokale helsemyndigheter til førstegangsforeldre og Healthy Babies Are Worth the Wait (HBWW), som også gis foreldre som har barn fra før.

barn i førskolealder nås gjennom helsestasjonene. Samtidig er helsestasjonene arena for individuelle planer for barn/foreldre med et identifisert behov (se Holum et al. 2016) og for en rekke selektive tiltak. Dette kan illustreres med at en omfattende bok som nylig kom ut, *Helsestasjonstjenesten* (Holme et al. 2016), har en egen del om «utviklingsstøtte til familier med ulike behov», som blant annet omfatter helsestasjonen i møte med fattige familier, fosterbarn, adoptivbarn, minoritetshelse og foreldre med rusproblemer. Finnes det forskning som kan si noen om effekter av universelt innrettet foreldrestøttende arbeid kontra selektivt innrettet arbeid?

Knyttet til Helsedirektoratets arbeid med nasjonale faglige retningslinjer er det utarbeidet et notat, *Bakgrunnsdokumentasjon til nasjonale retningslinjer for helsestasjoner* (2015). Her vurderes forskning på hjemmebesøk (ett versus flere besøk), foreldreopplæring om oppførsel, generell helse og sikkerhet, foreldreopplæring for å fremme et røykfritt miljø og foreldreopplæring om motorisk utvikling. Notatet er utarbeidet av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten på oppdrag fra Helsedirektoratet. Det bygger på elleve forskningsoversikter om foreldreopplæring av ulikt slag og med ulike mål – og effekter av disse. Ingen studier er fra Norge.

Det er knyttet usikkerhet til resultatene av effektmålingene. Det er for eksempel når det gjelder hjemmebesøk inkludert tre studier – fra Syria, Zambia og Nord-Irland. Disse er interessante fordi de sammenligner effekt av ett kontra flere hjemmebesøk til foreldregrupper som synes å være universelt sammensatt. I den nordirske studien er det lagt vekt på at foreldre som ble rekruttert ikke skulle ha risikokjennetegn, og her er det også kontrollgrupper. Studiene dokumenter en liten effekt av flere hjemmebesøk målt som økt gjennomsnittsskåre for mødrenes tilfredshet med omsorg og service. De finner også at mødre som har fått hjemmebesøk i mindre grad tar i bruk andre helsetjenester for barnet, og en økning i andel som fullammes ved 6 måneder. Det understrekes at dette er et resultat med lav kvalitet. Videre er det liten eller ingen effekt av flere hjemmebesøk på henholdsvis alvorlige helseproblemer hos mor (resultat av moderat kvalitet), andelen mødre som er tilfredse med omsorg og service, hyppighet av luftveisinfeksjoner hos barn og neonatal dødelighet (resultat av lav kvalitet), og dessuten for lite informasjon til å vurdere effekten på mødredødelighet. Dette oppsummeres i notatet som at: «Flere hjemmebesøk fører muligens til en økning i mødres tilfredshet ved sju måneder, lavere bruk av helsetjenesten for barnet og flere barn som mottar fullamning ved seks uker» (Kunnskapssenteret 2015, s. 37).

Det synes altså å være grunn til å konkludere med at det å erstatte ett hjemmebesøk med flere til foreldre uten risikokjennetegn, kan gi noe effekt. Men det er usikkert. De øvrige studiene som er gjennomgått i notatet har mye av den samme usikkerheten knyttet til seg. Foreldreopplæring om søvn som omfatter en 45 minutters veiledning med helsearbeider, fører muligens til noe mer søvn per døgn og natt, og det gir muligens foreldre mer kunnskap om hva som er riktig soveposisjon for barnet. Opplæring med sikte på røykfritt svangerskap og nyfødtpperiode øker muligens antallet som ikke

tillater at det røykes inne. Barnehageprogram kombinert med foreldreopplæring øker muligens barns motoriske ferdigheter. Men igjen er det usikkerhet knyttet til effektmålene. Notatet synliggjør kanskje mest av alt usikkerheten knyttet til effektmålingene som er gjort av de aktuelle tiltakene, samt utfordringene med for eksempel å skulle overføre resultater av effektstudier gjort i Nord-Irland og Zambia til norske forhold. Kunnskapssenterets oversikt fra 2015 omfatter ingen studier som kan si noe om effekter av det norske allment innrettede helsestasjonstilbudet.

Blant de selektivt innrettede tiltakene som settes inn med utgangspunkt i norske helsestasjoner, finnes imidlertid internasjonalt standardiserte program som er effektmålt i andre land. Det er nylig satt i gang forsøk med et såkalt Nurse-Family Partnership i to pilotområder: Bydelene Gamle Oslo og Søndre Nordstrand i Oslo, og Sandnes/Stavanger og Time kommune på Vestlandet. 150 familier vil få tilbud om oppfølging. Nurse-Family Partnership-programmet ble første gang prøvd ut i 1977, og er i omfattende bruk i USA, Nederland, Canada, England, Skottland, Nord-Irland og Australia.⁸¹ Det foreligger ennå ingen forskningsresultater fra norske forhold, men programmet inngår i flere internasjonale effektstudier.

Nurse-Family Partnership er et program rettet mot familier med risiko for å utvikle problemer. I disse familiene gjennomføres det så regelmessige hjemmebesøk foretatt av sykepleiere, i tiden før og etter fødsel. Målet er å styrke helsen til mødrene mens de går gravide og barnets helse etter fødsel. Dette skal oppnås ved å hjelpe foreldre til å utøve mer sensitiv og kompetent omsorg for sitt barn, og ved å gi foreldre hjelp med å planlegge framtidige graviditeter, fullføre utdanning og finne arbeid (Olds 2006). Olds (2006) oppsummerer erfaringene med et 27 år langt forskningsprogram som har undersøkt virkningene av slike intervensjoner overfor ugifte førstegangsfødende mødre med lav inntekt tre ulike steder i USA: Elmira (New York), Memphis (Tennessee) og Denver (Colorado).

Elmira-studien skilte seg fra de to øvrige ved at det her ble rekruttert førstegangsfødende kvinner generelt, det vil si kvinner uten kjennetegn som skulle tilsi risiko. I de to andre studiene (Memphis og Denver) ble det rekruttert mødre med risikokjennetegn. Studien startet i 1977. Tilbudet om særlig oppfølging ble gitt de to første årene i barnets oppvekst. Deretter samlet man erfaringsdata fra de aktuelle familiene helt fram til barna var voksne. Erfaringene man gjorde med familier som var del av programmet, ble så sammenlignet med en kontrollgruppe (Olds 2006).

Hjemmebesøk-programmet familiene fikk, bygger på tre teorier. For det første teorien om humanøkologi – det vil si at barn påvirkes av foreldres omsorg, og at den omsorgen foreldre selv har fått i oppveksten påvirker hvordan de selv opptrer som foreldre (jf. Bronfenbrenner 1977). For det andre teorien om hvordan tro på egen

⁸¹ <http://www.r-bup.no/pages/utprovingen-at-nurse-family-partnership-programmet-nfp-er-godt-i-gang>
Lesedato 31.08.16

mestring påvirker praksis – det vil si at de valg en ung ugift mor tar, er påvirket av hva hun tenker om resultater og hva hun tror hun er i stand til å klare (jf. Bandura 1986). Dernest tilknytningsteori – det vil si hvordan mennesket er helt avhengig av nærhet til andre mennesker for å overleve, og hvordan dette påvirker barnets (og seinere den voksnes) tillit til verden, empati og evne til å gi andre respons (jf. Bowlby 1969).

Basert på dette teoretiske utgangspunktet, konsentrerte sykepleierne seg om tre oppgaver ved hjemmebesøkene: De søkte å fremme forbedringer i hvordan kvinnene (og andre familiemedlemmer) forholdt seg under svangerskapet (for eksempel holde seg unna alkohol og tobakk), hvordan de forholdt seg til eget og barnets helse og til utviklingen av eget liv. De hjalp kvinnene med å etablere støttende relasjoner til familiemedlemmer og venner. Og de knyttet kvinnene og deres familiemedlemmer til andre helse- og sosialtjenester (Olds 2006).

Resultatene av studien, som altså gikk over tre tiår, viste at de praktiske og økonomiske fordelene ved denne typen hjemmebesøk var størst for familier med store utfordringer. Elmira-studien (som rekrutterte førstegangsfødende kvinner generelt) viste at de som kom fra hushold med gunstige sosioøkonomiske forhold, stort sett maktet å gi sine barn god omsorg. De unngikk alvorlige problemer og å bli avhengige av velferdsordninger, holdt seg unna misbruk og kriminalitet. Dette klarte de uavhengig av bistand fra sykepleier på hjemmebesøk. Barna deres klarte også, i snitt, å unngå kriminalitet og møter med rettssystemet, bruk av sigaretter og alkohol og promiskuøs seksuell aktivitet (Olds 2006). Samtidig viste resultatene at ugifte kvinner med lav inntekt og deres barn som hadde fått hyppige hjemmebesøk gjennom to år, hadde mindre sjanse for å komme borti problemer, enn familier med tilsvarende bakgrunn i sammenligningsgruppen. Virkningene av de hyppige hjemmebesøkene var altså liten for familier generelt, men påviselig for familier med lav sosioøkonomisk status.

Kostnadsanalyser som ble foretatt med utgangspunkt i programmet og studiene av det, viste at det lønte seg for myndighetene å sette inn slike innsatser rettet mot familier man antok var utsatt, mens det ikke lønte seg å sette inn slik innsats overfor foreldre flest, det var tvert imot et tapsprosjekt (Olds 2006, s. 21).

Dette amerikanske forsøket med Nurse-Family Partnership, som også undersøkte resultater mange år etter intervensjonen, konkluderte altså med at universelt innrettet innsats av denne typen ikke kunne forsvares økonomisk. Vi vil påpeke at familier flest i Elmira kan ha hatt glede av oppfølgingen fra helsesøster, uten at dette ga de samme målbare endringene som i mer utsatte familier. Undersøkelsen forteller likevel at intensiv oppfølging av nybakte foreldre i form av gjentatte hjemmebesøk over en lengre periode antakelig ikke er nødvendig i familier flest, men at det kan gi gode resultater i familier som har kjennetegn som gjør dem utsatt.

En annen studie som har undersøkt ulike foreldrestøttende tiltaks effekt på barnemishandling (målt som overgrep og forsømmelse), inkluderer også både universelt innrettede og selektivt innrettede tiltak (Reynolds et al. 2009). Denne studien konkluderer

med at effekten synes å være noe større for familiene med størst problemer, men er ikke like entydig som Olds (2006) på forholdet mellom det universelle og det selektive.

I studien fra 2009 er altså barnemishandling målet som det undersøkes om foreldre-støtte påvirker: bidrar foreldrestøtte til å redusere barnemishandling? Studien omfatter en gjennomgang av 15 ulike forskningsprosjekter av 14 ulike forebyggende program. De 15 forskningsprosjektene omfattet tiltak som i all hovedsak var satt inn preventivt universelt eller selektivt (uten at mishandling var påvist i forkant), som var publisert eller rapportert fra i perioden 1990–2007, som omfattet tiltak satt inn da barnet var mindre enn 5 år, som primært målte mishandling i form av faktisk rapportering fra offentlige myndigheter, som redegjorde for tiltakets design/innhold/implementering, og som ga fylldig informasjon om resultater (forekomst av barnemishandling).

Alle de inkluderte forskningsprosjektene foretok en sammenligning av resultater fra intervensjonsgruppen med resultater fra en kontrollgruppe (Reynolds et al. 2009, s. 183–84). Ti av de 14 intervensjonene det ble studert effekter av, var hjemmebesøks-program. To ble gitt ved sykehus. Ett var foreldreundervisning, og ett var et senter-basert førskoleprogram som involverte foreldre. Studiene av tre av tiltakene viste sterk evidens for effekt. Særlig to tiltak skilte seg ut ved å ha tydelig effekt også på lang sikt (etter to år eller mer).

Var det noen kjennetegn ved tiltakene som kan gi indikasjoner på hva det var som virket preventivt? Det ene tiltaket var et førskoleprogram der også foreldre deltok. Det andre tiltaket var hjemmebesøk. Førskoletiltaket var satt inn i et fattig nabolag i Chicago (det vil si selektert), mens hjemmebesøkene ble foretatt til både høyrisiko-mødre (yngre enn 19 år, enslige, sosiale problemer) og til førstegangsfødende uten tegn på risiko. Begge tiltakene var omfattende og varte over år. De ble iverksatt ved hjelp av profesjonelle, i det ene tilfellet førskolelærere, i det andre tilfellet sykepleiere. Det var altså, selv om programmene var ulike, intensive tiltak som gikk bredt ut og rettet seg mot flere forhold i familien. Førskoleprogrammet omfattet for eksempel både barn og foreldre.

Det er også i denne studien resultater som peker i retning av størst effekt i familier med størst risiko. Førskoleprogrammet var mest effektivt for familier som skåret på fire risikofaktorer framfor færre, og mer effektivt for barn som bodde i de fattigste av de områdene som var omfattet av tiltaket, enn for de som bodde i litt mindre fattige nabolag (Reynolds et al. 2009, s. 196–97). Vurderingene i denne studien dreier seg altså ikke kun om forholdet mellom universelt innrettede kontra selektivt innrettede tiltak, men om effekter av innsatser overfor familier med ulik grad av risiko. Dessuten, understrekes det, kan intervensjonene ha hatt effekter ut over å forebygge barnemis-handling og som ikke synliggjøres fordi de ikke omfattes av målene i effektstudien.

Dette siste poenget understrekes også i en annen studie som har undersøkt hjemme-besøk (Howard & Brooks-Gunn 2009). I denne studien gjennomgås evalueringer av ni ulike hjemmebesøksprogram gjennomført i USA, New Zealand, Australia og

Nederland, med risikofamilier som målgruppe, alle vurdert med randomiserte kontrollerte studier. Effektmålene omfatter imidlertid ikke kun forekomst av mishandling og forsømmelse, men også barnas helse og sikkerhet (målt ved registrerte skader, tannlegebesøk osv), hjemmemiljøets kvalitet, foreldrepraksiser, fødselsdepresjoner, foreldres stress og barns kognitive utvikling.

Det konkluderes med at hjemmebesøk virker i varierende grad, og at det er lite evidens for at hjemmebesøk forebygger barnemishandling og omsorgssvikt. Samtidig påpekes det at barnemishandling er et vanskelig mål. Det rapporteres om lave forekomster, noe som gjør det vanskelig å finne statistisk signifikante forskjeller når grupper sammenlignes (Howard & Brooks-Gunn 2009, s. 128–129). Dessuten, argumenterer forskerne, er det helt sikkert snakk om underrapportering, noe som gjør det nødvendig å undersøke også andre mål. Det vil være mål som både kan fange opp om hjemmebesøkene påvirker oppdragerpraksiser og reduserer bruk av oppdrager vold av mindre alvorlig karakter (som smekk, klaps og klyping (ibid.s, 129)), og andre forhold som påvirker hvordan foreldre og barn har det. Denne oversiktsstudien konkluderer med at hjemmebesøkprogram virker i varierende grad, noe som antas å ha sammenheng med både programmenes mål, innretning, omfang og målgruppe. De programmene som synes å virke best, har en tydelig teoretisk basis, er omfattende, bruker ulike veiledningsteknikker, etablerer gode relasjoner, har et omfang dosert etter de antatte problemenes art, god timing (satt inn tidlig) og de som utfører besøkene er godt opplærte og kulturelt sensitive i møte med de som besøkes. Effekt måles basert på meningsfulle mål gitt tiltakets hensikt (Howard & Brooks-Gunn 2009, s. 135).

Når det gjelder målgrupper, drøftes funn som tyder på at særlig førstegangs fødende tenåringsmødre synes å ha utbytte av programmene. Dette knyttes i denne oversiktsstudien til at hjemmebesøk her er virkelig primærpreventivt, fordi de unge kvinnene det er snakk om ikke har rukket å etablere noen praksiser som må endres. De lærer ganske enkelt hva de *ikke* skal gjøre fra starten av (Howard & Brooks-Gunn 2009, s. 137).

Det vi kan slå fast, er at foreldretiltaks innretning *og* målgruppe har betydning for dokumenterte resultater. Men det er vanskelig å si noe om effekter av universelle kontra selektive tiltak, fordi de universelle tiltakene som inngår i effektstudier er spredte og få. Det synes likevel å være dekning for å si at det å komme tidlig inn overfor blivende førstegangsmødre, kan gi gode resultater. Og at det er familier med størst risiko, de som er mest overbelastet, utsatte, fattige, som synes å ha størst utbytte av tiltak. Enkelte tiltak settes inn basert på screening, det vil si tester som skal identifisere risiko. Men det vanligste synes å være at tiltak settes inn basert på bakgrunnsfaktorer som er knyttet til høy forekomst av problemer blant barn/foreldre, som å være tenåringsmor og å være bosatt i et fattig nabolag.

Riktig støtte til risikofamilier?

I vår litteraturgjennomgang finner vi flere artikler som problematiserer både hva som utgjør risiko i en risikofamilie og hva slags støtte som potensielt kan ha betydning for slike familier. Shaw (2013) problematiserer hvordan man best kan identifisere familier med barn som har risiko for å kunne utvikle atferdsproblemer. Det vises til at atferdsproblemer gjerne er knyttet til genetiske forhold (egenskaper som går i arv), men at slike egenskaper igjen påvirkes både av graviditeten og av støtte – eller mangelen på støtte – i de tidlige oppvekstårene (Shaw 2013, s. 420). Det å være født inn i en fattig familie forstås som en risiko i seg, men måten foreldre opptrer på kan dempe eller øke risikoen for at det blir problemer med barna. Samtidig er disse barna eksponert for dårlige boligforhold, ofte stor forurensing, nabolag preget av konflikter og kriminalitet, samt høyere forekomst av helseproblemer blant foreldre og konflikter i familien (ibid. 421). Dette er faktorer som kan gi større forekomst av atferdsproblemer hos barn, og det er faktorer som tenderer til å gi økt rapportering om mishandling og forsømmelse.

Foreldrestøttende tiltak som hjemmebesøk med foreldreveiledning er rettet mot måten foreldrene opptrer og agerer på. Men som Shaw (2013) understreker, nabolaget familien er bosatt i utgjør kan hende en vel så stor risiko i barnas oppvekst.

Klevens og Whittaker (2007) problematiserer på sin side at det er vanskelig å ha sikker kunnskap om årsaker til mishandling og forsømmelse. Det finnes, påpeker de, en hel rekke tiltak overfor foreldre som det er dokumentert at reduserer forekomst av barnemishandling, eller de påvirker andre mål de var ment å ha effekt på, som sosial isolasjon, foreldres kunnskap og tilgang til tjenester. Samtidig, understreker Klevens og Whittaker (2007), er det en hel mengde risikofaktorer som de primærforebyggende programmene ikke tematiserer eller gjør noe med. De bruker som eksempel en tendens i den amerikanske befolkningen til å akseptere fysisk disiplinering av barn. Tall fra slutten av 1990-tallet viste at sju av ti foreldre (i USA) slo barna sine. Faktorer som foreldrestøttende tiltak som regel ikke tar sikte på å gjøre noe med, er fattigdom, partnervold og et forholdsvis høyt antall tenåringsgraviditeter. Dette er forhold man trenger andre tiltak for å bekjempe, argumenterer Klevens og Whittaker (2007).

Kendrick et al. (2000) konkluderer slik i en artikkel hvor de har gjennomgått forskningsresultater fra 34 RCT- eller kvasiseksperimentelle studier av hjemmebesøk:

«The results of this review are important as they provide some evidence that there is action that can be taken to improve the parenting we provide for our children. However, the necessity to increase material resources and to improve the environment in which many socioeconomically disadvantaged families live must not be ignored. Interventions aimed at improving parenting can only ever be part of a wider preventive child health strategy.» (Kendrick et al. 2000, s. 450).

Selektive tiltak grunnet en risikosituasjon

Å være en familie i risiko er imidlertid, i forskning som tematiserer foreldre og foreldre-støtte, ikke kun knyttet til sosiale indikatorer og det å være nederst i det sosiale hierarkiet. Det er også knyttet til risikosituasjoner. Dette er risikosituasjoner som kan oppstå helt uavhengig av familiers og foreldres sosiale bakgrunn. Eksempler på slike risikosituasjoner er at familier får et prematurt barn, det å ha adoptivbarn/fosterbarn eller at mor får depresjoner i forbindelse med fødsel. Knyttet til slike risikosituasjoner settes det inn foreldrestøttende tiltak basert på en antakelse om økt behov, og det foreligger forskningsbidrag som undersøker effekter og resultater av slike tiltak. Slik forskning er også gjort i forbindelse med tiltak satt inn i Norge.

Her til lands fødes det hvert år henimot 2200 premature barn, født mellom uke 30–36 i svangerskapet.⁸² Dette regnes for å være en gruppe barn der risikoen for medisinske, psykososiale og kognitive atferdsforstyrrelser er høyere enn blant andre barn (Ravn et al. 2011, 2012; Ravn 2015), og der behovet for ekstra støtte til foreldre kan være nødvendig. Det at barnet er født tidlig og dermed er nevrologisk og biologisk umodent, og starter livet sitt på en høyteknologisk intensivavdeling, kan gjøre at barna i utgangspunktet har lite krefter til å delta i samspill med foreldre, noe som kan bidra til å utløse stress hos foreldre.

The Mother Infant Transaction Program (MITP) er prøvd ut i en randomisert, kontrollert intervensjonsstudie i Norge (Ravn 2015). MITP er utviklet i USA. Det er et halvstrukturert program som går over elleve sesjoner à 1 time, og som settes inn helt fra barnet er nyfødt. De sju første sesjonene mens familien er på sykehuset, de fire siste via sykepleier på hjemmebesøk i løpet av barnets første tre måneder. Målet er blant annet å gjøre foreldre mer sensitive og mottakelige for barnets signaler i daglig samhandling. Mødre skal bli i stand til å forstå barnets temperament og utviklingsmuligheter, gjenkjenne signaler som viser overstimulering og at barnet er sliten, eller indikasjoner på at barnet er klart for samspill. Programmet er bygget på at barn og foreldre gjensidig påvirker hverandre.

Forsøkene ble gjennomført ved at det ble rekruttert foreldre med premature barn født mellom 30 og 36 uker. Foreldre måtte kunne snakke og skrive norsk, ikke ha alkoholproblemer, og barnet skulle ikke ha påviste skader. Det er med andre ord snakk om en selektert gruppe foreldre, samtidig som det innenfor gruppen er rekruttert universelt. De rekrutterte foreldrene ble så delt i to grupper (tilfeldig utvalg), der én gruppe deltok i intervensjonsprogrammet og den andre ikke. 180 mødre ble invitert, 118 aksepterte og ble fordelt i en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. Det var en viss prosentandel mødre med innvandrerbakgrunn både i intervensjons- og kontrollgruppen. Men mødre i intervensjonsgruppen hadde i snitt flere års utdanning, færre hadde hatt keisersnitt, mens flere hadde erfaring med å få premature barn fra før. Det

⁸² Et fullgått svangerskap varer 40–42 uker.

ble i tillegg rekruttert en kontrollgruppe bestående av familier med fullbårne barn med ukomplisert fødsel.

Forsøkene omfattet videobservasjon av mor og barn i lek ved 6, 9 og 12 måneders alder. Mødrene ble instruert om ikke å fortelle hvilken gruppe de hadde vært i. Interaksjonen i lek ble filmet og kodet. Ved 12 måneders alder observerte man både mors atferd når det gjaldt om hun var sensitiv/mottakelig, hadde en påtrengende samspillstil, var frakoblet/uengasjert, betraktet barnet på en positiv/negativ måte, animering og stimulering av barnets utvikling. I tillegg ble barnets atferd observert, om det var i godt eller dårlig humør, dets aktivitet og oppmerksomhet, samt at samspillet og gjensidigheten mellom mor og barn ble observert (Ravn 2015).

Resultatene viste at mødre i intervensjonsgruppen, de som hadde fått MITP, skåret signifikant høyere på sensitivitet og respons overfor barnets signaler under lek. Det var også på grensen til signifikante resultater hva angikk mødres tendens til å overstyre, barnets gode stemning/humør og gjensidighet mor-barn, igjen i favør av intervensjonsgruppen. Mens det ikke var signifikante forskjeller når det gjaldt mødrenes evne til å stimulere barnet og barnets dårlige stemning/humør. Resultatene indikerte også at det å være førstegangsmor forsterker effekten av intervensjonen, noe som både knyttes til at disse mødrene kan være mer usikre i utgangspunktet og dermed mer mottakelige for råd, og at de har mer tid å bruke på den nyfødte enn mødre som også har eldre barn (Ravn et al. 2011). Det rapporteres at resultatene er i tråd med resultater fra andre forsøk gjort internasjonalt (Ravn 2011).

Det ble videre undersøkt hvordan det sto til med mor når det gjaldt selvrapporterte depressive symptomer, på ulike tidspunkt gjennom barnets første år.⁸³ Mødrene rapporterte i tillegg om amming, om stress og om barnets temperament og kommunikasjonsevne. Mødrene i intervensjonsgruppen hadde færre depressive symptomer 1 måned etter utskrivning fra sykehus, ut over dette var det ingen signifikant forskjell i tendens til depresjon. Det var en tendens til at en større andel mødre i intervensjonsgruppen ammet barnet sitt både ved 9 og 12 måneder. Det ble ikke funnet signifikante forskjeller i stress eller i den nyfødtes kommunikasjonsevner (Ravn 2012). Men mødre i intervensjonsgruppen rapporterte om signifikant mindre smil og latter fra sitt barn både ved 6 og 12 måneder, og mindre motorisk aktivitet ved 12 måneder. Dette er Ravn (2012) usikker på hvordan kan tolkes, og det strider i noen grad mot konklusjonene fra videoobservasjonene. Disse rapporterte om bedre samspill i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen, mens mødrenes selvrapporteringer tilsier at det ikke er særlig forskjell i barnets kommunikasjonsevne i gruppen som fikk MITP sammenlignet med gruppen som ikke fikk det.

⁸³ Dette ble målt med CES-D (The Center for Epidemiological Studies Depression Scale) (Ravn 2011).

Forsøkene indikerer at mødre med premature barn kan ha glede av noe særskilt oppfølging, for å styrke evnen til å «lese» barnet og kommunikasjonen helt fra starten av. Det ble, som vi har sett, ikke rapportert om høyere forekomst av depressive symptomer blant mødrene med for tidlig fødte barn.

Risiko for fødselsdepresjon er også en faktor som kan utløse selektivt innrettede tiltak. Rundt en av ti norske barselkvinner opplever fødselsdepresjon (Nygård, Naden et al. 2011). Fødselsdepresjoner er knyttet til økt sårbarhet ved fødsel, en sårbarhet som på den ene siden kan bidra til at mor lettere knytter seg til barnet, men som også kan omfatte tanker om mangler ved egen omsorgsevne, morsrolle og mulighet til å takle livet som mor. Uansett hvilke faktorer som har bidratt til depresjonen, kan følelsen av å være utilstrekkelig, mangelfull og mislykket i morsrollen forstås som en kjerne. Og dette kan, opplagt, gå utover mulighetene til å fungere godt i morsrollen i en periode av barnets liv som vurderes som viktig for tilknytning (Nygård et al. 2011, s. 34).

Det er altså vesentlig at dette oppdages tidlig og kan møtes gjennom samtaler og på andre måter. Helsesøster har gjennom hjemmebesøk og foreldres jevnlig besøk på helsestasjonen en god mulighet til å oppdage slike problemer, og flere forskningsbidrag viser til bruk av EPDS, et standardisert kartleggingsverktøy ment for å identifisere depressive symptomer hos mor etter fødsel, der mor svarer på ti spørsmål. Det vil si en type screening som bidrar til å kunne oppdage slike tilfeller (jf. Nygård et al. 2011, s. 35).

Hva vet vi så om tiltak rettet mot denne gruppen? Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet oppsummert forskning om effekt av tiltak for å forebygge og/eller behandle depressive symptomer, depresjon og angst hos kvinner i forbindelse med svangerskap, fødsel og de første 12 månedene etter fødsel (Larun et al. 2005). Depresjon er i denne oppsummeringen brukt vidt, det omfatter både depressive symptomer, mild, moderat og alvorlig depresjon. Oppsummeringen bygger på tolv systematiske oversikter, hvorav de fleste inkluderte primærstudier gjort i den vestlige verden, men ingen fra Norge. Oversiktene er systematiske og basert på randomiserte kontrollerte forsøk (RCT). De ulike oversiktene bruker ulike begrepsapparat når de beskriver depresjon, noen primærstudier vurderer hvordan tiltak påvirker diagnostisert depresjon, mens andre vurderer depressive symptomer målt med screeninginstrumenter, hvorav det mest vanlige er EPDS.

