



Frigg Finnsdatter Alsaker og Silje Helgesen Kili

Hjemmebesøk i familiebehandling
Litteraturstudie og kvalitativ studie av hva hjemmebesøk
innebærer i familiebehandling.

**Masteroppgave i Familiebehandling
OsloMet – storbyuniversitetet
Fakultet for samfunnsvitenskap**

Forord

Denne masteroppgaven er et resultat av å ha gjennomført tre år på Familiebehandling ved OsloMet. Det har vært en krevende og lærerikprosess som har gitt oss muligheten til å fordype oss i temaet hjemmebesøk. Vi håper masterstudien kan være et nyttig bidrag innenfor familiebehandling i tiden som kommer. Flere har bidratt med hjelp og støtte i denne prosessen. Først ønsker vi å takke alle informantene som tok seg tid til å stille opp til intervju, som har gitt oss verdifull innsikt i sin arbeidshverdag. Vi retter en stor takk til veiledere Anne Grete Tøge og Eirin Pedersen som har inspirert oss, og bidratt med kunnskap, refleksjoner, og oppmuntring i en stressende periode. Takk til Audun Formo Hay og Dagfinn Mørkrid Thøgersen for innspill om MST-CAN og bidrag til masterstudien. Tusen takk til søster Marie Helgesen Kili for gode bidrag og korrekturlesing av engelsk tekst. Videre ønsker vi å takke venner og kollegaer som har tatt seg tid til å lese korrektur. Til slutt må vi takke våre tålmodige samboere for at dere har holdt ut med oss i tre hektiske år bestående av jobb og deltidsstudier.

Oslo, mai 2022

Frigg Finnsdatter Alsaker

Silje Helgesen Kili

Innhold

Forord

Sammendrag

Abstract

1 Introduksjon	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling	1
2 Tidligere forskning	2
2.1 Hjemmebesøksfeltet i Norge	2
2.2 Effekter av hjemmebesøk	3
2.3 Hva kjennetegner hjemmebesøk?	3
2.4 Opplevelser med hjemmebesøk	4
3 Teoretisk rammeverk	5
3.1 Foreldrestøttende tiltak og risikofamilier	5
3.2 Veiledning og terapi	6
3.3 Relasjon og terapeutisk allianse	6
3.4 Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell	6
3.5 Tilknytningsteori	7
3.6 Mestringsteori	7
4 Metode	7
4.1 Valg av metode	8
4.2 Hermeneutikk og fenomenologi	8
4.3 Litteratursøk	8
4.3.1 Litteratursøk som metode	8
4.3.2 Planlegging og gjennomføring av datainnsamling	9
4.3.3 Data og analyse	10
4.3.4 Funn	10
4.3.5 Kritisk vurdering av litteraturstudien	11
4.4 Kvalitative intervju	11
4.4.1 Intervju som metode	11

4.4.2 Utvalget.....	12
4.4.3 Planlegging av intervju	12
4.4.4 Gjennomføring av intervju.....	13
4.4.5 Etikk	13
4.4.6 Data og analyse	14
4.4.7 Funn	15
4.4.8 Begrensninger ved kvalitativ studie.....	15
5 Diskusjon	17
6 Konklusjon	19
Litteratur	20
Artikkel 1: Hvilke strukturerte hjemmebesøksmodeller finnes i familiebehandling, og hva består disse av?	28
Sammendrag	28
Abstract	29
1 Introduksjon	30
2 Metode	31
3 Resultat	32
3.1 Utdanning og kunnskap hos hjelpere	33
3.2 Rammer for hjemmebesøk.....	34
3.3 Samarbeid med familien	34
3.4 Arbeid med psykisk helseproblematikk	35
3.5 Foreldreveiledning	35
3.6 Arbeid med voldsproblematikk	36
3.7 Arbeid med forhold i familiens omgivelser.....	36
4 Diskusjon	37
4.1 Styrker og begrensninger med studien	40
5 Konklusjon	41
Litteratur	42
Artikkel 2: På hjemmebane - Hva innebærer hjemmebesøk i familiebehandling?	46

Sammendrag	46
Abstract	47
1 Introduksjon	48
<i>1.1 Tidligere forskning.....</i>	<i>49</i>
2 Data og metode	51
<i>2.1 Beskrivelse av tiltakene.....</i>	<i>52</i>
3 Analyse.....	52
<i>3.1 Rammer for hjemmebesøk.....</i>	<i>53</i>
<i>3.2 Hjelperes opplevelser med å jobbe i hjemmet</i>	<i>54</i>
3.2.1 Fordeler med hjemmebesøk	54
3.2.2 Utfordringer med hjemmebesøk	56
4 Diskusjon	59
5 Konklusjon	60
Litteratur	62
Vedlegg	67
<i>Artikkel 1: Hvilke strukturerte hjemmebesøksmodeller finnes i familiebehandling, og hva består disse av? ..</i>	<i>68</i>
1.1: Søkeord- og søkestreng.....	68
1.2: PRISMA flytdiagram (Page et al., 2020).....	69
1.3: Presentasjon av inkluderte artikler i litteraturstudie	70
1.4: Tabell 1 - Oversikt over de mest sentrale elementene hjemmebesøk	72
<i>Artikkel 2: På hjemmebane – Hva innebærer hjemmebesøk i familiebehandling?.....</i>	<i>74</i>
2.1: Godkjenning fra NSD	74
2.2: Informasjonsskriv til informanter	78
2.3: Intervjuguide	80

Sammendrag

Formål: Formålet med masterstudien er å si noe om hva hjemmebesøk innebærer i familiebehandling. I litteraturstudien ønsker vi å gi en oversikt over de ulike hjemmebesøksmodellene som finnes, og elementene disse inneholder. I den kvalitative studien går vi nærmere inn på hva hjemmebesøk innebærer, og hvordan det oppleves av hjelpere selv. **Teoretisk forankring:** Hjemmebesøk har de siste tiårene blitt en mer brukt og anerkjent arbeidsmåte i arbeidet med sårbare familier. Det er likevel lite kunnskap om hva hjemmebesøkene innebærer. **Metode:** Masterstudien består av én litteraturstudie og én kvalitativ studie. I artikkel 1 har vi gjennomgått 27 artikler som omhandler elleve strukturerte hjemmebesøksmodeller. I artikkel 2 har vi gjort kvalitative intervju med hjelpere ni fra fire tiltak. **Resultater:** I litteraturstudien fant vi ut at hjemmebesøk kjennetegnes av, og inneholder arbeid med: 1) Utføres av både ufaglærte og utdannede mennesker, som oftest med opplæring og veiledning i spesifikke tiltaks- eller praksiselementer. 2) Rammer som tilrettelegger for at hyppighet, varighet på besøk og behandling, kan tilpasses familiens behov. Bruk av standardiserte verktøy. 3) Samarbeid med familien. 4) Psykisk helse- og rusproblematikk. Terapi i hjemmet nevnes i tre modeller. 5) Styrking av foreldreferdigheter eller foreldre-barn-interaksjon. 6) Voldsproblematikk. 7) Forhold i familiens omgivelser. I den kvalitative studien finner vi at hjemmebesøk foregår innenfor ulike rammebetingelser, og at hjelpere opplever både fordeler og utfordringer. Fordelene er: 1) Hjelpen blir mer tilgjengelig, og flere fullfører behandling. 2) Lettere tilgang på informasjon om familien. 3) Familien får hjelp- og får øvd seg i sine naturlige omgivelser. 4) Jevnbyrdighet mellom hjelpere og familie. 5) Familiens trygghet. Utfordringene er: 1) Strukturering under og rundt hjemmebesøket. 2) Det kan oppleves påtrengende og avslørende for familien. 3) Hjelpere fra barnevernet kan skape skepsis hos familiene. 4) Uklart skille mellom veiledning og terapi. **Konklusjon:** Hjemmebesøk er en hensiktsmessig arbeidsmåte med i familiebehandling. Spesielt når tiltakene legger til rette for at helperne kan være fleksible, forutsigbare og tilgjengelige for familiene. Dette gir helperne en unik mulighet til å skape en trygg relasjon til familien og komme i posisjon til å hjelpe. Det er likevel et behov for en tydeliggjøring av hva de ulike hjemmebesøksmodellene innebærer.

Abstract

Purpose: The purpose of this master's study is to comment on what home visits consists of in family therapy. In the literature study, the goal is to give an overview of the various home visit models that exist, and the different elements they hold. In the qualitative study, we take a closer look at what home visiting entails, and how it is experienced by the practitioners themselves. **Theoretical framework:** In recent years, home visits have become a more used and recognized way of working with vulnerable families. However, there's still minimal knowledge about what home visits entail. **Method:** The master's study consists of one literature review and one qualitative study. In the literature study, we have reviewed 27 articles that deal with eleven different structured home visit models. In the qualitative study, we have executed qualitative interviews with nine helpers from four initiatives. **Results:** *The literature review* finds that home visits are characterized as - and contain work with: 1) Is performed by both paraprofessionals and professionals with relevant education, often with training and guidance in the specific action or practice elements. 2) A framework that facilitates the frequency, duration of visits and treatment, can be adapted to the family's needs. The use of standardized tools. 3) Cooperation with the family. 4) Mental health and substance abuse problems. Home therapy is mentioned in three models. 5) Strengthening of parenting skills or parent-child interaction. 6) Domestic violence issues. 7) Conditions within the family environment. *The qualitative study* finds that home visits take place within different frameworks and conditions, and that helpers experience both benefits and challenges. The benefits are: 1) The help becomes more accessible, and more families complete the treatment. 2) Information about the family is more accessible. 3) The family receives help and practice within their natural environment. 4) Parity between helper and family. 5) Security for the families. The challenges they experience is: 1) Structure before, during and after the home visits. 2) The experience can feel intrusive and revealing to the family. 3) The helpers from the child protective service can create skepticism among the families. 4) Unclear distinction between guidance and therapy. **Conclusion:** Home visits can be a beneficial way of providing services to vulnerable families. Especially when the initiatives facilitate the helpers' ability to be flexible, predictable, and available to the families, and thus giving the helpers an unique opportunity to create a safe relation to the family, to be in a position to help. However, there is a need for a clarification of what home visits in family treatment entails.

1 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

De senere årene har hjemmebaserte metoder blitt mer og mer anerkjent innenfor familiebehandling (Kvello, 2019; Olds, 2006). En proposisjon til Stortinget fra 2017 viser at det er behov for mer kompetanse om metoder for endringsarbeid og foreldreveiledning i Norge, og påpeker at foreldre som sliter bør få hjelp før problemene blir store og alvorlige (Prop. 12 S (2017-2017), s. 46-47). I møte med sårbare familier blir hjemmebesøk stadig mer brukt, og flere studier tyder på at hjemmebesøk kan være en arbeidsmåte som lønner seg. Det finnes flere ulike tiltak som jobber hjemmebasert, med varierende formål (de Wit et al., 2020, s.1). Likevel er det lite kunnskap om hva hjemmebesøkene inneholder, og hva det er som gjør at hjemmebesøk kan skape endring hos familier (Prop. 12 S (2017-2017), s. 46). Dette skaper et behov for kunnskap om hva hjemmebesøk innebærer, både av rammebetingelser, og hva hjelpere gjør under hjemmebesøk.

I denne masterstudien ønsker vi derfor å se nærmere på hva hjemmebesøk innenfor familiebehandling innebærer. Denne kunnskapen kan forhåpentligvis bidra til å utvikle mer stringente metoder for hjemmebesøk. Med en tydeliggjøring av innholdet i hjemmebesøk kan instansene lettere velge de hjemmebesøksmodellene som passer familiens behov. I tillegg kan hjelperne få bedre beskrivelser av hva de skal gjøre, og framtidige effektstudier kan si noe om hva som er prøvd ut i metoden.

Masteroppgaven består av to artikkelmanus, og kappe. Artikkene har to ulike metodiske tilnærminger, og skal på hver sin måte belyse hva hjemmebesøk innebærer. For å få overblikk over feltet har vi i artikkel 1 gjennomført en litteraturstudie, som tar for seg hvilke strukturerte hjemmebesøksmodeller som finnes, og elementene i disse. Artikkel 2 er en kvalitativ studie som utforsker hva hjemmebesøk innebærer i norsk kontekst, og hvordan det oppleves for hjelpere å jobbe i hjemmet.

Artikkene har følgende problemstillinger:

Artikkel 1 - Litteraturstudie: *Hvilke strukturerte hjemmebesøksmodeller finnes innenfor familiebehandling, og hvilke elementer består disse av?*

Artikkel 2 - Kvalitativ studie: *Hva innebærer hjemmebesøk i familiebehandling, og hvordan opplever hjelpere fra fire ulike tiltak å arbeide i hjemmet?*

Vi har utformet artikkene i henhold til forfatterveiledningen for tidsskriftet Fokus på Familien, og begge manuskriptene er innsendt til fagfellevurdering. Artikkel 1 er under

vurdering, og artikkel 2 er nylig innsendt. Videre i kappen presenterer vi masteroppgavens overordnede tematikk, tidligere forskning, og teoretisk rammeverk. Vi utdyper og diskuterer artiklenes metode, og presenterer funn. I diskusjonen diskuterer vi artiklenes problemstilling mer overordnet. Masterstudien er samskrevet, som vil si at artiklene og kappen er utarbeidet i fellesskap der vi begge har bidratt like mye.

2 Tidligere forskning

I denne delen gir vi en nærmere innføring i tidligere forskning om hjemmebesøk. Vi gir en beskrivelse av hva litteraturen sier om hjemmebesøksfeltet i Norge, effekter av hjemmebesøk, hva hjemmebesøk inneholder, og hjelpes- og familiers opplevelser med hjemmebesøk.

2.1 Hjemmebesøksfeltet i Norge

Bruken av hjemmebaserte tilbud har økt i Norge de siste tiårene. Fra starten av 90-tallet ble det startet opp tiltak i Norge der hjemmebesøk er én del av tiltaket, i tillegg til kontorbasert behandling. To eksempler er den videobaserte foreldreveiledningsmetoden Marte Meo som kom til Norge rundt 1990 (Bufdir, 2021), og Parent Management Training – Oregonmodellen (PMTO) som ble implementert i 1999 (Utgarden, 2021). På slutten av 90-tallet ble det også innført tiltak der hjemmebesøk var den primære arbeidsmåten. Det første tiltaket var amerikanske Multisystemisk terapi (MST). MST ble startet opp i 1999 for familier med ungdom som har alvorlige atferdsvansker (Barne- og familiedepartementet, 2000; Bufdir, 2020). I 2006 ble MultifunC innført, som også følger opp ungdom med atferdsvansker på institusjon og i hjemmet (Bufdir, 2015; Fossum & Holmen, 2011, s. 4).

Fra 2015 har Norge innført fire nye hjemmebaserte, foreldrestøttende tiltak: Parenting Young Children (PYC), Multisystemic Therapy – Child Abuse and Neglect (MST-CAN), Nurse Family Partnership (NFP), og Familiepartner. Det australske hjemmebesøksprogrammet PYC ble innført i 2015, og gir konkret, hjemmebasert hjelp til foreldre med kognitive utfordringer som har barn under syv år (pyc, u.d; Thronsen & Young, 2016). I 2016 startet MST-CAN opp i Norge, som er en videreutvikling av MST. Målgruppen til MST-CAN er familier med barn mellom 6-18 år som lever med vold og/eller omsorgssvikt (Thuve et al., 2021). NFP er et amerikansk hjemmebesøksprogram som kom til Norge i 2016, under navnet Familie for første gang. NFP er et frivillig, foreldrestyrkende tiltak for førstegangsfødende kvinner med ulike utfordringer. Kvinnene følges opp av sykepleiere gjennom svangerskapet, til barnet er to år (Kvello, 2019, s. 467). Fra 2021 ble det finske hjelpetiltaket Familiepartner innført i Norge, i samarbeid med SOS-barnebyer og flere norske

kommuner. Tiltaket arbeider for å forebygge omsorgsovertakelser i barnevernet (SOS-barnebyer, u.d).

2.2 Effekter av hjemmebesøk

Forskningsfeltet om hjemmebesøk inneholder en del litteraturstudier og effektstudier av ulike hjemmebesøksmodeller. Til tross for varierende funn kan det tyde på at hjemmebesøk er en arbeidsmåte som er formålstjenlig i arbeidet med sårbare familier (Casillas et al., 2015; Euser et al., 2015; van der Put, 2018). Olds (2006) viser at hjemmebesøksprogrammet Nurse Family Partnership (NFP) kan redusere mishandling av barn, og bedre barns levekår og emosjonelle og- språklige utvikling. Studier av hjemmebesøksprogram som Child First, Parent Child Interaction Therapy, Healthy Families New York, og Early Start, har vist reduksjon i fysisk avstraffelse og alvorlig vold mot barn (DuMont et al., 2008, s. 312; Fergusson et al., 2005, s. 807; Galanter et al., 2012, s. 188; Lowell et al., 2011, s. 193). Hjemmebesøk kan også føre til bedre foreldreferdigheter, foreldre-barn-interaksjon, og bedring i barns atferd (Barlow et al., 2007; Fergusson et al., 2005; Galanter et al., 2012, s. 188; Lees et al., 2019). Metoden kan gjøre det enklere for familier å motta hjelp, og gjøre at hjelpere når ut til familier som ellers ville gått ubehandlet (Ammerman, 2013, s. 545).

Selv om flere studier antyder at hjemmebesøk blant annet kan redusere vold mot barn, bedre foreldreferdigheter, og bidra til bedre utvikling for barn, finnes det studier som ikke kan vise signifikant effekt av hjemmebesøk innenfor familiebehandling (Duggan, 2006, s. 817; McWey, 2011, s. 143). I Norge finnes langt mindre forskningslitteratur på effektene av hjemmebesøk for sårbare familier. En liten, norsk studie av Aaserud (2016) viser at hjemmebesøk fra jordmødre kan bidra til at mødre i større grad mestrer sin nye livssituasjon. Studien gjaldt ikke risikofamilier, men kan peke på noen av fordelene med hjemmebesøk generelt. Evalueringen av NFP i Norge trekker fram at tiltaket kan øke sannsynlighet for å forebygge omsorgssvikt og omsorgsovertakelse (Pedersen et al., 2019, s. 29). Den norske pilotstudien av MST-CAN (Thuve et al., 2021) indikerer også bedring i foreldre og barns psykologiske- og psykososiale utfordringer. Forskerne oppfordrer til videre RCT-studier for å kunne si noe mer sikkert om effektene.

2.3 Hva kjennetegner hjemmebesøk?

Vi finner få inngående beskrivelser av hva de ulike hjemmebesøksmodellene inneholder, noe som kan skyldes at de fleste studiene retter fokuset mot hjemmebesøkets effekter. Litteraturen vi finner om innholdet i hjemmebesøk, framhever følgende elementer: Kartlegging og koordinering av tjenester, fleksibilitet i oppfølgingen, foreldreveiledning, relasjon og

terapeutisk allianse, og en krevende arbeidssituasjon for hjelpere. Litteraturen består hovedsakelig av litteraturstudier og kvalitative studier med intervjuer av hjelpere og klienter.

Kartlegging og koordinering av andre tjenester er en sentral del av det hjelpere gjør på hjemmebesøk. I studien til McWey et al. (2011) trakk både klienter og hjelpere fram koordineringen som en stor del av hjemmebesøket. Hjelpere fra NFP i Norge anser også koordinering av tjenester som et sentralt element i hjemmebesøket. Evalueringen av NFP i Norge baserer seg på erfaringer fra hjelpere, deltakere og andre samarbeidspartnere i møte programmet (Pedersen et al., 2019).

Arbeidet med hjemmebesøk kjennetegnes av hyppige besøk og fleksibilitet hos hjelperne, noe som ser ut til å være en fordel. NFP-sykepleierne i Norge er fleksible til å gjennomføre besøk når det passer familien best, og er tilgjengelige på telefon på kveldstid og i helgene (Pedersen et al., 2019). Litteraturstudien til Azzi-Lessing (2011, s. 390-392) diskuterer aspekter ved hjemmebesøksprogrammene Early Head Start og NFP. Artikkelen trekker fram at fleksibilitet i besøkenes antall, hyppighet og varighet, er en forutsetning for at terapeutene kan ta tak i familiens uforutsette familiekriser, og samtidig nå målene i programmet. Hjemmebesøk som leveres med hyppige mellomrom, kan se ut til å gi positive effekter på blant annet samspill mellom foreldre og barn (van Doesum et al., 2008, s. 547). En studie av Haynes et al. (2015) viser også at hjemmebesøksmodeller der hjelperne gjør hyppigere besøk og følger opp færre familier, skaper forbedring i barns fysiske- og sosiale utvikling.

2.4 Opplevelser med hjemmebesøk

Relasjonen og den terapeutiske alliansen mellom hjelper og klient er sentral innenfor familiebehandling. Dette gjelder også i arbeidet med hjemmebesøk, noe som beskrives av både hjelpere og klienter i litteraturen. Mills et al. (2012, 2012) undersøker hjelpere og familiers erfaringer med et hjemmebesøksprogram for unge mødre. Begge parter trekker fram relasjonen som sentral for behandlingen. Tillit beskrives som essensielt for å utvikle god relasjon, og noe som tar tid å bygge opp. Mødrene ønsker en hjelper de kan dele tanker med, og få råd fra (Mills et al., 2012, 2012). Erfaringene med hjemmebesøk viser viktigheten av at familier får en hjelper som støtter dem, er trygg, og en de stoler på. van der Put (2018, s. 171) framhever at intervensjoner med fokus på sosial- og emosjonell støtte gir best effekt når det gjelder å redusere barnemishandling. Deprimerte kvinner som mottok hjemmebasert kognitiv terapi, opplevde at besøkene ga dem sosial støtte, og hjelp til å skape et bedre forhold til barna sine (Ammerman, 2013, s. 544). For mødre i NFP var det essensielt å være komfortabel og

stole på hjelperen sin for å fortelle om partnervold. Kvinnenes opplevelse av en ikke-dømmende og respektfull hjelper var viktig for å oppleve trygghet (Jack, 2016, s. 2223). Hjelpernes initiativ til naturlige samtaler om foreldreskap, sikkerhet, og sunne forhold, gjorde det lettere å oppdage vold, enn strukturerte samtalemeter (Jack, 2016, s. 2216).

Hjelpere kan oppleve manglende kliniske ferdigheter, spesielt i møte med familier med begrensede ressurser, psykiske lidelser eller rusproblematikk (LeCroy & Whitaker, 2005, s. 1). Høyt stress, overveldende ansvar og en følelse av maktesløshet i arbeidet, kjennetegner flere av hjelpernes erfaringer (Harden et al., 2009, s. 374-376; McWey, 2011). Spesielt krevende er det for hjelperne å adressere mentale helseproblemer i familien, jobbe med foreldre-barn interaksjon, og unngå å bli overinvolvert i familiens problemer (Harden et al., 2009, s. 374-376). NFP-sykepleiere i Norge opplever også stor arbeidsbelastning, og en krevende jobb med journalføring rundt hjemmebesøk (Pedersen et al., 2019).

3 Teoretisk rammeverk

I denne delen gir vi først en begrepsavklaring av foreldrestøttende tiltak og risikofamilier. Deretter gir vi en beskrivelse av begrepsparene veiledning og terapi, og relasjon og terapeutisk allianse. Disse blir sentrale i diskusjonen i både artiklene og kappen. Videre redegjør vi for teori om økologi, tilknytning og mestring, fordi de fleste hjemmebesøksmodellene ofte bygger på én eller flere av disse.

3.1 Foreldrestøttende tiltak og risikofamilier

I masterstudien inkluderer vi hovedsakelig foreldrestøttende tiltak som retter seg mot risikofamilier. Foreldrestøtte tilbys familier med særlige utfordringer som gjør at de har behov for oppfølging. Målet er ofte å styrke relasjonene mellom familiemedlemmene, og bedre barns omsorgsbetingelser. Tiltakene kan være selektive og rette seg mot foreldre som er i risiko for å utvikle mer alvorlige vansker, eller behandlingstiltak for familier med allerede alvorlig og langvarig problematikk (Bufdir, 2021).

Med risikofamilier mener vi familier som kan ha utfordringer i slik grad at det påvirker omsorgsevnen, og gir økt sannsynlighet for forstyrrelser eller skjevutvikling hos barn, eksempelvis på grunn av vold eller omsorgssvikt. Det kan være vansker som psykiske lidelser, rusmisbruk, eller uheldige forhold i miljøet, som gir familien en spesiell sårbarhet (Hansen & Jacobsen, 2008, s. 22). I masterstudien omtaler vi denne gruppen som risikofamilier eller sårbare familier.

3.2 Veiledning og terapi

Under hjemmebesøk kan hjelpere utføre både terapi og veiledning. Det kan være utfordrende å skille disse begrepene fra hverandre, fordi de inneholder flere av de samme elementene (Kriz & Solberg, 2019). Familieterapi omfatter både par- og familieterapi og familierådgivning, der målet er å skape endring og utvikling i samhandlingsmønstrene i familien (de Flon, 2019, s. 17). Regionsenter for barn og unges psykiske helse (2021) gir to ulike definisjoner av begrepene. I familieterapi vil terapeuten skape gjensidig dialog, der en sammen med klienten ser på løsninger og alternativer. I foreldreveiledning derimot, har hjelperen en idé om hva foreldre skal bli bedre på (Hægland, 2021; Regionsenter for barn og unges psykiske helse, 2021).

Forskning omtaler ofte familieterapi og familieveiledning som én og samme intervensjon, og vi finner få studier som sier noe om grensene mellom dem (Carson et al., 2009; McDowell et al., 2012; Stormshak et al., 2002). Studier som har forsøkt å sammenlikne effekten av veiledning og terapi hos pasienter med angstlidelser, har heller ikke kunnet påvise noen forskjell på metodene (Barrowclough et al., 2001; Tarrier et al., 2000).

3.3 Relasjon og terapeutisk allianse

Et viktig element innenfor familiebehandling er relasjonen mellom helper og klient. Hjelpere bør inneha relasjonskompetanse for å skape god samhandling med klienter, som er preget av forståelse og respekt (Røkenes & Hanssen, 2006, s. 7-8). Trygghet og tillit er essensielle faktorer i en god relasjon (Jack, 2016; Mills et al., 2012). Samarbeidsrelasjonen mellom helper og klient kalles terapeutisk allianse (Bordin, 1979). Det er utviklet flere modeller for terapeutisk allianse, men de fleste inneholder tre elementer. Det første er enighet om hvilke mål en arbeider mot. Den andre er metoder, teknikker og oppgavefordeling for å nå målene. Til sist innebærer alliansen et emosjonelt bånd mellom helper og klient som er preget av tillit, aksept og fortrolighet (Berge et al., 2009, s. 25; Bordin, 1979, s. 253-255). God relasjon og terapeutisk allianse mellom helper og klient gir økte forutsetninger for bedre og mer vellykket behandling (Horvath, 2000; Horvath & Symonds, 1991; Høglend, 1999, s. 259; Skovholt og Jennings, 2004).

3.4 Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell

De fleste hjemmebesøksmodellene bygger på teori om utviklingsøkologi. Bronfenbrenner (1986) beskriver i sin økologiske modell hvordan individer inngår i ulike systemer, som familie, venner, nærmiljø eller skole (Bronfenbrenner, 1986, s. 723; Klefbeck & Ogden, 1995, s. 27). Innenfor hjemmebesøksmodellene bidrar den utviklingsøkologiske modellen med et

helhetlig perspektiv, der barn og familier får hjelp innenfor de ulike systemene de inngår i. I mikrosystemet formes mennesker gjennom direkte kontakt med hverandre. I starten av livet er dette som oftest familien, men kan etter hvert bli venner i barnehage eller skole.

Mesosystemet er relasjonene mellom mikrosystemene, og sosiale nettverk (Klefbeck & Ogden, 1995, s. 30). I ekosystemet påvirkes individer av uformelle eller formelle strukturer, som viktige personer, eller de sosiale institusjonene de er en del av. For eksempel påvirker foreldrenes arbeidssituasjon barnet deres. Makrosystemet innebærer kulturer og subkulturer, eksempelvis religion (Klefbeck & Ogden, 1995, s. 31-32).

3.5 Tilknytningsteori

Flere hjemmebesøksmodeller har et mål om bedre relasjonen og tilknytningen mellom omsorgspersoner og barn, og hjemmebesøk kan være en arena for dette. Tilknytningsteorien ble grunnlagt av John Bowlby (1907-1990) og beskriver sosial regulering av emosjoner i familier. Tilknytning er et grunnleggende behov hos spebarn for å knytte nære bånd til mennesker som kan gi dem trygghet, beskyttelse og omsorg. Barn som ikke utvikler trygg tilknytning til omsorgspersoner kan utvikle utrygge tilknytningsmønstre, noe som kan påvirke barnets personlighet og samspill i fremtiden (Bowlby, 1907-1990; Hart & Schwartz, 2009, s. 65). Utrygg tilknytning er likevel ikke en egenskap hos barnet, og profesjonell hjelp eller endring av livssituasjon kan bidra til å reparere barnets tilknytningsmønster (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 91).

3.6 Mestringsteori

Hjemmebesøk bygger ofte på mestringsteori, og under besøket blir hjemmet en læringsarena der foreldre kan tilegne seg nye ferdigheter og mestre egen hverdag. Albert Bandura utviklet teorien om self-efficacy, som på norsk oversettes til mestringstro (Bandura, 1995, s. 2). Mestringstro er tro på egne evner til å organisere og utføre handlinger i ulike situasjoner. Individer er avhengig av mestringsopplevelser for å få styrket troen på seg selv og egne evner (Bandura, 1995, s. 3). Både teori fra Bandura (1977, s. 193) og empiri fra Mouton og Roskam (2014) tilsier at mestringfølelse har gunstig innvirkning på atferd under graviditet, og på barneomsorg.