Oversikten omfatter tiltak satt inn både universelt, selektivt og indikativt, og den omfatter både psykososiale, psykologiske og biologiske tiltak. Oversikten gir holdepunkter for at forebyggende tiltak bør settes i gang på selektivt grunnlag, rettet mot kvinner som vurderes å ha risiko for å utvikle fødselsdepresjon. Individrettede tiltak synes da å fungere bedre enn gruppebaserte. Den oppsummerte forskningen antyder at fleksible men intensive hjemmebesøk av helsepersonell, tilpasset enkeltkvinnens behov, kan være effektive. Ikke-dirigerende støttesamtaler og likemannsstøtte kan

ha effekt på depressive plager. Generelle psykososiale og psykologiske tiltak satt inn universelt, synes til sammenligning «lite hensiktsmessige» (Larun et al. 2005, s. 19) (se også Dennis et al. 2004).

Utgangspunktet for å sette inn tiltak rettet mot foreldre med fosterbarn og/eller som har adoptert fra inn- eller utland, er kunnskap om at dette er barn som erfarer større emosjonelle og atferdsproblemer enn barn som ikke er i fosterhjem/er blitt adoptert. I tillegg kommer forskningsbaserte indikasjoner på at mødres tilknytningsstil kan ha betydning for barnet (jf. Kerr & Cossar 2014). Altså kan det også for denne foreldregruppen være særlige utfordringer som krever støttetiltak. En britisk studie har, basert på systematiske søk, oppsummert kunnskap om erfaringer med tiltak satt inn overfor foreldre med adoptivbarn/fosterbarn. Ti studier ble inkludert i oversikten. Disse var basert på kvantitative evalueringsdesign. Casestudier ble utelatt. Videre måtte tiltaket som det ble undersøkt resultater av, være basert på tilknytningsteori, og evalueringen måtte måle barnets emosjonelle, atferdsmessige og relasjonelle funksjon før og etter intervensjonen. Basert på disse studiene konkluderes det med at det finnes noe evidens for at foreldrestøtte bygget på tilknytningsteori kan ha positiv effekt på barnets atferd, mens det er mindre dekning for at det påvirker hvordan barna fungerer emosjonelt og relasjonelt. Det understrekes samtidig at flere av de gjennomgåtte studiene har metodologiske svakheter, som gjør det vanskelig å vurdere kvaliteten på data – og derfor gjør det vanskelig å si noe sikkert om effekter (Kerr & Cossar 2014).

Effekt av tiltak satt inn ovenfor risikogrupper- og situasjoner – oppsummert

Effektstudier av tiltak satt inn overfor foreldre/familier med ulike typer risiko, gir belegg for at slike foreldrestøttende tiltak kan ha positiv effekt. Dette synes særlig å være tilfelle når tiltaket settes inn tidlig, i alle betydninger av ordet: tidlig i foreldreskapet (helst fra før første barn er født) og tidlig i barnets liv (gjerne helt fra starten). Tiltaket bør være tydelig motivert, teoretisk og praktisk innrettet, og det bør ved antatt eller dokumentert risiko være nokså intensivt og omfattende.

Det finnes ikke mange effektstudier av tiltak innrettet mot familier og foreldre flest. De studiene som finnes, er fra geografiske områder som gjør resultater usikre å overføre til Norge, og resultatene er dessuten usikre i seg selv. Disse studiene peker i retning av manglende effekt av intensiv oppfølging av foreldre flest, for eksempel gjennom gjentatte hjemmebesøk rett etter barnets fødsel. Usikkerhet knyttet til om slike universelt innrettede tiltak har effekt, kan, som vi allerede har vært inne på, ha flere årsaker. Én årsak kan være at foreldre flest ikke har behov for intensive foreldrestøttende tiltak. De klarer seg helt fint uten. Derfor har tiltaket heller ingen målbar effekt. En annen årsak er knyttet til universelt innrettede tiltaks begrunnelse. Slike tiltak er allmennpreventive. De settes inn allment, uavhengig av om familiene har risikokjennetegn eller befinner

seg i en risikosituasjon, og uavhengig av antatte eller påviste problemer i familien. Det finnes altså ingen dokumenterte problemer som skal rettes opp. Effektmålinger er som metode på sin side kanskje særlig egnet til å måle resultater av tiltak satt inn for å reparere et problem – herunder uheldige/fraværende foreldrestrategier i møte med egne barn. Metoden sammenligner en førsituasjon med en nåsituasjon, der forskjellen er at et tiltak er igangsatt. Med en førsituasjon preget av problemer, vil det være lettere å definere mål på endring og å måle endring, enn i en førsituasjon uten slike problemer. Dermed er det kanskje ikke å forvente at en effektmåling er i stand til å måle resultater av for eksempel hjemmebesøk til foreldre flest. Det betyr ikke at tiltaket er uten betydning. Det kan både forebygge at problemer oppstår, det kan trygge foreldrene og det kan bidra til å oppdage problemer slik at tiltak kan settes inn tidlig.

En siste utfordring knyttet til effektmålinger av universelt innrettede tiltak er at de omfatter foreldre flest. Dermed kan kontrollgrupper være krevende å oppdrive. Dette er antakelig en åpenbar årsak til at vi ikke har funnet studier som måler foreldrestøttende effekt av det allment innrettede norske helsestasjonstilbudet.

Det er en klar tendens til at tiltak satt inn overfor familier/foreldre som er effektmålt, er tiltak satt inn overfor mor. Begrepet foreldre er i mange sammenhenger lik mor. Fedre er så godt som fraværende i effektstudier og i oppsummeringer av studier.

Effektstudiene av selektive tiltak gir kun i begrenset grad mulighet til å drøfte om selektive tiltak burde vært satt inn universelt eller, motsatt, fordi det i liten grad sammenlignes effekter av samme tiltak satt inn selektivt og universelt. I den grad dette overhodet er gjort, er konklusjonene stort sett enten usikre eller at selektivt er mest effektivt – endog at universelt innrettede tiltak slett ikke lønner seg. Tiltakene som da er vurdert, er imidlertid nokså omfattende og intensive, antakelig mer omfattende enn det foreldre som har få problemer behøver og har nytte av. Effektstudiene gir i liten grad informasjon om hva slags universelt innrettede tiltak som finnes i de landene og lokalsamfunnene hvor ulike selektive intervensjoner er satt inn. Vi vet derfor lite om hva som er sammenligningsgrunnlaget i de ulike kontrollgruppene.

Et allmennforebyggende perspektiv er lite nærværende i de aktuelle studiene. Det problematiseres i liten grad om man ved å rette inn tiltak mot risikogrupper sosialt definert, forsømmer barn i familier som er sosialt bedrestilte, men hvor foreldre likevel kan ha utfordringer. Det problematiseres heller ikke i særlig grad hvordan foreldre som defineres som «at risk», opplever intervensjonene som settes inn. Effektstudier synliggjør i liten grad foreldres opplevelse av å bli undervist, veiledet og fulgt opp, annet enn som selvrapporterte tilbakemeldinger til forhåndsdefinerte utfallsmål. Hvorvidt de opplever dette positivt, som en riktig og nyttig bistand eller som stigmatiserende og/eller paternalistisk, sier studiene lite om. Det går utmerket godt an at et tiltak gir positive utslag på effektmål, men samtidig oppleves mindre bra. Slik erfaringsbasert kunnskap er dessuten viktig ved at den synliggjør foreldre, og ved at den gir tilgang til å kunne forstå forutsetninger for å få tiltak til å virke i familier.

Effektstudier av selektivt innrettede tiltak omfatter også tiltak satt inn mot foreldre som ikke er valgt ut etter sosiale indikatorer, men basert på særlige utfordringer knyttet til det aktuelle barnet eller foreldrenes helse. Studien foretatt av norske mødre med premature barn, avdekker at det her kan være behov som kan møtes effektivt med relativt begrensede tiltak.

Å sette inn tiltak basert på utfordringer knyttet til foreldres eller barns bakgrunn eller helse, forutsetter imidlertid kunnskap om behov, og det forutsetter måter å finne fram til dem som har slike behov på. I enkelte sammenhenger kan det være enkelt å finne fram til de aktuelle (eksempel premature barn), i andre sammenhenger langt mer krevende (mødre med depressive symptomer). Å finne fram til de som grunnet foreldrehelse eller for eksempel begynnende atferdsproblemer hos barnet kan ha behov for selektive tiltak, forutsetter universelle velferdsstatlige arenaer der foreldre og myndigheter møtes. I en universell innrettet velferdsstat finne flere slike. I det følgende skal det dreie seg om erfaringer fra møter mellom foreldre og myndigheter på slike universelle arenaer, og om forutsetninger for at møtene skal fungere støttende.

5.2 Erfaringer fra møter mellom foreldre og tiltak

På fødeavdelingen møter foreldre offentlige myndigheter for aller første gang som foreldre. Der møter de også den første autoriteten på barn og barns velbefinnende, fødselshjelperen; jordmoren. For noen foreldre er møtet med jordmor kort, intensivt og kun knyttet til fødselen, for andre foreldre er jordmor en som følger dem både i svangerskapet og i barseltiden (jf. Kjølørød 1993).

Det er helsestasjonen som er den dominerende institusjonen for kontakt mellom myndigheter og foreldre fra før barnet er født og gjennom barnets første leveår. På helsestasjonen møter foreldre jordmor og barnelege, men framfor alt helsesøster. Helsesøster følger opp barnet og foreldrene, fra spedbarnskontroller, gjennom vaksinasjoner og ved 1-, 2- og 4-årskontroller. Hun, for det er som regel en hun, følger opp ernæring, søvn, motorisk og kognitiv utvikling, språk, om alt ved barnet utvikler seg normalt. Cecilie Basberg Neumann (2009) skrev sin doktoravhandling om helsesøstre og hva de ser etter under konsultasjoner. Hvordan de kategoriserer normalt fra avvikende og håndterer sine bekymringer – og hvorfor de gjør dette akkurat slik. Neumann beskriver gjennom et egenopplevd møte med helsestasjonen og helsesøster på 1-årskontroll med sitt eldste barn, hvordan møtet *kan erfares av foreldre*:

«Hedda og jeg har vært hos helsesøster. Hedda er ett år. Helsesøster kan alt og vet alt om barn. Hun vet hva Hedda skal spise og drikke. Hun vet hvor lang og tung Hedda skal være, og hun vet når Hedda skal krype, krabbe, klatre, gå og løpe, når hun skal

tegne og lese, og hun vet hva Hedda skal leke med og hvordan hun skal leke med det hun leker med. 'Plukker hun smuler?' 'Leker hun med klosser?' 'Legger hun leker i en kasse og tar dem ut igjen?' spør helsesøster. Og jeg svarer ja og forteller hva Hedda gjør og hva hun kan. Men når Hedda og jeg er hos helsesøster er ikke Hedda helt 'seg selv'. Hun liker ikke å bli kledd av og på mange ganger. Hun liker ikke å bli lagt på vekten for å bli veid, og hun liker ikke å bli lagt på benken for å bli målt. Hedda gråter og helsesøster spør om Hedda har en dårlig dag.» (Neumann 2009, s. 67)

Den egenopplevde beretningen kan illustrere det Neumann (2009) beskriver som helsestasjoners og helsesøstres «doble legitimeringsgrunnlag»: gjennom faglig veiledning om barns fysiske og psykiske utvikling, gjennomføring av vaksinasjonsprogram og helsekontroller skal helsestasjonen og helsesøstre medvirke til at foresatte ivaretar egne barns liv, helse og utvikling. Samtidig forventes helsestasjonen å være en instans som avdekker alle former for avvik, fra nedsatt hørsel og syn og manglende motorisk utvikling, til vold og omsorgssvikt (Neumann 2009, s. 15). Helsestasjoner og helsesøstre ivaretar et universelt forebyggende folkehelseoppdrag, ved at de skal bidra til å gjøre foreldre til gode foreldre. På alle måter. I dette ligger også en forventning om å avdekke problemer. Vi skal se hva forskningsbidrag forteller om hvordan dette erfare og fungerer – sett fra helsesøstre og sett fra foreldre. Men først kort om bakgrunn og mandat, om hva som ligger i det doble legitimeringsgrunnlaget helsestasjoner og helsesøstre har.

Helsestasjon og helsesøstres mandat

De første helsestasjonene for mor og barn ble åpnet i Kristiania tidlig på 1900-tallet. Det var Norske Kvinners Sanitetsforening (NKS) som sammen med enkelte leger tok initiativ til de første såkalte *kontrollstasjonene*. Etter hvert ble det i regi av NKS, Røde Kors og andre frivillige organisasjoner startet slike stasjoner for mor og barn over hele landet. Kontroll var i denne sammenhengen spedbarnskontroll, men også kontroll av mors helse og familiens tilstand. Det ble spredt kunnskap om ernæring for mor og barn, om hygiene og om forebygging av sykdom (Schiøtz 2003; Seip 1994). Vaksinasjoner for ulike sykdommer kom til etter hvert, BCG (tuberkulosevaksine) ble tatt inn i vaksinasjonsprogrammet i 1947, vaksine mot meslinger i 1969 og mot røde hunder i 1978 (Neumann 2009, s. 40).

Helt fram til 1972, da den første loven om helsestasjoner kom, ble helsestasjonene ofte omtalt som kontrollstasjoner. Dette var kontrollstasjoner i hovedsak drevet av aktører i frivillig sektor. Mange helsestasjoner var, helt fram til starten av 1980-tallet, drevet av Sanitetskvinnene. Siden 1984 er helsestasjoner både offentlig drevet og finansiert (Neumann 2009, s. 40–41). Spedbarnskontroll og vaksinasjoner er fortsatt viktige oppgaver. Men med økende kunnskap og velstand i befolkningen, har helsestasjonenes oppgave i møte med foreldre endret seg gradvis; i dag er de arenaer for veiledning mer

enn kontroll, og å forebygge livsstilssykdommer og psykososiale problemer er blant helsestasjonens viktige oppgaver. De skal være en støtte for foreldre og driver, som et ledd i dette, både konsultasjoner etter et fastlagt program, hjemmebesøk, foreldreveiledningsprogram og foreldregrupper (Hjälmhult 2009). Helsestasjonene driver både allment innrettede tiltak som anses obligatoriske og tiltak som foreldre deltar på helt frivillig, eller etter råd/oppfordring fra helsesøster.

Helsestasjoner er en lovpålagt tjeneste, basert på helse- og omsorgstjenesteloven. Lovens formål er å behandle og forebygge sykdom, men også «å fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer». ⁸⁴ Dette skal skje ved at kommunene sørger for at personer som oppholder seg i kommunen «tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester», ved blant annet å tilby «helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder a) helsetjenester i skoler og b) helsestasjonstjeneste.» ⁸⁵ Kommunene har altså plikt til å gi et slikt tilbud.

I tillegg er barns rett til helsekontroll lovfestet. Barn har rett til helsekontroll i den kommunen der barnet bor eller midlertidig oppholder seg. Pasient- og brukerrettighetsloven understreker også foreldreansvaret: «Foreldrene plikter å medvirke til at barnet deltar i helsekontroll.» ⁸⁶

Disse rettighetene for barnet og pliktene for foreldre har vært der, i lovs form, siden 1992. Neumann (2009) omtaler de den gangen nye lovbestemmelsene som omstridte, fordi de rørte ved «den tillitsbaserte støttefunksjonen helsestasjonene er tuftet på» (Neumann 2009, s. 41). Helsestasjonene fikk med de nye lovformuleringene en mulighet til å aksjonere og sanksjonere dersom foreldre ikke brakte barnet til helsekontroll. Helsesøstrene kunne fra nå av vise til loven dersom foreldre ikke møtte opp med sitt barn. Lovendringen som påla foreldre plikt og som skulle styrke barnets rett, ble fulgt av endringer i helsesøsters arbeidsinstruks, ved at helsesøster skulle drive veiledning ikke rådgivning (jf. Andrews & Wærness 2004).

Fra starten av 1980-tallet har helsesøsters oppgaver vært konsentrert om innsats overfor familier for å sikre barns fysiske, mentale og sosiale utvikling. På dette feltet er arbeidsoppgavene blitt utvidet, både ved at helsestasjonens ansvar nå omfatter hele førskoleperioden og ved at hjemmebesøk er blitt formalisert som en obligatorisk oppgave. Samtidig er arbeidsformen helsesøstre skal benytte, endret. Andrews og Wærness (2004) beskriver det som at helsesøstre tidligere innehadde en posisjon hvor de forvaltet makt og tvang på vegne av det offentlige, men at de var pålagt å utøve dette med omsorg, slik at de vant tillit og kjærlighet. I dagens situasjon forventes helsesøsters relasjon til foreldre å være basert på gjensidighet. De skal være lydhøre for problemer foreldre

⁸⁴ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm. §1 Lovens formål, punkt 2.

⁸⁵ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm. §3-1 og §3-2.

⁸⁶ Lov om pasient- og brukerrettigheter §6-1.

presenterer, bevege seg bort fra ekspertrollen, opptre som samtalepartnere og legge til rette for at foreldre kan lære av hverandre (Andrews & Wærness 2004, s. 333). Dette kan forstås som en svekkelse av helsesøsters faglige autoritet (jf. Neumann 2009, s. 41). Alternativt tolkes som en helt nødvendig endring i arbeidsstrategi i en velferdsstat der faglig autoritet må etableres på andre måter enn gjennom forvaltning av en entydig ekspertise: at helsesøster for å nå fram allment og forebyggende overfor en kompetent men sammensatt foreldregruppe, må opptre basert på dialog på en måte som kan skape tillit. Da kan veiledning forventes å fungere bedre enn rådgivning.

Omleggingen var da også begrunnet med at mange foreldre selv har gode kunnskaper på områdene helsesøster forvalter, noe som gjør det viktig å skape dialog. Dessuten at helsesøster skulle bli bedre til å snakke med foresatte og barn gjennom konsultasjonene, slik at det lå bedre til rette for å kunne ta opp potensielle problemer gjennom tidlig intervensjon (Neumann s. 218).

Helsesøsters doble oppgave

Helsesøsters arbeid er innrettet mot barn og foreldre flest, men det forventes også at det gjennom allment innrettede helsestasjoner skal være god mulighet til å avdekke at foreldre og familier har problemer som bør møtes profesjonelt.

Neumann finner imidlertid, basert på intervjuer med et bredt utvalg helsesøstre⁸⁷, at helsesøsters profesjonelle selvforståelse ligger i normaliteten, i arbeidet med hverdagsproblemer i familier flest. Helsesøster skiller seg fra andre hjelpe- og kontrollprofesjoner, argumenterer Neumann, langs en rekke dimensjoner: de er i liten grad (med mindre det er noe galt) i en avhengighetsrelasjon til en bruker/pasient. Dette forsterkes av tidsaspektet, de er ikke i kontakt med barn/foreldre lenge av gangen. De følger en i utgangspunktet fastlagt plan for konsultasjoner gjennom barnets første år, og deretter fram mot skolestart. Helsestasjonene griper i liten grad direkte inn i klienters liv, den profesjonelle kunnskapens status nedtones, mens tillit er av stor betydning (Neumann 2009, s. 220).

Helsesøster er sykepleier med spesialutdanning, og hun bygger på kunnskap fra medisinen, fra psykologien og fra pedagogikken. Hun skal være et bindeledd mellom statens optimistiske og moralske engasjement for hvordan oppvekst bør være, og en bredt sammensatt befolkning som bør handle i tråd med de kostholdsråd og oppdragerpraksiser velferdsstaten anbefaler, også når de er hjemme hos seg selv og ikke blir sett. Neumann kaller omsorgsarbeidet helsesøster utfører for andreordensorientert. Med det mener hun at arbeidsoppgavene som utføres «her og nå» i konsultasjoner

⁸⁷ Neumanns studie er i hovedsak basert på 33 intervju samtaler (23 med individuelle helsesøstre, fire med barnepleiere, to med leger), en gruppesamtale med helsesøstre og 70 timer med feltarbeid, blant annet på venterom på helsestasjoner i Oslo øst og vest (Neumann 2009).

med barn og voksne på helsestasjonen, er underordnet målsettingen om forventede resultater av arbeidet på lengre sikt, nemlig at barna skal bli friske og sunne voksne (ibid. 21–22). Alt dette utgjør viktige bakgrunnsfaktorer når Neumann (2009) også finner en tendens til at helsesøster i bekymringssaker toner ned diagnostiske kategorier og inkluderer mye innenfor normalen. Og at helsesøster tenderer til å intervensere på uformelle og uoffisielle måter i saker der hun er bekymret. «Det er helsesøsters tvil rundt observasjon av avvik som har vært slående i min studie» (Neumann 2009, s. 222).

Når helsesøsters blikk er festet på normalitet og oppdragelse til normalitet, betyr det, mener Neumann, også fravær av et mistankens blikk rettet mot potensielle problemer. Og dermed er det heller ikke slik at helsesøster, fordi hun møter mange barn, lett ser barn som utsettes for omsorgssvikt på den ene eller andre måten (ibid. s. 224).

Dette er et poeng som også understrekes i en masteroppgave i helsevitenskap, som gjennom intervjuer med fem skolehelsesøstre i tre ulike kommuner har undersøkt om disse skolehelsesøstre selv mener at de ser barn som lever i familier med rusproblemer (Stavne 2014). Alle helsesøstre hadde, etter mange år i rollen, erfaring med elever fra rusfamilier. De hadde altså sett og erfart hvordan slike problemer kunne komme til uttrykk, likevel syntes de slike problemer var vanskelig å fange opp. Stavne (2014) trekker ingen sikre konklusjoner om hvorfor. Hun peker på tid, men også at skolehelsesøstre har svært lite foreldrekontakt. Vanligvis kun ved førskoleundersøkelsen. Skolehelsetjenesten møter og kjenner rett og slett ikke barnas foreldre, noe som gjør det vanskelig å forholde seg til dem (Stavne 2014, s. 54). Masteroppgaven synliggjør hvordan helsesøsters mulighet til å oppdage problemer hos foreldre, og til å støtte og følge opp foreldre, dramatisk endrer karakter ved overgangen fra helsestasjon til skolehelsetjeneste. Etter skolestart er helsesøsters kontakt med foreldre i hovedsak av tre typer; allmøter og eventuelt møter i klasser, skriftlig kommunikasjon, og individuelle møter knyttet til problemer helsesøster engasjerer seg i, det vil si basert på selektive eller indikative kriterier. De individuelle møtene med foreldre flest opphører i praksis ved skolestart.

En annen masteroppgave, bygget på intervjuer med 14 helsesøstre om hvordan de arbeider for å finne fram til kvinner med fødselsdepresjon, peker også på utfordringer med å identifisere problemer (Anker-Rasch 2005). Helsesøstre legger opp til åpne samtaler, som de lar mor styre. Noen spør direkte om psykisk helse, andre gjør det ikke. De vektlegger det non-verbale møtet, ved at de reagerer og handler ut fra mors kroppsspråk. Noen nevner intuisjon og magefølelse, at de basert på erfaring har utviklet intuisjon for om noe er galt. Ved mistanke kan helsesøstre for eksempel foreslå hyppige vektkontroller av barnet for slik å få anledning til å følge opp mor jevnlig. Dette bidrar til ufarliggjøring. Andre lar være å gå videre med sine mistanker om at noe er galt fordi de ikke vet hva de skal tilby mor. Undersøkelsen ble foretatt på et tidspunkt

hvor EPDS, screeningverktøy for å kartlegge depresjon, ikke var tatt i bruk.⁸⁸ Men de intervjuede helsesøstrene var positive til å ta dette i bruk. Anker-Rasch (2005) synliggjør gjennom analysene av sine 14 helsesøsterintervjuer det samme som Neumann (2009) og Stave (2014) påpeker, at helsesøster i liten grad konfronterer direkte ved mistanke om problemer.

Trbonja (2013) påpeker, basert på intervjuer med sju helsesøstre i to kommuner, tendensen til at helsesøster forstår foreldre som omsorgspersoner som mestrer. Hun trekker en parallell til barnevernsansatte og deres erfaringer med foreldre som av ulike grunner ikke mestrer, og understreker hvordan dette tenderer til å gi barnevernsansatte en annen og mer problemorientert tilnærming til foreldre enn det hun finner i helsesøstres tilnærming.

Manglende konfrontasjoner om problemer kan skyldes en uvilje mot å gjøre noe som kan bryte tillitsforholdet som er nødvendig for videre arbeid, det kan skyldes mangel på tid, men også – som vi har sett - usikkerhet om helsesøster vil ha nødvendig indikativ hjelp å tilby. Helsesøster må i slike tilfeller bruke sine kollegaer i andre etater lokalt eller regionalt – som barnevern, PPT, familievernkontor eller andre, og hva slags hjelp som er mulig å gi, avhenger av hva slags tilbud som finnes lokalt. Det er ikke alltid det finnes gode lokale tilbud. En studie som underbygger akkurat dette poenget, er Gustle et al. (2007), som har undersøkt om gruppen svenske barn og unge som får et selektert foreldretreningsprogram som Functional Family Therapy (FFT), Multisystemic Therapy (MST) og Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC), skiller seg i symptomer fra gruppen barn og unge som behandles i barne- og ungdomspsykiatrien. Er det slik at de som behandles i barne- og ungdomspsykiatrien i snitt har alvorligere symptomer, eller er det litt tilfeldig hvem som får hvilke tilbud? Konklusjonen er at det er en rimelig korrespondanse mellom tilbudt behandling og symptomer. Samtidig reflekteres det i artikkelen over at hva som bestemmer hvilke tiltak som settes inn og eventuelt, behandling som gis, ikke kun er stringent knyttet til symptomer. Det er også et spørsmål om hva slags foreldretreningsopplegg og behandlingstilbud som finnes og er tilgjengelig lokalt (Gustle et al. 2007, s. 449).

Uansett årsak, synliggjør flere ulike studier at helsesøsters doble arbeidsoppgave med å veilede foreldre og avdekke problemer er krevende, og at det er veilederrollen helsesøster synes å være mest hjemme i. Det er ingen automatikk i at helsesøster og helsestasjon fordi de møter mange barn og deres foreldre, lett avdekker problemer. Et annet viktig poeng som synliggjøres i intervjubaserte studier med helsesøstre, er at kontakten med foreldre reduseres kraftig i overgangen fra helsestasjon til skolehelsetjeneste. Fra og med skolehelsetjenesten er det først og fremst barna helsesøster møter

⁸⁸ Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) er utviklet for å identifisere barselkvinner i risiko for nedstemthet og depresjon – gjennom en screening av depresjonssymptomer. Edinburgh-metoden omfatter bruk av EPDS og en umiddelbar samtale om hvordan kvinnen har det nå, basert på spørreskjema. Metoden er tatt i bruk i 200 norske kommuner (Valla & Olavesen 2016, s. 390).

individuet. Muligheten til å følge opp foreldre reduseres, med mindre det tas særskilte initiativ til å følge opp enkeltfamilier.

Helsestasjonens program

Anbefalt program for norske helsestasjoner for konsultasjoner i barnets fem første år består, slik det framgår av gjeldende veileder fra sosial og helsedirektoratet⁸⁹, av en kombinasjon av individuell oppfølging og arbeid i barselgrupper/nettverksgrupper. Før barnet fyller ett år er det gjentatte både individuelle og gruppekonsultasjoner. Deretter samling/konsultasjon ved 15 måneder, 17–18 måneder, 2 år, 4 år og 5–6 år, før skolehelsetjenesten overtar. Møtene mellom helsesøster og foreldre med barnet innledes med hjemmebesøket. Dette bør foretas når barnet er 0–2 uker. Opplegget er at helsesøster kommer hjem til familien. Oppgavene ved besøket er todelt, på den ene siden foreldreveiledning/helseopplysning, på den andre siden somatiske helseundersøkelser. Øverst på dagsorden når tema er foreldreveiledning, står saker foreldrene selv ønsker å ta opp, deretter «barnets trivsel og vektøkning».

Hjemmebesøket er et universelt innrettet tiltak, det skal omfatte alle familier med nyfødte. Helsetilsynet fant imidlertid, i sitt landsomfattende tilsyn med helsestasjonen i 2013, svikt i helsestasjonenes undersøkelsesprogram. Blant annet hadde nær halvparten av de undersøkte kommunene⁹⁰ redusert programmet og/eller slått sammen kontroller (uten medisinsk faglig vurdering eller risikoanalyse). Hjemmebesøk ble ikke gjennomført universelt innrettet overalt, enkelte steder ble dette tiltaket kun benyttet overfor risikofamilier og førstegangsfødende, andre steder ble tilbudet kun gitt over telefon i ferier.

Intensjonen er imidlertid at det anbefalte programmet for helsestasjonens oppfølging av familier skal følges. Herunder hjemmebesøket. Dette understrekes også i utkastet til nye nasjonale faglige retningslinjer.⁹¹ Her anbefales et basisprogram med 14 konsultasjoner i førskolealder i regi av helsestasjonen, med individuelle konsultasjoner og gruppesamlinger, og med hjemmebesøk rett etter fødsel. Agendaen for besøket er foreslått som i veilederen, med foreldreveiledning/helseopplysning og somatiske helseundersøkelser. Men listen over hva som skal tas opp, toppes ikke lenger av at foreldre selv kan ta opp det de vil. Nå er det rett på barnets trivsel og vektøkning.