4 Metode

I denne delen beskriver vi masterstudiets metode. Først redegjør vi for valg av metode, og hvor studien kan plasseres vitenskapsteoretisk. Videre utdyper vi hver av artiklenes metode, analyseprosess og funn, i tillegg til kritiske refleksjoner om etikk og metode.

4.1 Valg av metode

I masterstudien ønsker vi å få mer kunnskap om hva hjemmebesøk innebærer innenfor familiebehandling. For å kunne svare på dette har vi utarbeidet to artikler, med selvstendige problemstillinger og metoder. Artikkel 1 er en litteraturstudie der vi undersøker hvilke strukturerte hjemmebesøksmodeller som finnes, og innholdet i disse (Johannessen et al., 2021, s. 30-31). Etter arbeidet med litteraturstudien økte interessen for å finne ut mer om hva hjemmebesøk består av, og vi ønsket å få kunnskap om dette fra noen som arbeider med hjemmebesøk til daglig (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 45). I artikkel 2 gjorde vi derfor en kvalitativ studie basert på intervjuer av hjelpere fra tiltakene Familie for første gang (NFP), Fyrlykta, MST-CAN, og Familiepartner. Forhåpentligvis kan artiklene utfylle hverandre ved å belyse hva hjemmebesøk innebærer fra to ulike innfallsvinkler.

4.2 Hermeneutikk og fenomenologi

I samfunnsvitenskapen ønsker en å produsere kunnskap som kan si noe om hvordan virkeligheten ser ut (Johannessen, 2021, s. 21). Vitenskapsteoretisk kan vi plassere masterstudien innenfor et hermeneutisk-fenomenologisk perspektiv. Vi har en intensjon om at eksisterende litteratur kan brukes for å produsere ny kunnskap om hjemmebesøk gjennom en litteraturstudie. Dette gjør at masterstudien plasserer seg innenfor hermeneutikken, der en ønsker å tolke og skape forståelse om fenomener (Gilje, 2020, s. 189). I og med at vi fortolker meningsinnhold som er tolket av forfattere før oss, beveger vi oss også over i en dobbel hermeneutikk (Gilje, 2020, s. 112-113). Søken etter innenfra-perspektivet i de kvalitative intervjuene gjør at masterstudien i tillegg kan plasseres innenfor fenomenologien (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 45; Nielsen et al., 2021, s. 108). Samtidig er utarbeidelsen av intervjuguiden påvirket av egne tolkninger om hva hjemmebesøk innebærer, og bestående av en del forhåndsbestemte kategorier. Derfor kan spørsmålene i intervjuguiden stå i motsetning til fenomenologiske studiers åpne design (Thomassen, 2020, s. 114). Ifølge Heidegger (1889-1976) kan vi heller ikke oppnå direkte forståelse av menneskers erfaringer og sanseliv, og i denne studien vil hjelpernes beskrivelser både tolkes og presenteres av oss i en språklig framstilling (Thomassen, 2020, s. 118-120).

4.3 Litteratursøk

4.3.1 Litteratursøk som metode

Artikkel 1 er en litteraturstudie der vi ønsker å si noe om hva slags strukturerte hjemmebesøksmodeller som finnes, og elementene disse inneholder. Vi valgte å gjøre en litteraturstudie for å få oversikt over forskningsområdet og den mest sentrale litteraturen på

feltet (Arksey & O'Malley, 2005, s. 21). Metoden kan også ha begrensinger. Gjennom et bredt litteratursøk kan en risikere å utelukke studier som er passende, fordi søket gir svært mange funn som kan være utfordrende å orientere seg i (Arksey & O'Malley, 2005, s. 30-31). Vi har ikke gjennomført intervjuer, og har derfor ikke kontaktet etiske komiteer i forbindelse med litteraturstudien.

4.3.2 Planlegging og gjennomføring av datainnsamling

I planleggingen av artikkelen har vi fulgt Arksey og O'Malley (2005) sine fem steg for litteraturstudier. I første steg definerte vi studiens problemstilling. I begynnelsen inkluderte problemstillingen både hva hjemmebesøk innebærer, og hvilke effekter det kan bidra til. Vi endret dette fokuset underveis i datainnsamlingen til nåværende problemstilling: *Hvilke strukturerte hjemmebesøksmodeller finnes i familiebehandling, og hva består disse av?*

I andre steg definerte vi søkestrategien, og gjennomførte litteratursøket. Under planleggingen bestemte vi oss for å bruke empiriske studier, fordi vi ønsket å anvende primærdata. Dermed forholder vi oss i mindre grad til forfatternes tolkninger, men heller til hva intervensjonene inneholder (Støren, 2013, s. 16). Søket ble gjort i Oria. Etter flere testsøk endte vi med følgende søkestreng: «Home visit» OR «Home visitation» OR home* OR «house call» AND (Family*AND Therapy*) OR «family therapy» OR «family counseling» OR «Nurse Family Partnership» AND «Child Maltreatment». Denne søkestrengen ga oss 6548 treff. For å inkludere artiklene i studien måtte de oppfylle følgende kriterier (Arksey & O'Malley, 2005, s. 24-25):

- 1) Være gjennomført etter 1999.
- 2) Handle om hjemmebesøk innenfor familiebehandling hos risikofamilier.
- 3) Være publisert i fagfelleurderte tidsskrift.
- 4) Være en empirisk studie.

Alle artiklene er skrevet av forskere med doktorgrad, stipendiat, mastergrad, og er tilhørende universiteter eller departementer som er faglig relevante (Everett & Furseth, 2004, s. 89). Vi ønsket å anvende søkeord som var generelle nok til å utforske feltet, men samtidig ikke gi et for høyt antall treff slik at relevante studier gikk tapt (Arksey & O'Malley, 2005, s. 23). Søket vårt var bredt nok til at vi valgte å ikke endre søkestreng, selv om vi endret problemstilling til å ikke omhandle effekter av hjemmebesøk.

I steg tre leste vi titler på de 6548 treffene, noe vi fordelte likt mellom oss. Vi leste sammendrag på 23 artikler, og åtte artikler ble ekskludert i denne prosessen (Arksey & O'Malley, 2005, s. 25-26). I steg fire leste vi de 15 gjenværende studiene i sin helhet og kartla

datamaterialet, halvparten hver (Arksey & O'Malley, 2005, s. 26-27). Under lesingen fant vi tre nye kilder vi ønsket å inkludere. Vi gjorde også spesifikke søk i Oria på noen av hjemmebesøksmodellene for å få mer kunnskap om innholdet, som gjorde at vi fant ni artikler til. Totalt ble 27 artikler inkludert i studien, hovedsakelig effektstudier. I steg fem oppsummerte og rapporterte vi de endelige resultatene. Funnene resulterte i elleve ulike hjemmebesøksmodeller, og syv kategorier av elementer som ble samlet i en tabell (Arksey & O'Malley, 2005, s. 27-28).

4.3.3 Data og analyse

Litteraturstudien bygger på 27 studier, som til sammen omhandler elleve strukturerte hjemmebesøksmodeller. Da vi leste artiklene i sin helhet undersøkte vi hvilke hjemmebesøksprogram studien handlet om, og hva vi kunne finne av elementer. Elementene ble sortert i en tabell, slik at vi fikk oversikt over innholdet i de ulike modellene. Dette materialet analyserte og sorterte vi i flere runder, før vi til slutt satt igjen med syv hovedkategorier av elementer. Kategoriene ble ytterligere forenklet, og lagt ved artikkelen som en tabell for å lettere gi leseren oversikt over de ulike elementene hjemmebesøksmodellene inneholder. (Vedlegg 1.4).

4.3.4 Funn

I litteraturstudien fant vi elleve strukturerte hjemmebesøksmodeller: Families First Home visitation, Child First, Healthy Families New York, Healthy Families America, Healthy Families Alaska, Parent-Child Interaction Therapy, Early Start Program, Nurse Family Partnership, The Supportive Parenting Program, MST-CAN, og In-Home Therapy. Disse hjemmebesøksmodellene innebærer syv hovedelementer:

1) Utdanning og kunnskap hos hjelpere: Hjemmebesøk utføres av paraprofesjonelle, sykepleiere eller mennesker med relevante bachelor-, master- eller videreutdanninger. Hjelperne får som regel opplæring i programmet og veiledning. **2) Rammer for hjemmebesøk:** Besøkene er ofte ukentlige, men tilpasses familiens behov. Lengden på behandling varierer. Flere tar i bruk standardiserte verktøy i forbindelse med hjemmebesøk. **3) Samarbeid med familien:** Ressursperspektivet er sentralt i alle programmene, og samarbeid med familien og den terapeutiske alliansen er et betydningsfullt element. **4) Psykisk helseproblematikk:** Hjemmebesøk innebærer arbeid med psykisk helseproblematikk. Tre program nevner eksplisitt at de utfører terapi. Arbeid med rusproblematikk gjøres i åtte program. **5) Foreldreveiledning:** Foreldreveiledning er sentralt i alle programmene, og gjøres gjennom styrking av foreldreferdigheter og foreldre-barn-

forhold. Halvparten bruker lek som verktøy. **6) Voldsproblematikk:** Arbeid med voldsproblematikk er en del av alle programmene, og her utmerker MST-CAN seg. **7) Arbeid med forhold i familiens omgivelser:** Alle utenom Parent-Child Interaction Therapy jobber med forhold i familiens omgivelser.

4.3.5 Kritisk vurdering av litteraturstudien

Det er verdt å merke seg at vi gjennom studietiden har etablert kunnskap om hjemmebaserte tiltak, og hva de inneholder. Vår beskrivelse og tolkning vil være påvirket av egne holdninger og erfaringer, og er derfor ikke nøytral eller objektiv (Grenness, 2020, s. 71). Før vi startet søket etter litteratur, reflekterte vi rundt egne antakelser og holdninger om temaet, slik at vi i større grad kunne være saklige og upartiske når vi søkte etter ny litteratur (Dalland, 2012, s. 119). Gjennom systematisk litteratursøk er søkeord, kriterier, framgangsmåte og valgte artikler gjort eksplisitte. Søkestreng, FLYT-skjema og oversikt over artikler ligger under vedlegg for artikkel 1. Åpenheten sikrer studiens validitet, ved at søket og funnene kan etterprøves (Jacobsen, 2021, s. 49).

Hjemmebesøksfeltet er stort, og var utfordrende å manøvrere seg i. Vi har derfor i stor grad lest overskrifter og sammendrag i arbeidet med å velge ut artikler som oppfylte våre kriterier. Det kan være en metodisk begrensning at studien ikke innebærer en grundigere gjennomgang av forskningsfeltet. I begynnelsen hadde vi i hovedsak oppmerksomheten rettet mot effektstudier, noe som påvirket valg av litteratur i startfasen. Ved å gjøre søk i flere databaser, eller med andre søkeord, kunne andre forskere kommet fram til et annet utfall enn det vi gjør i denne studien (Jacobsen, 2021, s. 48). Det gjør at en må være varsom når en leser resultatene fra litteraturstudien, fordi det kan finnes flere strukturerte hjemmebesøksmodeller, og de kan inneholde andre elementer enn det vi presenterer. En fordel er at vi har søkt opp noen av de ulike hjemmebesøksmodellene spesifikt for å få mer informasjon om elementene, noe som bidrar til reliabilitet i funnene (Johannessen et al., 2021, s. 27).

4.4 Kvalitative intervju

4.4.1 Intervju som metode

Basert på en deskriptiv, induktiv tilnærming har vi valgt å gjøre kvalitative intervjuer av hjelpere innenfor fire tiltak, for å si noe om hva hjemmebesøk innebærer (Jacobsen, 2021, s. 23). Kvalitative intervjuer brukes når en forsker vil skape økt forståelse for et fenomen, slik intervjuobjektene forstår dem ut fra sin livsverden (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 47). En ulempe med kvalitative studier er at en sjelden kan generalisere funnene, på grunn av størrelsen på utvalget (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 148; Thomassen, 2020, s. 114). Under

fokusgruppeintervjuer samler forskeren en liten gruppe deltakere som intervjues om samme tema, og det legges opp til dialog mellom informantene. Dette er en fordel når forskeren ønsker å få fram deltakernes felles normer og verdier. Intervjuformen kan minske presset på den enkelte informant, og skape en mer naturlig atmosfære for dialog, der nye refleksjoner kan oppstå (Frey & Fontana, 1991, s. 182).

Ved å bruke en semi-strukturert intervjuguide blir ikke informantene påvirket for mye i en bestemt retning, fordi de får åpne spørsmål der de fritt kan beskrive erfaringene sine (Jacobsen, 2021, s. 68-69). Kvalitative design åpner for fleksibilitet i datainnsamlingen, fordi en kan stille oppfølgingsspørsmål om det dukker opp interessant informasjon. På den andre siden kan fri fortelling gjøre datainnsamlingen uoversiktlig, og det kan være utfordrende å generalisere funnene i ettertid. Samtidig sikrer intervjuguiden at en får svar på problemstillingen gjennom konkrete spørsmål (Jacobsen, 2021, s. 68-69). Begrensninger med denne studien drøftes i 4.4.8.

4.4.2 Utvalget

For å innhente data ønsket vi å snakke med informanter som utfører hjemmebesøk til daglig. Inkluderingskriteriet for utvalget var arbeidstakere som har førstehåndskunnskap med å jobbe hjemmebasert hos sårbare familier (Nielsen et al., 2021, s. 41). Én informant kontaktet vi selv, fordi vi viste at vedkommende jobbet med hjemmebesøk. De tre andre tiltakene fikk vi kontakt med gjennom veileder. Vi tok kontakt med de som er ansvarlig for tiltaket på mail, og spurte om vi kunne intervju to-tre ansatte. Alle vi tok kontakt med var positive, og stilte til intervju. Utvalget består av syv informanter: Én fra Fyrlykta, én fra Familiepartner, to fra Familie for første gang, og tre fra MST-CAN.

4.4.3 Planlegging av intervju

Intervjuguiden er en blanding av en semistrukturert- og strukturert intervjuguide. På bakgrunn av funn fra litteraturstudien lagde vi en intervjuguide som var delt inn i ulike temaer. Spørsmålene var basert på funn og interessante spørsmål som reiste seg under arbeidet med litteraturstudien. Temaene i intervjuguiden var blant annet beskrivelser av hjemmebesøket, praktiske rammer, og opplevelser med å jobbe i hjemmet. Intervjuguiden var semistrukturert på den måten at vi spurte utvalget om de kunne beskrive et hjemmebesøk de har vært på den siste tiden. Målet var å oppnå fri fortelling, mens vi stilte naturlige oppfølgingsspørsmål basert på det som ble fortalt (Jacobsen, 2021, s. 69). Vi ønsket at intervjuene skulle oppleves som en samtale der informantene kunne diskutere og reflektere over de ulike spørsmålene. Samtidig ønsket vi å få svar på noen konkrete spørsmål. Derfor besto intervjuguiden av en del

faste spørsmål, slik at vi kunne sammenlikne svarene i ettertid. På den måten var intervjuguiden også strukturert (Grenness, 2020, s. 47).

4.4.4 Gjennomføring av intervju

Vi gjennomførte ett pilotintervju på Teams av en bekjent som er utdannet familieterapeut og arbeider med hjemmebesøk. I pilotintervjuet fikk vi testet spørsmålene, og gjort noen små justeringer til neste intervju. Vi hadde blant annet satt av 60 minutter, men utvidet tiden til 90-110 minutter i de neste intervjuene. Siden pilotintervjuet var vellykket, og ble gjort av en som kvalifiserte som informant, valgte vi å inkludere pilotintervjuet i studien etter godkjenning fra informanten (Nielsen et al., 2021, s. 140). På forhånd hadde vi bestemt at vi skulle ha hovedansvar for gjennomføringen av to intervjuer hver. Dette var en metode som fungerte godt for oss. Den med hovedansvar kunne ivareta god dialog med informantene, mens den andre sørget for at det ble gjort lydopptak, tok notater, og så over at vi husket å stille spørsmålene i intervjuguiden (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 203).

Til sammen gjorde vi fire intervjuer av syv informanter, der to var individuelle- og to var fokusgruppeintervjuer. Informantene fikk velge mellom digitalt intervju, eller at vi kom til kontoret deres. Blant annet på grunn av covid-19-situasjonen ble kun ett intervju gjennomført med fysisk tilstedeværelse, og resten digitalt via Teams. Vi opplevde likevel at alle intervjuene ble vellykkede, til tross for at tre ble digitale. Gruppeintervjuene kunne ta noe lenger tid, og det var mer utfordrende å strukturere intervjuet slik alle informantene fikk sagt det de ønsket. I ettertid er vi tilfredse med intervjuene, fordi de opplevdes meningsfulle for både oss og informantene. Flere av informantene har samme utdanningsbakgrunn som oss selv, så vi opplevde intervjuene som likeverdige samtaler mellom mennesker med interesse for samme fagområde. Vår erfaring er at informantene var glade for å kunne dele, og for at vi fordypet oss i temaet hjemmebesøk.

4.4.5 Etikk

Forskningsetikken har vært sentral gjennom både planlegging av studien, gjennomføring av intervjuer, og rapportering av funn (Dalland, 2012, s. 96). Etikk i forskning er å ivareta personvern, og unngå at forskningen går utover menneskers integritet og velferd. Forskeren må også ivareta studiens troverdighet og pålitelighet. Vi har arbeidet systematisk og transparent med studien, og dokumentert hva vi har gjort slik at andre kan følge prosessen og resultatene våre (Nielsen et al., 2021, s. 98). Siden masteroppgaven er en del av et forskningsprosjekt om hjemmebesøksprogrammet Familiepartner, ble det ikke sendt inn egen melding til Norsk senter for forskningsdata (NSD). I vedlegg 2.1 ligger endringsmeldingen fra

NSD på det overordnede prosjektet. Lydopptak ble gjort med båndopptaker, og slettet umiddelbart etter transkribering, for å sikre deltakernes konfidensialitet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 213).

For å gi en troverdig gjentakelse av utvalgets perspektiv, stilte vi åpne spørsmål der informantene fritt kunne fortelle. For å sikre at vi hadde forstått informantene riktig, stilte vi også flere konkrete oppfølgingsspørsmål (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 194).

Vi valgte informanter som jobber i tiltak som leverer hjemmebesøk, og ikke familiene som mottar tiltaket. Dette er en fordel på grunn av de etiske utfordringene en kan møte med informanter i sårbare situasjoner (Dalland, 2012, s. 222). Studien inneholder ikke intervjuer med mennesker som snakker om sensitive og personlige temaer, men profesjonelle aktører som deler opplevelser rundt egen arbeidssituasjon (Johannessen et al., 2021, s. 46). Studien ivaretar selvbestemmelse og autonomi, fordi deltakerne i studien bestemte over sin egen deltakelse (Johannessen et al., 2021, s. 45). Dette inkluderer informasjon, frivillig samtykke, og muligheten til å trekke seg fra prosjektet uten negative konsekvenser.

Vi som forskere skal respektere informantenes privatliv. Informantene kan selv bestemme hva som skal deles, og vi har taushetsplikt i møtet med dem. I dette tilfellet er det vanskelig å sikre deltakerne full anonymitet fordi de er ansatt i tiltak med et begrenset antall ansatte. Dette gjør at andre på arbeidsplassen kan gjenkjenne informantene selv om de anonymiseres. Før datainnsamlingen ble utvalget informert om den begrensede anonymiteten (Nielsen et al., 2021, s. 93).

4.4.6 Data og analyse

Lydopptakene av de fire intervjuene delte vi mellom oss, og transkriberte kort tid etter intervjuet (Nielsen et al., 2021, s. 142). Vi benyttet transkriberingsprogrammet F5, og innholdet ble gjengitt korrekt, med nøling, pauser og tidspunkt (Grenness, 2020, s. 66).

Fire transkriberte intervjuer utgjorde dermed datamaterialet vårt. Begge leste over alle intervjuene for å få oversikt over dataene. Vi gjorde først en tematisk analyse, der vi lette etter data med fellestrekk. En tematisk analyse skaper orden i dataene, slik at det blir lettere å forstå, rapportere og se nye sammenhenger i datamaterialet (Johannessen et al., 2018). Vi hadde hovedansvar for å kode intervjuene vi transkriberte, men begge gikk over med koder på alle intervjuene. Kodingen ble gjennomført ved å legge kommentarer på siden i et Word-dokument, der vi skrev stikkordsopsummeringer og refleksjoner. Spørsmålene i intervjuguiden var basert på funn fra litteraturstudien vår, så naturligvis fant vi flere av disse kategoriene. Samtidig søkte vi aktivt etter nye funn og sammenhenger. Funn fra den tematiske

analysen ble først sortert i et eget dokument for hvert tiltak. For å se dataene i en større helhet la vi også inn funnene en felles tabell for alle tiltakene. Etter hvert ønsket vi å rette oppmerksomheten mot rammene hjelpere jobber under, og hvilke fordeler og ulemper som kommer fram i forbindelse med hjemmebesøk. Vi foretok ny koding basert på dette, og la til funnene i tabellen. Tabellen hjalp oss med å holde oversikt når vi skulle presentere funnene fra analysen.

4.4.7 Funn

I analysen kom vi fram til tre hovedfunn: Hjelpere jobber under ulike rammebetingelser, hjelpere opplever fordeler med å jobbe i hjemmet, og ulemper. Når det gjelder rammebetingelser forholder hjelpere i tre av tiltakene seg til en behandlingsplan fra barnevernet, mens Familie for første gang er et lavterskeltilbud som utformer planen for behandlingen med kvinnene selv. Rammebetingelsene spiller inn på blant annet: behandlingsplaner og mål, arbeidsmetode, fleksibilitet og brukermedvirkning, besøksfrekvens, besøkslengde og arbeidstid, om hjelperne jobber alene eller i team, antall familier de følger opp, hvem i familien som involveres, og om hjelpere har telefonkontakt med familien. Videre har vi funnet at hjelpere opplever både fordeler og ulemper med hjemmebesøk.

Fordelene er: 1) Hjemmebesøk kan gjøre hjelpen mer tilgjengelig slik at flere familier fullfører behandling. 2) Hjelperen får lettere informasjon om hvordan familien lever og samhandler. 3) Familien får hjelp, og får øvd seg i sine naturlige omgivelser. 4) I hjemmet kan relasjonen bli mer jevnbyrdig mellom hjelper og familie. 5) Hjemmebesøk kan oppleves trygt for flere familier.

På den andre siden beskriver hjelperne fire ulemper: 1) Det kan være utfordrende å skape en struktur under hjemmebesøk, fordi det kan oppstå uforutsette hendelser. I tillegg er arbeidet tidkrevende. 2) Det kan oppleves påtrengende og avslørende for familien å få hjelpere hjem til seg, spesielt i starten. 3) Hjelpere fra barnevernet kan oppleve mer skepsis i møte med familier. 4) Utfordringen med å vurdere hva som er terapi, og hva som er veiledning eller støttesamtaler. I tillegg en balanse mellom barneverntjenestens krav til veiledning, og familiens behov for terapi.

4.4.8 Begrensninger ved kvalitativ studie

I denne delen gjør vi noen kritiske refleksjoner over studiens utvalg og metode. Utvalget består av syv informanter fra fire tiltak, noe som kan være et for lite utvalg for å sikre studiens reliabilitet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Siden dette er en masteroppgave, har vi hatt

begrenset med tid og ressurser, noe som har gjort at vi ikke har hatt mulighet til å rekruttere informanter fra flere tiltak. Flere beskrivelser av hjelpere fra andre tiltak ville gjort funnene mer pålitelige, slik at de i større grad kunne blitt generalisert (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 148; Thomassen, 2020, s. 114). På den andre siden kan det også være en styrke med studien at vi har færre tiltak, slik at vi kunne gå i dybden på erfaringene til de deltakerne vi har (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 148). I utgangspunktet ønsket vi fokusgruppeintervjuer med minst to informanter, for å skape refleksjoner og en felles enighet mellom deltakerne. En svakhet med studien er derfor at den inkluderer to individuelle intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Ett av disse var ment som et pilot-intervju, men ble senere inkludert i studien. Det andre ble individuelt grunnet sykdom.

Det kan generelt være en utfordring å analysere kvalitative intervju fordi vi har vært tett på det som skal analyseres i intervjusituasjonen (Jacobsen, 2021, s. 72). I den forbindelse er en annen svakhet med utvalget at vi har kjennskap til en av informantene fra tidligere. Dette kan ha påvirket vår objektivitet i møte med informanten (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 108). Tilknytningen kan også ha gjort at vi har oversett informasjon, eller blitt påvirket av informanten på en annen måte enn av de andre deltakerne. Vi har vært bevisst denne tilknytningen, og har tilstrebet å opprettholde en profesjonell avstand til informanten i denne settingen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 108).

Vi hadde en del forkunnskap om hjemmebesøk fra litteraturstudien. Dette var en fordel som ga oss en pekepinn på hva som kunne være interessant å studere videre, samtidig som det kan ha påvirket oss i arbeidet med kvalitative intervjuer. Innenfor fenomenologien er det et mål at forskeren skal kunne se bort fra egne etablerte oppfatninger om temaet som undersøkes (Thomassen, 2020, s. 114). Det kan derfor være en svakhet ved oppgavens validitet at vi hadde noen forhåndsbestemte tema, og flere konkrete spørsmål i intervjuguiden (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). På den andre siden stilte vi åpne spørsmål der vi la til rette for fri fortelling, og tilstrebet at spørsmålene ikke skulle virke ledende (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 273-276). Vi var bevisst over å være åpne for ny informasjon om hjemmebesøk som ikke stemte med våre egne oppfatninger. I arbeidet med koding forsøkte vi derfor aktivt å se bort fra kategoriene i litteraturstudien, for å se om vi datamaterialet kunne gi oss nye funn (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 272).

En svakhet med datainnsamlingen er at intervjusituasjonen er ny for oss, fordi vi ikke har utført kvalitative intervjuer tidligere. Samtidig har vi gjennom studiet i familiebehandling tilegnet oss gode samtaleferdigheter. Dette kan ha gjort at vi likevel klarte å skape trygghet i intervjusituasjonen, og stilte spørsmål som gjorde at informantene fikk lyst å fortelle. Tre av

fire intervjuer foregikk digitalt, noe som kan ha svekket datainnsamlingen noe. Gjennom fysisk tilstedeværelse er det lettere å skape en naturlig kommunikasjon gjennom kroppsspråk og øyekontakt, noe som ikke var like enkelt under de digitale intervjuene (Nielsen et al., 2021, s. 136). Vi lot informantene få pauser til å tenke og reflektere, og forsøkte så godt som mulig å ikke avbryte informantene når de snakket (Nielsen et al., 2021, s. 142). Også dette ble mer utfordrende under digitale intervju der kommunikasjonen ikke flyter like lett.

Gjennom transkribering kan meningsinnholdet fra informanten stå i fare for å endres (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Ved å gjengi innholdet mest mulig korrekt, sørget vi for å formidle meningen fra intervjupersonene, noe som også sikrer studiens reliabilitet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 212). En uttalelse kan se annerledes ut basert på hvem som transkriberer den. Der vi var usikre på hva som ble sagt, hørte vi begge over lydklippet, slik at setningene ble gjengitt riktig (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 211-212). Ved ett tilfelle var vi usikre på om vi hadde forstått informanten riktig, og tok derfor kontakt med vedkommende for å sikre at vi hadde oppfattet meningsinnholdet korrekt. Alt datamaterialet ble lest over og kodet av begge. Dette er en styrke med studien fordi vi har gjort ulike funn og tolkninger i løpet av kodingsprosessen. Diskusjoner rundt dette har ført til nye, spennende måter å forstå datamaterialet på, som vi ikke ville fått om vi kodet alene (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276).

5 Diskusjon

Hjemmebesøk er en arbeidsmåte som brukes stadig mer i arbeidet med sårbare familier. Det er grunn til å tro at hjemmebesøk kan gi fordeler, som å bidra til mindre vold mot barn, bedre foreldreferdigheter, fremme barns utvikling, og bedre levekår hos familier. Mye av litteraturen på området består av studier med et formål om å si noe om effektene av de ulike hjemmebesøksmodellene. Det er derimot en utydelighet rundt hva hjemmebesøkene egentlig innebærer. Studier som har sett på innhold trekker fram at hjemmebesøk innebærer hyppige besøk og fleksibilitet, kartlegging og koordinering av andre tjenester, foreldreveiledning, og et fokus på relasjonen mellom hjelper og klient. Det kommer også fram at hjemmebesøk kan være en krevende arbeidsform for hjelperne. Vår studie er et bidrag som viser en sammenstilling av hva hjemmebesøk innebærer i familiebehandling, både av rammebetingelser, og hva hjelpere gjør under hjemmebesøket.

I likhet med funn fra andre forskere, finner vi at fleksibilitet er en fordel i arbeidet med hjemmebesøk. Funnene våre fra litteraturstudien viser også at hjemmebesøk innebærer varierende grad av fleksibilitet. Blant annet inneholder flere hjemmebesøksmodeller bruk av

standardiserte verktøy, eller har fast behandlings- og besøkslengde. På den andre siden har flere modeller døgnåpen vaktjeneste, og er tilgjengelige for familien hele døgnet. I den kvalitative studien så vi at hjemmebesøk i Norge kjennetegnes av å være fleksibelt, forutsigbart og tilgjengelig for familier. Blant annet har hjelperne fleksibel arbeidstid, besøkstiden- og innholdet i besøkene er fleksibelt, og lengden på behandlingen kan tilpasses familiens behov. Vi mener det er nødvendig at tiltaket leverer tjenester som er på familiens premisser. For det første kan dette være et bidrag i hjelpernes arbeid med å oppnå tillit, trygge relasjoner og terapeutiske allianser med familier, og dermed skape mer vellykket behandling (Høgland, 1999, s. 259; Røknes & Hansen, 2006; Skovholt og Jennings, 2004). For det andre kan hjelpernes støttefunksjon og fokus på ressurser, gjøre at familien i større grad mestrer livssituasjonen sin, noe som også kan spille positivt inn på omsorgen for barna (Bandura, 1977, s. 193; Mouton & Roskam, 2014).