Vi så i kapittel 5.1 at det universelt innrettede tilbudet gjennom helsestasjoner ikke er undersøkt med sikte på effekt av den foreldrestøttende virksomheten. Det finnes

⁸⁹ Sosial og helsedirektoratet (2004) *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr.450*

⁹⁰ Tilsynet omfattet helsestasjoner i 78 kommuner og bydeler (Helsetilsynet 2014, s. 5).

⁹¹ Helsedirektoratet 2016, utkast pr. 1.2.2016. De nasjonale faglige retningslinjene vil erstatte veilederen.

imidlertid en del forskning som undersøker erfaringer med tilbudet, både sett fra helsesøstres og foreldres ståsted.

Erfaringer med hjemmebesøk

Hjälmhult (2009) har oppsummert kunnskap om hjemmebesøk basert på søk i diverse helserelevante databaser etter forskningsbasert kunnskap om helsesøsters hjemmebesøk, publisert etter 1990. Søket ga 77 treff, åtte ble vurdert som relevante og ble inkludert i studien: fem surveyundersøkelser fra Sverige og Finland, en fokusgruppeundersøkelse fra Sverige med helsesøstre, en delstudie om norsk helsetjeneste med noe informasjon om hjemmebesøk, og en amerikansk kontrollert studie. Den amerikanske studien omfatter 630 nybakte mødre tilknyttet en militærbase på Hawaii. Mødrene som var tilknyttet marine og sjøforsvar fikk hjemmebesøk, mødrene som var tilknyttet hær og luftforsvar fikk ikke. Studien hadde relativt stort frafall underveis, og resultatene er derfor noe usikre. Resultatene støttes imidlertid av at resultater fra en svensk landsomfattende survey blant mødre og den amerikanske studien langt på vei er sammenfallende. Alle undersøkelsene er basert på mødre som informanter (Hjälmhult 2009).

Den amerikanske studien og den svenske landsomfattende surveyen viser begge at mødrene som hadde hatt hjemmebesøk av helsesøster, var mer tilfredse med helsesøster enn de som hadde hatt første møte på helsestasjonen. Mødrene var mer tilfredse med ammeveiledning, med at helsesøster framsto som personlig og hadde tid, at det var mulig å snakke i fred og ro og fordi mødrene følte seg trygge i sitt eget hjemmemiljø. En finsk survey viser også at mødrene mener hjemmebesøk er et helt nødvendig tilbud. Den svenske surveyen viste at mødrene i storbyene var mer tilfredse med hjemmebesøket enn mødrene på landsbygda, og at mødre med lav sosioøkonomisk status og utenlandskfødte mødre var mindre fornøyd. De var mindre tilfredse med forhold som informasjon, kontakt med helsesøster og respekt (Hjälmhult 2009, s. 22–23). Dette er funn fra en surveyundersøkelse, og det er derfor vanskelig å vite hvorfor det er slik at de som bor i distriktene, de som har lav sosial status og mødre med innvandrerbakgrunn er minst fornøyd.

En gjennomgang av kvalitative studier av hjemmebesøk peker på at det sentrale er å bygge og opprettholde en god relasjon til den som besøkes, som en basis for å identifisere og løse problemer. Dette er helt nødvendig, siden det er den enkelte forelder som kontrollerer adgangen til hjemmet og hva slags informasjon vedkommende vil dele (McNaughton 2000).

Hva sier foreldre om hva som skal til for å skape gjensidighet, tillit, respekt? Hjälmhult og Økland (2012) har, basert på fokusgruppeintervjuer med 26 nybakte mødre i en norsk by, undersøkt hvordan det var å komme hjem med en nyfødt. Mødrene som inngikk i studien var norsktalende, over 18 år, hadde barn i alderen seks uker til tre måneder, en blanding av førstegangsmødre og mødre med flere barn og med en

blanding av erfaringer fra fødsel. Noen hadde født normalt, andre hadde hatt keiser-snitt, fått tvillinger eller lett premature barn. Alle hadde født på en stor institusjon med utreise innen 48 timer. Ingen var alenemødre. I dette forskningsprosjektet ble mødrenes handlinger tolket gjennom å identifisere deres hovedproblemer og strategier. Hjälmhult og Økland (2012) identifiserer en hovedutfordring: hvordan kan mødrene bevare kontroll og integritet i en ny livssituasjon? Flere av mødrene hadde en følelse av ikke å bli møtt som en person under sykehusoppholdet, de fikk lite støtte og praktisk hjelp, lite ro og hvile. De var forvirret over motstridende informasjon og ville hjem. Med dette i minnet var flere følsomme i det videre møtet med helsetjenestene. De ville bli sett, lyttet til og tatt alvorlig. Ikke bli oppfattet som masete eller «unormale». Hjemmebesøk av helsesøster ble som regel positivt omtalt, som informativt og trivelig. Det var godt å få service «på døren». Enkelte var imidlertid ambivalente til å ha en offentlig person i sitt hjem. De som opplevde at helsesøster lyttet og tok spørsmål alvorlig, var fornøyd med det. Mange opplevde også barselgruppene på helsestasjonen som et bidrag til at de følte seg «normale» og bekreftet. Mødrene forteller hvordan de tøyser egne tålegrenser både med hensyn til søvn, mat og smerter. Barnet settes først, far må (særlig ved første barn) vise mødrene at han er verdig ansvaret med stell og pass, og mødrene søker altså aktivt etter informasjon for å bygge egen kompetanse som mor. De søker bekreftelse på at det de gjør er rett, at de er en god mor. Hjälmhult og Økland (2012) påpeker behovet for et velfungerende samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste. De skriver: «Forestillingen om at det er normalt å føde barn kan ha ført til undervurdering av foreldres behov den første sårbare tiden og forhindret et helhetlig tilbud for profesjonell omsorg og informasjon.» (ibid., s. 229)

Deres funn bekreftes i andre mindre studier. Ruud (2008) har gjennom intervjuer med sju foreldre til førskolebarn undersøkt hvordan helsesøster bidrar til at de opplever mestring som foreldre. Balke (2013), som selv er helsesøster, har som ledd i sitt masterarbeid gjennomført individuelle intervjuer med sju foreldre (alle mødre) rekruttert fra en kommune, og to fokusgrupper med helsesøstre (fra to ulike kommuner). Utgangspunktet var tilfredshet med lokale spørreundersøkelser som målte foreldres tilfredshet med tilbudet, herunder hjemmebesøk. Balke ville undersøke hva det kunne bety når foreldre svarte at de var fornøyd eller misfornøyd, hva var det da som fungerte og ikke fungerte? Målet med intervjuene var derfor å få tilgang til foreldres, men også helsesøstres opplevelser av hjemmebesøk, og se dette i lys av det Balke (2013) beskriver som et helsefremmende perspektiv. Det vil i praksis si å støtte og veilede foreldre.

Mødrene Balke (2013) intervjuet, har alle oppfattet hjemmebesøket som noe man bare gjør, ikke noe man har mulighet til å si nei til. Det oppleves som en slags kontroll, der de til en viss grad blir vurdert som omsorgspersoner – illustrert ved at flere snakker om behovet for å ha det rent og ryddig når helsesøster kommer. Samtidig blir ikke kontrollaspektet opplevd som nødvendigvis feil, men mer som en god ting, fordi det da blir mulig å oppdage foreldre som «kanskje ikke skulle hatt ungene sine», som

en mor sier (Balke 2013, s. 44). Besøket ble opplevd som en mulighet til veiledning og informasjon, om vekt, amming og utvikling – og som en mulighet til å få trygghet, bekreftelse og anerkjennelse som mor.

Dette er forhold Ruud (2008) også vektlegger basert på sitt intervjumateriale; hvordan foreldrene blir møtt i den første sårbare fasen har mye å si for den videre relasjonen. De intervjuede foreldrene belyser hva som skjer når den gode relasjonen ikke etableres, og det er gjerne når de møtes upersonlig, vurderende og kritiserende. Mangel på opplevd likeverdighet gir mangel på tillit. Foreldrene oppfatter helsesøster som en representant for normen, en som har makt til å definere god og dårlig omsorgspraksis – og en del foreldre følte at deres praksis (og dermed de som foreldre) ikke levde opp til normen. Ruud (2008) mener dette var en opplevelse særlig hos de foreldrene som var mest usikre fra før. De forventet kritikk og tolket derfor lett det som ble sagt som nettopp kritikk (Ruud 2008, s. 67–69).

Erstad (2015) har gjennom et omfattende feltarbeid basert på observasjon og intervjuer av 30 mødre med norsk-pakistansk bakgrunn i Alna bydel i Oslo, også undersøkt mødrenes møte med foreldreveiledning i offentlig regi. Dette skjer dels gjennom observasjoner på foreldreveiledningskurs. Erstad finner at foreldreveiledere i møte med mødrene generaliserer mødrenes forventede praksis, og ber dem velge mellom to idealtyper for foreldreskapet (se kapittel 1.3). Veiledere beskriver en kollektivistisk og en individualistisk sosialiseringmodell, mødrene blir bedt om å velge mellom en moderne individualistisk eller tradisjonell kollektivistisk. Her skjer det to generaliseringer, argumenterer Erstad. For det første, ved å ikke skille mellom diskurser/representasjoner og praksis, ender veilederne opp med å segmentere mødrene som forskjellige og mer relasjonelt orientert i sin barneoppdragelse enn hva praksis indikerer. For det andre, ved å knytte valgene til kultur, makter de ikke å fange opp forskjeller i mødrenes praksiser, basert på faktorer som sosial bakgrunn og generasjon – dermed anerkjenner de ikke mødrenes potensial for og mulighet til å forme egne praksiser (Erstad 2015, s. 201). Likevel, argumenterer Erstad (2015), selv om veiledningene har et sterkt preg av normalisering, gir de også mødrene et rom for å kunne foreta endringer og skift i egne sosialiseringprosesser (Erstad 2015, s. 36). Erstad (2015) finner altså en praksis som ikke er særlig dialogbasert, snarere ensrettende, på måter som i praksis kan bidra til å lukke for mestring og endringer. Samtidig mener hun veiledningssituasjonen bidrar til å skape et rom for endring.

Funn basert på observasjon og på intervjustudier med foreldre kan bidra til innsikt i hva det handler om når det på et overordnet nivå brukes begreper som tillit, respekt og dialog.

I Hjälmhults tidligere nevnte kunnskapsoversikt (2009) inngår også en finsk survey som undersøkte hva kvinner ønsker ved hjemmebesøk av helsesøster. Kvinnene var opptatt av at barnet måtte undersøkes, av informasjon om ernæring, stell og utvikling, men også av at kontakten med helsesøster fra hjemmebesøket måtte opprettholdes.

Ni av ti ønsket kontakt med den samme personen også i fortsettelsen, og de ønsket tilgjengelighet i form av geografisk nærhet, mulighet til å ringe og åpne besøkstider. Dette var tilfelle uavhengig av mødrenes bakgrunn (Hjälmhult 2009, s. 23). Den norske undersøkelsen som inngår i kunnskapsoppsummeringen til Hjälmhult (2009), ga på sin side informasjon om at ikke alle får hjemmebesøk, noe også Helsetilsynets gjennomgang av norske kommuners arbeid viste (Helsetilsynet 2013).

To svenske undersøkelser som inngår i Hjälmhult (2009), var henholdsvis basert på en fokusgruppe med helsesøstre og en landsomfattende survey til svenske helsestasjoner. Disse viser at helsesøstre deler mødrenes vurdering av hjemmebesøket som viktig, at det bidro til å styrke kvaliteten i arbeidet og ga dem et bedre helhetsbilde av familiens situasjon.

Litteraturstudien (Hjälmhult 2009) viste altså at hjemmebesøk som et universelt tiltak kan legge grunnlaget for gode relasjoner mellom helsestasjon og foreldre, noe som både bidrar til å styrke foreldren generelt og kan gi grunnlag for at problemer kan oppdages og behandles på et tidlig tidspunkt.

Erfaringer med foreldregrupper

Foreldregrupper eller barselgrupper er en annen fast post på helsestasjonens program. En svensk studie (Lefèvre et al. 2015) har gjennom et spørreskjema til helsesøstre i regionen Skåne⁹² undersøkt erfaringer med å avholde og lede slike grupper. I 2011 ble 86 prosent av foreldrene i Skåne invitert til å være med i foreldregruppe. Omtrent 45 prosent deltok. Enkelte grupper ble holdt innenfor Barnhälsovården, andre på Familjecentraler (Familiehus), gruppene ble ledet av helsesøstre. 55 prosent av de 311 helsesøstre som mottok spørreskjema, svarte. Helsesøstre definerte foreldregruppene primært som et sted hvor foreldre kunne samles, knytte kontakter og bygge nettverk, dernest som et sted for undervisning. Dette reflekterer, påpeker Lefèvre et al. (2015), en endring av Barnhälsovården som sådan, der oppmerksomheten har skiftet fra kontroll og tilsyn over til helseforebygging og bestrebelser på å styrke foreldres selvtilit. Dette har i neste omgang endret rollen til helsesøstre som skal lede slike grupper nokså radikalt: de har gått fra å ha en rolle som lærere og eksperter til å skulle få samarbeid og kommunikasjon til å fungere godt i en gruppe. Dette er en kompetanse de aller fleste helsesøstre formelt ikke har. Helsesøstre i undersøkelsen opplever at deres ledelse av gruppene fungerer fint så lenge gruppen er lett å ha med å gjøre, men når det ikke er tilfelle, blir det vanskelig.

En annen utfordring som synliggjøres gjennom denne undersøkelsen, er at helsesøstre møter foreldre med flere behov og med andre krav enn før. Helsesøstre

⁹² 1,2 millioner mennesker. 96 000 barn i alderen 0–6 år. 33 kommuner, både by og distrikt (Lefèvre et al. 2015, s. 383–84).

må konkurrere med all informasjonen foreldre har tilgang til gjennom internett og begrunne egen relevans på en annen måte en tidligere. Mangfoldet blant foreldrene har dessuten gjort det nødvendig å lage flere spesialgrupper, det vil si en slags selektering av et universelt tilbud. Nesten seks av ti helsesøstre svarte at de hadde ledet slike spesialiserte grupper. Dette var vanligst blant de som arbeidet på Familiecentre. Unge foreldre, enslige foreldre og foreldre med utenlandsk bakgrunn er, mener man, underrepresentert i ordinære grupper, og slike spesialiserte grupper ses på som en måte å få dem med på. Vi vet imidlertid, understreker Lefèvre et al. (2015), lite om hva foreldre erfarer i slike selekterte grupper sammenlignet med det de erfarer i ordinære grupper – som er allment sammensatt. Det er ikke forsket mye på foreldreerfaringer fra selekterte kontra universelle tiltak.

En gruppe foreldre det var vanskelig å få med i foreldregrupper i Skåne, var fedre. Bare 10–20 prosent av fedrene deltok. 16 prosent av helsesøstrene som besvarte spørreundersøkelsen (Lefèvre et al. 2015) hadde ingen fedre i sine grupper. 30 prosent av helsesøstrene satte inn tiltak for å endre på dette, ved tydelig å uttrykke at de ville ha fedre med, men også ved å legge gruppemøtene til tidspunkt som passet bedre med arbeidstiden til fedrene (Lefèvre et al. 2015). Men som forfatterne av artikkelen understreker, det at tidspunktet ikke passer, behøver ikke være eneste grunn til at fedre ikke deltar.

Hallberg et al. (2010) fant, basert på telefonintervjuer med 237 svenske småbarns-fedre (85 prosent av de som ble kontaktet deltok), at 70 prosent hadde besøkt helsestasjonen på ett eller annet tidspunkt, 38 prosent jevnlig. Fedrene hadde gjennomgående et godt inntrykk av helsestasjonen. Men bare rett under tre av ti fedre hadde deltatt i foreldregruppe, og de aller fleste av disse var førstegangsfedre. På spørsmål om hvorfor de ikke deltok, svarte fedre både at det ikke passet med tidspunktet (siden de jobbet), og at de følte det ikke var nødvendig siden de hadde flere barn fra før. Alternativt at de ikke hadde behov for en slik aktivitet (Hallberg et al. 2010, s. 300) Svarene indikerer at fedre forstår foreldregrupper, og kanskje også helsestasjonen, først og fremst som et sted for informasjons- og faktainnhenting, og ikke som et sted å knytte kontakt med andre foreldre og utveksle erfaringer. Noe mødre er opptatt av, slik det blant annet framgår av studien til Hjälmhult et al. (2014).

Hjälmhult et al. (2014) har også undersøkt foreldregrupper sett fra foreldres ståsted, men da i norsk sammenheng. De har gjennomført en studie basert på fokusgruppeintervjuer, der seksten mødre og tre fedre deltok i sju ulike fokusgrupper. I tillegg ble det gjennomført to individuelle intervjuer med mødre. Foreldrene var fra norske byer, de hadde et barn i alderen 8–15 måneder, var selv 18–42 år, snakket norsk og hadde alle deltatt i foreldregruppe på helsestasjonen. Foreldrene var, rapporterer Hjälmhult et al. (2014), mest opptatt av å knytte kontakter uten forpliktelser og av å få helseinformasjon gitt i en nøytral sammenheng. De hadde, de fleste av dem, følt at dette var noe de måtte delta på, men de så det samtidig som en mulighet til å få kontakt med

likesinnede – noen som bodde i nabolaget, noen som strevde med amming eller kolikk på samme måte som de selv erfarte, eller noen de fant at de hadde god kjemi med. De som ikke kjente noen i gruppen og kanskje i tillegg skilte seg ut, opplevde ikke det som en god erfaring. Gruppene var, slik de ble forstått av foreldre, et sted for normalitet og sammenligning – ikke et sted man gikk dersom det var noe galt med barnet på en eller annen måte. En fedreerfaring var at gruppen var et svært godt sted å være, dersom også andre fedre deltok, men i motsatt fall var ikke erfaringene alltid like gode.

Foreldrene i studien til Hjälmhult et al. (2014) ønsket seg struktur i gruppen, og de likte det ikke når det ble manglende kontinuitet – for eksempel når en far plutselig deltok og begynte å stille spørsmål på en måte mødre som vanligvis deltok ikke pleide å gjøre. Det beste var en gruppeleder som lyttet og presenterte balansert informasjon. Enkelte mente samtidig at helsesøstre kanskje normaliserte for mye, og ikke tok opp kontroversielle spørsmål. En gjennomgående melding fra foreldrene var at de ønsket fakta, men foreldre med flere barn erfarte samtidig at fakta kunne være kortlevede (Hjälmhult et al. 2014).

Fedres deltakelse er, påpeker Hjälmhult et al. (2014), en sak for seg. Studien viser en voldsom dominans av mødre i foreldregruppene. Enkelte mødre understreket også at de ville delta i disse gruppene uten partner, de ville snakke med andre mødre om saker som opptok dem. Hjälmhult et al. (2014) refererer enkelte andre studier som har vist samme tendens til at mødre først og fremst ønsker å sosialisere med hverandre i denne første perioden av barnets liv.⁹³ Enkelte mødre og fedre kom sammen til første foreldregruppemøte, men far sluttet deretter å komme. Så dukket han kanskje opp igjen i barnets 10. måned, når hans foreldrepermisjon startet, men mødre rapporterte at da endret gruppene seg – og at de dessuten var inne i slutfasen. Gruppene gikk i oppløsning.

Foreldregrupper har, oppsummerer Hjälmhult et al. (2014), potensial til å etablere et sosialt nettverk for foreldre, som de uttrykker at det er behov for, men denne muligheten kan bli underminert av gruppers sammensetning, struktur og kontinuitet. I tillegg er det et spørsmål for seg hvordan fedre kan trekkes med.

Erfaringene fra Sverige viser at det å ha en type selektive grupper i tillegg til de ordinære allment sammensatte, kan fungere godt og være en måte å trekke med foreldre som ellers ikke deltar (jf. Lefèvre et al 2015). Fedregrupper kan kanskje ha potensial til å fungere som et slikt særskilt tiltak.

Barnehage og skole

Basert på foreldreundersøkelser gjort i svenske sammenhenger har vi sett at behovet for foreldreveiledning synes størst rett etter fødsel og i småbarnsperioden. Men vi ser

⁹³ Häggman-Latila & Pietilä (2009); Alstveit et al. (2010); Leathy-Warren et al. (2012).

at dette også er et behov som tydelig meldes inn av foreldre med eldre barn. Barnehager og skoler skal, som det slås fast allerede i formålsparagrafene, drives i samråd med foreldre. I barnehageloven heter det i formålsparagrafen: «Barnehagen skal *i samarbeid og forståelse med hjemmet* ivareta barnas behov for omsorg og lek, og fremme læring og danning som grunnlag for allsidig utvikling» (vår utheving).⁹⁴ Forholdet mellom barnehage og foreldre utdypes i kapittel II i barnehageloven som omhandler barn og foreldres medvirkning. Her dreier det seg særlig om barnehageforeldres felles rett til å bli tatt med på råd i utviklingen av det aktuelle barnehagetilbudet. I *Rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver* berøres også foreldrestøtte. Dette gjøres slik:

«Foreldre kan ha behov for hjelp og veiledning i oppdragsesspørsmål. Det kan i enkelte tilfeller være riktig å søke eksternt hjelp og veiledning i arbeid med barn og familier i vanskelige situasjoner. Foreldrene må bli informert om ulike hjelpeinstanser i kommunen».⁹⁵

Hva innebærer dette? Det slås fast at foreldre kan ha behov for hjelp og veiledning. Deretter snevres barnehagens ansvar på dette området inn til «enkelte tilfeller», uten at det presiseres nærmere hva slike enkelttilfeller kan bestå i, ut over at det her synes å bli særlig påtrengende at foreldre har behov for hjelp. I slike tilfeller henvises foreldre, i praksis, ut av barnehagen.

I ekspertintervjuene vi har gjennomført som ledd i denne kunnskapsstatusen, er det ulike meninger om hvorvidt barnehagen bør drive med foreldrestøtte. En av de intervjuede sier for eksempel:

De skal styrke sin egen relasjon til barna. De skal ikke lære foreldre hvordan de skal styrke sin relasjon til barna, det har de ingen utdanning på. Og de skal ikke gjøre det. For de skal ikke være sånne besserwissere på hvordan foreldre skal håndtere barnet. De skal være en samarbeidspartner for foreldrene på lik linje. Likeverdige samarbeidspartnere.

Når det i dette intervjuet argumenteres mot at barnehager skal jobbe med å veilede foreldre, dreier det seg på den ene siden om at dette er feil ressursbruk, de barnehageansatte bør i stedet prioritere å utvikle egne relasjoner til barnet. Men på den andre siden argumenteres det med at barnehageansatte dersom de skal veilede foreldre, vil bli bedre, noe som lett kan true den likeverdige samhandlingen den intervjuede forutsetter at de skal ha med foreldre. I andre ekspertintervjuer argumenteres det motsatt, med at foreldreveiledning er noe barnehagen bør drive med, fordi den har dette som oppgave – men at det i dag er store forskjeller i hvordan dette håndteres i kommuner og enkeltbarnehager. Dette skyldes, argumenteres det, mangel på tilskudd

⁹⁴ Lov om barnehager, § 1. Formål. Tilsvarende formuleringer finnes i opplæringslova § 1–1.

⁹⁵ Kunnskapsdepartementet (2011): *Rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver*, s. 20.

og ressurser til arbeidet, men også organisering. De barnehagene som har det, sier en, er barnehager hvor «styrer brenner for dette».

Vibeke Glaser (2003⁹⁶, 2013) har gjennom to tiår arbeidet med foreldresamarbeid med utgangspunkt i barnehage og skrevet lærebøker på feltet. Hun argumenterer med at man for å lykkes med barnet, må lykkes med foreldrene, og at barnehagepersonalet bør være brobyggere mellom fagkunnskap (profesjonskunnskap) og foreldres kunnskap (hverdagskunnskap) på en måte som gir begge parter økt innsikt i barnets utvikling. Barnehagelærer «kan med sin innsikt, forståelse og pedagogiske oppfinnsomhet bidra til at foreldre lettere ser hvor betydningsfulle de selv er for barna sine, og gjøre dem oppmerksomme på egen kompetanse og egne ressurser» (Glaser 2013, s. 11). Hun argumenterer for at det er en oppgave gjennom foreldresamtaler om enkeltbarn og i foreldremøter å bekrefte foreldres oppdragerpraksis, men også utfordre den. Gode måter å gjøre dette på, hevder hun, er ved legge til rette for refleksjon og diskusjon, slik at foreldre kan bli mer bevisst både på hva de selv mener og gjør – og på alternativer. Glaser argumenterer med andre ord for at de barnehageansatte skal drive veiledningsarbeid – og støtter seg da både på lov- og rammeplan og på antatt behov hos både foreldre og barnehage. Men hun understreker samtidig at måten dette arbeidet skjer på, må være preget av refleksjon, dialog og brobygging, slik at de barnehageansatte ikke blir eksperter i besittelse av fikst ferdige løsninger som passer alle foreldre og familier.

Neste spørsmål er hvordan norske barnehager følger opp foreldreveiledning i praksis. Hva er praksis i norske barnehager – og, vil vi legge til, hva er praksis i skolen? Vi har ikke funnet noen oversikt som viser omfang av barnehager og skolars råd og veiledning til foreldre i oppdragerspørsmål, og i tilfelle hvordan de forholder seg når det gjelder dette. Foreldreveiledningsprogram tilbys foreldre i alle fall i barnehagesammenheng (Glaser 2013), men også i skolesammenheng.

Drugli og Nordahl (2016) refererer i en oppsummerende artikkel om hva som skaper et godt samarbeid mellom hjem og skole, til flere internasjonale studier som viser at foreldres involvering i de første skoleårene har positive effekter for barna både faglig og sosialt mange år seinere. Men at enkelte studier viser at foreldres hjelp med lekser er den formen for foreldreinvolvering som har svakest effekt på elevens faglige utvikling. Dette knyttes til at en del foreldre følger opp barns lekser på måter som ikke fremmer motivasjon og læring, og at en del skoler derfor har startet såkalt foreldreskole, for å hjelpe foreldrene med hvordan de kan støtte opp om elevenes skolearbeid (Drugli & Nordahl 2016, s.7). Det vises også til en internasjonal metastudie som viser at foreldreveiledning som har til hensikt å fremme foreldres oppfølging av elevenes lekser i barneskolen, fører til at elevene i større grad fullfører leksene sine, har færre problemer knyttet til leksene og har en positiv faglig utvikling. Tilsvarende viste en annen metaanalyse at foreldreinvolvering har positiv sammenheng med ungdomsskole-

⁹⁶ Referansen fra 2003 finnes i litteraturlisten på navnet: Vibeke Glaser Holthe.

elevs læringsprosess og faglige resultat (ibid., s. 8). Og at det som kalles «akademisk sosialisering» har størst effekt. Det vil si at foreldre snakker med tenåringen om sine forventninger til at de gjør det bra på skolen, formidler at de verdsetter utdanning, diskuterer læringsstrategier med barna, knytter det til ungdommens øvrige interesser og snakker positivt om framtiden (Hill & Tyson 2009, gjengitt i Drugli & Nordahl 2016, s. 8). En norsk studie viser at foreldre til barn med god sosial kompetanse er de som er mest engasjerte i sine barns skoleaktiviteter, slik lærerne vurderer dette. Men siden dette er en tverrsnittstudie, vet man ikke hva som påvirker hva. Det kan hende det er lettere for foreldre å støtte barn med god sosial kompetanse, eller det kan hende den sosiale kompetansen til barna øker fordi de samarbeider godt med foreldrene sine om det som skjer på skolen (Kirkhaug et al. 2013, gjengitt i Drugli & Nordahl 2016, s.9). Drugli og Nordahl (2016) identifiserer tre faktorer knyttet til foreldre av betydning for elevs skolefaglige prestasjoner og sosiale og personlige læring: Foreldres sosiale og kulturelle posisjon – uttrykt gjennom utdanningsnivå, direkte samarbeid hjem-skole og grad av foreldreinvolvering i barnas skolegang (ibid., s. 10). Betingelser som påvirker skole-hjem-samarbeidet er både skolens kultur, læreren, eleven og hjemmeforholdene – noen faller lettere utenfor. Drugli og Nordahl (2016) skriver:

«Det er selvsagt ikke lærernes eller skolens ansvar å sørge for en god atmosfære i elevenes hjem og et godt samspill mellom foreldre og barn. Men man kan snakke med foreldrene om hvordan formidle en positiv holdning til skole og læring, uten at de blir instrumentelle og påtrengende ovenfor barnet.» (ibid., s. 14)

Deretter følger en del gode råd om hvordan dette kan gjøres, og det påpekes at «noen foreldre trenger informasjon og støtte fra skolens side for å tro på at de selv er viktige for barnas læringsprosess» (ibid., s.20). Lærer har altså, slik Drugli og Nordahl (2016) framlegger dette, ikke ansvaret for at foreldre skal følge opp barnas skolegang på en god måte, men de har likevel ansvar for å drive informasjon og dialog som gjør at foreldre gjør dette på en god måte – sett fra barnas ståsted. Dette er skolens ansvar, noe de kan få til ved å satse på kompetanseøkning blant lærere, en bevisst strategi fra skolens side og forståelse for hva som kan hindre foreldre. Med henvisning til blant annet Webster-Stratton (1999)⁹⁷ anbefales det også hjemmebesøk, da dette «gir læreren en unik anledning til å bli kjent med både eleven og foreldrene på deres arena.» (Drugli & Nordahl 2016, s. 23). Slik understrekes skolens ansvar for å ta initiativer overfor foreldre, slik at foreldre er godt i stand til å bidra positivt til egne barns skolegang.

Vi har ikke funnet noen oversiktsstudier som viser omfanget av skolens foreldre-støttende arbeid og hvilke form slik støtte har, hvem som deltar og hva som samlet sett er erfaringene med dette fra norsk sammenheng.

⁹⁷ Se kapittel 4.4 om foreldreveiledningsprogrammet De Utrolige Årene.

Andersen (2014) har i sin masteroppgave i spesialpedagogikk undersøkt i hvilken grad barnehageansatte fanger opp barn som viser tidlig at de er i konflikt med autoriteter, og om de sørger for at foreldre får råd og veiledning. Studien er basert på kvalitative intervjuer med seks barnehagelærere i tre ulike kommuner. Andersen finner at barnehagelærerne ser betydningen av å gripe inn tidlig i slike tilfeller, men at de sjelden tar initiativ til samtale med foreldre ved mistanke om at det kan være behov for veiledning i oppdragelsen. Det er som regel praktiske spørsmål som drøftes i en-til-en-samtaler mellom barnehagelærer og foreldre. Dette kan, mener Andersen, tolkes som at barnehagelærerne synes det er vanskelig å finne en balanse mellom å respektere foreldres prioriteringer og å ivareta barnets rett til en god utvikling. Det er vanskelig ut fra denne studien å si noe om hvor utbredt det Andersen (2014) finner i sine intervjuer med barnehagelærere er, samtidig peker hennes funn i samme retning som andre studier vi har referert til om helsesøstre i møte med potensielle problemer i familier (f.eks. Neumann 2009). Balansen mellom på den ene siden å respektere foreldres prioriteringer og synspunkter, og på den andre siden å ivareta et mulig behov for å gripe inn på vegne av barnet, er krevende – for barnehagelærere som for helsesøstre. Spørsmålet er om det overlates til den enkelte ansatte eller til grupper av ansatte å løse slike dilemmaer – eller om det finnes institusjonelle måter å møte dem på.

Et initiativ til å løse slike dilemmaer institusjonelt er familiegrupper, som tilbys i enkelte kommuner, blant annet i Stavanger (Ellingsen 2011). Dette er et selektivt tilbud i form av spesialavdelinger i kommunale barnehager, hvor tre ansatte arbeider med en gruppe barn og foreldre, gjerne basert på prinsipper fra foreldreveiledningsprogram. Målgruppen er foreldre som selv ønsker støtte og veiledning, og familier som defineres å ha et behov som bør møtes gjennom det som beskrives som et lavterskeltilbud, men som framstår som tett oppfølging – og der det samarbeides med både barnevern, barne- og ungdomspsykiatri lokalt og helsestasjon (Ellingsen 2011). Vi har ikke funnet forskningsbidrag som systematisk og utførlig har beskrevet tilbudet og innhentet erfaringer, enn si effekter av det.

Utdanningsdirektoratet har utviklet foreldreundersøkelser for både barnehage og skole, som det er frivillig for barnehage/skoleeiere og barnehager/skoler å gjennomføre. Foreldreundersøkelsen i barnehage har ingen spørsmål om foreldreveiledning.⁹⁸ Foreldreundersøkelsen for skolen (fra og med 1. trinn til og med Vg1) inneholder et spørsmål om hvorvidt foreldre får veiledning fra skolen om hvordan de kan hjelpe barnet med skolearbeidet og hvordan de bør følge opp lekser i de ulike fagene. Den inneholder også spørsmål om foreldres vektlegging av og forventninger til barnets skolegang, samt om foreldre viser interesse, hjelper til med lekser og oppmuntrer barnet i

⁹⁸ http://www.udir.no/globalassets/filer/brukerundersokelser/foreldreus-bhg/sporsmal_foreldreundersokelse_bhg.pdf (Lesedato 07.10.16)

skolearbeidet.⁹⁹ Det er ikke offentliggjort tall fra foreldreundersøkelsen nasjonalt. Men Utdanningsdirektoratet viser til tall fra elevundersøkelsen som viser at 86 prosent av elevene på 7. trinn oppgir å ha foreldre som alltid eller ofte viser interesse for det de gjør i skolen. Foreldreoppfølgingen synker imidlertid noe oppover i klassene, på 10. trinn er det 75 prosent som oppgir å ha foreldre som alltid eller ofte viser interesse for det som gjøres på skolen.¹⁰⁰

Familiens hus

Familiens hus er et relativt nytt tilskudd som en universelt tilgjengelig arena for foreldrestøtte. Bakgrunnen er politiske mål om bedre samordning av tjenester rettet mot barn og foreldre. Et slikt hus kan romme universelle tilbud som åpen barnehage og helsestasjon, men også mer spesialiserte tilbud som PPT, og dessuten gi plass til tilbud som drives i regi av frivillige. I Sverige startet arbeidet med det som der kalles familjecentraler lokalt allerede på 1970-tallet, mens dette i de øvrige nordiske landene hører 2000-tallet til. Det snakkes i svensk sammenheng om at familjecentraler skal stå på fire ulike ben: helsetjeneste for mødre, helsetjeneste for barn, åpen førskole og sosialtjeneste.

Sverige har om lag 180 familjecentraler. Norge har om lag 150 familiens hus, og i Finland har 30–50 kommuner etablert familjecentere. Island har ingen slike tilbud, mens Grønland har tolv. I Danmark er de første familiesentralene etablert som prøveprosjekter, men da særskilt rettet inn mot mødre under 25 år som behøver støtte i foreldrerollen og til å finne utdanning/arbeid (Nordens Velfærdscenter 2012b, s. 8–11). I Danmark er altså dette et selektivt innrettet tiltak.

I norsk sammenheng er Familiens hus beskrevet som et tverrfaglig kommunalt tilbud som ivaretar psykisk og fysisk helse hos gravide, barn og unge og deres familier. Det ble i Norge gjennomført et nasjonalt forsøk med familiehus i perioden 2002–2004, med utgangspunkt i svenske erfaringer. I etterkant er Familiens hus anbefalt. Tjenestene som gjerne er samlokaliserte i norske Familiens hus, er helsestasjon, forebyggende barnevern, pedagogisk-psykologisk tjeneste og åpen barnehage. Fagpersonell fra disse tjenestene danner team som fordeler arbeidsoppgaver tverrfaglig, herunder å støtte og styrke foreldre i oppdragerrollen (Thyrhaug et al. 2011a).

Thyrhaug et al. (2011a) framhever særskilt den åpne barnehagen som et foreldre-støttende tiltak. Det vises til en brukerundersøkelse gjennomført i 2009 i fem åpne barnehager (185 personer besvarte undersøkelsen), der det kom fram at gjennomsnittsbrukeren var en mor på ca. 31 år som kom sammen med et barn på 1,6 år og besøkte barnehagen ukentlig. Sammenstilt med tall fra Statistisk sentralbyrå viste det

⁹⁹ <http://www.udir.no/globalassets/filer/brukerundersokelser/foreldreundersokelsen/sporsmalene-foreldreundersokelsen-host-2015.pdf> (Lesedato 07.10.16)

¹⁰⁰ <http://utdanningsspeilet.udir.no/innhold/kapittel-6/6-4-foreldresamarbeid/> (Lesedato 19.10.16)

seg at brukernes utdanningsnivå i åpen barnehage lå lavere enn landsgjennomsnittet, noe som – oppsummeres det – «kan tyde på at barnehagen som foreldrestøttende tiltak rekrutterte brukere også fra et noe lavere sosioøkonomisk sjikt enn foreldre-støttende tiltak med noe høyere terskel, eksempelvis hvor foreldre må melde seg på kurs» (Thyrhaug et al. 2011a, s. 32).

Den norske undersøkelsen støttes av en svensk, foretatt ved 16 familjecentraler i en av landets regioner. Den svenske undersøkelsen viste at deltakerne i åpen førskole speilet den sosialøkonomiske strukturen i området hvor familiesentralen lå – og at den framsto som særlig viktig for familier med innvandrerbakgrunn (Bing 2011, s. 100). Antakelig skiller åpne barnehage sine brukere seg også fra ordinære barnehager på dette punktet, fordi åpne barnehager er lett tilgjengelige tilbud som verken krever søknad eller påmelding. Det er bare å møte opp og delta.

Det er store forventninger til at samlokalisering av ulike tilbud vil gi bedre tjenester, men det er lite systematisert kunnskap om erfaringer med og effekter av slike samlokaliseringer. I et prosjekt i regi av Nordens Velfærdscenter vises det til at det finnes enkelte kvalitative studier som tilsier at familier er godt fornøyd med tilbudet, at terskelen for å oppsøke familiehus/senter er lav, og at virksomheten bidrar til å skape felles møteplasser. Nordens Velfærdscenter (2012b) har gjennomført en pilotstudie der de, basert på ni nordiske kommuner med familiesentere, har undersøkt om slike sentere er et lavterskeltilbud som bidrar også overfor «sårbare familier» (ibid. s. 9). Det omtales som «det preventive paradokset» at universelle tjenester også bidrar til å fange opp familier med særskilte behov (ibid. s. 14).

Av pilotprosjektet framgår det imidlertid at familiesentere ofte mangler strategier for familier med særskilte behov, noe som er i samsvar med en undersøkelse den svenske Socialstyrelsen gjennomførte i 2008. Der framgikk det at familiesentraler først og fremst hadde tilbud til velfungerende middelklassefamilier, og at det manglet tilbud til familier med særskilte behov. Dette eksemplifiseres med en mindre kommune i Sverige som tar imot mange flyktningsfamilier, de fleste med bakgrunn fra Somalia. For å nå disse familiene, har kommunen arbeidet med å tilpasse tilbudet ved å ansette en person med somalisk bakgrunn som kan drive foreldreveiledningsprogram, ved å lage en kort film med somaliske foreldre og barn som brukes som utgangspunkt for diskusjon foreldrene imellom, og ved å gi ut et hefte på somalisk om foreldreveiledning. Dette har gjort at flere med somalisk bakgrunn deltar. Et annet eksempel er den danske mødrehjelpen som driver et prosjekt særlig rettet mot unge mødre med en bakgrunn dominert av ulike risikofaktorer. Ambisjonen er å legge opp prosjektet på en måte som gjør det mulig for unge kvinner som ikke er vant til å ha tillit til voksenpersoner, å etablere slike tillitsforhold (ibid. s. 24).

Thyrhaug et al. (2011b) rapporterer fra en spørreundersøkelse foretatt blant ansatte i (seks ulike) Familiens hus i Norge. Alle ansatte ble invitert til å være med i undersøkelsen, om lag halvparten (71) svarte. De fleste mente at Familiens hus la til rette for

mer både uformelt og formelt samarbeid på tvers av sektorer, samtidig som det var lav terskel inn for brukere og tilrettelagt for brukermedvirkning. Utfordringer som ble pekt på, var taushetsplikten og mye møtevirksomhet.

Det synes å være få forskningsprosjekter som spesifikt undersøker familiehus/senter og hvordan dette tilbudet virker. To overordnede spørsmål er knyttet til tilbudet: I hvilken grad samlokalisering legger bedre til rette for tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid i møte med foreldre. Og i hvilken grad samlokaliserte tilbud med en universell basis hva gjelder foreldrestøtte, også makter å identifisere problemer og tilby selektive tiltak rettet mot grupper som kan trenge opplegg med noe særskilt tilrettelegging; det være seg familier med somalisk bakgrunn eller tenåringsmødre.

Hvordan kan det så best finnes svar på disse spørsmålene? Det pekes på at det ikke finnes kontrollerte effektstudier tilgjengelig (Nordens Velfærdscenter 2012a, 2012b; Bing 2011). Samtidig innvendes det at effektstudier ikke er den beste tilnærmingen for å vurdere hvorvidt familiehus/-senter er en suksess. Det hevdes at kontrollerte effektstudier fint måler forventede effekter av et eksplisitt tiltak, men at når det gjelder familiehus/-senter, er det større behov for studier som kan beskrive og analysere behov ut fra et ansatte- og brukerståsted, samt finne eksempler på metoder som fungerer i møte med disse behovene (Bing 2011). Det vil si en mer undersøkende tilnærming til et tilbud under utvikling.

Familievernet

Familievernet er en spesialtjeneste som gir tilbud om mekling, behandling og rådgivning til de som opplever vansker, konflikter eller kriser i familien. Det er altså snakk om et allment innrettet tilbud, men beregnet på familier som på en eller annen måte har problemer som de behøver ekstern hjelp med. Herunder har familievernet også en rolle i å styrke foreldres evne til å sikre gode oppvekstvilkår for sine barn. I 2015 fikk nær 53 000 familier bistand fra familievernet.¹⁰¹

Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familieetaten driver ved utgangen av 2015 46 familievernkontorer over hele landet. Nær fire av ti kontorer er kirkelige. Bakgrunnen for dette er at familievernet er etablert på to ulike tradisjoner og to ulike idégrunnlag. Det første familievernkontoret ble startet i januar 1958 i kirkelig regi av Norsk Menighetsinstitutt. Utover på 1960-tallet bidro landets bispedømmeråd til at det ble etablert flere. Formålet var å styrke familie, ekteskap og ensliges stilling basert på kirkelige verdier. Parallelt ble det etablert et offentlig familievern. De første offentlige kontorene kom i 1959 og 1960, som et prøveprosjekt. Initiativet kom fra daværende helsedirektør Karl Evang, som var opptatt av å bedre vilkårene for vanskeligstilte familier gjennom mødrehygiene, seksuell rådgivning og

¹⁰¹ Forord skrevet under av Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet i Kummen (2016).

fødselskontroll. Til tross for ulikt utgangspunkt har imidlertid den offentlige og kirkelige delen av familievernnet hatt felles faglig utvikling, der spisskompetansen i dag er samlivs- og relasjonsproblemer. Tjenesten er gratis på førstelinjenivå, og det behøves ingen henvisning for å søke hjelp (Kummen 2016, s. 7–8). Familievernnet har i dag en tredelt eierstruktur, det består av offentlige kontorer, kontorer som er tilknyttet den såkalte storstiftelsen Kirkens familievern, samt frittstående kirkelige kontorer. Det finnes lite forskning på om eierstruktur har betydning for tilbudet som gis (Kummen 2016, s. 60).

Oppgavene er også tredelte. Familievernnet har kliniske saker, de gir tilbud om behandling og rådgivninger der det er vansker, konflikter eller kriser i en familie. Familievernnet har også oppgaven med å foreta mekling etter lov om ekteskap. Endelig skal familievernkontorene også drive veiledning, informasjon og undervisning rettet mot hjelpeapparatet og mot folk flest. Det forebyggende arbeidet er imidlertid, jf. lov om familievernkontor, en frivillig del av kontorenes virksomhet. Kliniske saker og mekling utgjør da også 87 prosent av tidsbruken i tjenesten, 9 prosent av tiden går til informasjonstiltak, mens om lag 3 prosent går til kurs- og gruppetilbud. Samlivssaker er største kategori innenfor de kliniske sakene, men disse sakene har gjennom de siste årene vært for nedadgående, mens saker som blant annet omfatter forholdet mellom barn og foreldre øker (jf. Kummen 2016, s. 61).

Hva finnes så av forskningsbasert kunnskap om familievernets allment innrettede foreldreveiledende virksomhet?

Vi vet noe om omfanget. Flertallet av kliniske saker som familievernnet behandlet i 2012 angikk familier med barn.¹⁰² Samlivssaker var vanligste sakskategori, men når dette er tema i familier med barn, vedrører det også barna – og relasjonen mellom barn og foreldre.

En del saker har også relasjonen foreldre-barn som primær årsak til at det tas kontakt. En undersøkelse fra 2007 (Allertsen 2009) viser at det av totalt 29416 saker det året, var 10 prosent som vedrørte foreldre-barnrelasjonen. Samspill mellom barn og foreldre var samtidig tema i 25 prosent av samtalene, og dermed ett av de vanligste temaene. I en del saker, 385 totalt, var barn og unge i alderen opp til 17 år primærklient – det vil si at barn/unge selv tok kontakt. Halvparten av barna som tok kontakt gjorde det på grunn av relasjonen til foreldrene, en tredjedel hadde individuelle problemer (Allertsen 2009, s. 22).

Bufdir gjennomførte i 2011 en nasjonal undersøkelse om brukertilfredshet i familievernnet. 83 prosent av de som hadde brukt kontorene svarte at de hadde vært til god hjelp, 16 prosent svarte at det var til noe hjelp, og kun 1 prosent at det ikke var til hjelp. Det er også undersøkt måloppnåelse. Dette ble gjort ved at lederne ved familievernkontorene i 2013 besvarte et evalueringsskjema som omfattet kontorets

¹⁰² Bufdir (2014) Dimensjonering og organisering av familieverntjenestene. En evaluering.

ulike kompetanseområder. Hvert fagområde ble skåret fra 1 til 3, der 1 betydde at kontoret selv mente de var i stand til å gi et adekvat tilbud, 2 betydde middels godt og 3 at kontoret ga et faglig tilfredsstillende og forsvarlig tilbud. Det understrekes at det er usikkerhet knyttet til denne typen egnevalueringer. På meklingsområdet var det høy/god måloppnåelse. For foreldreterapi/foreldreveiledning, parterapi og kurs var måloppnåelsen vesentlig lavere.¹⁰³

Lopez (2007) har undersøkt erfaringene med familievernet blant menn og kvinner med minoritetsbakgrunn. Undersøkelsen er bygget på intervjuer med til sammen 19 menn og 15 kvinner med ulik minoritetsbakgrunn om deres erfaringer. Erfaringer det understrekes at ikke kan gjøres til gjenstand for sannhetstesting, de er «*deres* fortolkninger og opplevelser» (Lopez 2007, s. 8). De fleste informantene har kun erfaring fra mekling i forbindelse med spørsmål om samlivsbrudd og samvær med barn. De fleste av informantene var separert eller skilt. Samvørsordningene som ble praktisert beskrives som «tradisjonelle», ved at de kvinnelige informantene har daglig omsorg for barna, mens flere av de mannlige hadde mindre enn vanlig samvær. Noen av mennene hadde ikke kontakt med barna i det hele tatt, flere hadde vært anklaget for vold fra sin ekspartner, noen hadde hatt besøksforbud. Både menn og kvinner uttrykte bekymring for barna. Fedrene var bekymret for mors omsorgsevne og livssituasjon og egen mangel på innsikt i barnas liv. For noen av mødrene handlet bekymringen om dårlig foreldresamarbeid og konflikter foreldre imellom, som de mente barna ble involvert i (Lopez 2007, s. 13).

Bekymringen for barna var altså ikke direkte relatert til mors eller fars egen relasjon til barnet, men avledet av samlivsproblemer og -brudd. Lopez finner imidlertid et forhold som kan ha betydning for disse mennenes og kvinnenes relasjon til familievernet totalt sett – herunder foreldreveiledning: begrenset systemkompetanse og en tendens til at de som ikke var blitt møtt slik de ønsket, brukte kjønn, etnisitet og kultur som fortolkningsrammer for å forstå møtene med terapeuten eller mekleren. De mente de hadde møtt partiske terapeuter og meklere på bakgrunn av kjønn, etnisitet og kulturforskjell (Lopez 2007, s. 13). Lopez (2007) påpeker at «en rekke kulturelle forutsetninger ligger til grunn for både terapi og mekling», noe som – påpekes det – kan være til hinder både for norske klienter og klienter med minoritetsbakgrunn.

Danielsen og Engebriksen (2007) har på sin side sett på et tilbud om forebyggende familiarbeid til minoritetsfamilier innenfor familievernet i Oslo, Regnbueprosjektet, som var faglig forankret ved Sentrum familiekontor og administrativt forankret i Barne-, ungdom- og familieetaten Region Øst. Målet var å styrke det forebyggende arbeidet med minoritetsfamilier gjennom familiekontorene ved å utdanne ledere fra minoritetsgruppene til å drive dette arbeidet. I tillegg, at ansatte i familievernet generelt gjennom et slikt spesialisert prosjekt skulle heve sin kompetanse. 47 personer med minoritets-

¹⁰³ Bufdir (2014) Dimensjonering og organisering av familievern tjenestene. En evaluering, s.37

bakgrunn gikk på gruppelederkurs i forebyggende familiarbeid i Regnbueprosjektets regi. Av disse hadde 17 deretter selv ledet familiekurs i egne minoritetsgrupper for til sammen ca. 560 foreldre. Danielsen og Engebrigtsen (2007) finner at erfaringene med prosjektet er gode. Deltakerne i prosjektgruppen mente at de hadde fått utviklet sin kompetanse, gruppelederne var fornøyd med opplæringen de hadde fått, og de få foreldrene forskerne snakket med, var også fornøyd. Det understrekes som et viktig tillitsskapende element at prosjektleder – som underviste på gruppelederkursene – selv hadde minoritetsbakgrunn, og at prosjektleders nettverk av etniske og religiøse organisasjoner ble brukt i rekrutteringen av gruppeledere. Gruppelederkursene som da samlet folk med ulik bakgrunn, ble av mange vurdert som en god mulighet til læring og erfaringsutveksling deltakere imellom. Det framheves også at kursene for foreldre ble holdt på deres eget morsmål. Svakheter som blir påpekt, vedrører først og fremst organiseringen av tiltaket, at prosjektet hadde uklart organisatorisk forankring og referansegruppen uklart mandat. Det ble ikke foretatt systematisk erfaringsspredning fra prosjektgruppe og ut til andre deler av etaten. Da øker faren for at kompetanse i møte med minoritetsfamilier vedblir å være en spesialitet, ikke generell kunnskap. Prosjektgruppen hadde bare én representant med minoritetsbakgrunn. De norske var fast ansatt, mens de som jobbet med prosjektet og som hadde minoritetsbakgrunn stort sett jobbet frivillig. Unntaket var prosjektleder. Forskerne påpekte også svakheter i opplæring og oppfølging av kursledere og i kursinnholdet. Kursheftet var basert på en blanding av undervisning, refleksjon og dialog – og selv om undervisningsformen var dialogisk, mente forskerne de så flere tegn til at innholdet formidles slik at «norske løsninger» framstår som de riktige. Det er, skriver de: «viktig å bestemme seg for hva prosjektet skal være, et dialogisk prosjekt eller et opplæringsprogram med dialogisk metode, der 'læreren vet best uansett'.» Det advares mot kvasidialog, fordi kursdeltakernes erfaringer, ønsker og meninger da ikke kommer fram og ikke får påvirke og utvikle innholdet, kursdeltakerne kan bli desillusjonert, og de norske løsningene blir idyllisert som de beste for alle (Danielsen & Engebrigtsen 2007, s. 40)

Vi finner altså forskningsbaserte bidrag som viser at arbeid med relasjoner mellom foreldre og barn er en betydelig del av familievernets oppgaver, samtidig framstår det ikke som en hovedoppgave. Hovedoppgaven er å bistå ved samlivsproblemer, problemer som også angår barna og deres forhold til foreldre. Vi har imidlertid ikke funnet noe forskning som tematiserer hvordan foreldreveiledning i praksis inngår i det samlivsrettede arbeidet familievernkontorene driver. Og vi har i liten grad funnet bidrag som undersøker familievernets generelle foreldreveiledende arbeid. Studien av Regnbueprosjektet synliggjør utfordringer i møte med familier med minoritetsbakgrunn – i form av at veiledning av disse familiene tenderer til å bli mindre dialogisk og mer instruerende enn intensjonen var. En utfordring som også er synliggjort i annen forskning (se f.eks. Erstad 2015).

Foreldreønsker om veiledning

Det ble i 1995, i forbindelse med innføring av et nasjonalt program for foreldreveiledning (se kapittel 3.3), gjennomført en spørreundersøkelse blant et utvalg foreldre til førskolebarn.¹⁰⁴ Hensikten var å få informasjon om hva foreldre var opptatt av når det gjelder barneoppdragelse, hvem de ønsket å snakke med om oppdragelse og hvordan de kunne få veiledning når de hadde behov for det. Svarene viste at foreldre, både mødre og fedre, ønsket noen å snakke med om oppdragelsesspørsmål, at de ville ha veiledning ved behov og økt kunnskap i rollen som omsorgspersoner. De utfordringene foreldre i denne spørreundersøkelsen var opptatt av, gikk på utagering, trass og ulydighet. Et annet rapportert problem var at foreldre opplevde frustrasjon i oppdragersituasjoner og i samspillet i familien, sinne og utålmodighet i takling av dagligdagse situasjoner med barn, men også frustrasjon som skyldtes forhold utenfor foreldre-barn-relasjonen, som forholdet til partner eller dårlige forhold på arbeidsplassen. Mange av foreldrene oppga at de ønsket informasjon om hva de kunne forvente av barnet på ulike utviklingstrinn, at de hadde behov for veiledning knyttet til barnets situasjon i forbindelse med samlivsbrudd, bruk av media (da bildemedia), og i dagligdagse situasjoner som legging, måltider og søskensjalousi. Foreldre som besvarte undersøkelsen var opptatt av hvordan de kunne bidra til at barna utviklet et positivt selvbilde. Undersøkelsen viste videre at foreldre først og fremst snakket med andre i sitt nærmeste nettverk om ting som angår oppdragelse. Blant offentlige instanser var det helsestasjon og barnehage som pekte seg ut som viktige samtalepartnere.¹⁰⁵

Denne spørreundersøkelsen ble altså gjennomført for tjue år siden. Vi har ikke funnet tilsvarende undersøkelser som har kartlagt foreldres behov for foreldreveiledning og foreldrestøtte i norsk sammenheng fra i dag. Vi har heller ikke funnet noen undersøkelser som gir en samlet oversikt over hvor mange og hvilke foreldre som for eksempel deltar på foreldregrupper på helsestasjoner eller i ulike utgaver av foreldreveiledningsprogram.

I svensk sammenheng finnes heller ingen oversikt over hvilke foreldre som velger å benytte foreldrestøtte som foreldreveiledningsprogram og foreldregrupper (Alfredsson et al. 2015). Det er imidlertid gjennomført nyere surveyundersøkelser som viser at foreldre ønsker støtte og veiledning i foreldrerollen, og at dette mest gjelder foreldre med mindre barn. Telefonintervjuer med i overkant av tusen foreldre med barn i alderen 0–18 år, viste at det var foreldre med små barn som var mest interessert. Mødrene var særlig opptatt av et sted å treffes, mens småbarnsforeldre generelt (6 av 10) også ønsket

¹⁰⁴ Barne- og familiedepartementet BFD (1997). *Oppsummering av utviklingen i foreldreveiledningsprogrammet i 1995 og 1995. Informasjon om oppfølging i 1997.*

¹⁰⁵ Resultater fra Foreldreundersøkelsen 1995 (Raundalen & Gjestad 1995) gjengitt i Barne- og familiedepartementet BFD (1997): *Oppsummering av utviklingen i foreldreveiledningsprogrammet i 1995 og 1995. Informasjon om oppfølging i 1997, s.8–9*

foreldreveiledning i grupper. Interessen for individuell rådgivning og foreldretelefon var noe mindre. 70 prosent var interessert i et tilbud på internett, men da først og fremst en side for informasjon, ikke kurs. Interessen for foreldrestøtte faller med barnets alder. Det er likevel nesten halvparten av mødrene med barn i alderen 10–18 år som ønsker foreldreveiledning i gruppe. 22 prosent av fedrene svarer det samme.¹⁰⁶

Til sammenligning viste en spørreundersøkelse foretatt i Valdemarsviks kommune (8000 innbyggere) blant foreldre med barn i alderen 0–18 år (det var i hovedsak mødre som svarte), at det store flertallet ikke har savnet noe offentlig tilrettelagt støtte i foreldreskapet. Foreldrene oppgir at de diskuterer problemer i oppdragelse og relasjon til eget barn med den andre forelderen og sitt nære nettverk. Enslige foreldre oppgir at de dels har savnet, dels har fått mer støtte hos venner og bekjente, sammenlignet med foreldre med en partner. Den typen foreldrestøtte som har størst oppslutning, er også her en side på internett, et sted å treffes eller organiserte former for foreldreveiledning, om lag 40 prosent svarer at de kunne tenke seg dette (Möllerstrand et al. 2012).