Samtidig ser vi at hjelpernes ønske om å levere tjenester på familiens premisser ikke er nok, men at dette må tilrettelegges gjennom rammene i tiltaket. Vi anbefaler derfor at tiltakene er bevisste på å tilrettelegge for at hjelperne kan ha god tid under hjemmebesøk, og at hjelperne følger opp et antall familier som gjør at de har muligheten til å sette opp avtaler på kort varsel. Behandlingstiden bør også være fleksibel og tilpasset familiens behov. Tilgjengelighet og forutsigbarhet kan oppnås ved at familiene kan nå hjelperne direkte på telefonen.

Litteraturstudien viser at noen hjemmebesøksmodeller inneholder bruk av paraprofesjonelle uten relevant helse- og sosialutdanning. I Norge er dette mindre relevant, fordi utdanninger som sosionom, psykolog, barnevernspedagog, eller sykepleier, ofte er et krav i de ulike tjenestene. I den kvalitative studien ble vi imidlertid oppmerksomme på en annen problemstilling knyttet til hjelpernes profesjon, nemlig at hjelpere fra barnevernet opplever større utfordringer med å skape tillit til familiene. Sykepleierne ser ut til å lettere komme i posisjon til å hjelpe, og familiene beskriver dem som mer ufarlige enn barnevernsarbeidere eller psykologer. Dette er relevant innsikt for praksisfeltet fordi flere av de foreldrestøttende tiltakene leveres av fagfolk innenfor barnevernet. En begrunnelse for at familier kan oppleve denne ulikheten, kan være fordi barnevernet også innebærer en kontrollfunksjon som er vanskelig å komme unna. Vi oppfordrer til økt bevissthet i barnevernet over denne påvirkningen på familier, og om mulig, mer tid og oppmerksomhet rettet mot relasjonsarbeid og tillitsbygging innenfor tiltakene i barnevernet.

Artiklene i masterstudien speiler en uklarhet i feltet og blant hjelperne, om hva som er differansen mellom veiledning og terapi. Dette er en problemstilling vi finner svært lite

litteratur på. I litteraturstudien var det utfordrende å få grep på om hjemmebesøksmodellene inneholdt terapi eller ikke, så vi ønsket å følge dette videre i den kvalitative studien. I møte med hjelperne kom det fram at veiledning og terapi er begreper som ofte blandes. Flere trekker fram at de jobber terapeutisk, uten at de kan kalle det for terapi. Samtidig opplever hjelperne at de til tider må balansere kravet om veiledning fra barnevernstjenesten, med familiens behov for terapi.

Vi oppfordrer til en tydeliggjøring av begrepene veiledning og terapi, og innholdet i de ulike hjemmebesøksmodellene generelt, av tre hovedgrunner. For det første vil kunnskap om innhold gi instansene muligheten til å ta et strategisk valg om hvilke tiltak de ønsker å implementere, basert på hvordan innholdet passer med familiens behov. For det andre kan en tydeliggjøring av innholdet i tiltaket gi hjelpere bedre beskrivelser av hva de skal gjøre under hjemmebesøkene. Tydelige beskrivelser kan forhindre at hjelpen blir tilfeldig og personavhengig. Dette kan bidra til å sikre kvaliteten i tiltaket, fordi tilbudet ikke avhenger av vurderinger hos den enkelte hjelperen. Samtidig understreker vi oppfordringen til at også stringente metoder inneholder fleksibilitet, der hjelperne kan tilpasse innholdet ved behov. For det tredje vil en tydeliggjøring av innhold gjøre at fremtidige effektstudier kan vise til hva som er prøvd ut i metoden, og peke på hva det er med hjemmebesøk som gjør at det lønner seg innenfor familiebehandling.

6 Konklusjon

Hjemmebesøk er en arbeidsmåte som kan gi flere fordeler innenfor familiebehandling. Likevel er det uklart hva flere av hjemmebesøkene innebærer, og det er behov for en tydeliggjøring av innholdet i tiltakene. Spesielt trengs det tydeligere beskrivelser av begrepene terapi og veiledning. Det bør også rettes oppmerksomhet mot betydningen av hjelpernes utdanning og tjenesten de kommer fra, kan påvirke familier. Til sist oppfordrer vi tiltakene til å legge til rette for at hjelpere kan tilby tjenester på familiens premisser, med høy grad av fleksibilitet, fordi vi tror dette kan være en av nøklene til vellykkede hjemmebesøk.

Litteratur

- Aaserud, T. G., Tveiten, S. & Gjerlaug, A. K. (2016). Hjemmebesøk av jordmor i tidlig barseltid. *Sykepleien forskning*, 10(59215). [10.4220/Sykepleienf.2016.59215](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.59215)
- Ammerman, R. T., Putnam, F. W., Altaye, M., Teeters, A. R., Stevens, J. & Van Ginkel, J. B. (2013). Treatment of depressed mothers in home visiting: Impact on psychological distress and social functioning. *Child Abuse & Neglect*, 37(3), 544-554. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.003>
- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. <https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1080/1364557032000119616>
- Azzi-Lessing, L. (2011). Home visitation programs: Critical Issues and Future Directions. *Early Childhood Research Quarterly*, 26(4), 387-398. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2011.03.005>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, A. (1995). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. I Bandura (Red.), *Self-Efficacy in Changing Societies* (s. 1-45). Cambridge University Press
- Barlow, J., Davis, H., McIntosh, E., Jarret, P., Mockford, C. & Stewart-Brown, S. (2007). Role of home visiting in improving parenting and health in families at risk of abuse and neglect: results of a multicentre randomised controlled trial and economic evaluation. *Archives of disease in childhood*, 92(3), 229-233. <http://dx.doi.org.ezproxy.oslomet.no/10.1136/adc.2006.095117>
- Barne- og familiedepartementet. (2000). *Bruk av Multisystemisk Terapi (MST): Rundskriv om bruk av Multisystemisk Terapi (MST) overfor barn og ungdom med alvorlige atferdsvansker*. [Rundskriv]. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/bruk-av-multisystemisk-terapi-mst/id108644/>
- Barrowclough, C., King, P., Colville, J., Russell, E., Burns, A. & Tarrier, N. (2001). A randomized trial of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling for anxiety symptoms in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(5), 756-762. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.69.5.756>

- Berge, T., Repål, A., Ryum, T. & Samoilow, D. K. (2009). Behandlingsalliansen i kognitiv terapi. I T. Berge. & A. Repål (Red), *Håndbok i kognitiv terapi* (s. 19-38). Gyldendal Akademisk
- Bordin, E. D. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Educational Publishing Foundation*, 16(3), 252-260.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0085885>
- Bowlby, J. (1907-1990) *Attachment and loss: vol. 1: Attachment*. Pimlico.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742. 10.1037/0012-1649.22.6.723
- Bufdir (2015, 24. Mars). Multifunksjonell behandling (MultifunC).
https://bufdir.no/Barnevern/Tiltak_i_barnevernet/Metoder/MultifunC_Behandling_i_institusjon_og_narmiljo_14_18_ar/
- Bufdir (2020, 16. oktober). *Multisystemisk terapi (MST)*.
https://www.bufdir.no/barnevern/tiltak_i_barnevernet/metoder/multisystemisk_terapi_mst_behandlingstilbud_for_familier_med_ungdom_med_alvorlige_atferdsvansker_et_alternativ_til_plassering_utenfor_hjemmet_12_18_ar/
- Bufdir (2021, 03. juni). *Marte Meo: Video-feedback of Infant-Parent Interaction (VIPI)*.
https://bufdir.no/Familie/foreldrestotte/tiltaksliste/marte_meo/
- Bufdir (2021, 20. juni). *Hva er foreldrestøtte?*
https://bufdir.no/Familie/foreldrestotte/hva_er_foreldrestotte/
- Carson, D. K., Jain, S. & Ramirez, S. (2009). Counseling and Family Therapy in India: Evolving Professions in a Rapidly Developing Nation. *Int J Adv Counselling* 31, 45–56. <https://doi.org/10.1007/s10447-008-9067-8>
- Casillas, L. K, Fauchier, A., Derkash, B. T. & F. Garrido, E. F. (2016). Implementation of evidence-based home visiting programs aimed at reducing child maltreatment: A meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 53, 64-80. <https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1016/j.chiabu.2015.10.009>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Gyldendal akademisk.
- De Flon, H. (2019). Hva er familierapi? I L. Lorås & O. Ness (Red.). *Håndbok I familierapi*. (s. 15-23). Fagbokforlaget.
- de Wit, M., Leijten, P., van der Put, C., Asscher, J., Bouwmeester-Landweer, M. & Deković,

- M. (2020). Study protocol: randomized controlled trial of manualized components in home visitation to reduce mothers' risk for child maltreatment. *BMC Public Health* 20, Artikkel 136. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8237-4>
- Duggan, A., Caldera, D., Rodriguez, K., Burrell, L., Rohde, C. & Crowne, S. S. (2006). Impact of a statewide home visiting program to prevent child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 31(8) 801–827. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.06.011>
- DuMont, K., Mitchell-Herzfeld, S., Greene, R., Lee, E., Lowenfels, A., Rodriguez, M. & Dorabawila, V. (2008). Healthy Families New York (HFNY) randomized trial: Effects on early child abuse and neglect, *Child Abuse & Neglect*, 32(3), 295-315. <https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1016/j.chiabu.2007.07.007>
- Euser, S., Alink, L. R., Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J. Van IJzendoorn, M. H. (2015). A gloomy picture: a meta-analysis of randomized controlled trials reveals disappointing effectiveness of programs aiming at preventing child maltreatment. *BMC Public Health* 15, Artikkel 1068. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2387-9>
- Everett, E. L. & Furseth, I. (2004). *Masteroppgaven: Hvordan begynne- og fullføre* (3.utg). Universitetsforlaget.
- Fergusson, D., Horwood, J. & Ridder, E. (2005). *Early Start: Evaluation Report*. Christchurch Health and Development study team. <https://www.otago.ac.nz/christchurch/otago014859.pdf>.
- Fossum, S. & Holmen, C. I. (2011). *Implementering av behandlingsmodellen – MultifunC: Implementeringsprosessen på 6 barnevernsinstitusjoner i Norge* (Rapport 1). Universitetet i Tromsø. <https://uit.no/Content/287590/RKBU%20rapport%201%202012.pdf>
- Frey, J. H. & Fontana, A. (1991). The group interview in social research. *The Social Science Journal*, 28(2), 175-187. [https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1016/0362-3319\(91\)90003-M](https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1016/0362-3319(91)90003-M)
- Galanter, R., Self-Brown, R., Valente, J. R., Dorsey, S., Whitaker, D.J., Bertuglia-Haley, M. & Prieto, M. (2012) Effectiveness of Parent–Child Interaction Therapy Delivered to At-Risk Families in the Home Setting. *Child & Family Behavior Therapy*, 34(3), 177-196. <https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1080/07317107.2012.707079>
- Gilje, N. (2020). Hermeneutikk som metode – introduksjon til hermeneutisk intensjonalisme. I D. Jenssen, M. Kjørstad. & S. Seim (Red.), *Vitenskapsteori for sosial- og helsefag* (189-217). Gyldendal.

- Grenness, T. (2020). *Slik løser du metodeproblemene i bachelor- og masteroppgaven*. Cappelen Damm.
- Hansen, M. J. & Jacobsen, H. (2008) *Sped- og småbarn i risiko: En kunnskapsstatus*. Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion øst og sør.
https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2016031548092
- Harden, B. J., Denmark, N. & Saul, D. (2009). Understanding the needs of staff in Head Start programs: The characteristics, perceptions, and experiences of home visitors. *Children and Youth Services Review*, 32(3), 371–379.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.chilyouth.2009.10.008>
- Hart, D. & Schwartz, R. (2009). *Fra interaksjon til relasjon: tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Schore og Fonagy*. Gyldendal akademisk.
- Haynes, G.W., Neumann III, Deborah., Hook, C., Haynes, D. C., Steeley, J-M., Kelley, M., Gatterdam, A., Nielson. & Paine, M. (2015). Comparing Child and Family Outcome Between Two Home Visitation Program. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 43(3), 209-228. <https://doi.org/10.1111/fcsr.12098>
- Horvath, A. O. (2000). The therapeutic relationship: From transference to alliance. *APA PsycNet*, 56(2), 163-173. <https://psycnet.apa.org/record/2000-13712-001?fbclid=IwAR3rqvz2TzaBKSq8yatd2KO7PJD21J4WEcp-W0CCC67sttSxOIR7KiGbA-s>
- Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1992). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139–149. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139>
- Hægland, G. (2021, juli). *Omtale av forskningen på familieterapi og foreldreveiledning*. Tiltakshåndboka.
<https://tiltakshandboka.no/no/tilstander/tiltak-familieterapi-og-foreldreveiledning/omtale-av-forskningen-paa-familieterapi-og-foreldreveiledning#>
- Høglend, P. (1999). Psychotherapy Research: New Findings and Implications for Training and Practice. *The journal of psychotherapy Practice and Research*, 8(4), 257-263.
[PMC33330564](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33330564/)
- Jack, S. M., Ford-Gilboe, N., Davidov, D. & MacMillan, H. L. (2016). Identification and assessment of intimate partner violence in nurse home visitation. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15-16), 2215-2228. <https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1111/jocn.13392>
- Jacobsen, D. I. (2021). *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse- og sosialfagene* (3.utg). Cappelen Damm Akademiske.

- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*(6.utg.). Abstrakt forlag.
- Johnsen, A. & Torsteinsson, V. W. (2012) *Lærebok i familierapi*. Universitetsforlaget.
- Klefbeck, J. & Ogden, T. (1995). *Nettverk og økologi: problemløsende arbeid med barn og unge*. TANO.
- Kriz, S., & Solberg, B. (2019, 9. august). *Kognitiv atferdsterapi*. Den norske legeforening. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/veiledere/veileder-i-bup/del-3-behandlingsmetoder-og-spesielle-arbeidsomrader/psykoterapi/kognitiv-atferdsterapi/>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademisk.
- Kvello, Ø. (2019). Foreldrestyrkende programmer. I L, Lorås. & O. Ness (Red). *Håndbok i familierapi* (s. 447-483). Fagbokforlaget.
- LeCroy, C. W. & Whitaker, K. (2005). Improving the quality of home visitation: An exploratory study of difficult situations. *Child Abuse & Neglect*, 29(9), 1003–1013. <https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1016/j.chiabu.2005.04.003>
- Lees D, Frampton C. M, Merry S. N. (2019). Efficacy of a Home Visiting Enhancement for High-Risk Families Attending Parent Management Programs: A Randomized Superiority Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 76(3). 241–248. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4183>
- Lowell, D. I., Carter, A. S., Godoy, L., Paulicin, B. & Briggs-Gowan, M. J. (2011). A Randomized Controlled Trial of Child FIRST: A Comprehensive Home-Based Intervention ⁱTranslating Research Into Early Childhood Practice. *Child development*, 82(1) 193-208. <https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1111/j.1467-8624.2010.01550.x>
- McDowell, T., Goessling, K. & Melendez, T. (2012). Transformative Learning through International Immersion: Building Multicultural Competence in Family Therapy and Counseling. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(2), 365-379. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2010.00209.x>
- McWey, L. M., Humphreys, J., & Pazdera, A. L. (2011). Action-Oriented Evaluation of an In-Home Family Therapy Program for Families At Risk for Foster Care Placement. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(2), 137-152. <https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1111/j.1752-0606.2009.00165.x>
- Mills, A., Schmied, V., Taylor, C., Dahlen, H., Shuiringa, W. & Hudson, M. E. (2012). Connecting, learning, leaving: supporting young parents in the community. *Health and*

- Social Care in the Community*, 20(6), 663–672. <https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1111/j.1365-2524.2012.01084.x>
- Mills, A., Schmied, V., Taylor, C., Dahlen, H., Shuringa, W. & Hudson, M. E. (2012). Someone to talk to: young mothers' experiences of participating in a young parents support programme. *Scandinavian journal of caring sciences*, 27(3), 551-559. <https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1111/j.1471-6712.2012.01065.x>
- Mouton, B & Roskam, I. (2014). Confident Mothers, Easier Children: A Quasi-experimental Manipulation of Mothers' Self-efficacy. *Journal of child and family studies*, 24(8), 2485-2495. [10.1007/s10826-014-0051-0](https://doi.org/10.1007/s10826-014-0051-0)
- Nielsen, D. A., Hjernholm, T. Q. & Jørgensen, P. S. (2021). *Oppgaveskriving og metode i helse- og sosialfag*. Bokforlaget
- Olds, D. (2006). The Nurse-Family Partnership: An evidence-based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal*, 27(1), 5-25. <https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1002/imhj.20077>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., Stewart, L. A., Thomas, J., Tricco, A. C., Welch, V. A., Whiting, P. & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021, 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pedersen, E., Ballo, J.G. & Nilsen, W. (2019). *Utprøvingen av familie for første gang* (AFI Rapport 2019:06). Arbeidsforskningsinstituttet ved OsloMet.
- Prop. 12 S (2017-2017), s. 46-47). *Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017-2021)*.. Barne- og likestillingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/f53d8d6717d84613b9f0fc87deab516f/no/pdfs/prp201620170012000dddpdfs.pdf?fbclid=IwAR3BdOcrXZbKNRIBamALB9gdKM S4N-FvnCDnUmJ049qaKIGTaMey7zQ00uE>
- Pyc. (u.d). *Om PYC*. <http://pyc.no/about-pyc/>
- Regionsenter for barn og unges psykiske helse (2021, juli). *Tiltak: familierapi og Foreldreveiledning*. Tiltakshåndboka. <https://tiltakshandboka.no/no/tilstander/tiltak-familierapi-og-foreldreveiledning/omtale-av-forskningen-paa-familierapi-og-foreldreveiledning?print-all=true#>

- Røkenes, O. H. & Hanssen, P-H. (2006). *Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*(2.utg). Fagbokforlaget.
- Skovholt, T. & Jennings, L. (2005). Mastery and Expertise in Counseling. *Journal of Mental Health Counseling*, 27(1), 13-18.
<https://doi.org/10.17744/mehc.27.1.gnblmy6g3dbqduq4>
- SOS-barnebyer. (u.d). *Familiepartner*. <https://www.sos-barnebyer.no/vart-arbeid-i-norge/familiepartner>
- Stormshak, E. A. & Dishion, T. J. (2002). An Ecological Approach to Child and Family Clinical and Counseling Psychology. *Clinical Child And Family Psychology Review*, 5, 197–215. <https://doi.org/10.1023/A:1019647131949>
- Støren, I. (2013). *Bare søk!: praktisk veiledning I å gjennomføre litteraturstudie*(1.utg). Cappelen Damm.
- Tarrier, N., Kinney, C., McCarthy, E., Humphreys, L., Wittkowski, A. & Morris, J. (2000). Two-year follow-up of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling in the treatment of persistent symptoms in chronic schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 917–922. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.917>
- Thomassen, M. (2020). Fenomenologiens mange ansikter. I D. Jenssen, M. Kjørstad. & S. Seim (Red.), *Vitenskapsteori for sosial- og helsefag*. (s. 103-134). Gyldendal Akademisk
- Thronsen, A. & Young, E. (2016) Veiledningsprogram tilpasset foreldre med kognitive vansker. *Tidsskriftet Norges barnevern*, 93(3-04), 340-355. <https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.18261/issn.1891-1838-2016-03-04-15>
- Thuve, E., Aamnes, D., & Melinder, A. (2021). En pilotstudie av MST-CAN i Norge. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2021/01/en-pilotstudie-av-mst-can-i-norge>
- Utgarden, I-H. (2021, 26. juni). *Parent Management Training – Oregon (PMTO)*. Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge. <https://www.nubu.no/PMTO/>
- van der Put, C. E., Assink, M., Gubbels, J. & Boekhout van Solinge, N. F. (2018). Identifying effective components of child maltreatment interventions: A meta-analysis. *Clinical child and family psychology review*, 21(2), 171-202.
<https://doi.org/10.1007/s10567-017-0250-5>
- Van Doesum, K. T. M., Hosman, C. M. H., Riksen-Walraven, J. M. & Hoefnagels, C. (2008). A Randomized Controlled Trial of a Home-Visiting Intervention Aimed at Preventing

Relationship Problems in Depressed Mothers and Their Infants. *Child Development*,
79(3), 547–561. <https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1111/j.1467-8624.2008.01142.x>

Hvilke strukturerte hjemmebesøksmodeller finnes i familiebehandling, og hva består disse av?

Which structured home visiting models exist in family therapy, and what do these consist of?

Frigg Alsaker og Silje Helgesen Kili

Sammendrag

Formål: Artikkelen formål er å kartlegge hva litteraturen sier om hvilke

hjemmebesøksmodeller som finnes i familiebehandling, og hvilke elementer disse består av.

Teoretisk forankring: Innenfor familiebehandling blir flere tiltak hjemmebaserte, og studier tyder på at dette kan gi god effekt. Dermed er det et behov for kunnskap om hvilke

hjemmebesøksmodeller som finnes, og hva disse inneholder mer konkret. **Metode:** Vi har

gjort en litteraturstudie der vi har gjennomgått 27 studier og artikler for å belyse

problemstillingen. **Resultater:** Hjemmebesøk kjennetegnes av, og inneholder arbeid med: 1)

Utføres av både paraprofesjonelle og profesjonelle med relevant utdannelse, som oftest med

opplæring og veiledning i spesifikke tiltaks- eller praksiselementer. 2) Rammer som

tilrettelegger for at hyppighet, varighet på besøk og behandling, kan tilpasses familiens behov.

Bruk av standardiserte verktøy. 3) Samarbeid med familien. 4) Psykisk helse- og

rusproblematikk. Terapi i hjemmet nevnes i tre modeller. 5) Styrking av foreldreferdigheter

og/eller foreldre-barn-interaksjon. 6) Voldsproblematikk. 7) Forhold i familiens omgivelser.

Konklusjon: Hjemmebesøksmodeller består av ulike elementer. Det er likevel behov for mer kunnskap om hva hjemmebesøk innebærer, og bevissthet rundt innholdet i modellene.

Nøkkelord: Hjemmebesøk, familiebehandling, familierapi, risikofamilier

Abstract

Purpose: The purpose of the article is to map out what the literature says about which home visiting models are found in family therapy with at-risk families, thereafter what elements these consist of. **Theoretical framework:** Within family treatment, measures or treatment are often offered at home, and studies indicate that this has a good effect. Thus, there is a need for knowledge about which home visiting models exist, and what they precisely consist of.

Method: We have completed a literature review, where we have analyzed 27 studies to answer the research question. **Results:** Home visits are characterized as - and contain work with 1) Is performed by both paraprofessionals and professionals with relevant education, often with training and guidance in the specific action or practice elements. 2) A framework that facilitates the frequency, duration of visits and treatment can be adapted to the family's needs. The use of standardized tools. 3) Cooperation with the family. 4) Mental health and substance abuse problems. Home therapy is mentioned in three models. 5) Strengthening of parenting skills or parent-child interaction. 6) Domestic violence issues. 7) Conditions within the family environment. **Conclusion:** Home visiting models consist of different elements, however; it is still necessary to acquire more knowledge about the different elements home visiting contains, and awareness of it.

Key words: Home visits, family treatment, family therapy, at-risk families

1 Introduksjon

Hjemmebesøk er en mye brukt arbeidsmåte innenfor familiebehandling. Det finnes flere ulike modeller for hjemmebesøk, men lite kunnskap om hva disse består av. Det er derfor et behov for å se nærmere på hva hjemmebesøk innebærer. Tidligere forskning fra Olds (2006) viste hvordan hjemmebesøksprogrammet Nurse Family Partnership ga positive effekter når tiltaket utførtes i hjemmet. Sykepleierne i programmet ga førstegangsfødende mødre veiledning i sunn graviditet, fysisk og emosjonell omsorg for spebarnet, og planlegging av framtiden. Funnene viser at hjemmebesøkene bidro til mindre mishandling og forsømmelse, bedre levekår, og bedring i barns emosjonelle- og språklige utvikling (Olds, 2006).

Hjemmebesøk kan være et tilbud til de familier som ikke oppsøker hjelp selv, eller har vanskelig for å nyttiggjøre seg av kontorbaserte tilbud (Swenson, 2014, s. 10). Hjemmet er en arena som gir mulighet for å fremme god foreldrepraksis og foreldre-barn-relasjon hos nettopp disse familiene (Olds, 2006). En annen fordel med hjemmebesøk er at familien mottar hjelp i sitt naturlige miljø, og tjenesten kan tilpasses deres unike situasjon. Med behandling i hjemmet slipper familien byrden det kan være å reise til et kontor. Metoden kan derfor være med på å forhindre frafall, og øker sannsynligheten for at familien mottar nødvendig hjelp (Masse & McNeil, 2008, s. 134; Galanter et al., 2012, s. 178).

Hjemmebesøksprogrammene Parent-Child Interaction Therapy og Child First har også vist effekter som økt engasjement og tilfredshet i familien, mindre foreldrestress og færre psykopatologiske symptomer hos foreldre (Galanter et al., 2012, s. 178; Lowell et al., 2011, s. 193).

Det finnes gode indikasjoner på at familiebehandling gitt gjennom hjemmebesøk kan være positivt. Samtidig finnes det studier som ikke kan vise signifikant effekt av metoden (Duggan et al., 2006; McWey et al., 2011). Per i dag finnes det også svært få norske effektstudier på hva som kan være virkningsfullt under hjemmebesøk. Derimot undersøker Aaserud et al. (2016) i en mindre norsk studie hvordan mødre opplever hjemmebesøk av jordmødre etter fødsel. Studien tar ikke utgangspunkt i risikofamilier, men besøkene gjorde at kvinnene opplevde økt mestring og følelse av kontroll over egen livssituasjon (Aaserud et al., 2016, s. 11).

Hjemmebesøk er en måte å tilby en tjeneste på, og ikke én teoretisk tilnærming. Programmene bygger på ulike modeller, og på teorier som Bronfenbrenners økologiske teori (Bronfenbrenner, 1986, s. 723; Klefbeck & Ogden, 1999, s. 31), tilknytningsteori (Bowlby,

1907-1990), og mestringsteori (Bandura, 1995). I denne litteraturstudien bruker vi begrepene hjemmebesøksprogram og hjemmebesøksmodeller om det samme.

Ofte tilbys hjemmebesøk til familier som har flere sårbarheter. Familier med utfordringer av slik grad at det kan påvirke omsorgsevnen eller barnets utvikling, kalles gjerne risikofamilier. Utfordringer kan være faktorer som rus, psykisk sykdom, eller andre belastende livsbetingelser som påvirker foreldrerollen (Hansen & Jacobsen, 2008, s. 22). I norsk kontekst vet vi for eksempel at familier med arbeidsledighet er overrepresenterte i barnevernet, og at de mest utsatte familiene har problemer av et slikt omfang at de har behov for langvarig oppfølging (Fauske et al., 2018, s. 5).

Forskning på hjemmebesøk viser varierende resultater, noe som kan handle om at det finnes flere ulike hjemmebesøksprogram, og at de foregår innenfor ulike kontekster og populasjoner (Eckenrode et al., 2017, s. 92). Besøkene er som regel fleksible, der fagfolk selv kan bestemme mye av innholdet (de Wit et al., 2020, s. 1). Lite kunnskap om hva hjemmebesøksprogrammene inneholder, skaper et behov for å undersøke nettopp dette. Kunnskap om elementer kan si oss noe om hva som gjør det virkningsfullt å drive med familiebehandling i hjemmet, spesielt i Norge der dette er et mangelfullt forskningsfelt. Med denne artikkelen vil vi belyse dette spørsmålet gjennom problemstillingen:

Hvilke strukturerte hjemmebesøksmodeller finnes i familiebehandling, og hva består disse av?

2 Metode

I denne litteraturstudien kartlegger vi elementene i elleve hjemmebesøksmodeller innenfor familiebehandling. Vi baserer oss på 27 empiriske studier og litteratur om modellene (Arksey & O'Malley, 2005, s. 23). Litteraturstudien er begrenset til å dreie seg om hjemmebesøk hos risikofamilier. Vi har tatt utgangspunkt i Arksey og O'Malley (2005) og deres femstegs-beskrivelse for å gjennomføre en litteraturstudie. I første steg utformet vi problemstillingen: *Hvilke strukturerte hjemmebesøksmodeller finnes i familiebehandling, og hva består disse av?*

En systematisk søkestreng ble utviklet i andre steg. Strategien inkluderte søkeordene (a) «Home visit» OR «Home visitation» OR home* OR «house call» AND (Family*AND Therapy*) OR «family therapy» OR «family counseling» OR «Nurse Family Partnership» AND «Child Maltreatment», og (b) følgende spesifikke inklusjonskriterier:

1. Være gjennomført etter 1999.
2. Handle om hjemmebesøk innenfor familiebehandling med risikofamilier.
3. Være publisert i et fagfelleverdert tidsskrift.

4. Være en empirisk studie.

Søket ga oss 6548 treff. Det tredje steget ble brukt til å lese over artiklens titler og sammendrag. Vi leste overskrifter og sammendrag på halvparten hver. 6533 artikler som ikke oppfylte inkluderingskriteriene ble ekskludert, og vi satt vi igjen med 15 artikler. I steg fire leste vi disse i sin helhet. Under lesingen fant vi tre nye artikler som vi ønsket å inkludere. For å få mer informasjon om innholdet i de ulike modellene, søkte vi spesifikt etter litteratur på dette. Dette gjorde at vi inkluderte ni artikler til. Artikkelen vår inneholder dermed 27 studier og artikler, som omhandler elleve hjemmebesøksprogram. Videre gjorde vi en analyse av litteraturen og hva vi kunne finne av elementer i hjemmebesøksmodellene. I femte steg sorterte vi funnene, og valgte å dele hjemmebesøksselementene inn i syv kategorier (Arksey & O'Malley, 2005, s. 23-28).