En studie fra 2014 basert på telefonintervjuer med 1700 foreldre (Thorslund et al. 2014a) fant at mødre var mer interessert enn fedre i nesten alle former for foreslått foreldrestøtte (foreldregrupper, møtesteder for foreldre, individuell rådgivning og foreldretelefon). Unntaket var en hjemmeside for foreldre. Dette var fedre like interessert i som mødre. I en annen undersøkelse (Thorslund et al. 2014b) fant man at foreldre til tenåringsbarn var svært interessert i foreldrestøtte. Majoriteten var interessert i de fleste formene for kommunale tilbud, og når det gjaldt tiltak som møteplasser for foreldre og foreldretelefon, var disse tenåringsforeldrene like interessert som foreldre til mindre barn. Foreldre var særlig interessert i å diskutere med andre foreldre og ønsket et sted å henvende seg hvis det oppsto problemer. Skolen ble framhevet som en arena for å spre informasjon og støtte til foreldre. Mødre til tenåringer var mer interessert i foreldregrupper og møteplasser enn det fedre var. Tross stor interesse, hadde foreldre begrenset kunnskap om hva slags støtte kommunen hadde å tilby.

Alfredsson et al. (2015) har på sin side fulgt foreldre til barn i alderen 10–17 år som valgte å delta i foreldregrupper i kommunal regi (et titalls kommuner var omfattet av studien), der vekten var lagt på interaksjonen mellom foreldre og barn. Studien ble gjennomført i perioden 2011–2014 i regi av det daværende svenske folkehelseinstituttet. Man fant at blant foreldre med barn i alderen 10–17 år syntes et flertall at det var viktigst med ulike typer foreldrestøtte nettopp i tenåringstiden. Men få visste hva slags tilbud deres egen kommune hadde. De foreldrene som søkte seg til universelt innrettede grupper, opplevde at de hadde større problemer i relasjonen til eget barn enn foreldre som ikke søkte seg til slike grupper. Det ble også, som del av denne studien,

¹⁰⁶ Eriksson & Bremberg (2008) gjengitt i SOU 2008:131, s.61

gjort en undersøkelse av effekt av fem ulike foreldreveiledningsprogram.¹⁰⁷ Samtlige program hadde positiv effekt for familiene, men effekten var størst i program hvor foreldre oppga å ha størst problemer. Foreldrene som hadde deltatt, hadde også positive erfaringer med programmene. Foreldre som hadde deltatt i programmet Connect var mindre fornøyd enn øvrige foreldre, noe forskerne knytter til to mulige forklaringer, at gruppelederne i dette programmet var mindre erfarne og at programmet ikke var tilpasset til å skulle tilbys universelt (Alfredsson et al. 2015, s. 49).

Altså: Selv om de aller fleste foreldre mener de klarer seg helt fint i forelderollen gjennom støtte fra den andre forelder og sitt nære nettverk, er det en betydelig andel som – når de blir spurt – kan tenke seg en type veiledning. Dette gjelder mest foreldre med småbarn. Men i studien som kun omfatter tenåringsforeldre (Alfredsson et al. 2015), viser det seg at disse foreldrene synes det er viktigst å bli tilbudt slik støtte nettopp når barna er i tenårene. Det er i studier av foreldres behov som i studiet av deltakelse i foreldregrupper, forskjell på mødre og fedre. Mødrene er mest aktive som deltakere, og det er særlig mødrene som ønsker seg tilbud. Fedrene er gjennomgående mindre interesserte.

Møter mellom foreldre og tiltak – oppsummert

Vi har i dette delkapitlet oppsummert og drøftet kunnskapsbidrag som tar sikte på å dokumentere og analysere erfaringer fra møter mellom foreldre og profesjonelle som ivaretar myndighetenes mål om å gi foreldre støtte i sine oppdragerprosjekter. Dette er en ambisjon som ivaretas basert på en forebyggende strategi. Det gjelder både tiltak satt inn overfor foreldre flest og tiltak overfor risikogrupper. Ambisjonen er at problemer ikke skal oppstå, og å avdekke dem tidlig hvis de oppstår. Møtene vi har sett dokumentert og analysert, viser at dette er både en krevende og en potensielt viktig dobbelt oppgave.

Oppdragerprosjektet utøves av foreldre overfor personer som er de aller viktigste i livet deres, det kan forstås som et intuitivt kjærlighetsprosjekt. Samtidig er det å ta hånd om barn/ungdom som foreldre et prosjekt som krever veiledning og grensetting. Oppdragerprosjektet handler om å skulle kombinere kjærlighet og autoritet (jf. Hennem 2002). Det kan være krevende, og her kan det være behov for veiledning og informasjon til foreldre. Foreldre innhenter, som vi har sett, råd i det nære nettverket og der informasjon er tilgjengelig. På internett finnes det meste. Men her er det gjerne motsetningsfulle råd, ulike meninger og fasiter. Foreldre i foreldregrupper som er intervjuet av Hjälmhult et al. (2014) beskriver det som at fakta har høy omløpshastig-

¹⁰⁷ Foreldreveiledningsprogrammene som ble benyttet overfor denne gruppen foreldre, var: Aktivt föräldraskap, Connect, COPE, KOMET, LFT.

het. Hva som er «riktig» å gjøre, kan endre seg fra det største barnets til det minste barnets barseltid. Her er med andre ord behov for noen som kan veilede med en form for autoritet. Samtidig er det – viser flere ulike intervju- og fokusgruppetudier – liten mottakelighet for myndighetspersoner, det være seg helsesøstre eller barnehageansatte, som framstår som om de er i besittelse av en fasit. Foreldre har sine egne erfaringer og tilnærminger, sine egne overbevisninger og sin egen tro, og de kjenner barnet sitt best og kan ivareta det. Dette vet myndighetspersonene som skal forvalte veiledningsoppdraget. De vet at foreldre ikke bør møte noen som tror de vet bedre enn dem. Og de vet at foreldre *er* kompetente.

Bogen og Sundby (1976) skriver om en studie som fulgte et helsestasjonsprosjekt hvor det ble drevet såkalt «forebyggende mentalhygiene» overfor foreldre, i praksis mødre. I boken som oppsummerer erfaringer fra prosjektet, drøftes forebygging og hvordan dette er knyttet til selvhjelp. Det argumenteres for at selvhjelp forstått som en hjelpe-deg-selv-linje, kan være en direkte fare for mental helse, men at folk-kan-selv-linjen bør ligge til grunn for det forebyggende arbeidet, fordi slike forebyggende innsatser (her nevnes for eksempel hjemmebesøk og samtaler mellom helsesøster og mor om andre forhold enn barnets vekt og lengde) nettopp kan utløse potensialet som finnes i den enkelte. Dette formuleres blant annet slik:

«Men først og fremst stoler vi på folks selvstendighet. Psykiatere, psykologer og annet helsepersonell får lett et skjevt inntrykk av folks evne til selvstendig vurdering og fast holdning, fordi vi treffer de fleste i krisesituasjoner, i deres svake stunder. I forebyggende helsearbeid får vi på en helt annen måte kontakt med det enkelte menneskes livskraftige og skapende sider» (Heiberg 1976, s.295).

Det foreldre er på jakt etter, når de spør om råd, er på den ene siden fakta. Hva er sunt, hva er godt for helsa. Men så er det også behovene for å drøfte hva som er riktig, i møte med akkurat deres barn. De erfaringsbaserte studiene viser at foreldreveiledning og -støtte er et spørsmål om å møte foreldre i dialog om hva det innebærer å gjøre det rette.

Makter man så gjennom universelle foreldretilbud å nå de som har særlige behov? Det synes som myndighetspersoner som ivaretar universell veiledning strever i møter med potensielle problemer. Terskelen for å konfrontere foreldre direkte synes høy. Det kan ha flere årsaker, men det reiser i alle fall et spørsmål om ikke slike vanskelige møter i for stor grad blir individuelle utfordringer for den enkelte helsesøster eller barnehagelærer, framfor utfordringer det finnes gode institusjonelt baserte løsninger på.

5.3 De usynliggjorte fedrene

Forskningsbidrag som vurderer effekter av og erfaringer med foreldrestøttende tiltak har, som vi har sett, gjerne én ting til felles: foreldre er lik mødre. Dette reflekteres det i liten grad over i forskningsbidragene, bortsett fra i tilfeller hvor det finnes fedre blant informanter og intervjuede og det synliggjøres forskjeller på mødre og fedre i møte med tiltaket. Da problematiseres nesten uten unntak fedrenes manglende deltakelse i tiltakene, og i enkelte svært få tilfeller – årsaker til at det er slik (se f.eks. Hallberg 2010; Hallberg 2006). Det vanligste er likevel at kjønn ikke tematiseres, med det som resultat at fedrene usynliggjøres.

Vi finner dette bemerkelsesverdig, gitt at foreldreskap når dette drøftes i samfunnsforskning, men også innenfor humaniora, i aller høyeste grad omfatter fedre. Det beskrives et kulturelt skifte i idealer for hvordan være far som gjør seg gjeldende i hele den vestlige verden. Gamle idealer der far var patriarken som forsørget familien, blir gradvis erstattet med moderne idealer der far skal ta del i familien, i drift av hus og hjem – men særlig i samvær med og oppdragelse av barna (Williams 2008). Farskap forstås og diskuteres i økende grad ut fra at far ønsker og etterstreber følelsesmessig nærhet til egne barn og har et ønske om å ta sin del av ansvaret på daglig basis (se f.eks. Brandth & Kvande 2013). I de nordiske velferdsstatene er disse utviklingstrekkene særlig tydelige, her legges det gjennom statlig innsats til rette for offentlig finansiert foreldrepermisjon med fedrekvote eller med en annen type fastlagt norm for hvordan permisjonstiden skal fordeles. Det brukes begreper som «parenthood change», drevet fram av normative idealer om likestilling og nye makt- og arbeidsfordelinger i offentligheten og i familien (Ellingsæter & Leira 2006). Samtidig diskuteres det hvor inngripende og omfattende disse endringene er. Det påpekes at selv om det er stor oppslutning om likestilling og om at far skal være mer involvert i familien, er dette idealer som eksisterer side om side med de gamle maskuline idealene om far som forsørger (se f.eks. Farstad & Stefansen 2015).

Nye tanker om foreldreskap har kanskje ikke fortrenget de gamle, men lever side om side med dem. Det kan være en forklaring på at kjønnsbaserte endringer i foreldreskapet i liten grad gjør seg gjeldende i forskningsdesign og i forskning som på ulike måter undersøker tiltak som skal støtte opp om foreldrepraksiser. Mens foreldreskap som institusjon forstås som å være i endring, er disse endringene forunderlig lite synlige i forskning av foreldreveiledning og -støtte.

Fedre synliggjøres imidlertid, som vi har sett også tidligere i dette kapitlet, i enkelte forskningsbidrag. Og det finnes noen forskningsbidrag som særlig undersøker effekter og erfaringer for far.

Ferguson og Gates (2015) har i et prosjekt med flere datakilder undersøkt hvordan fedre erfarer selektivt innrettede hjemmebesøk gjennom Familiy-Nurse Partnership (FNP)(se kap. 5.1) satt inn lokalt i England. Dette er, som tidligere omtalt, et inten-

sivt hjemmebesøksprogram som settes inn blant annet overfor tenåringsmødre som ledd i tidlig innsats og tidlig hjelp. Tenåringsmødre er da også utgangspunktet for hjemmebesøksprogrammet Ferguson og Gates (2015) har undersøkt og der de har konsentrert seg om fedrene i familien. De har gjennom intervjuer med sykepleiere som er særskilt trent i å følge opp familiene, en spørreundersøkelse til fedre og intervjuer med to titalls fedre, både søkt tilgang til hvem disse fedrene er og hvordan de erfarer det foreldrestøttende tiltaket. Relativt stort frafall av respondenter i spørreundersøkelsen (under halvparten av fedrene som mottok spørreskjema svarte) gjør, påpekes det, at den ikke er representativ for fedre i familier som mottar hjemmebesøksprogrammet. Og siden de som ble intervjuet ble rekruttert gjennom spørreundersøkelsen, er det også her en skjevhet. Det er antakelig fedre som var mest positive til tiltaket som har svart og blitt intervjuet. Ambisjonen i forskningsprosjektet har derfor vært å lage en profil av fedrene som deltok, beskrive hvem de er og hva som er deres erfaringer. Forskerne beskriver det de kaller «en sårbar» gruppe fedre. Majoriteten er unge, de er fattige, de er arbeidsledige og de mangler enten formelle utdanningskvalifikasjoner eller de har lite utdanning, en stor andel har hatt trøbbel med myndigheter og politi – synliggjort ved at et par av de intervjuede fedrene sitter i fengsel. Fedrene beskriver selv hvordan de i utgangspunktet kan svært lite om det å være foreldre og at det å skulle bli fedre kom uventet. De er uforberedte. Dette gjør at de setter pris på veiledningen de får gjennom helsesøstrene i FNP-programmet, de blir sikrere på grunnleggende ferdigheter som å holde barnet, mate det, bade det, kommunisere med det og trøste det. Over halvparten av fedrene svarer at FNP har påvirket positivt deres evne til å være far i stor grad, en fjerdedel mener programmet har hatt en viss betydning, mens over en fjerdedel svarer at hjemmebesøksprogrammet har hatt liten betydning. Intervjuene synliggjorde at de som ikke hadde hatt utbytte av programmet, mente de hadde den nødvendige kunnskapen fra før, at programmet ikke hadde møtt deres behov eller at de mislikte tilnærmingen helsesøstre i programmet hadde. Det framgår tydelig at relasjonen mellom helsesøster og far har hatt mye å si for hvordan fedrene vurderer betydningen av hjemmebesøksprogrammet. Mens enkelte fedre beskriver helsesøster som «mor» og «veileder», er det andre som har gjort seg selv utilgjengelige, som helsesøster har gitt opp og der fedrene selv gir uttrykk for at de ikke fikser relasjonen. Det synes som helsesøsters tilnærming har hatt mye å si; hvis hun har gitt positive tilbakemeldinger og engasjert seg ikke bare i far-barn-relasjonen, men i hele familiens situasjon, ved for eksempel å hjelpe til med jobbsøking, oppfattes det positivt. Det er i slike tilfeller helsesøster oppfattes som en mor som virkelig bryr seg, ut over det jobben egentlig krever.

«She's kind of weird in a way, like she don't just cover that job if you know what I mean, what she's meant to do, she kind of covers different things. I like her, I think she's a good person, but yeah she kind of covers everything.» (Ferguson & Gates 2015, s. 103)

Fedrenes tilnærminger og erfaringer synliggjør, argumenterer Ferguson og Gates (2015), hvordan «fedre ikke bare er passive, tomme kar som intervensjonsprogrammet kan helles ned i». De fleste har klare oppfatninger om hva de trenger hjelp til og hva de ikke trenger hjelp til. Og det må være overensstemmelse mellom fedres behov og det som tilbys. Helsesøster må ikke bare se og anerkjenne mor og barnet, men også far – hans sterke sider men også hans svakheter, for så å møte både sterke sider, svakheter og behov med relevans og med respekt (Ferguson & Gates 2015).

Studien av ferdene i hjemmebesøksprogrammet omfatter en gruppe fedre med noen særskilte kjennetegn. Samtidig er konklusjonene fra dette prosjektet i samsvar med konklusjoner fra andre forskningsprosjekter som har studert grupper av fedre med andre særskilte kjennetegn, og som har mottatt andre typer intervensjoner. Lee et al. (2012) finner basert på en studie blant taiwanske fedre med premature barn, at oppfølging og veiledning av fedre i løpet av barnets første uker styrker fedrenes mestring og reduserer stress. Og DeGarmo og Forgatch (2007) finner at fedre som nylig hadde giftet seg og blitt stefedre til barn med atferdsproblemer, hadde godt utbytte av foreldretreningsprogrammet PMTO (se kap. 4). Denne studien påpeker dessuten hvordan effekter av et foreldreveiledningsprogram på én forelders mestring av foreldrerollen må kontrolleres for hvordan den andre av foreldrene påvirkes. Dette er et metodisk poeng som ikke nødvendigvis ivaretas i studier som undersøker effekter av foreldreveiledning på foreldres praksis.

6 Kunnskapsstatus

I dette kapitlet skal vi avrunde og oppsummere. Problemstillingene kunnskapsstatusen har tatt utgangspunkt i, ble presentert i kapittel 1. De har styrt hva slags kunnskapsbidrag vi har søkt etter og gjennomgått. I dette siste kapitlet oppsummerer vi ved å besvare problemstillingene.

Vi åpner med å svare på hvilke foreldrestøttende tiltak som brukes universelt innrettet i Norge og hva slags forskning som foreligger om virkningen av disse. Deretter besvarer vi det som har vært et hovedspørsmål: Hva slags resultater og effekter foreldrestøttende tiltak har – hvordan de virker. Knyttet til dette problematiserer vi også hva det vil si å virke. Det gjør vi basert på en diskusjon om metodiske tilnærminger til spørsmålet om å virke. Vi knytter spørsmålet om metodiske utfordringer ved å måle og sammenligne resultater, til spørsmålet om hvorvidt foreldreveiledning virker.

Deretter vender vi oppmerksomheten mot at tiltakene vi har vært opptatt av er universelt innrettede, samtidig som de inngår i en strategi basert på tidlig innsats. Spørsmålene som besvares, er om og hvordan en slik universell strategi fungerer allmennpreventivt, og om og hvordan strategien er egnet for å fange opp risikoforeldre og problemer blant barn på et tidlig tidspunkt. I tillegg, hvordan tiltak rettet mot mer selekterte grupper fungerer som del av en universelt anlagt strategi.

Avslutningsvis konsentrerer vi oss om foreldreerfaringer; hva vi vet om foreldres erfaringer med foreldrestøtte og hva vi vet om forskjeller i foreldreerfaringer i møte med foreldrestøttende tiltak. Herunder hva vi vet om hvorvidt foreldreerfaringer varierer med foreldres bakgrunn.

Helt til slutt oppsummerer vi hva kunnskapsstatusen forteller oss om hva vi *ikke* vet. Hvilke svar det bør letes etter i fortsettelsen.

6.1 Universelle foreldrestøttende tiltak

Norge har et nasjonalt foreldreveiledningsprogram, initiert av barne-, familie- og helsemyndighetene i kompaniskap i 1995. I løpet av de to tiårene siden dette ble etablert, har et stort antall foreldre deltatt i foreldreveiledningsprogram i regi av helsestasjon, barnehage, skole, barnevern og i andre sammenhenger. Hvor mange foreldre, hvilke foreldre og som del av hvilke offentlig tilbud, vet vi ikke. Den oversikten mangler. Derfor

vet vi heller ikke hvordan foreldres deltakelse har utviklet seg gjennom to tiår. Det ble gjennomført foreldrespørreundersøkelser i forbindelse med det nasjonale prosjektet for foreldreveiledning midt på 1990-tallet. Det ble undersøkt om foreldre ønsket veiledning og hva slags veiledning (se kap. 5.2)¹⁰⁸, men det er ikke gjort tilsvarende kartlegginger av foreldres behov og ønsker i norsk sammenheng de siste årene. Det vi vet, basert på undersøkelser blant svenske foreldre (SOU 2008:131, Möllerstrand et al. 2012, Alfredsson et al. 2015), er at foreldres primære kilde til dialog og informasjon om det å være foreldre, er partner og det nære nettverket. Men samtidig ønsker de støtte i foreldrerollen i form av veiledning i grupper, et sted å treffes, informasjon fra myndighetene på internett. Småbarnsforeldre er mest interessert, men også blant tenåringsforeldre er det en stor andel som ønsker veiledning. Mødre er mer interessert enn fedre.

Det sies av ekspertinformanter som arbeider med foreldreveiledning i norske sammenhenger og som vi har intervjuet som del av dette prosjektet, at deltakelse i foreldreveiledningsgrupper er blitt stadig mer vanlig. Det hevdes at da dette tilbudet var relativt nytt, ble det å delta i foreldreveiledningsgrupper nærmest oppfattet som et nederlag, et bevis på at man ikke var gode nok som foreldre. I dag forstås veiledning i større grad som en mulighet til å lære og til å utvikle seg til å bli bedre foreldre. Hva som har skapt en slik eventuell endring, vet vi ikke. Men en antakelse er at foreldre får stadig mer utdanning og derfor er vant til å oppsøke ulike kilder til informasjon og kunnskap. I tillegg er stadig flere råd knyttet til barn og barneoppdragelse å finne på nettet, på biblioteket, i aviser og ukeblader, noe som også antakelig har bidratt til å alminneliggjøre slik deltakelse. Mengden av tilgjengelig informasjon og kunnskap har kanskje også skapt et behov for at noen kan vise vei i jungelen av mange, skiftende og ofte motstridende anbefalinger.

Vi har identifisert fire ulike foreldreveiledningsprogram som er rettet mot norske foreldre flest: ICDP (International Child Development Program), COS (Circle of Security), Marte Meo og DUÅ (De Utrolige Årene). I tillegg er et femte, Tuning into Kids, i ferd med å bli prøvd ut. De fire programmene som brukes overfor foreldre flest, har likhetstrekk i grunnleggende tilnærming og innretninger, men her er også noen nokså grunnleggende forskjeller. Noen eksempler er at mens DUÅ motiverer foreldreveiledning ved å fokusere på mangel på kontroll som foreldre, vektlegger ICDP og COS kunnskap om barnets utvikling og tilknytning, og hva slik kunnskap kan bety for måten man er foreldre på. Mens COS fokuserer på hvordan foreldres barndomserfaringer kan påvirke relasjonen til egne barn på godt og vondt, konfronterer andre program i mindre grad foreldre med slike gode og dårlige minner eller erfaringers betydning. Og mens DUÅ har tips om hvordan korrigere barnets atferd, er øvrige universelt innrettede pro-

¹⁰⁸ Barne- og familiedepartementet (1997) Oppsummering av utviklingen i foreldreveiledningsprogrammet i 1995 og 1996. Rundskriv Q-5/97.

gram mest opptatt av hvordan foreldre og barn påvirker hverandre gjensidig i relasjonen, og av å bevisstgjøre foreldre på at hvordan de opptrer i denne relasjonen, er avgjørende for hvordan barnet reagerer og opptrer. Veien til å kunne sette grenser for barnet går gjennom å styrke og utvikle forholdet mellom foreldre og barnet.

Andre faktorer som skiller programmene fra hverandre, er hvordan veiledere utdannes og følges opp, hvilke fagmiljøer programmet er knyttet til, og hvordan ulike deler av offentlig forvaltning bruker dem.

Foreldreveiledningsprogram må, for å nå foreldre flest, finne en universelt tilgjengelig lokal arena hvor de kan presenteres og tilbys. Her er det forskjell på programmene: ICDP tilbys gjennom det nasjonale foreldreveiledningsprogrammet i regi av Bufdir. Det er likevel ikke slik at dette gir ICDP noen form for monopol lokalt der foreldre møter ulike veiledningsprogram. Det framgår for eksempel av en nylig utgitt bok om helsestasjonstjenesten (Holme et al. 2016) at både ICDP og COS benyttes ved helsestasjonene. Det ble i forbindelse med igangsettingen av det nasjonale foreldreveiledningsprogrammet i 1995 utviklet oversikter som viste antall tiltak i kommunene og hvilke faginstanser som deltok i disse.¹⁰⁹ Men heller ikke disse kartleggingene er videreført. Siden midt på 1990-tallet er flere ulike program tatt i bruk. Men det finnes altså ingen nasjonal oversikt som viser hva slags foreldreprogram som er i bruk i hvilke deler av det offentlige tjenesteapparatet, eller hvordan foreldre inviteres til å delta. Hvordan det arbeides lokalt med bruk av foreldreveiledningsprogram, og hva som avgjør hvilke program foreldre blir tilbudt lokalt, er ikke kartlagt. Og vi vet som tidligere nevnt lite om hvorfor foreldre velger å delta.

Foreldreveiledningsprogram som en støtte for foreldre i deres relasjon til egne barn og i oppdragerprosjektet er en nyvinning som foreldrestøttende tiltak. Offentlige myndigheter fokuserte i tidlig etterkrigstid først og fremst på foreldres økonomiske evne til å ivareta sine barn (barnetrygden ble innført) og på deres kunnskap om stell av spedbarn, ernæring og somatisk sykdomsforebygging (helsestasjonene ble utviklet til et landsdekkende universelt tilbud). Fra 1970-tallet ble oppmerksomheten gradvis vendt fra økonomi og ernæring/sykdom/hygieneinformasjon som støttetiltak i foreldreskapet, til kunnskap og rådgivning om oppdragelse, samt forebyggende helse i et videre perspektiv. Herunder også nybakte mødres mentale helse. Etter hvert er det dessuten blitt større oppmerksomhet om hvordan en stadig mer mangfoldig foreldrebefolkning¹¹⁰ kan nå innenfor universelt tilgjengelige tilbud som helsestasjon og barnehage, og hvordan ulike deler av offentlig sektor samarbeider om å nå foreldre, og

¹⁰⁹ Barne- og familiedepartementet (1997) Oppsummering av utviklingen i foreldreveiledningsprogrammet i 1995 og 1996. Rundskriv Q-5/97.

¹¹⁰ I den ferske stortingsmeldingen om familiepolitikk nevnes kjernefamiljer og stjernefamilier, familier som adopterer, fosterfamilier, regnbuefamilier, familier der forelden eller barn har funksjonsnedsettelse, samiske familier, familier med status som nasjonale minoriteter og familier med innvandrerbakgrunn samt alenebarn. Se kapittel 3.4.

da særlig foreldre med risiko og store behov (Familiens hus ble etablert på 2000-tallet). Foreldrestøttende tiltak speiler samfunnsendring og nye behov som oppstår, i norsk sammenheng speiler de utviklingen fra en fattig og folkehelseorientert etterkrigstid til et rikt og stadig mer mangfoldig kunnskapssamfunn.

Hva slags foreldrestøttende tiltak offentlige myndigheter prioriterer, må samtidig forstås med bakgrunn i hva som er den dominerende tilnærmingen til myndighetsintervensjon i foreldreskapet. Hva anses som en privatsak, og hva er det anerkjent at offentlig myndigheter kan og bør blande seg inn i med ulike former for tiltak? De skandinaviske velferdsstatene (jf. Esping-Andersen 1999, 2004, 2009) vektlegger i tjenestetilbud og inntektssikring universelle innsatser, basert på et mål om likestilling og utjevning. Det tilbys et bredt spekter av offentlige tilbud, også til foreldre når det gjelder foreldreskap. I Norge er barnetrygd, innført rett etter andre verdenskrig, et universelt innrettet gode. Barnetrygden ble innført som et universelt innrettet tiltak for å styrke familiers inntekter, og er siden videreført universelt (se kap. 3). Et annet eksempel er en allment innrettet gunstig foreldrepermisjon i forbindelse med fødsel. Foreldrepermisjonen er ikke en rettighet for alle, den er basert på lønnsinntekt i månedene før fødsel, og staten har bestemt at et visst antall uker må tas ut av mor og et visst antall må tas ut av far (fedrekvoten). Resten av permisjonen kan foreldrene dele som de ønsker. Foreldre med lønnsarbeid har altså en lovfestet rett til permisjon og inntektssikring i permisjonstiden, men myndighetene har fastlagt et regelverk for hvem som har rett til slik støtte og for fordeling av permisjonen. Slik det også er lovfestet at foreldre skal sikre sine barn helsekontroller gjennom de første leveårene og at det foretas hjemmebesøk fra helsesøster rett etter fødsel. Den norske velferdsstaten har et bredt spekter av universelt innrettede bestemmelser og tiltak som griper inn i familielivet. Velferdsstater med konservativ eller liberal innretning (Esping-Andersen 1999, 2004, 2009), velger til sammenligning i større grad å overlate foreldreskap og foreldrepraksiser til henholdsvis familien og/eller baserer seg på at foreldre flest søker å løse sin behov i markedet. Statlige intervensjoner overfor foreldre er i liberalt innrettede velferdsstater i større grad konsentrert om foreldre i risiko, og de er da gjerne basert på kost-nytte-betraktninger. Våre biblioteksøk frambrakte en hel rekke effektstudier av selektive tiltak satt inn overfor risikofamilier, for eksempel i USA. Vi fant langt mindre om universelt innrettede tiltak. Studiene av selektivt innrettede tiltak speiler en velferdsstatsinnretning basert på slike tiltak, der disse inngår i en forebyggende strategi som det er mulig å måle effekt av, og der det i tillegg er mulig å måle effekt i et kostnadsperspektiv. Det vil si om tiltaket er kostnadseffektivt ved at man tjener mer enn det man legger ut. Universelle innsatser vurderes tilsvarende. Dersom universelle innsatser koster mer enn hva de antas å spare inn gjennom reduserte utgifter, er det i seg selv et argument for ikke å ha dem.

Innenfor rammen av en mer universelt innrettet velferdsstat gjøres det også – i økende grad – avveininger av tiltaks lønnsomhet. Men her finnes andre tilnærminger

som vektlegges vel så tungt; som oppslutningen om tiltaket, potensielt stigmatiserende effekter av å behovsprøve og målrette tiltak overfor risikogrupper, og et allmennforebyggende siktemål.

Vi ser, gjennom utviklingen i foreldrestøttende tiltak slik dette framgår i kapittel 3, at Norge er en mindre familiserende velferdsstat i dag enn i 1945. Færre oppgaver er overlatt til familien, og det enkelte individ er blitt mindre avhengig av egen familie. For den enkelte samfunnsborger har ytelsene karakter av å være sosiale rettigheter (Leira [2004] 2007), gjennom individuell inntektssikring og et tjenestetilbud fra barnehager til eldreomsorg. Men er det, når vi ser oss tilbake, grunn til å beskrive den norske velferdsstaten som defamiliserende – det vil si at offentlige myndigheter gjør den enkelte mer uavhengig av familien ved å frata familien oppgaver? En utvikling som gjerne blir kritisert for å svekke familien som institusjon ved å gjøre den overflødig. Eller, er det snarere grunn til å kalle utviklingen som har pågått for refamiliserende, ved at tiltakene bidrar til at familien som institusjon styrkes – ved å sette foreldre bedre i stand til å ta vare på egne barn. Leira ([2004], 2007) tolker utbyggingen av barnehager som uttrykk for defamilisering – at offentlige myndigheter tar over en omsorgsoppgave fra familien. Utbyggingen av foreldrepermisjonen og kontantstøtten tolker hun imidlertid som uttrykk for refamilisering, som en ”statsfamilisme”, ved at foreldres egen omsorg for barna får offentlig støtte (Leira [2004] 2007, s.89). Bør et statlig opplegg for universelt innrettet foreldreveiledning og en rekke hel- og delfinansierte statlige foreldreveiledningsprogram forstås som defamilisering eller refamilisering? Det kommer an på tilnærming. Ludvigsen og Danielsen (2009) viser for eksempel i en studie av Stortingets diskusjon om statlige samlivskurs, at disse kan forstås som både defamilisering og refamilisering. Defamilisering ved at samlivs- og foreldrekurs fratrar familien ansvar og dessuten potensielt innfører statlige standarder for samliv. Refamilisering ved at slike kurs støtter opp om familiers evne til å fungere. Foreldreveiledningskurs kan opplagt forstås omtrent på samme vis, som en defamilisering ved at staten stiller spørsmålsteget ved foreldres intuitive foreldreskap, alternativt som refamilisering, ved at staten gjennom å styrke foreldre styrker familier.

6.2 Hvordan virker foreldrestøtte og hva vil det si å virke?

Hvilke resultater og effekter har så tidlig innsats og foreldrestøtte – virker det? Det er bred interesse blant praktikere, politikere og forskere for *hvordan* det best kan skapes effekter av komplekse intervensjoner. Dette har også vært et hovedspørsmål i vår kunnskapsstatus.

Spørsmålet kan besvares ved å vise til at studier av de fire foreldreveiledningsprogrammene som er i bruk rettet mot foreldre flest i Norge, med få unntak, tilsier at de har effekt og at foreldres erfaringer er gode. Samtidig må det påpekes at ulike forskningsbidrag benytter ulike tilnæringer og er av ulik kvalitet. Foreldreveiledningsprogrammene som tilbys universelt innrettet i Norge, har alle sannsynliggjort effekt i ulik grad. Når det gjelder andre tiltak, som helsestasjonens hjemmebesøk, foreldregrupper og oppfølging av førskolebarn og foreldre, samt Familiens hus, er svaret at erfaringene er gode. Men også at det mangler studier som kan bevise effekt ut over rimelig tvil.

Vi har i vår gjennomgang av internasjonale og norske studier gjennomgående møtt slike formuleringer – det er tvil om evidens. Det er det nesten alltid. For det er krevende å måle effekter av foreldrestøtte. Dette har fått oss til å problematisere hva det vil si at et foreldrestøttende tiltak virker.

Hvorvidt foreldrestøtte er en suksess, må, rimeligvis, måles med basis i hva som er formålet. Det var enkelt i 1946. Da var hensikten med foreldrestøtte i form av barnetrygd og helsestasjoner å sette foreldre i stand til å forsørge barna og gi foreldre kunnskap som hindret feilernæring, sykdom og epidemier. Barnas gjennomsnittsvekt og helsetilstand var slik sett rimelige effektmål. Det er mer krevende å formulere hensikten med foreldrestøttende intervensjoner i 2016. Ernæring og helsetilstand er fortsatt viktig, men andre mål er kommet i tillegg.

Foreldrestøtte knyttes til tidlig innsats. Men tidlig innsats er ikke et mål. Tidlig innsats er en strategi for å forebygge både allment og selektivt. For å hindre at problemer utvikler seg i familier generelt og der de antas å ha størst sjanse til å utvikle seg – i risikofamilier. Målet er barnets beste. Slik vi leser det ut av foreldreveiledningsprogram, forskrifter og veiledere for helsestasjoner og stortingsmeldinger om familiepolitikken fra skiftende regjeringer, er det allmennforebyggende målet: å gjøre foreldre i stand til å bli best mulig foreldre i betydningen best mulige oppdragere for sine barn. Intet mindre.

Virker tiltakene som settes inn, blir foreldre bedre foreldre av hjemmebesøk, foreldregrupper, ICDP, COS og alt det andre? Det er egentlig et komplett umulig spørsmål å svare på. Det er en evalueringsstudie som ikke lar seg gjennomføre overordnet, fordi det ikke er enighet om hva det vil si å være god og bedre. Det er et normativt spørsmål, stadig oppe til debatt. Det er ulike oppfatninger blant foreldre, avhengig av foreldres sosiale og kulturelle bakgrunn (jf. kap. 1.3).

Det er også faglig uenighet, synliggjort i de ulike tilnærningene som kommer til uttrykk i presentasjonen av foreldreveiledningsprogram som er innrettet universelt (jf. kap. 4). Heldigvis, vil vi legge til. Fullstendig enighet om hva som kjennetegner en god forelder og gode foreldrepraksiser ville vært et faresignal, gitt mulighetene for at myndighetsengasjement i foreldreveiledning kan føre til ensretting av hva som er god foreldrepraksis. Samtidig klusser det til politikkomplementeringen, som i målstyringens navn gjerne vil ha et klart svar på spørsmålet: Virker foreldrestøtte eller virker det ikke? Løsningen har, slik vi tolker dette, blitt klassifiseringer av evidens og krav

det ikke? Løsningen har, slik vi tolker dette, blitt klassifiseringer av evidens og krav om at tiltak bør effektevalueres etter bestemte metodiske forskningsdesign. Dersom effekt kan bevises, ved å underlegge det vitenskapelige tester, virker programmet eller tiltaket. Ulike tiltak kan dessuten sammenlignes basert på grad av effekt – og det mest effektive velges. Enkelt og greit.

Et ønske og mål om å kunne vise til effekt er gjennomgående i forskning på foreldreveiledningsprogram, men også i forskning på andre tiltak – som hjemmebesøk til alle ferske foreldre og Familiens hus. Det etterlyses evidensbaserte effektstudier som kan gi svar på om tiltaket virker. Å kunne vise til effekt er i enkelte sammenhenger i ferd med å bli et krav ved politikkomplementering. La oss bruke et eksempel for å illustrere poenget: Foreldreveiledningsprogram er en del av tilbudet ved norske helsestasjoner. Helsestasjonen kan være arena for foreldregrupper basert på slike program, og helsesøster bruker kunnskap og tips fra program i individuelle konsultasjoner og i foreldregrupper (Jacobsen 2016; Møller-Pedersen & Hanssen-Bauer 2016). I forskrifter for helsestasjoner og skolehelsetjeneste er arbeidet med foreldreveiledning nedfelt i formålet:

«Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal i et tverrfaglig samarbeid bidra til å skape et godt oppvekstmiljø for barn og ungdom *gjennom tiltak for å styrke foreldrenes mestring av foreldrerollen*, fremme barns og ungdoms lærings- og utviklingsmiljø og bidra til å legge til rette for godt psykososialt og fysisk arbeidsmiljø i skolen.»¹¹¹ (vår utheving).

Veilederen fra Sosial- og helsedirektoratet (2004) som konkretiserer forskrift og som helsestasjonene driver virksomheten basert på i dag, vil bli erstattet av nasjonale faglige retningslinjer. Et utkast til slike retningslinjer har vært på høring, og Helsedirektoratet arbeider for tiden med å få på plass endelige retningslinjer. Både veileder (2004) og utkast til nasjonale faglige retningslinjer (2016) har et kapittel om foreldreveiledning. I veileder (2004) behandles foreldrerollen som et tema som inngår i arbeidet helsestasjonen driver knyttet til sped- og småbarns vekst og utvikling. Det vises i tillegg til et foreldreveiledningsprogram som er utviklet og kan være til støtte for «foreldre med barn i skolealder». Programmet beskrives som å skulle fremme egen mestring, dyktiggjøre voksne i foreldrerollen og bidra til tidlig og godt samspill mellom foreldre og barn. Det kan tilrettelegges for grupper.¹¹²

Utkastet til nasjonale faglige retningslinjer (2016) har en annen form og er betydelig mer konkret når det gjelder foreldreveiledning. Det slås nå fast at «alle foresatte bør tilbys systematisert foreldreveiledning». Målene er om lag som beskrevet i veilederen,

¹¹¹ Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Til § 1-1. Formål.

¹¹² Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003. nr. 450, s. 37.

men det understrekes at veiledning og råd skal gis basert på «beste kunnskap», og gis både individuelt og i gruppe. Videre at foreldreveiledningsprogram som tas i bruk av helsestasjon bør være effektevaluert under norske forhold og «ha dokumentert effekt på minimum evidensnivå 3 og helst 4, basert på evidensklassifiseringen til ungsinn.no». Dersom programmet ikke er effektevaluert, anbefales det at slike studier settes i gang (se oversikt over evidensnivåer i kap. 2).¹¹³

At foreldreveiledning som tas i bruk er kunnskapsbasert og at det bør være undersøkt om det virker, er etter vår mening et opplagt krav i 2016. For å kunne forsvare bred implementering av et forebyggende tiltak, må man ha kunnskap om hvorvidt det virker og hvorfor noen tiltak virker bedre enn andre. Men i det nevnte forslaget til nasjonale faglige retningslinjer er det et krav om beste kunnskap, og *beste kunnskap* er i praksis satt lik effektevaluert.

Det er vanskelig å argumentere mot beste kunnskap. Det har vi ikke tenkt å gjøre. Vi er heller ikke motstandere av at effektevalueringer gjøres og at resultatene vektlegges. Men vi vil innvende at det komplekse spørsmålet om hva det vil si at foreldreveiledning virker, er i ferd med å bli forenklet på en måte som gjør at viktige perspektiver går tapt. La oss kort utdype ved å gå til metodiske utfordringer med å skulle måle effekt og resultater av foreldreveiledning, for så å sammenligne ulike tiltak.

Hva innebærer det å ha randomiserte kontrollerte studier (RCT) som det ypperste mål på evidens, som en såkalt «gullstandard» når det er snakk om komplekse forebyggende innsatser (se f.eks. Major et al. 2011 for en diskusjon)? RCT er en metode som skal fastslå effekt. Hva er effekt? Effekt viser årsakssammenheng mellom to fenomener, årsaken må komme før, eller i det minste samtidig med, effekten i tid. Årsakssammenheng må etableres. Så må det tas hensyn til og kontrolleres for andre teoretiske variabler (andre forhold som kan tenkes å ha påvirket sammenhengen mellom de to fenomenene). Det må kontrolleres for alle slike teoretisk relevante variabler. Dette kravet er vanskelig å tilfredsstille i samfunnsforskning, «kanskje umulig» (Johannessen et al. 2005, s. 261). Det kan strengt tatt kun undersøkes gjennom et kontrollert eksperiment der man holder konstant alle andre faktorer enn den variabelen som blir manipulert (årsaksvariabelen). Dette kan for eksempel gjøres ved å intervensere med tiltak i ett befolkningsutvalg, og så sammenligne det som skjer i dette befolkningsutvalget med et utvalg som ikke har fått tiltaket. Randomisert viser til at befolkningsutvalget er representativt ved at det er satt sammen tilfeldig. Man sammenligner altså to helt tilfeldige sammensatte grupper, der den eneste forskjellen på de to skal være det iverksatte tiltaket. I tillegg bør man for å kunne trekke sikker slutning om årsakssammenheng mellom tiltak og det tiltaket er rettet mot, kunne vise til en mekanisme som spesifiserer hvordan de to tiltakene, og det som tiltaket er rettet mot, henger sammen. Igjen er dette vanskelig

¹¹³ Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom, utkast pr. 1.2.2016, s.74–78.

i samfunnsvitenskap, der er det vanlig å konkludere med at det er en sammenheng, hvilken retning den går i og om mulig påpeke mekanismer. Derfor:

«Å si at det er en årsakssammenheng mellom to fenomener kan aldri bli noe annet enn en teoretisk fortolkning en forsker gjør på grunnlag av observerte empiriske sammenhenger» (Johannessen et al. 2005, s. 262).

All samfunnsforskning er beheftet med tvil i større eller mindre grad, og derfor snakkes det sjelden om bevis i samfunnsforskningen. Det man gjør når et foreldreveiledningsprogram skal effektevalueres, er at man etablerer to grupper av foreldre, én som får intervensjonen og én som ikke får intervensjonen. Gruppene bør være tilfeldig sammensatt langs alle variabler. Den ene foreldregruppen bør for eksempel ikke i snitt ha høyere utdanning enn den andre. Så fastsettes et effektmål. Effektmålet relaterer seg til tiltakets overordnede mål, men det må kunne operasjonaliseres og det må kunne måles. Et slikt mål kan for eksempel være hvorvidt mor/far ofte irettesetter barnet verbalt. Det undersøkes så hva foreldre i de to gruppene rapporterer om dette i forkant av intervensjonen, deretter gjennomføres intervensjon i den ene gruppen, og så måles begge gruppers rapportering på dette punktet i etterkant. Dersom gruppen som har fått intervensjonen i form av foreldreveiledningsprogram har endret praksis på en signifikant måte, har tiltaket effekt.

Det er flere utfordringer med denne måten å måle effekt på, når gjenstanden det skal måles effekt av er foreldreveiledning eller annen foreldrestøtte.

For det første: Sammenhengen mellom tiltakets overordnede mål og det operasjonaliserte målet – målestokken i forsøket. Målet med foreldreveiledning, slik vi har sett dette beskrevet i kapittel 4, er å endre relasjonen mellom foreldre og barn. Hvordan etablere et mål som kan fortelle om en slik relasjon har endret seg, til det bedre, til det verre, ut over rimelig tvil? Dette er krevende å operasjonalisere. Det er dessuten krevende å finne mål som dekker bredden i mulige effekter. Dette synliggjøres når foreldre som intervjues i tillegg til å svare på et spørreskjema, forteller om andre endringer de mener programmet har besørget (se f.eks. Skar et al. 2014). Dette er endringer det ikke ble spurt om i effektmålingen og som derfor ikke er synliggjort.

For det andre målemetoden, hvordan data samles inn. Dette gjøres som regel enten ved selvrappotering (spørreskjema til foreldre) eller alternativt ved videoopptak, der en forsker/assistent noterer seg hvordan foreldre opptrer ut fra en bestemt måleskala. Barn blir sjelden spurt om å rapportere hvordan de opplever eventuelle endringer i foreldrepraksiser. Vi har ikke funnet noen eksempler på at barn er spurt. Uansett hvem som rapporterer, må det påregnes at forsøket, det at man vet at man blir målt, i seg selv kan påvirke hva man svarer. Å vite at man er del av et forsøk eller en test, kan påvirke menneskene som inngår i testen. Det kalles gjerne kontroll effekt når et fenomen påvirkes av ulike egenskaper ved undersøkelsesopplegget (jf. Hellevik [1971] 1991, s. 314). I studier der det brukes en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe, vil begge

grupper kunne påvirkes, ikke av innholdet i tiltaket, men av at man vet at man er med i en studie som handler om foreldrepraksiser og endring i foreldrepraksis.

I tillegg kan altså andre forhold enn selve veiledningen påvirke rapporterte effekter. Hvordan er det egentlig, mulig å isolere effekten av et foreldreveiledningsprogram? Måten dette gjøres på, er ved å være nøye med sammensetning av intervensjonsgruppe (de som mottar programmet) og kontrollgruppe. Det skal være to tilfeldig valgte grupper (dersom målet er å sjekke effekten av et virkemiddel som settes inn universelt). Men selv om det er to tilfeldig valgte grupper, kan det skje ting underveis som gjør at det blir en forskjell, og målingene blir dermed usikre. Dessuten kan de som i utgangspunktet ønsker å delta i en undersøkelse av denne typen, allerede være en selektert gruppe.

Vi har sett at resultatene i effektmålinger vurderes som usikre også når alle regler er fulgt og undersøkelsen gjennomført til punkt og prikke (jf. Johannessen 2005). Og ofte skjer det ting i løpet av undersøkelsen som bryter med de rigide kravene til undersøkelsesdesign i en RCT. Da blir resultatene ytterligere usikre. Det ser vi for eksempel i kunnskapsoversikter, gjennomgått som ledd i dette arbeidet, der kravet er at inkluderte studier skal oppfylle krav til en RCT (se f.eks. Mosdøl et al. 2014; Kunnskapssenteret 2015). Det blir få studier igjen i kunnskapsoversikten, og selv de som inkluderes er det gjerne metodiske problemer knyttet til, som gjør det vanskelig å si noe sikkert om effekt. Det kommenteres gjerne ved å si at resultatene ikke betyr at tiltaket ikke har effekt, kun at det er krevende å måle. Og hvis kravet er at anbefalinger om politikkimplementering skal baseres på bevist effekt, da må anbefalingene bli vage.

I universelle velferdsstater er det ekstra krevende å benytte RCT. Hvem skal være kontrollgruppe for et universelt tiltak, for eksempel hjemmebesøk, eller for effekten av Familiens hus? Det finnes da heller ingen RCTer av hjemmebesøk og Familiens hus i norsk sammenheng. Vi mangler evidens for at det virker. Men må familiehusene bevise effekt gjennom en RCT for å ha livets rett? Allmennforebyggende tiltak skal virke for hele foreldrebefolkningen, men de vil virke på ulike måter. De *skal* virke på ulike måter. Familiens hus vil for enkelte foreldre være viktig fordi det gir mulighet til å komme i en barnehage man ikke trenger melde seg på, mens dette tiltaket for andre foreldre kan være viktig fordi det finnes et yogatilbud i frivillig regi knyttet til helsestasjonen på Familiens hus. Målet med universelt innrettede tiltak er i tillegg gjerne at de skal ha en integrerende effekt, ved at mennesker med ulik bakgrunn møtes på ett og samme sted, blir kjent med hverandre og kanskje lærer noe om og av hverandre.

Det er selvfølgelig viktig å finne ut om man lykkes med et tiltak, men det finnes også andre måter å måle tiltak på. Det finnes flere måter å virke på, som er godt tilpasset hensikten med tiltaket. I tilfellet Familiens hus behøves det for eksempel undersøkelser av hva som kjennetegner foreldre som kommer i den åpne barnehagen. Andre undersøkelser har vist at disse foreldrene har lavere utdanning enn andre barnehageforeldre (Thyrhaug et al. 2011a). Hva er det med åpen barnehage som gjør at de

kommer akkurat dit? Det er et svært viktig spørsmål, gitt et mål om å nå alle typer foreldre med foreldrestøtte.

Poenget med metodediskusjonen er ikke å underkjenne betydningen av at foreldreveiledningsprogram og andre foreldrestøttende tiltak sjekkes for virkninger. Det er nødvendig å gjennomføre RCT-studier for denne typen intervensjoner der det er mulig. Ved å fokusere på kompleksiteten, slik vi her gjør, risikerer man selvfølgelig å gjøre det beste til det godes fiende – dersom RCT-studier ikke kan fortelle oss alt, så er de ikke gode. Dette er ikke vår hensikt. Hensikten med diskusjonen er å problematisere vektleggingen av evidens som finnes i litteraturen på dette feltet, og mangelen på variasjon i forskningsdesign. Det er viktig med resultatstudier, men avveininger av hva slags foreldrestøtte myndighetene skal stille seg bak, krever at man også har kunnskapsbasert innsikt i *hvorfor* noe virker eller ikke og hvordan det erfares av de som bruker det. Effektstudiers styrke er å kunne si noe om isolerte og målbare virkninger, men det er slett ikke alltid studien gir innsikt i hvorfor en virkning forekommer eller glimrer med sitt fravær. Et annet element er at hvordan foreldrestøtte implementeres, kan påvirke effekter på måter som er krevende å skille fra selve tiltaket.

Vi er slett ikke alene om å gjøre slike påpekninger og problematiseringer (Major et al. 2011; Petticrew et al. 2015).

Ser man på utkastet til nye faglige retningslinjer for helsestasjonene, som vist til tidligere i dette kapitlet, foreslås det at kriteriet for valg av foreldreveiledningsprogram som skal tilbys norske foreldre bør knyttes til om det er effektevaluert. Hvorvidt det er et program bygget på atferdskorrigerings eller psykoedukasjon av foreldre, om det er mulig å implementere utenfor en kontrollert effektstudie på en hensiktsmessig måte, eller om det er noe behov for et slikt program, er vurderinger som ikke nevnes som å være viktige.

Det er, som vi har sett, faglig uenighet om hva som er gode råd til foreldre. Hvordan foreldre utøver sin rolle preges av forhold omkring barnet, foreldrene selv, familien for øvrig, nærmiljøet, samfunnet og kulturen de lever i. Hva som utgjør godt foreldreskap vil variere fra barn til barn i ulike land, nærmiljø og familier, og synet på foreldreskap endrer seg dessuten over tid. Hva som er gode råd til foreldre vil altså være sosialt og kulturelt betinget. Likevel er det noen forventninger til foreldre som kan sies å være universelle i dag. Barnekonvensjonen sier at alle barn har rett til å få dekket sine grunnleggende behov, og i Norge gir lovverket visse føringer, som vist i kapittel 1.3. Barn skal ikke utsettes for vold, plagende og hensynsløs atferd. Å bruke slike virkemidler i oppdragelsen er altså i strid med norsk lov. Når det gjelder råd om lek, stell, søvn, måltider, hvordan barn skal få utforske omgivelsene sine, hvordan foreldre best kan korrigere barns oppførsel og hvordan man best skaper en god relasjon til sine barn, er det imidlertid store forskjeller. De ulike foreldreveiledningsprogrammene har likhetstrekk, både i teoretisk grunnlag og i innretning, men her er også nokså grunnleggende forskjeller. Hva slags betydning disse forskjellene har, er imidlertid lite undersøkt. Så fremt vi er

kjent med, finnes det ingen studier som sammenligner flere ulike program – for andre forhold enn effekt. Foreldreveiledningsprogram studeres enkeltvis, og i målinger av effekt sammenligner man samme gruppe før og etter veiledningen, eller med en gruppe som ikke har mottatt veiledning. Vi har ikke kommet over studier som sammenligner like grupper som har mottatt ulike program. Det er også begrenset med studier som lar foreldrene komme til orde, og det er fravær av studier som lar barn komme til orde. Studier basert på samtaler med foreldre, og med barn, kunne bidratt til innsikt i hvordan det oppleves og hvordan det fungerer å lære former for konsekvenspedagogikk kontra det å lære om barns utvikling og effekter av samspill, hvordan det oppleves og fungerer når foreldre må sette søkelys på egne barndomsminner og disses betydning for egen foreldrepraksis – kontra når slike forhold ikke tematiseres i veiledningen.

Å virke er også et spørsmål om erfaringer med intervensjonen. Det er et spørsmål om hvordan ulike deler av intervensjonen virker. Hvordan rekruttering, veiledning og gruppesamtaler legges opp. Det er med andre ord et spørsmål om prosess og ikke bare om resultater. Det er kompleks. Den kompleksiteten bør synliggjøres og diskuteres, for eksempel når en helsestasjon skal bestemme seg for hvilke foreldreveiledningsprogram den vil satse på – gitt de foreldrene som er deres brukere. En for ensidig vekt på evidens kan gjøre spørsmålet om hva som bør velges enklere enn det i realiteten er.

6.3 Universelle tiltak og foreldre i risiko

Universelt innrettet foreldrestøtte inngår i en strategi for tidlig innsats. Tidlig innsats er på den ene siden allmennforebygging. Da er kravet at tiltaket skal virke for foreldre flest. Spørsmålet om det virker for folk flest har vi akkurat besvart og diskutert. Men så er tidlig innsats på den andre siden et spørsmål om å oppdage foreldre og familier med begynnende problemer tidlig, for så å kunne sette inn målrettede tiltak selektivt – rettet mot en gruppe foreldre med samme tegn på risiko, eller indikativt – rettet mot den enkelte familien. Fungerer universelle tiltak gitt et slikt mål om å avdekke problemer før de eskaleres? Fanger de opp risikofamilier og individuelle problemer på et tidlig tidspunkt?

Vi har ikke funnet studier som eksplisitt undersøker og kan gi klare svar på det punktet. Men det er studier som indikerer at universelt innrettede tiltak i alle fall har potensial til å få dette til. I rekrutteringen til en norsk studie som skulle måle effekt av foreldreveiledningsprogrammet DUÅ satt inn universelt, hadde man som krav at familier som ble rekruttert til forsøket, ikke skulle ha barn med atferdsproblemer. Man gikk nøye til verks i rekruttering, man nøyde seg ikke med å spørre foreldre om barna hadde atferdsproblemer. Dette ble undersøkt, med det resultat at flere barn med slike problemer ble oppdaget – og de kunne henvises til spesialisthelsetjenesten (Reedt et

al. 2011). Eksempelet illustrerer at universell tilgang gir mulighet til å oppdage tilfeller som trenger indikativ innsats.

Samtidig illustrerer dette at det å oppdage barn med atferdsproblemer eller problemer i relasjonen foreldre-barn, kan kreve særskilt oppmerksomhet i møte med foreldre og barn. Vi har sett, basert på flere kvalitative studier, at både helsesøstre og barnehageansatte som forholder seg til foreldre flest, strever i møte med mulige avvik (Neumann 2009; Stavne 2014; Andersen 2014; Anker-Rasch 2005). Primæroppgaven deres er folk flest, blikket og oppmerksomheten er festet på normaliteten og på at normalitet kan romme mye forskjellig. De legger vekt på å opptre som likeverdige i møte med foreldre, for slik å kunne etablere et tillitsforhold som gjør at kommunikasjon fungerer og råd og veiledning har mulighet til å nå fram. Foreldre forstås som i utgangspunktet kompetente, som en ressurs. Møtene foregår dessuten med begrenset tid til rådighet, og alle er ikke like overbevist om at de har et godt sted å henvise foreldre dersom de konfronterer dem med noe de mener kan være et problem. Alt dette er forhold som kan gjøre at de som møter foreldre – i universelt tilgjengelige settinger – ikke umiddelbart konfronterer dem med det de mistenker kan være et problem.

Er så løsningen å utstyre helsesøstre, barnehagelærere og andre med screeningskjema designet for å oppdage avvik? Helsesøstre forholder seg for eksempel til en standardisert metode som skal gjøre det enklere å oppdage mødre som sliter med tegn på depresjoner i etterkant av en fødsel (jf. Valla & Olavesen 2016). Den standardiserte metoden brukes til å avdekke problemer som potensielt kan påvirke hvordan de takler foreldrerollen i en viktig tid for å etablere tilknytning mellom foreldre og barn.

Meningene om slik screening eller systematisk kartlegging i norsk sammenheng, er delte. Det har for eksempel de siste årene pågått en heftig debatt om bruk av kartleggingsverktøy som kan måle språkkompetanse og avdekke manglende språkutvikling hos barn i barnehagen (se f.eks. Pettersvold & Østrem 2012).

Systematiske kartlegginger kan på den ene siden bidra til oppmerksomhet om potensielle problemer og gi redskaper som gjør problemer lettere å avdekke. Men på den andre siden kan det påvirke relasjonen mellom foreldre og for eksempel helsesøster på måter som virker motsatt. Det kan forstyrre tillitsforholdet og det kan fokusere på enkelte utfordringer, mens andre havner i skyggen og ikke ses. Hvordan dette virker, vil antakelig avgjøres av hvordan screeninger og standardiserte arbeidsmetoder tas i bruk, hvordan de implementeres.

Et annet spørsmål som aktualiseres av forholdet mellom universelt rettede tiltak kontra tiltak satt inn overfor foreldre i risiko og foreldre der problemer er avdekket, er om det er riktig å gi tilbud om foreldreveiledning til foreldre flest.