3 Resultat

I denne delen presenteres elementene i elleve hjemmebesøksprogram. Vi har delt elementene inn i syv kategorier: 1) Utdanning og kunnskap hos hjelpere. 2) Rammer for hjemmebesøk. 3) Samarbeid med familien. 4) Psykisk helseproblematikk. 5) Foreldreveiledning. 6) Voldsproblematikk. 7) Arbeid med forhold i familiens omgivelser. Tabellen i vedlegg 1.3 gir full oversikt over elementene i hver modell.

27 artikler er inkludert i litteraturstudien. Én studie bruker data fra Nederland, én fra New Zealand, mens de resterende artiklene er basert på data og forskning fra USA. Studier på åtte av modellene viser effekt, enten på nedgang i vold, mindre involvering fra sosiale tjenester, bedring i foreldre-barn-interaksjon, eller i foreldres psykiske helse. Studier på programmene Healthy Families Alaska, Supportive Parenting Program og In-Home viser ikke signifikant effekt.

Hjemmebesøksmodellene har bakgrunn i teorier om økologi, tilknytning, og mestring. Programmene er laget for risikofamilier, og halvparten inkluderer gravide mødre og barn under fem år. I to av programmene er barna under to år. MST-CAN involverer barn fra seks til 18 år. In-Home presiserer ikke målgruppen.

Oversikt over hjemmebesøksmodellene i studien

Child First
Families First Home Visitation
Healthy Families New York
Healthy Families America
Healthy Families Alaska
Parent-Child Interaction Therapy
Early Start Program
Nurse Family Partnership
The Supportive Parenting Program
MST-CAN
In-Home Therapy

3.1 Utdanning og kunnskap hos hjelpere

Hjelperne som utfører hjemmebesøk har varierende utdanningsbakgrunn. Seks program krever at hjelperne har høyere utdanning innen helse- og sosialfag, som bachelorgrad, videreutdanning eller mastergrad. In-Home programmet krever mastergrad innenfor sosialt arbeid eller familierapi. Fire av programmene bruker sykepleiere. Nurse Family Partnership begrunner dette i at sykepleiere har kompetanse knyttet til graviditet, fødsel og barns helse. Early Start bruker både sykepleiere og personer med sosialfaglig profesjonsutdanning, som de begrunner med at gir et profesjonelt tilbud. Families First Home Visitation avlaster sin bruk av sykepleiere ved å bruke terapeuter med annen relevant utdanning, på grunn av økonomi og sykepleiemangel.

Healthy Families America, Healthy Families Alaska og Healthy Families New York bruker alle paraprofesjonelle, som er hjelpere uten relevant utdannelse. En begrunnelse for dette som beskrives av Healthy Families New York, er at terapeutene er håndplukkede og spesialtrente innenfor metoden, og får opplæring og veiledning av blant annet sosialarbeidere. MST-CAN og Parent-Child Interaction Therapy presiserer at de bruker terapeuter, men det er uklart hvilken utdanningsbakgrunn de har. I MST-CAN brukes egne MST-psykiatere i nødssituasjoner der det trengs psykiatrisk utredning.

Ti program gir hjelpere opplæring i programmet, og i syv program får hjelperne veiledning underveis, blant annet for at de skal tilstrebe troskap mot metoden. I Healthy Families America, MST-CAN, Early Start og Families First Home Visitation varer

opplæringen fra én til fem uker. Child First og Nurse Family Partnership nevner ikke opplæringstiden, men at terapeutene får opplæring i kommunikasjon. Supportive Parenting Program skiller seg ut ved å gi kun to dagers opplæring, men skal til gjengjeld bruke sykepleiere med lang erfaring på området. På den andre siden skiller Parent-Child Interaction Therapy seg ut ved å gi ti måneder opplæring og årlige kurs, gitt av veiledere som har syv års erfaring med programmet. Hjelpere i Healthy Families America, Healthy Families New York og Healthy Families Alaska får veiledning i Healthy Families Americas modell ukentlig, i tillegg til møter hvert halvår. I MST-CAN gis hjelperne ukentlig veiledning, og hvert kvartal får de booster-opplæring som skal sikre ansattes kompetanse. I In-Home nevnes ikke opplæring, men at hjelpere får ukentlig veiledning individuelt eller i gruppe.

3.2 Rammer for hjemmebesøk

Hjemmebesøk foregår innenfor ulike rammebetingelser. Halvparten av hjemmebesøkene varer mellom 45 minutter til to timer. In-Home-besøkene skiller seg ut ved å kunne vare opptil fire timer. Besøkene er ofte ukentlige, men åtte av programmene kan tilpasse dette etter familiens behov. Healthy Families America, Healthy Families Alaska, Healthy Families New York og Early Start bruker en fire-skalas nivå rangering for å vurdere hyppigheten på hjemmebesøkene etter behovet til familien. Skalaen går fra én til to ganger i uken på nivå én, til fire ganger i året på nivå fire. MST-CAN tilbyr besøk opptil tre og fire ganger i uken. MST-CAN og In-Home har også en døgnåpen vaktjeneste. Ni av elleve program bruker standardiserte verktøy under hjemmebesøk, enten i forkant for å kartlegge familiens utfordringer, eller underveis ved ulike intervensjoner. Programmenes varighet er svært varierende. Fem program har varighet på tre til fem år, mens den korteste behandlingstiden er seks uker i In-Home.

3.3 Samarbeid med familien

Samarbeid med familiene er sentralt i ti av programmene. Elementer som nevnes er bygging av tillit og trygg relasjon til familien, skape en positiv allianse, involvere familien i behandlingen, og å gi støtte. I åtte program beskrives en terapeutisk allianse som betydningsfullt for å gjennomføre hjemmebesøket, og i syv av dem planlegger hjelperen temaet for besøkene i samarbeid med familien. I Child First vektlegges terapeut-foreldre-alliansen som et viktig element for å skape endring i relasjonen mellom foreldre og barn. I Healthy Families New York og Child First skal planen for hjemmebesøket være individualisert og tilpasset familiens kultur. MST-CAN tilpasser og skreddersyr alle møtene

til familiens behov, og det jobbes i tett samarbeid med familien og andre viktige personer i familiens omgivelser. Fokus på familiens ressurser er sentralt innenfor alle programmene.

3.4 Arbeid med psykisk helseproblematikk

Alle programmene jobber med psykisk helseproblematikk i en eller annen form under hjemmebesøk. Dette kan innebære foreldres psykiske utfordringer, negative følelser, stressmestring eller selvfølelse. I Nurse Family Partnership har hjelperne fokus på at foreldrene skal oppdage sine egne styrker, og hvilke mål de har i livet. I tre program jobber hjelperne med partnerskapet mellom foreldrene. Child First fokuserer på parrelasjoner, Early start vil redusere partnervold og fremme stabile, gode parforhold, mens Nurse Family Partnership arbeider med å bedre kommunikasjonen mellom foreldre. Fire program nevner at de støtter familien i kriser, og åtte av programmene jobber med rusproblematikk.

Vi finner få beskrivelser av at noen form for terapi utføres under hjemmebesøk, og det er kun Child First, In-Home og MST-CAN som nevner dette spesifikt. I Child First jobber terapeutene ut fra en dyadisk, psykoterapeutisk intervensjon. Terapeuten har et mål om å øke foreldrenes empati og skape refleksjon over eget foreldreskap, for å kunne endre uhensiktsmessig atferd ovenfor barnet. Også In-Home og MST-CAN utøver terapeutisk behandling under hjemmebesøk. Terapien i MST-CAN er mer intensiv, med minst to besøk i uken og en døgnåpen vakttjeneste. Psykiater blir koblet på når det er behov for avklaringer rundt psykisk helse fra et medisinsk-psykiatrisk perspektiv, for eksempel i krisesituasjoner. I tillegg går hjemmebesøkene i MST-CAN ut på å avklare om det er underliggende psykiske problemer som kan gi utslag på uheldig atferd hos foreldrene, og jobber med dette. Blant annet kan foreldre få tilbud om rusbehandling eller traumeterapi av en sertifisert MST-CAN-terapeut. Supportive Parenting Program er det eneste programmet som nevner eksplisitt at sine hjelpere ikke gjennomfører terapi under hjemmebesøk.

3.5 Foreldreveiledning

Hjelpere innenfor alle programmene utøver foreldreveiledning, der målet enten er å styrke foreldreferdigheter, forhold mellom foreldre og barn, og/eller bedre foreldre-barn-interaksjonen. Fem av programmene nevner lek som en del av dette arbeidet, men med noe ulik betydning. I Child First skal lek både bidra til å skape positive familieinteraksjoner, og fremme barns språkutvikling. Et mål i Nurse Family Partnership er å øke foreldrenes interesse av å leke med barna sine, for å fremme emosjonell og kognitiv utvikling hos barnet. Parent-Child Interaction Therapy skiller seg ut ved at lek er hovedredskapet i behandlingen, og det er

gjennom lek at foreldrene i programmet kan forbedre interaksjonen med barna sine, og lære nye responser på barnets atferd. Terapeuten har med leker, og øreplugger for å kommunisere med foreldrene under interaksjonen. Foreldrene må blant annet anvende ros og entusiasme i møte med barnet. Terapeuten koder interaksjonen og gir foreldrene en score. Bedring av foreldreferdigheter i Nurse Family Partnership og Supportive Parenting Program gjøres ved å øke mestringsfølelsen gjennom overkommelige oppgaver og positive tilbakemeldinger.

I syv program jobber hjelpere med å bedre foreldreferdigheter gjennom å blant annet fremme foreldres sensitivitet, empati, forståelse av seg selv, eller finne nye responser og strategier i møte med barnet. Ti av programmene gir foreldreveiledning i barns utvikling og aldersadekvat oppførsel, eller hva som er nødvendig helsehjelp og stell. To program setter også søkelys på familiens matvaner og vektøkning, mens ett jobber mot å forhindre røyking.

3.6 Arbeid med voldsproblematikk

Hjelpere i alle programmene har et mål om å forhindre vold i hjemmet. Åtte program jobber med rapportering av vold, og arbeid i familier der det har vært tilfeller av vold. Fem av programmene nevner at de jobber indirekte med forebygging av vold, ved å redusere stress, sinne eller øke tilknytning og empati overfor barnet.

MST-CAN skiller seg ut på grunn av programmets systematiske arbeidsmåte med vold i hjemmet. Programmet har et mål om å skape trygghet og utviklingsfremmende oppvekstvilkår for barn, der foreldre forstår konsekvenser av volden. Terapeutene gjør multisystemiske analyser for å forsøke å forstå alle mulige bidrag og opprettholdende faktorer til vold, og den gjensidige påvirkningen mellom disse faktorene. Analysene tar utgangspunkt i en sirkulær forståelse, og danner grunnlaget for en forståelse av en kompleks familieproblematikk. I tillegg utarbeider hjelperne i MST-CAN en sikkerhetsplan slik at familiemedlemmene vet hva de skal gjøre om de føler seg utrygge. I tillegg jobber hjelperne aktivt med at voldsutøveren skal erkjenne volden overfor familien, og unnskyldte til de som er berørt.

3.7 Arbeid med forhold i familiens omgivelser

Alle programmene i denne studien er utviklet med bakgrunn i økologisk teori, der familiene følges opp helhetlig. I ti av elleve program har hjelperne som oppgave å kople familiene opp mot nødvendige tjenester og ressurser i samfunnet. Child First programmet har en egen koordinator som sammen med familien danner en plan for hvilke tjenester de ulike familiemedlemmene har behov for, og følger opp kontakten med disse. Seks av programmene

jobber med å inkludere eller styrke familiens støttenettverk, som øvrig familie, naboer eller skole.

Når det gjelder å hjelpe familien med praktiske forhold, er det noe spredt mellom programmene hva hjelperne gjør. I fem program har hjelperne et mål om at familien skal bli selvforsynte, og tilegne seg kunnskap om økonomihåndtering eller gjeld. I Early Start får familien hjelp med å sette opp budsjett, planlegge økonomien, og støtte til å klare seg selv uten sosiale tjenester. Fem av programmene tilbyr hjelp med bolig, fire vektlegger hjelp til å skaffe arbeid, og tre program gir hjelp til utdanning. Ett program nevner hjelp til mat og klær. Syv program gir oppfølging under graviditet, og tre vektlegger planlegging av fremtidig graviditet. Ett program tilbyr også hjelp med nødvendig transport, og ett med å skaffe advokat. Parent-Child Interaction Therapy skiller seg ut ved å ikke arbeide med forhold i familiens omgivelser.

4 Diskusjon

I gjennomgangen av elleve hjemmebesøksmodeller har vi valgt å gruppere elementene i syv kategorier: 1) Utdanning og kunnskap hos hjelpere. 2) Rammer for hjemmebesøk. 3) Samarbeid med familien. 4) Psykisk helseproblematikk. 5) Foreldreveiledning. 6) Voldsproblematikk. (7) Arbeid med forhold i familiens omgivelser. Videre oppsummerer vi hovedfunnene innenfor disse kategoriene.

Hjemmebesøksmodellene bygger på mye av det samme teorigrunnlaget, men innenfor kategoriene finner vi ulikt fokus og variasjoner i innholdet. Hovedfunnene i studien forteller oss at hjemmebesøk utføres av mennesker med varierende utdanningsbakgrunn, som ofte gis opplæring og veiledning i programmets metode. Hyppigheten av besøk kan som regel justeres til familiens behov. Lengden på behandlingen varierer. Hjelpere bruker standardiserte maler under eller i forkant av hjemmebesøk. I tillegg er ressursperspektivet og samarbeid med familien essensielt, og ofte inkluderes familien i planleggingen av besøkene. Familiene får hjelp med psykiske vansker, foreldrenes forhold, partnerskap og kommunikasjon, eller kriser. Likevel er det kun Child First, In-Home og MST-CAN som nevner at de utfører terapi i hjemmet. Arbeid med rusproblematikk er sentralt i halvparten av programmene. Hjelpere utøver foreldreveiledning med mål om å forbedre foreldreferdigheter og foreldre-barn-relasjonen. Videre viser funnene at voldsproblematikk er tema i alle programmene, der vi særlig legger merke til MST-CAN. Alle program utenom Parent-Child-Interaction Therapy

jobber med forhold i familiens omgivelser, som å henvise til andre tjenester, ha fokus på nettverksarbeid, eller bistå med praktisk hjelp.

Videre i diskusjonen er det fire funn vi stiller spørsmål ved. Det første gjelder bruk av paraprofesjonelle, og hvordan utdanning og opplæring spiller inn på effekten av programmet. For det andre er det utydelig om hjelpere utfører terapi eller ikke under hjemmebesøk. Det tredje spørsmålet utforsker hvordan MST-CAN skiller seg ut i arbeidet med voldsproblematikk på en positiv måte, og ellers hvilke intervensjoner som kan forhindre og forebygge vold. Det fjerde er hvordan hjelpere i Parent-Child Interaction Therapy er de eneste som ikke jobber med forhold i familiens omgivelser. Samtidig stiller vi spørsmål ved om hjelpere i de andre programmene har kompetanse nok til å utføre hjelpen de tilbyr.