I Norge har psykologen Lars Smith vært den tydeligste stemmen blant de som mener man bør utvise varsomhet når man gir råd og veiledning til foreldre som har normale og gode relasjoner med sine barn. Nyere spedbarnsforskning har dokumentert at barn fra fødselen av intuitivt kommuniserer med sine omgivelser og omsorgspersoner.

Forskning på samspillet mellom nyfødte og omsorgsgivere har også vist at foreldre intuitivt besvarer spedbarnets forsøk på kommunikasjon. Det argumenteres med at dette tyder på at det finnes intuitivt foreldreskap. Smith argumenterer (Smith 2014) for at man ved å gå inn i denne relasjonen med råd til foreldre kan forstyrre dette intuitive. Man kan, mener han, risikere at denne intuitive, ofte ubevisste og svært raske kommunikasjonen vil forstyrres dersom foreldre bevisstgjøres på en måte som gjør at de tenker over sin respons overfor barnets signaler. Forskningen gjennomført av Høivik (Høivik et al. 2015) på Marte Meo-intervensjonen (referert til i kap. 4.3), som fant at foreldrene med minst problemer hadde liten eller negativ effekt av intervensjonen, kan tolkes som en støtte for et slikt syn. En måte å tolke disse resultatene på, er at foreldre som i utgangspunktet var trygge og ikke problematiserte noen forhold, gjennom råd og veiledning ble gjort usikre på egen foreldrerolle, noe som påvirket deres samspill med barna negativt.

I møte med slike argumenter har blant andre professor Willy Tore Mørch¹¹⁴ argumentert for at sammenhengen mellom veiledning av foreldre og forstyrrelse av intuitivt foreldreskap bare er teoretisk. Det er ikke en empirisk dokumentert sammenheng. Ser man på forskningen gjort på ICDP og De Utrolige Årene i en «vanlig foreldrebeholdning», finner både Skar et al. (2015) og Reedts (2012) positive resultater av veiledningen. Metodisk benytter riktignok ikke studiene videoobservasjon av samspillet slik Marte Meo-studien gjør, men de selvrapporterte svarene i de to nevnte studiene indikerer at foreldre flest kan gjøre seg nytte av foreldreveiledning.

I ett av ekspertintervjuene gjort som del av denne kunnskapsstatusen, problematiseres forholdet mellom automatikk på den ene siden og det intuitive på den andre.

Det jeg synes er vanskelig med den debatten, er at jeg ikke klarer å skjønne hvordan man skiller mellom intuitiv parenting og det vi har med oss som litt automatikk som ikke er en biologisk og intuitiv greie, men som er på en måte både kulturen vi lever i og det vi har av barndomserfaringer som gjør at vi reagerer automatisk. Den automatiske reaksjonen er ikke nødvendigvis den samme som den intuitive. Og jeg tenker at disse universalforebyggende programmene har nettopp en funksjon for å få oss til å reflektere over hva som kommer automatisk og hvor det kommer fra. At foreldre liksom ikke bare ser på barnet, men også på seg selv.

Her reflekteres det over at det være seg automatikk eller intuisjon, så kan et universelt innrettet program som tar sikte på å få til refleksjon hos foreldre – framfor å lære bort bestemte teknikker – vanskelig gjøre skade. Tvert imot, argumenteres det, er det å øke bevisstheten om hvilke praksiser man bruker i foreldreskapet både nyttig og viktig.

¹¹⁴ <https://psykologisk.no/2014/03/ny-fagartikkel-skaper-debatt/> Lesedato: 10.08.16

6.4 Foreldreerfaringer

Hva vet vi så om brukernes erfaringer? Foreldre er til stede i effektstudier ved at de svarer på spørsmål eller observeres. De rapporterer enten direkte (blir observert) eller indirekte (spørreskjema). Slik slipper de til med sine erfaringer. Samtidig har vi sett at foreldre kan ha erfaringer med veiledningene som det ikke spørres etter standardisert, og som derfor ikke synliggjøres med mindre foreldre også snakkes med i intervjuer og fokusgrupper (se f.eks. Skar et al. 2014)

Kvalitative studier kan ikke brukes til å måle effekt eller til å si noe om utbredelse av synspunkter og erfaringer. Men de gjør det mulig å utforske hva som skjer når veiledning gitt i ulike sammenhenger ikke virker, og hva som skjer når det virker – sett fra foreldres ståsted. Vi har sett hvordan kvaliteten i relasjoner vektlegges og understrekes. Relasjoner i denne sammenhengen er relasjoner til de andre i foreldreveiledningsgruppen og i foreldregruppen, og det er relasjoner mellom forelderen og den eller de som skal ivareta veiledningen.

Å bygge nettverk med andre foreldre er viktig, i alle fall for mødrene. Vi har sett hvordan mødre primært leter etter en likesinnet i foreldregruppen på helsestasjonen (Hjälmhult et al. 2014), og hvordan kvinner med innvandrerbakgrunn på ICDP-kurset bygger nettverk med andre kvinner med tilsvarende bakgrunn (Skar et al. 2014). Vi har sett at en far som ankommer foreldregruppen dominert av mødre på helsestasjonen, kan endre dynamikken i gruppen (Hjälmhult 2014). Vi har sett at det å lede veiledningsgrupper og foreldregrupper i dag, er noe annet enn det helsesøstre opplevde når veiledning primært var informasjon. Nå handler det om å få til gode gruppedynamikker (Lefèvre et al. 2015). Og vi har sett at det å balansere instruksjon og dialog for en foreldreveileder i møte med foreldre som antas å ha en annen hovedtilnærming til sosialisering av barn enn den dominerende norske, er en krevende øvelse (jf. Erstad 2015, Danielsen og Engebrigtsen 2007).

Tendensen til at foreldre leter etter likesinnede, peker i retning av at selekterte spesialgrupper innenfor et universelt gitt tilbud kan være en vei å gå. Det kan også være en måte å rekruttere foreldre det ikke ellers er så lett å få tak i. Det er påvist en tendens til at familier med høy sosioøkonomisk status og familier med to foreldre der begge har høy utdanning og er i jobb, i større grad melder seg på oppmøtebaserte foreldreveiledningsprogram enn andre foreldre. Dette forstås som en tendens hos disse høystatusforeldrene til å være generelt mer proaktive (Reedtz 2012). Men det kan også forstås som et resultat av rekrutteringsstrategier og det tilbudet som faktisk gis. Kvalitative studier har vist hvordan mødre til barn med funksjonsnedsettelse i en veiledningsgruppe med likesinnede opplever en type normalitet de ikke finner i en universelt sammensatt gruppe (Tørnes 2007), og hvordan somaliske mødre i større grad oppsøker tiltak i Familiens hus når det legges til rette med veiledere og andre som rekrutterer som også har somalisk bakgrunn (Nordens Velfærdscenter 2012b).

Argumenter mot å ha selekterte grupper innenfor universelle tiltak er at det – nettopp – selekterer, ved å sortere ut foreldre med enkelte kjennetegn og dermed segmentere en bestemt type normalitet innenfor det universelle. Argumenter for er at det, sett fra de selekterte mødrenes og fedrenes ståsted, kan oppleves som tilpasset og tilrettelagt på måter som øker utbyttet de har av tiltaket – og muliggjør deltakelse.

En sak for seg er de usynlige fedrene. De er, som en generell betraktning, ikke i foreldrestøttetiltakene og ikke i forskningen. Dette er, som tidligere påpekt, til å undres over, gitt det vi vet om fedrenes økende deltakelse og involvering i forholdet til egne barn (jf. f.eks. Brandth & Kvande 2013), og gitt den oppmerksomheten fedre gis i forskning på utviklingen av foreldreskapet. Når det gjelder veiledning rettet mot foreldrepraksis, er de imidlertid nesten usynlige.

Kanskje er det slik at de gjøres mer usynlige av forskningsbidrag på foreldreveiledning og -støtte enn de i realiteten er. Studien fra hjemmebesøk hos tenåringsmødre, der forskerne eksplisitt *oppsokte* fedrene (Ferguson & Gates 2015), viser både at de var til stede, at de har sine spesifikke erfaringer og synspunkter med inn i veiledningsforholdet og at de er interesserte. Om veiledningen skal virke i møte med fedrene er, som med mødrene, mest et spørsmål om hvordan den gis. Den nevnte fedrestudien gir nemlig innsikt i den kanskje viktigste foreldreerfaringen vi har funnet; at relasjonen til veileder har svært mye å si. Denne relasjonen framstår som et særlig kritisk punkt, gitt spørsmålet om foreldreveiledning virker: Foreldre er, for å sitere Ferguson og Gates (2015), ikke et tomt kar som informasjon kan helles ned i. Foreldre har med seg sine erfaringer. De må møtes som likeverdige. Foreldreskap er ikke bare et privat prosjekt. Det er et personlig prosjekt og et usikkert prosjekt. Det bidrar til at fasiter lett preller av og at objektivisering av forelderen i veiledningssituasjonen kan være det elementet som gjør at råd og synspunkter ikke når fram.

Når foreldres erfaringer kommer til syne, framstår foreldreveiledning som virker mer som samtaler om hva som er rett, enn som oppskriftslignende formidling av hva som er riktig.

6.5 Hva vet vi ikke?

Vi har allerede påpekt og understreket den største mangelen i forskning om virkninger av foreldreveiledning: Det mangler prosessbaserte og erfaringsbaserte studier fra universelt innrettede foreldreveiledningsprogram i Norge. De som er planlagt er også i hovedsak, så vidt vi har kjennskap til, RCT-studier. De bør suppleres av undersøkelser som viser fram og utforsker foreldreerfaringer, slik at det er mulig å identifisere hva som gjøres riktig når det fungerer og hva som gjøres feil når det ikke fungerer. Det behøves kunnskap om implementering, rekruttering, gjennomføring og hva som er

behov og erfaringer til foreldre med ulik sosial og kulturell bakgrunn. En pågående studie som vil kunne gi noen svar på dette, pågår på Uni Research Rokkansenteret i Bergen, i prosjektet "Parenting cultures and risk management in plural Norway". Her undersøkes blant annet erfaringene med foreldreveiledning i en bydel i Bergen, slik dette ses fra myndigheters, administrasjonens, helsesøstres, foreldreveilederes og, ikke minst, foreldres ståsted.¹¹⁵

Det behøves også studier som kan gi svar på hvor far er i tiltak rettet mot foreldrepraksiser, og hva de som gir veiledning, mødre som mottar det og fedre som mottar det, har å si. Vi trenger å forstå hvorfor far er så usynlig. Dette trenger vi gitt målene med foreldrestøttende tiltak. Barn har rett til begge foreldre. Det er fastlagt i barnekonvensjonen. I de fleste familier involverer dette en far. Det er et godt argument for et kjønnsperspektiv i tilnærming til foreldrestøttende tiltak og i forskning på foreldrestøttende tiltak.

Dernest er det mye vi ikke vet om såkalte risikogrupper i møte med foreldreveiledning. Hva betyr sosial klasse? Hva betyr innvandrerbakgrunn? Hva betyr det å ha et barn med særlige behov eller problemer? Hvordan påvirker dette foreldres behov? Hvordan påvirker det erfaringer med universelle tiltak, og hvordan påvirker det erfaringene med særskilt innrettede tiltak? Å ta hensyn til kulturell bakgrunn er et overordnet mål i mye foreldrestøttende virksomhet. Hvordan dette praktiseres og hvordan det erfares, vet vi lite om. Hvordan det erfares når det ikke praktiseres, vet vi også lite om. Her bør foreldre med ulik bakgrunn høres, og her bør veiledere i ulike prosjekter høres.

En av problemstillingene i kunnskapsstatusen var knyttet til barnets alder. Hvordan fungerer foreldrestøtte når den settes inn seint i foreldreskapet? Forskningen om universelle tiltak, som vi har forholdt oss til, er i all hovedsak basert på småbarnsforeldre. I den grad foreldre med større barn er mål for tiltak, problematiseres barnets alder i liten grad. Derfor kan ikke spørsmålet om alder besvares godt.

Til slutt. Det trengs kunnskapsbaserte diskusjoner om foreldreveiledning som vare. Et element som ikke løftes i forskningen vi har gjennomgått, er eierskap til ulike foreldreveiledningsprogram. En del av programmene som rettes mot foreldre generelt, er, som vi har sett i kapittel 4, nokså like både i teoretisk tilnærming og i innretning. Samtidig er det, som vi også har vist, enkelte grunnleggende forskjeller. Programmene som er presentert i kapittel 4, har ulike eiere, tilknytning til ulike fagmiljøer og tilknytning til ulike deler av den statlige forvaltningen. Det er, slik vi forstår det, konkurranseprogrammene imellom.

Programmene markedsføres overfor lokal forvaltning, og de markedsføres overfor helsestasjoner, barnehager og skoler. Hvorvidt programmet er evidensbasert, framstår som et sentralt poeng, både i den faglige diskusjonen og i markedsføringen. Her spiller

¹¹⁵ <http://uni.no/nb/uni-rokkansenteret/medborgerskap-migrasjon-og-helse/parenting-cultures-and-risk-management-in-plural-norway-nfr-236956f10/> Lesedato 19.10.16

Ungsinn er særlig rolle, fordi de gjennom sin klassifisering av ulike programs evidensnivå har fått en posisjon med betydelig definisjonsmakt. Det blir for eksempel vist til, i ekspertintervjuer, at ICDP er vanskelig salgbart, fordi det mangler RCT med høy evidensskåre. Hvorvidt dette stemmer eller kun er basert på antakelser, er vanskelig å vurdere. Men kravene i utkast til nye faglige retningslinjer for helsestasjonene, som vi har vist til tidligere i dette kapitlet (6.2), indikerer at å ha forskning som gir grunnlag for å bli klassifisert høyt på Ungsinns evidensskala, kan bety et være eller ikke være for programs forhold til for eksempel norske helsestasjoner. Dette betyr i tillegg at det er kamp om forskningsmidler, og forskningsdesignene det kjempes om midler til, er først og fremst de som kan bevise effekt.

Det mangler en norsk studie som kartlegger bruken av ulike foreldreveiledningsprogram lokalt: omfanget av slik veiledning, hvilke som brukes, hvordan disse velges ut, hvilke tjenester de gis innenfor, og hvordan det skilles mellom universelt innrettede tiltak, selektivt innrettede tiltak og indikative tiltak. Videre: hvilke foreldre inviteres med, hvordan rekrutteres det, hvor mange og hvilke foreldre er det som deltar?

Det er, slik vi vurderer det, ikke et problem at det finnes flere konkurrerende program. Dette kan være en fordel både for faglig utvikling og for å kunne møte ulike behov hos foreldre. Men det behøves en diskusjon som synliggjør de ulike programmenes fordeler og ulemper, og hva slags opplegg som er best egnet i møte med hvilke målgrupper blant foreldre.

Det behøves også, slik vi har påpekt i kapittel 6.1, en oppdatert oversikt over norske foreldres forhold til foreldreveiledning, om hva som er behovene og hvilke typer tiltak de ønsker.

Referanser

- Aarts, M. (2000). *Marte Meo: Basic manual*. Harderwijk: Aarts Productions.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Akinbami I. J., Cheng, T. L., Kornfeld, D. (2001). *A review of teen-tot programs: comprehensive clinical care for young parents and their children*. *Adolescence*, 36(142), 381–93.
- Alfredsson, E., Broberg, A. & Axberg, U. (2015). *Föräldrastöd & Tonåringar. Rapport til Länsstyrelserna*. Psykologiska Institutionen. Göteborgs Universitet.
- Allertsen, L. (2009). *Familievernet – brukere og innhold i tjenesten, 2002-2007*. Rapport 2009/21. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Andersen, T. O. (2014). *Tidlig innsats i barnehagen og foreldrenes oppdragelse av barn som viser tidlig autoritetskonflikt*. Masteroppgave i spesialpedagogikk. Universitetet i Stavanger.
- Andresen, S. & Richter, M. (2012). Introduction. I M. Richter & S. Andresen (red.), *The Politicization of Parenthood. Shifting Private and Public Responsibilities in Education and Child Rearing*. Heidelberg, London, New York: Springer.
- Andrews, T. & Wærness, K. (2004). Deprofesjonalisering av helsesøsteryrket. *Sosiologisk tidsskrift*, 12, 325–341.
- Anker-Rasch, C. (2005). *Kvinner med fødselsdepresjon – finner vi dem? En intervju-studie av helsesøstres opplevelser på helsestasjoner i Oslo*. Master of Public Health. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.
- Annfelt, T. (2008). Den viktige far. Representasjoner av far i familiepolitiske dokumenter. *Tidsskrift for kjønnsforskning*, 1/2008, 42–58.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H. & Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychol Bull*, 129. doi:10.1037/0033-2909.129.2.195

- Balke, I. (2013). *Snart er det bare vi og feieren som er innom hos folk: en kvalitativ studie av helsesøsters hjemmebesøk til nyfødte*. Masteroppgave i helsefremmende lokalsamfunnsarbeid. Høgskolen i Gjøvik.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations for thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2014). *En god barndom varer livet ut. Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014-2017)*.
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2014). *Dimensjonering og organisering av familieverntjenestene – En evaluering*. Oslo: Bufdir.
- Barne- og familiedepartementet (1997). *Oppsummering av utviklingen i foreldreveiledningsprogrammet i 1995 og 1996. Informasjon om oppfølging i 1997*. Rundskriv Q-5/97.
- Barnevernloven. Lov av 01.07.2016 om barnevernstjenester.
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting styles on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11, 56–95.
- Baumrind, D. (1987). Parental disciplinary patterns and social competence in children. *Youth and Society*, 9, 239–251.
- Becker, W. C. (1964). Consequences of different kinds of parental discipline. I M. L. Hoffman & L. W. Hoffman (red.), *Review of Child Development Research*, 1, 169–208.
- Bekkengen, L. (2002). *Män får välja – om föräldraskap och föräldraledighet i arbetsliv och familjeliv*. Malmö: Liber.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55, 83–96.
- Bennett, C., Macdonald, G., Dennis, J. A., Coren, E., Patterson, J., Astin, M. (2008). *Home-based support for disadvantaged adult mothers*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1.
- Berntsen, L. S. & Holgersen, H. (2015). Entusiasme og gjenkjennelse. En kvalitativ studie av profesjonell og personlig endring etter opplæring i foreldreveiledningsmetoden «Circle of Security Parenting DVD». *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52(2), 117–125.

- Bing, V. (2011). Kunnskapsutveikling kring familjecentralen. I M. Kekkonen, M. Montonen & R. Viitala (red.), *Familjecenter i Norden – en resurs för barn och familjer*. København: Nordiska Ministerrådet.
- Bjørnstad, S. (2015). *International Child Development Programme (ICDP)*.
- Bogen, B. & Sundby, H. (1976) *Helsestasjonen alltid i støpeskjeen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. London: Routledge.
- Bowlby, J. (1958). The nature of a child's tie to its mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350–373.
- Brandth, B. & Kvande, E. (2013). *Fedrekvoten og den farsvennlige velferdsstaten*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Brandtzæg, I. & Thorsteinson, S. (2014). Implementation of Circle of Security in Scandinavia. Presentasjon holdt på verdenskongressen til World Association of Infant Mental Health i 2014.
- Brandtzæg, I., Smith, L. & Torsteinson, S. (2012). *Mikroseperasjoner. Tilknytning og behandling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bredal, A. (2010). Barnevernet og minoritetsjenters opprør. Mellom det generelle og det spesielle. I K. Eide, N. A. Qureshi, M. Rugkåsa & H. Vike (red.), *Over profesjonelle barrierer. Et minoritetsperspektiv i psykososialt arbeid med barn og unge*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Towards an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 513–531.
- Bråten, B. (2014). Gagns mennesker og gode liv: Utdanning i foreldres oppdragerstrategier. I H. B. Nielsen (red.), *Forskjeller i klassen. Nye perspektiver på kjønn, klasse og etnisitet i skolen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Cassibba, R., van IJzendoorn, M. H., Coppola, G., Bruno, S., Costantini, A., Gatto, S., Lucia, E. & Tota, E. (2008). Supporting families with preterm children and children suffering from dermatitis. I F. Juffer, M. J. Bakermans-Kranenburg & M. H. van IJzendoorn (red.), *Promoting positive parenting. An attachment-based intervention* (s. 91–110). New York: Routledge.
- Cassidy, J., Ziv, Y., Stupica, B., Sherman, L. J., Butler, H., Karfgin, A., Cooper, G., Hoffman, K. T. & Powell, B. (2010). Enhancing attachment security in the infants of women in a jail-diversion program. *Attachment and Human Development*, 12, 333–353. doi:10.1080/14616730903416955

- Celebi, M. (2014). How video interaction guidance can promote attuned parenting. *Journal of Health Visiting*, 2(2), 64–70. doi:10.12968/johv.2014.2.2.64
- Christiansen, Ø. (2015). *Hjelpetiltak i barnevernet – en kunnskapsstatus*. Bergen: Uniresearch.
- Clucas, C., Skar, A.-M. S., Sherr, L. & Tetzchner, S. v. (2014). Mothers and Fathers Attending the International Child Development Programme in Norway. *The Family Journal*, 22(4), 409–418. doi:10.1177/1066480714533640
- Danielsen, H. (2013). *Da det personlige ble politisk. Den nye kvinne- og mannsbevegelsen på 1970-tallet*. Scandinavian Academic Press.
- Danielsen, K. & Engebrigtsen, A. (2007). *Regnbueprosjektet – en evaluering. Forebyggende arbeid mot minoritetsfamilier*. Nova rapport 5/07. Oslo: NOVA.
- Degarmo, D. S. & Forgatch, M. S. (2007). Efficacy of Parent Training for Stepfathers: From Playful Spectator and Polite Stranger to Effective Stepfathering. *Science and Practice*, 7(4), 331–355. doi:10.1080/15295190701665631
- Dennis, C. L. & Creedy, D. (2004). *Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression*. Cochrane Database Syst Rev 2004, issue 4.
- Drugli, M. B. & Nordahl, T. (2016). *Samarbeidet mellom hjem og skole. En oppsummering av aktuell kunnskap om hva om skaper et godt samarbeid mellom hjem og skole*. Oslo: Utdanningsdirektoratet.
- Dybdal, R. (2001). Children and Mothers in War: An outcome study of a Psychosocial Intervention. *Child Development*, 74(4), 1214–1230.
- Ellingsen, C. (2011). *Familiegrupper i barnehagen: beskrivelser og erfaringer*. Masteroppgave Universitetet i Stavanger.
- Ellingsæter, A. L. & Leira, A. (2006). Introduction: politicising parenthood in Scandinavia. I A. L. Ellingsæter & A. Leira (red.), *Politicising parenthood in Scandinavia. Gender realtions in the welfare states*. Bristol: The Polity Press.
- Ellingsæter, A. L. & Leira, A. ([2004] 2007). Innledning: Velferdsstaten og familien. I A. L. Ellingsæter & A. Leira (red.), *Velferdsstaten og familien. Utfordringer og dilemmaer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Erstad, I. (2015). *Here, now and into the future: Child rearing among Norwegian-Pakistani mothers in a diverse borough in Oslo, Norway*. Phd-thesis. Oslo: Department of Social Anthropology, University of Oslo.

- Esping-Andersen, G. (2009). *The Incomplete Revolution. Adapting to Women's New Roles*. Cambridge: Polity Press
- Esping-Andersen, G. (2000). Three Worlds of Welfare Capitalism. I C. Pierson & F. G. Castels (red.), *The Welfare State Reader*. Cambridge: Polity.
- Esping-Andersen, G. (1999). *Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford: Oxford University Press.
- Farstad, G. & Stefansen, K. (2015) Involved fatherhood in the Nordic context: dominant narratives, divergent approaches. *Norma*, 10(1), 55–70.
- Ferguson, H. & Gates, P. (2015). Early intervention and holistic, relationship-based practice with fathers: evidence from the work of the Family Nurse Partnership. *Child & Family Social Work*, 20(1), 96–105. doi:10.1111/cfs.12059
- Ferguson, J. M. & Vanderpool, R. C. (2013). Impact of a Kentucky Maternal, Infant, and Early Childhood Home-Visitation Program on Parental Risk Factors. *Journal of Child and Family Studies*, 22(4), 551–558. doi:10.1007/s10826-012-9610-4
- Flakk, G. & Egebjerg, I. (2006). *ICDP tilpasset foreldre i fengsel* (www.ICDP.no: BLD). FNs konvensjon om barns rettigheter med protokoller (norsk oversettelse). Lovdata.
- Fogarty P. (1996). Patterns of attachment, interpersonal relationships and health. I D. Blane, E. Brunner & R. Wilkinson (red.), *Health and social organization*. London: Routledge.
- Forrester, D., Westlake, D. & Glynn, G. (2012). Parental resistance and social worker skills: towards a theory of motivational social work. *Child & Family Social Work*, 17(2), 118–129. doi:10.1111/j.1365-2206.2012.00837.x
- Foster, E. M., Prinz, R. J., Sanders, M. R. & Shapiro, C. J. (2008). The costs of a public health infrastructure for delivering parenting and family support. *Children and Youth Services Review*, 30(5), 493–501. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.11.002
- Freng, E. (2010). Metoden ICDP hjelper minoritetsfamilier. *Rusfag*, nr. 2/2010.
- Frønes, I. (2011). *Moderne barndom. 3. utgave*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Frønes, I. & Hompland, A. (1994). Hva er en familie? Brennpunkt for samfunnsforandringer. I I. Frønes & A. Hompland (red.), *Den nye barne- og familieboke. 20 spørsmål om familiebildene*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Fukkink, R. G. (2008). Video feedback in widescreen: a meta-analysis of family programs. *Clin Psychol Rev*, 28(6), 904–916. doi:10.1016/j.cpr.2008.01.003
- Gillies, V. (2007). *Marginalised Mothers. Exploring working-class experiences of parenting*. London and New York: Routledge.
- Glaser, V. (2013). *Foreldresamarbeid. Barnehagen i et mangfoldig samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gray, S. A. (2015). Widening the circle of security: a quasi-experimental evaluation of attachment-based professional development for family child care providers. *Infant Mental Health Journal*, 36(3), 308–319.
- Groeneveld, M. G., Vermeer, H. J., van Ijzendoorn, M. H. & Linting, M. (2011). Enhancing home-based child care quality through video-feedback intervention: a randomized controlled trial. *J Fam Psychol*, 25(1), 86–96. doi:10.1037/a0022451
- Gustle, L.-H., Hansson, K., Sundell, K., Lundh, L.-G. & Löfholm, C. A. (2007). Blueprints in Sweden. Symptom load in Swedish adolescents in studies of Functional Family Therapy (FFT), Multisystemic Therapy (MST) and Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC). *Nordic journal of psychiatry*, 61(6), 443–51.
- Hafstad, R. & Øvreide, H. (2004). Marte MEO – en veilednings- og behandlingsmetode. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 41(6), 447–456.
- Hallberg, A.-C. (2006). *Parental support in a changing society*. Doktorsavhandling. Lund Universitet.
- Hallberg, A. C., Beckman, A. & Håkansson, A. (2010). Many fathers visit the child health care centre, but few take part in parents' groups. *Journal of Child Health Care*, 14(3).
- Hannestad, M. & Hundeide, K. (2005). *Rapport fra «Foreldreveiledningsprosjektet for etniske minoriteter basert på ICDP metoden 2004-2005»*.
- Hansen, M. B. & Onsøien, R. (2010). Video-feedback til foreldre med sped- og småbarn. I V. Moe, K. Slinning & M. B. Hansen (red.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hauge, H. & Mittelmark, M. (2003). *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* Bergen: Fagbokforlaget.
- Haugen, E. H. & Lepsøy, I. (2015). Hvordan kombinere Circle of security og Marte Meo. *Fontene*. Publisert 01.10.2015. Hentet fra: <http://fontene.no/fagartikler/hvordan-kombinere-circle-of-security-og-marte-meo-6.47.287782.548d0716db>

- Hearn, J. (2002). Men, fathers and the state: national and global relations. I B. Hobson (red.), *Making Men into Fathers. Men, Masculinities and the Social Politics of Fatherhood*. Cambridge University Press.
- Heiberg, A. (1976). Tanker om forebyggende arbeid. I B. Bogen & H. S. Sundby, *Helsestasjonen alltid i støpeskjeen. Erfaringer fra en storkommune*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hellevik, O. ([1971] 1991). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet (2016). *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*. Endret 1.2. 2016. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsetilsynet (2014). *Helsestasjonen – hjelp i rett tid? Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helsestasjoner 2013*. Oslo: Helsetilsynet.
- Hennum, N. (2002). *Kjærlighetens og autoritetens kulturelle koder. Om å være mor og far for norsk ungdom*. Nova-rapport 19/02. Oslo: NOVA.
- Hermanns, J. M. A., Asscher, J. J., Zijlstra, B. J. H., Hoffenaar, P. J. & Dekovic, M. (2013). Long-term changes in parenting and child behavior after the Home-Start family support program. *Children and Youth Services Review*, 35(4), 678–684. doi:10.1016/j.childyouth.2013.01.017
- Hernes, H. (1987). *Welfare State and Woman Power. Essays in state feminism*. Oslo: Norwegian University Press.
- Hill, N. J & Tyson, D. F. (2009). Parental Involvement in middle school: A meta analytic assessment of the strategies that promote achievement. *Developmental Psychology*, 45, 740–763.
- Hjälmhult, E. (2016). Hjemmebesøk som metode. I H. Holme, E. S. Olavesen, L. Valla & M. B. Hansen (red.), *Helsestasjonstjenesten. Barns psykiske helse og utvikling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hjälmhult, E. og Økland, T. (2012). Hva barselkvinner er opptatt av den første tiden hjemme med en nyfødt. *Sykepleien. Forskning*, 3(7), 224–230.
- Hjälmhult, E. (2009). Skal helsesøster tilby hjemmebesøk til alle foreldre med nyfødt barn? *Sykepleien forskning*, 4(1), 18–26. doi:10.4220/sykepleienf.2009.0018

- Hjälmhult, E., Glavin, K., Økland, T. & Tveiten, S. (2014). Parental groups during the child's first year: an interview study of parents' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 23(19–20), 2980. doi:10.1111/jocn.12528
- Hobson, B. & Morgan, D. (2002). Introduction. I B. Hobson (red.), *Making Men into Fathers. Men, Masculinities and the Social Politics of Fatherhood*. Cambridge University Press.
- Hoffman, K., Marvin, B., Cooper, G. & Powell, B. (2006). Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: The Circle of Security Intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1017–1026. doi:10.1037/0022-006X.74.6.1017
- Holme, H., Olavesen, E. S., Valla, L. & Hansen, M. B. (red.) (2016). *Helsestasjonstjenesten. Barns psykiske helse og utvikling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Holst, C. (2002). Statsfeminismens moralske grammatikk. I C. Holst (red.), *Kjønnsrettferdighet. Utfordringer for feministisk politikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Holter, Ø. G. (2014). What's in it for men? Old Questions, New Data. *Men and Masculinities*, 17(5), 515–548.
- Holthe, V. G. (2003). *Profesjonalisering av barneoppdragelsen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Holum, L. C., Humerfelt, K. & Bjerkan, J. (2016). Individuell plan. I H. Holme, E. S. Olavesen, L. Valla & M. B. Hansen (red.), *Helsestasjonstjenesten. Barns psykiske helse og utvikling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Horton, E. & Murray, C. (2015). A quantitative exploratory evaluation of the circle of security-parenting program with mothers in residential substance-abuse treatment. *Infant Mental Health Journal*, 36(3), 320–336.
- Howard, K. S. & Brooks-Gunn, J. (2009). The Role of Home-Visiting Programs in Preventing Child Abuse and Neglect. *Future of Children*, 19(2), 119–146.
- Huber, A., McMahon, C. & Sweller, N. (2015). Improved child behavioural and emotional functioning after Circle of Security 20-week intervention. *Attachment & Human Development*, 17(6), 547–569.
- Hundeide, K. (2008). *Rapport om ICDP tilpasset omsorgsgivere i asylmottak*. Hentet fra: www.icdp.no
- Hundeide, K. (2007). *Innføring i ICDP programmet*. Moss: Stiftelsen ICDP.

- Høivik, M. S., Lydersen, S., Drugli, M. B., Onsøien, R., Hansen, M. B. & Nielsen, T. S. B. (2015). Video feedback compared to treatment as usual in families with parent–child interactions problems: a randomized controlled trial. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(3).
- Innst. O. XII (1946). Innstilling fra sosialkomiteen om lov om barnetrygd.
- Interpellasjon fra representanten Tove Pihl om å oppheve lov om foreldres rett til å slå sine barn. Sak nr. 7, 28. april 1971. Referat fra Stortinget.
- Jacobsen, I. (2016). *Døråpnere til barneverntjenester? – en kvalitativ intervjustudie av faglige ledere i helsestasjon, barnehage, skole og barneverntjeneste*. Masteroppgave. Høgskolen i Sør-Trøndelag.
- Jávo, C. (2010). *Kulturens betydning for oppdragelse og atferdsproblemer. Transkulturell forståelse, veiledning og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Kristoffersen, L. (2005). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Kalinauskiene, L., Cekuoliene, D., Van Ijzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F. & Kusakovskaja, I. (2009). Supporting insensitive mothers: the Vilnius randomized control trial of video-feedback intervention to promote maternal sensitivity and infant attachment security. *Child Care Health Dev*, 35(5), 613–623. doi:10.1111/j.1365-2214.2009.00962.x
- Kendrick, D., Elkan, R., Hewitt, M., Dewey, M., Blair, M., Robinson, J., Williams, D., & Brummell, K. (2000). *Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta analysis*. Arch Dis Child 2000:82.
- Kerr, L. & Cossar, J. (2014). Attachment Interventions with Foster and Adoptive Parents: A Systematic Review. *Child Abuse Review*, 23(6), 426–439. doi:10.1002/car.2313
- Kirkhaug, B., Drugli, M. B., Klöckner, C. & Mørch, W. T. (2013). Association between parental involvement in school and child conduct, social and internalizing problems: Teacher report. *Educational research and Evaluation*, 19, 346–361.
- Kjelstrup, M. A. (2014). *De Utrolige Årenes Skole- og barnehageprogram. Muligheter og begrensinger. Implementering og bruk gjennom fem ansattes opplevde erfaringer*. De Utrolige Årene, RKBU Nord, UiT Norges arktiske universitet.
- Kjølørød, L. (1993). *Jordmor der mor bor? En sosiologisk studie av jordmoryrket etter 1945*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Klevens, J. & Whitaker, D. J. (2007). Primary prevention of child physical abuse and neglect: Gaps and promising directions. *Child Maltreatment*, 12(4), 364–377. doi:10.1177/1077559507305995
- Kohlhoff, J., Stein, M., Ha, M. & Mejaha, K. (2016). The Circle of Security Parenting (COS-P) intervention: Pilot evaluation. *Australian Journal of Child and Family Health Nursing*, 13(1), 3–7.
- Kristoffersen, L. B., Sverderup, S., Haaland, T. & Wang Andersen, I.-H. (2006). *Hjelpe-tiltak i barnevernet – virker de?* NIBR-rapport 2006:7. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Kummen, T. (2016). *Familievernets historie. Oppstart og etablering av tjenesten*. Oslo: Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet.
- Kunnskapsdepartementet (2011). *Rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver*.
- Kunnskapssenteret (2015). *Bakgrunnsdokumentasjon til nasjonale retningslinjer for helsestasjoner*. Oslo: Kunnskapssenteret.
- Kaasa, A. & Jelstad, B. (2009). *Nytter det? Evaluering av Home-Start Familiekontakten*. Oslo: Diakonhjemmet høyskole.
- Lareau, A. (2002). Invisible Inequality: Social Class and Childrearing in Black Families and White Families. *American Sociological Review*, 67, 747–776.
- Larun, L., Lyngstadaas, A., Wiik, I. N. & Mørland, B. (2005). *Svangerskap og psykisk helse. Kvinners psykiske helse i forbindelse med svangerskap og første året etter fødsel*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Lee, T.-Y., Wang, M. M., Lin, K.-C. & Kao, C.-H. (2012). The effectiveness of early intervention on paternal stress for fathers of premature infants admitted to a neonatal intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, Juni, 1085–1095.
- Lefevre, Å., Lundquist, P., Drevenhorn, E. & Hallström, I. (2015). Managing parental groups during early childhood: New challenges faced by Swedish child health-care nurses. *Journal of Child Health Care*, 19(3), 381–391. doi:10.1177/1367493513509421
- Leira, A. (2012). Omsorgens institusjoner, omsorgens kjønn. I A. L. Ellingsæter og K. Widerberg (red.). *Velferdsstatens familier. Nye sosiologiske perspektiver*. Oslo: Gyldendal.
- Leira, A. (2006). Parenthood change and policy reform in Scandinavia, 1970s–2000s. I A.L. Ellingsæter and A. Leira (eds.) *Politicising Parenthood in Scandinavia*. Bristol Policy Press.

- Leira, A. ([2004]2007). Omsorgsstaten og familien. I A. L. Ellingsæter & A. Leira (red.), *Velferdsstaten og familien. Utfordringer og dilemmaer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Linnosmaa, I., Väisänen, A., Siljander, E. & Mäkelä, J. (2011). Förebyggande barn- och familjetjänster, effekter och kostnader. I Nordiska ministerrådet, *Familjecenter i Norden – en resurs för barn och familjer*. Köpenhamn.
- Littmark, S. (2012). *Hur görs barn, barndom och föräldraskap i de statliga satsingarna på stöd till föräldrar? En diskursanalys av den samtida politiken kring föräldrastöd*. Reserach Report om Childhood and the Study of Children 2012:9. Linköpings Universitet.
- Lopez, G. S. (2007). *Minoritetsperspektiver på familievern. Klienters erfaringer fra med møter med familievernkontoret*. Nova-rapport 09/07. Oslo: NOVA.
- Lov om barn og foreldre (barnelova). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7>
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Ludvigsen, K. & Danielsen, H. (2009). Samlivskurs som offentlig politikk. De- og refamilisering til barnets beste. *Sosiologisk tidsskrift*, 17(2), 120–143.
- Macdonald, G., Bennett, C., Dennis, J. A., Coren, E., Patterson, J. & Astin, M. (2008). *Home-based support for disadvantaged teenage mothers*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1.
- Major, E. F., Dalsgard, O. S., Schjelderup, K. M., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø, L. E. (2011). *Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende tiltak og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- McBride, D., Svevo, K. & Chairman, B. (2015). *International Child/Parent Development Program-USA (July 2014 - June 2015 Evaluation Report)*. Hentet fra: http://www.icdp.info/var/uploaded/2015/08/2015-08-21_09-22-36_pritzkerreport_20142015.pdf
- McLennan, J. D., MacMillan, H. L. & Jamieson, E. (2004). Canada's programs to prevent mental health problems in children: the research-practice gap. *Canadian Medical Association Journal*, 171(9), ProQuest.

- McNaughton, D. B. (2004). *Nurse home visits to maternal-child clients; a review of intervention research*. *Public Health Nurs* 2004:21.
- Meld. St. 24 (2015-2016). *Familien – ansvar, frihet og valgmuligheter*. Barne- og likestillingsdepartementet.
- Meld. St. 6 (2012-2013). *En helhetlig integreringspolitikk*. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.
- Mendelsohn, A. L., Huberman, H. S., Berkule, S. B., Brockmeyer, C. A., Morrow, L. M. & Dreyer, B. P. (2011). Primary care strategies for promoting parent-child interactions and school readiness in at-risk families: the Bellevue Project for Early Language, Literacy, and Education Success. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 165(1), 33–41. doi:10.1001/archpediatrics.2010.254
- Morawska, A., Winter, L. & Sanders, M. R. (2009). Parenting knowledge and its role in the prediction of dysfunctional parenting and disruptive child behaviour. *Child Care Health Dev*, 35(2), 217–226. doi:10.1111/j.1365-2214.2008.00929.x
- Morgan, D. (1996). *Family Connections : An Introduction to Family Studies*. Cambridge Polity
- Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsy, G. M., St-Laurent, D. & Bernier, A. (2011). Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: a randomized control trial. *Dev Psychopathol*, 23(1), 195–210. doi:10.1017/s0954579410000738
- Mosdøl, A., Blaasvør, N. & Vist, G. E. (2014). *Effekt av tilpassede tiltak for helsestasjonstjenesten*. Oslo: Kunnskapssenteret.
- Mykletun, A. & Knudsen, A. K. (2009). *Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser. En analyse basert på FD-trygd*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Møller-Pedersen, K. & Hansen Bauer, M. W. (2016). Selvregulering – en medfødt kapasitet og dens påvirkbarhet. En nøkkel til å forstå uro hos sped- og småbarn. I H. Holme, E. S. Olavesen, L. Valla, & M. B. Hansen (red.), *Helsestasjonstjenesten. Barns psykiske helse og utvikling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Möllerstrand, A., Gustavsson, M. & Osvaldsson, K. (2012). *Vad tycker föräldrar om föräldrastöd? Enkät i Valdemarsviks kommun*. Forskningsrapport 2012:8. Linköpings universitet.

- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2014). Sjekklister for vurdering av forskningsartikler.
- Neander K. & Mothander P. R. (2015). *Trygghetscircelen For Ett Reflekterande Föräldraskap. Cos-P i Sverige – Kunskaps-spridning och Prövning av ett Psyko-educativt Föräldraprogram*. Rapport. Folkhälsomyndigheten.
- Neumann, C. B. (2009). *Det bekymrede blikket. En studie av helsesøsters handlingsbetingelser*. Oslo: Novus Forlag.
- Nordens Välfärdscenter (2012a). *Nordens barn. Tidiga insatser för barn och familjer. Resultat från projektet Tidiga insatser för familjer*. Stockholm: Nordens Välfärdscenter.
- Nordens Välfärdscenter (2012b). *Nordens barn. Utveckling av nordiska familjecentraler. Resultat från projektet Tidiga insatser för familjer*. Stockholm: Nordens Välfärdscenter.
- Nordens Välfärdscenter (2012c). *Nordens barn. Unga gör skildnad. Resultat från projektet Tidiga insatser för familjer*. Stockholm: Nordens Välfärdscenter.
- Nygaard, I. J., Naden, D. & Foss, B. (2011). How can conversation contribute to alleviate suffering and regain health in women with postnatal depression?/Hvordan kan samtak bidra til a lindre lidelse og fremme helse hos kvinner med fodselsdepression? *Nursing Science & Research in the Nordic Countries*, 31(1), 34.
- Ogden, T., Hagen, K. A., Askeland, E. & Christensen, B. (2009). Implementing and Evaluating Evidence-Based Treatments of Conduct Problems in Children and Youth in Norway. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 582–591. doi:10.1177/1049731509335530
- Olds, D. L. (2006). The Nurse-Family Partnership: An Evidencebased Preventive Intervention. *Infant Mental Health Journal*, 27(1), 5–25.
- Ot.meld. nr. 1 (1945-46). Om tilbakekalling av Ot.prp. nr 16 om lov om barnetrygd. Sosialdepartementet.
- Ot.prp. nr. 16 (1945-46). Om utferdigelse av lov om barnetrygd. Sosialdepartementet.
- Ot.prp. nr. 127 (1945-46). Om utferdigelse av lov om barnetrygd. Sosialdepartementet.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive Family Process. A Social Learning Approach, vloume 3*. Eugene, OR: Castalia Publishing Company.

- Pedersen, E. (2012). «Trange» fødsler? Tidsplassering av foreldreskap i livsløpet. I A. L. Ellingsæter og K. Widerberg (red.). *Velferdsstatens familier. Nye sosiologiske perspektiver*. Oslo: Gyldendal.
- Pettersvold, M. & Østrem, S. (2012). *Mestrer, mestrer ikke: jakten på det normale barnet*. Oslo: Res Publica.
- Petticrew, M., Anderson, L., Elder, R., Grimshaw, J., Hopkins, D., Hahn, R., Krause, L., Kristjansson, E., Mercer, s., Sipe, T., Tugwell, P., Ueffing, E., Waters, E. & Welch, V. (2015). Complex interventions and their implications for systematic reviews: A pragmatic approach. *International Journal of Nursing Studies*, 52(7), 1211–1216. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.01.004
- Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K. & Marvin, B. (2015). *Trygghets sirkelen – en tilknytningsbasert intervensjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Prell-Hutmacher, C. J. (2006). *Fengselfugler har også unger: foreldreveiledning bak murene*. Masteroppgave. Universitetet i Oslo.
- Pritchett, R., Kemp, J., Wilson, P., Minnis, H., Bryce, G. & Gillberg, C. (2011). Quick, simple measures of family relationships for use in clinical practice and research. A systematic review. *Family Practice*, 28(2), 172–187. doi:10.1093/fampra/cm080
- Rambøll (2013). *Robuste samliv. Forskningsoppdrag om kunnskapsstatus og evalueringsverktøy av foreldrestøttende tiltak i Norden*. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Sluttrapport.
- Ravn, I. H. (2015). The mother infant transaction program. Effekt av The mother infant transaction program på samspill mellom mødre og moderat og lett premature ved 12 måneder. *Tidsskrift for barnesykepleiere*, 2, 12–15.
- Ravn, I. H., Smith, L., Lindemann, R., Smeby, N. A., Kyno, N. M., Bunch, E. H. & Sandvik, L. (2011). Effect of early intervention on social interaction between mothers and preterm infants at 12 months of age: A randomized controlled trial. *Infant Behavior and Development*, 34(2), 215.
- Ravn, I. H., Smith, L., Smeby, N. A., Kynoe, N. M., Sandvik, L., Bunch, E. H. & Lindemann, R. (2012). Effects of early mother-infant intervention on outcomes in mothers and moderately and late preterm infants at age 1 year: A randomized controlled trial. *Infant Behavior and Development*, 35(1), 36.
- Reedtz, C. (2012). Foreldreveiledning fremmer barns og foreldres psykiske helse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*.

- Reedtz, C., Handegård, B. H. & Mørch, W.-T. (2011). Promoting positive parenting practices in primary care: outcomes and mechanisms of change in a randomized controlled risk reduction trial. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52(2), 131. doi:10.1111/j.1467-9450.2010.00854.x
- Reynolds, A. J. (2004). Research in early childhood interventions in the confirmatory mode. *Children and Youth Services Review*, 26,15–38.
- Reynolds, A. J., Mathieson, L. C. & Topitzes, J. W. (2009). Do Early Childhood Interventions Prevent Child Maltreatment. A Review of Research. *Child Maltreatment*, 14(2), 182–206.
- Rogoff, B. (2003). *The cultural nature of human development*. New York: Oxford University Press.
- Rossmann, B., Greene, M. M. & Meier, P. P. (2015). The Role of Peer Support in the Development of Maternal Identity for “NICU Moms”. *Jognn-Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 44(1), 3–16. doi:10.1111/1552-6909.12527
- Ruud, K. (2008). *Helsesøsters bidrag til mestring av foreldrerollen*. Masteroppgave. Universitetet i Stavanger.
- Rye, H. (2002). *Tidlig hjelp til bedre samspill (2. utgave)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sandberg, K. (2008). Barns diskrimineringsvern, særlig om utdanning. I A. Hellum & K. Ketscher (red.), *Diskriminerings- og likestillingsrett*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schaefer (1959) A circumplex model for maternal behavior. *Journal of abnormal and Social Psychology*. 59, 226-235
- Schaffer, H. R. (2000). *På barns vegne*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Schiøtz, A. (2003). *Det offentlige helsevesen i Norge 1603-1850. Folkets helse – landets styrke 1850-2003*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schulerud, M. & Fridjonsdottir, K. L. (2008). *ICDP Ungdom*. Rapport fra prosjekt 2007/2008.
- Seip, A. L. (1994). *Sosialhjelpstaten blir til. Norsk sosialpolitikk 1740-1920*. Oslo: Gyldendal.
- Shaw, D. (2013). Future Directions for Research on the Development and Prevention of Early Conduct Problems. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(3), 418–428. doi:10.1080/15374416.2013.777918

- Sherr, L., Skar, A.-M. S., Clucas, C., von Tetzchner, S. & Hundeide, K. (2014). Evaluation of the International Child Development Programme (ICDP) as a community-wide parenting programme. *European Journal of Developmental Psychology*, 11(1), 1–17. doi:10.1080/17405629.2013.793597
- Sherr, L., Skar, A.-M. S., Clucas, C., von Tetzchner, S. & Hundeide, K. (2011). *Evaluation of the Parental guidance programme based on the International Child Development Programme*. Report to the Ministry of Children, Equality, and Social Inclusion.
- Skar, A.-M. S., Sherr, L., Clucas, C. & von Tetzchner, S. (2014). Evaluation of Follow-Up Effects of the International Child Development Programme on Caregivers in Mozambique. *Infants & Young Children*, 27(2), 120–135. doi:10.1097/iy.0000000000000006
- Skar, A.-M. S., von Tetzchner, S., Clucas, C. & Sherr, L. (2015). The long-term effectiveness of the International Child Development Programme (ICDP) implemented as a community-wide parenting programme. *European Journal of Developmental Psychology*, 12(1), 54–68. doi:10.1080/17405629.2014.950219
- Skar, A.-M. S., von Tetzchner, S., Clucas, C. & Sherr, L. (2014a). The impact of a parenting guidance programme for mothers with an ethnic minority background. *Nordic journal of migration research* [elektronisk ressurs].
- Skar, A.-M. S., von Tetzchner, S., Clucas, C. & Sherr, L. (2014b). Paradoxical correlates of a facilitative parenting programme in prison—counter-productive intervention or first signs of responsible parenthood? *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention*, 15(1), 35–54. doi:10.1080/14043858.2014.898981
- Skeggs, B. (2002). *Formations of Class and Gender*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.
- Skytte, M. (2001). *Etniske minoritetsfamilier og sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal.
- Slagstad, R. (1998). *De nasjonale strateger*. Oslo: Pax
- Smith, L. (2014). Foreldres intuitive omsorgsattferd [Intuitive parenting]. *Scandinavian Psychologist*, 1, e1. <http://dx.doi.org/10.15714/scandpsychol.1.e1>
- Sollied, S. & Flacke, A. (2016). *Evaluering av ICDP utprovd i krisesentervirksomhet* (www.bufdir.no).

- Stavne, S. B. (2014). *Vi vet de er der, men vi ser dem ikke. En studie av helseøstre i skolens arbeid for å identifisere barn som har det vanskelig på grunn av foreldres rusproblemer*. Masteroppgave. Institutt for Helsefag. Universitet i Stavanger.
- Stefansen, K. (2012). Små barns livsverdener: Klasespesifikke erfaringsrom? *Nordisk Barnehageforskning*, 5(8), 1–13.
- Stefansen, K. (2011). *Foreldreskap i småbarnsfamilien. Klassekultur og sosial reproduksjon*. NOVA-rapport nr. 24/2011. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Stern, D. (1985). *The Interpersonal World of the Infant: A view from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. Basic Books.
- St. meld. nr. 29 (2002-2003). *Om familien – forpliktende samliv og foreldreskap*. Barne- og familiedepartementet.
- St.meld. nr. 50 (1984-85). *Om familiepolitikken*. Forbruker og administrasjonsdepartementet.
- St.meld. nr. 17 (1977-78). *Barns oppvekstkår*. Forbruker og administrasjonsdepartementet.
- St.meld. nr. 51 (1973-74). *Barnefamilienes levekår*. Forbruker og administrasjonsdepartementet.
- St.prp. nr 1 (1996-97) Barne- og familiedepartementet.
- Socialdepartementet (1938). Utkast til lov om barnetrygd med motiver. Innstilling fra den komite som ble nedsatt av Socialdepartementet 3. oktober 1934.
- Sosial- og helsedirektoratet (2004). Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsetasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 405.
- SOU 2008:131. *Föräldrastöd – en vinst för alla. Nationell strategi för samhällets stöd och hjälp till föräldrar i deras föräldraskap*.
- Super, C. M. & Harkness, S. (1993) The developmental niche: A conceptualization at the interface of child and culture. I R. A. Pierce & M. A. Black (red.), *Lifespan development: A diversity reader* (s. 61–77). Dubuque, IA: Kendall/ Hunt Publishing.
- Sverdrup, S. (2002). *Evaluering. Faser, design og gjennomføring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sørensen, H. M. (2005). Foreldreskap kan bygges. *Embla*, 10(2).

- Sørensen, J. B. (2013). *Dig, mig og os – observation og analyse af kontakt og relationer*. Fredrikshavn: Da_olo.
- Thompson, R. A. (1999). Early attachment and later development. I J. Cassidy & P. R. Shaver (red.), *Handbook of attachment: Theory, practice and clinical applications*. New York: Guilford Press.
- Thorslund, K., Johansson-Hanse, J. & Axberg, U. (2014a). Universal parental support – how to reach out: a cross-sectional random sample of Swedish parents. *BMC Public Health*, 14, 1064.
- Thorslund, K., Axberg, U. & Johansson-Hanse, J. (2014b). Universal support for parents of adolescents – what is offered to them, what are they aware of, what do they want: a telephone survey. Licentiatuppsats, Psykologiska Institutionen, Göteborg.
- Thuen H. (2008). *Om barnet. Oppdragelse, opplæring og omsorg gjennom historien*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Thuen, H. & Sommerschild, H. (1997). *Foreldre – til barns beste. Om barneoppdragelse før og nå*. Oslo: Pedagogisk Forum.
- Thyrhaug, A., Vedeler, G. W., Martinussen, M. & Adolfsen, F. (2011a) Familien hus i Norge – et tverrfaglig kommunalt helsetilbud for barn, unge og deres familier. I M. Kekkonen, M. Montonen & R. Viitala (red.), *Familjecenter i Norden – en resurs for barn och familjer*. København: Nordiska Ministerrådet.
- Thyrhaug, A., Vedeler, G. W., Martinussen, M. & Adolfsen, F. (2011b). Samarbeid i Familiens hus. I M. Kekkonen, M. Montonen & R. Viitala (red.), *Familjecenter i Norden – en resurs for barn och familjer*. København: Nordiska Ministerrådet.
- Tomasello, M. & Haberl, K. (2003). Understanding attention: 12- and 18-month-olds know what is new for other persons. *Developmental Psychology*, 39, 906–912.
- Trbonja, A. (2013). *Hadde hun avvist ham, så var det fordi hun ikke visste... : En studie om helsesøstres arbeid med de yngste barna og deres*. Master i helse- og sosialfaglig arbeid med barn og unge. Avdeling for helse- og sosialfag. Høgskolen i Lillehammer.
- Trevarthen, C. (1998). The concept and foundations of infant inter-subjectivity. *Inter-subjective communication and emotion in early ontogeny*, 15(46).
- Tucker, J. (2006). Using video to enhance the learning in a first attempt at 'Watch, Wait and Wonder'. *Infant Observation*, 9(2), 125–138. doi:10.1080/13698030600810359

- Tørnes, H. (2007). *Rapport: Foreldreveiledning tilpasset foreldre med barn med nedsatt funksjonsevne*. Bergen.
- Valla, L. & Olavsén, E. S. (2016). Bruk av kartleggingsmetoder i helsestasjonstjenesten. I H. Holme, E. S. Olavesen, L. Valla & M. B. Hansen (red.), *Helsestasjonstjenesten. Barns psykiske helse og utvikling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vollset, G. (2011). *Familiepolitikken historie – 1970 til 2000*. NOVA-rapport 1/2011. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Webster-Stratton, C. (2007). *De utrolige årene: en veiledning i problemløsning for foreldre med barn i alderen 2–8 år (2. utg.)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Williams, B. J. (2008). Parental Attitudes Regarding Behavior Guidance of Dental Patients with Autism. *Pediatric Dentistry*, 30(5), 400–407.
- Zahn-Waxler, C., Radke-Yarrow, M. & Wagner, E. & Chapman, M. (1992). Development of concern for others. *Developmental Psychology*, 28, 126–136.
- Øia, T. & Fauske, H. (2010). *Oppvekst i Norge*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Aarseth, H. (2014). Lyst til læring eller 'fit for fight'? Middelklassefamiliens læringskulturer. I H. B. Nielsen (red.), *Forskjeller i klassen. Nye perspektiver på kjønn, klasse og etnisitet i skolen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Aarseth, H. (2011). *Moderne familieliv. Den likestilte familiens motivasjonsformer*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Foreldreveiledning – virker det?

Vårt velferdssystem har flere tiltak som skal støtte og veilede foreldre. Det gis tilbud gjennom helsestasjonene, barnehagene, Familiens hus og i familieveiledninger. Foreldreveiledning er omdiskutert. Det dreier seg blant annet om hvor grensene for offentlig myndighetsutøvelse skal gå. Denne rapporten gir oppdatert kunnskap om hva slags veiledningsordninger som finnes for foreldre flest, og om de virker.

Noen av tiltakene er rettet mot foreldre flest, andre mot foreldre som er risikoutsatt, og en tredje kategori settes inn overfor foreldre og familier med problemer. Denne rapporten ser på tiltak rettet mot foreldre flest. Undersøkelser viser at tiltak kan bidra til å styrke foreldrerollen. Samtidig har det stor betydning hvordan tiltakene gjennomføres og om man får til en god relasjon med foreldrene. Det er uheldig at vi finner få studier som utforsker hvordan foreldre av ulikt kjønn og med ulik sosial og kulturell bakgrunn oppfatter veiledning og annen støtte. Det mangler også kartlegginger av norske foreldres behov.



Fafo
Borggata 2B/Postboks 2947 Tøyen
N-0608 Oslo
www.fafo.no

Fafo-rapport 2016:29
ISBN 978-82-324-0317-2
ISSN 0801-6143
Bestillingsnr. 20591