På bakgrunn av at hjemmebesøk ofte utføres av paraprofesjonelle, kan en stille spørsmål ved hvilke begrunnelser som legges til grunn for kompetansekravet hos hjelpere, og om begrunnelsene og kravene er gode nok. Når Families First Home Visitation anvender terapeuter med annen utdanning på grunn av økonomi, spør vi oss om bruken av paraprofesjonelle i programmene Healthy Families America, Healthy Families Alaska og Healthy Families New York, kan ha samme begrunnelse. Selv beskriver programmene over at deres hjelpere skal være håndplukkede og spesialtrente i hjemmebesøksmetoden. Hjemmebesøk i familiebehandling foregår hos sårbare grupper, og de som utfører hjemmebesøk bør ha god kunnskap om denne gruppen, deres utfordringer og hvordan de kan hjelpe på best mulig måte. Vi finner manglende begrunnelser for bruk av ufaglærte, utover økonomi. Ofte innebærer hjemmebesøk arbeid med voldsproblematikk, rus og psykiske vansker. Slikt arbeid fordrer nøye avveininger rundt behovet for både somatisk kunnskap fra sykepleiere, men også utdanninger som gir særlig kunnskap om sårbare grupper og terapeutisk kompetanse. Vi stiller derfor spørsmål ved om det bør være krav til utdanning i denne settingen. Et interessant spørsmål i den forbindelse er om utdanningsbakgrunn spiller inn på effekten av programmet. En studie av Olds et al. (2002) sammenliknet resultater fra et hjemmebesøksprogram for å bedre mødre- og barnehelse, levert av grupper av paraprofesjonelle og sykepleiere. Studien viser hvordan bruk av sykepleiere ga større effekt på blant annet reduksjon i røyking under graviditet, økt yrkesaktivitet og færre påfølgende graviditeter. Vi ønsker å se flere slike studier i forbindelse med hjemmebesøk i familiebehandling. Her kunne det vært interessant å sammenlikne eksempelvis sykepleierkompetanse med terapeutisk kompetanse.

De fleste programmene gir hjelpere opplæring og veiledning i intervensjonen som brukes i hjemmet. Vi stiller spørsmål ved den korte opplæringstiden i Supportive Parenting

Program, og om In-Home tilbyr hjelpere opplæring i det hele tatt. En årsak til den korte opplæringen i Supportive Parenting Program kan være at sykepleierne skal ha lang erfaring, eller at deres hjemmebesøk ikke skal inneholde psykoterapeutisk behandling eller familieterapi. Samtidig merker vi oss at programmet har innhold som stressmestring, sinnemestring og kartlegging av posttraumatisk stresslidelse, og stiller oss derfor spørsmålet om lenger opplæringstid kunne vært en fordel.

Det er bemerkelsesverdig at kun tre program nevner spesifikt at de utøver terapi under hjemmebesøk. Samtidig ser vi at elementene i flere program kan likne mye på terapeutisk arbeid, som å finne underliggende psykiske problemer, hjelp med partnerskap mellom foreldre, kriser, negative følelser, stress eller selvfølelse. Et annet spørsmål som reiser seg, er om hjelpere er kvalifiserte til å utføre terapi i hjemmet. De tre programmene som eksplisitt nevner gjennomføring av terapi i hjemmet, har alle høye krav til utdanning og kompetanse. Flere programmer nevner ikke tydelig hva som faktisk gjennomføres under de ulike intervensjonene og det nevnes i mindre grad om det er paraprofesjonelle eller faglærte som gjennomfører tiltaket.

Et annet spørsmål som reiser seg i den forbindelse, er om terapi i det hele tatt bør gjennomføres i hjemmet, eller holdes til kontorsetting. Barton et al. (1994) peker på at terapi i hjemmet kan gi familien økt følelse av sårbarhet (siteret i McWey et al., 2011, s. 138). I tillegg viser studier på In-Home at terapi i hjemmet hos risikofamilier ikke reduserer stress i høyere grad enn i kontorsetting (McWey et al., 2011). Tvetydig informasjon på dette området skaper et behov for konkretisering om det utøves terapi under hjemmebesøk i de ulike programmene, og hvilke effekter det fører med seg.

Når det gjelder arbeid med voldsproblematikk legger vi spesielt merke til måten MST-CAN involverer hele familien. Både ved utarbeidelse av en sikkerhetsplan ved vold, og tilrettelegging for voldsutøver til å erkjenne og si unnskyld til berørte familiemedlemmer. Det systematiske arbeidet ivaretar hele familien, og støtter dem i alle fasene de gjennomgår når de strever med vold. Dette ser vi på som et ivaretakende og forebyggende element i arbeidet med vold i hjemmet, som de øvrige hjemmebesøksprogrammene bør dra nytte av i sine hjemmebesøksmodeller. Tematikken bør bli gjenstand for videre forskning, slik at kunnskapen om og arbeidet rundt voldsproblematikk kan forbedres. Vi merker oss spesielt hvordan litteraturen om MST-CAN beskriver prosessen og trinnene i arbeidet med vold, som er basert på en sirkulær forståelse. Fra et familieterapeutisk perspektiv ser vi det som hensiktsmessig å jobbe etter en slik forståelse, fordi det kan være mange og sammensatte grunner til at vold utøves i en familie.

Det eneste programmet som tilsynelatende ikke henviser familien til andre tjenester eller samfunnsressurser, er Parent-Child Interaction Program. En tenkelig begrunnelse kan være at dette programmet tidligere har vært brukt i kontorsetting, og ikke innebærer de samme elementene som andre hjemmebesøksprogram der hjelpere i større grad tilbyr hjelp med forhold i omstendighetene til familien. Parent-Child Interaction Program har et hovedmål om å bedre interaksjonen mellom foreldre og barn, og ikke å jobbe helhetlig med familieproblematikk. Likevel mener vi at det kan være viktig å inneha et helhetsperspektiv i møte med disse familiene, og at hjelpere bør vurdere om det er utfordringer i omstendighetene som økonomi, nettverk eller arbeidsløshet som også bør vies tid under hjemmebesøk. De andre programmene inneholder dette elementet, og derfor kan det tyde på at det også har gitt god effekt for familiene. Blant annet nevnes det i studien av Child First, at å bedre familiens relasjon med nettverk og redusere stress i omgivelsene, også vil lette arbeidet med å styrke relasjonen mellom foreldre og barn, som jo er målet til Parent-Child Interaction Therapy.

Samtidig kan man stille spørsmål ved hvorvidt de som gjennomfører hjemmebesøk har kompetanse i å drive med for eksempel økonomisk rådgiving eller terapi. I noen tilfeller kan det derfor være nødvendig å henvise til hjelpere med mer kompetanse. Likevel ser vi det som ideelt at hjelpere kan tilby familien bistand på flere områder, slik at familien slipper belastningen av å koordinere hjelp fra mange instanser samtidig.

4.1 Styrker og begrensninger med studien

Per i dag finnes det ingen foreliggende studier i Norge som ser på hvilke strukturerte hjemmebesøksmodeller som finnes innenfor familiebehandling og innholdet i disse, så vidt vi er kjent. Av den grunn er artikkelen et bidrag til norsk litteratur om hjemmebesøk.

Artikkelens styrke er at den informerer og oppsummerer elementene i elleve hjemmebesøksprogram på en lettvent måte. For å sikre gyldigheten av funnene våre, har vi gjort flere søk på de ulike hjemmebesøksmodellene spesifikt, for å få mer informasjon om dem. Litteraturen som er inkludert i denne artikkelen er i hovedsak effektstudier på de ulike hjemmebesøksprogrammene, og flere manglet en utfyllende del om innholdet i programmet. Når en tolker resultatene fra denne litteraturstudien bør en ha i mente at det kan eksistere forskning som vi ikke har plukket opp i vår litteraturstudie og som kan gi andre resultater enn vi viser til her.

5 Konklusjon

Det kan være vanskelig å gi et entydig svar på hvilke hjemmebesøksmodeller som finnes i familiebehandling, og hva de inneholder, fordi vi erfarer at det er manglende kunnskap på området. I denne litteraturgangen har vi gått igjennom 27 forskningsartikler som omhandler elleve modeller for hjemmebesøk, for å svare på problemstillingen: *Hvilke strukturerte hjemmebesøksmodeller finnes i familiebehandling, og hva består disse av?*

Funnene har vi gruppert i syv kategorier: 1) Utdanning og kunnskap hos hjelpere. 2) Rammer for hjemmebesøk. 3) Samarbeid med familien. 4) Psykisk helseproblematikk. 5) Foreldreveiledning. 6) Voldsproblematikk 7) Arbeid med forhold i familiens omgivelser.

I diskusjonen stiller vi spørsmål ved fire av funnene. Det første er om bruk av paraprofesjonelle sikrer tilstrekkelig kvalitet i hjemmebesøk, spesielt når opplæringen er begrenset. Vi diskuterer om utdanning kan spille inn på effekten av hjemmebesøk. Opplæringstiden er kort i Supportive Parenting Program, og det er tilsynelatende ingen opplæring i In-Home. For det andre er det uklart, og finnes lite informasjon i beskrivelsene av flere hjemmebesøksmodeller om hjelpere utfører terapi i hjemmet eller ikke, men mye av det hjelperne gjør likner på terapeutisk arbeid. For det tredje viser funn fra MST-CAN at de jobber klart mest systematisk med voldsarbeid. Her er utgangspunktet en sirkulær forståelse av den komplekse familieproblematikken, noe som fanger opp underliggende og sammensatt problematikk, som er sentralt innenfor familiebehandling. For det fjerde diskuterer vi begrunnelser for manglende nettverksarbeid og henvisninger til andre tjenester i Parent-Child-Interaction Therapy. Enten det er terapi, arbeid med vold eller hjelp med økonomi, vil vi avslutningsvis peke på at hjemmebesøk bør utføres av hjelpere som har kompetanse til å gi familien hjelpen de har behov for.

For å lykkes med hjemmebesøk i enda større grad oppfordrer vi til videre forskning og en tydeliggjøring av hva hjemmebesøkene innebærer, og hva hjelpere gjør under hjemmebesøk. Vi ser et behov for mer utfyllende beskrivelser av elementer, i tillegg til begrunnelser for disse. Slik kan man øke kunnskapen om hva som fungerer i arbeidet med hjemmebesøk, og implikasjonene dette kan ha for praksisfeltet.

Litteratur

- Aaserud, T. G., Tveiten, S. & Gjerlaug, A. K. (2016). Hjemmebesøk av jordmor i tidlig barseltid. *Sykepleien forskning*, 10(59215). [10.4220/Sykepleienf.2016.59215](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.59215)
- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005) Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32, <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Bandura, A. (1977) Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *American Psychological Association*, 84(2), 191-215. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bowlby, J. (1907-1990) *Attachment and loss: vol. 1: Attachment*. Pimlico.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742. 10.1037/0012-1649.22.6.723
- Cartier, M. J., Brownell, M. D., Isaac, M. R., Chateau, D., Nickel, N. C., Katz, A., Sarkar, J., Hu, M. & Taylor, C. (2017) Is the Families First Home Visiting Program Effective in Reducing Child Maltreatment and Improving Child Development?. *Child maltreatment*, 22(2) 121-131. <https://doi.org/10.1177/1077559517701230>
- de Wit, M., Leijten, P., van der Put, C., Asscher, J., Bouwmeester-Landweer, M. & Deković, M. (2020). Study protocol: randomized controlled trial of manualized components in home visitation to reduce mothers' risk for child maltreatment. *BMC Public Health* 20, Artikkel 136. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8237-4>
- Duggan, A., Caldera, D., Rodriguez, K., Burrell, L., Rohde, C. & Crowne, S, S. (2006). Impact of a statewide home visiting program to prevent child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 31(8), 801–827. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.06.011>
- DuMont, K., Mitchell-Herzfeld, S, Greene, R., Lee, E., Lowenfels, A. & Rodriguez, M. (2006). Healthy families New York (HFNY) randomized trial: Impact on parenting after the first two years.
- DuMont.K., Mitchell-Herzfeld, S., Greene, R., Lee, E., Lowenfels, A., Rodriguez, M., & Dorabawila, V. (2008). Healthy Families New York (HFNY) randomized trial: Effects on early child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*. 2008(32.), 295-315. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.07.007>
- Eckenrode, J., Campa, M. I., Morris, P. A., Henderson, C. R., Bolger, K. E., Kitzman, H. & Olds, D. L. (2017). The prevention of Child Maltreatment Through the Nurse Family

- Partnership Program: Mediating Effects in a Long-Term Follow-up study. *Child maltreatment*, 22(2), 92-99. <https://doi.org/10.1177%2F1077559516685185>
- Fauske, H., Kohan, B. H. & Storhaug, A. S. (2018). Social Class and Child Welfare: Intertwining Issues of Redistribution and Recognition. *Social Sciences*. 7(9), 1-13. <https://doi.org/10.3390/socsci7090143>
- Fergusson, D., Boden, J. & Horwood, J. (2012). *Early Start Evaluation Report: Nine year follow-up*. [Christchurch Health and Development study team. http://www.earlystart.co.nz/wp-content/uploads/2016/04/evalreport2012.pdf](http://www.earlystart.co.nz/wp-content/uploads/2016/04/evalreport2012.pdf)
- Fergusson, D., Horwood, J. & Ridder, E. (2005). *Early Start: Evaluation Report*. [Christchurch Health and Development study team. https://www.otago.ac.nz/christchurch/otago014859.pdf.](https://www.otago.ac.nz/christchurch/otago014859.pdf)
- Fergusson, D. M., Grant, H., Horwood, L. J. & Ridder, E. M. (2006). Randomized Trial of the Early Start Program of Home Visitation: Parent and Family Outcomes. *Pediatrics*, 117(3), 781-786. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-1517>
- Galanter, R., Self-Brown, R., Valente, J. R., Dorsey, S., Whitaker, D.J., Bertuglia-Haley, M. & Prieto, M. (2012). Effectiveness of Parent–Child Interaction Therapy Delivered to At-Risk Families in the Home Setting. *Child & Family Behavior Therapy*, 34(3), 177-196. <https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1080/07317107.2012.707079>
- Hansen, M. J. & Jacobsen, H. (2008) *Sped- og småbarn i risiko: En kunnskapsstatus*. Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion øst og sør. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2016031548092
- Healthy Child Manitoba. (2010). *Evaluating the effectiveness of the Families First home visiting program in improving the well-being of at-risk families with preschool children*. Government of Manitoba.
- Horrevorts, E. M. B., van Grieken, A., Broeren, S. M. L., Bannink, R., Bouwmeester-Landweer, M. B. R., Hafkamp-de Groen, E. & Raat, H. (2015). Design of a controlled trial to evaluate the effectiveness of Supportive Parenting (‘Stevig Ouderschap’): an intervention to empower parents at increased risk of parenting problems by providing early home visits. *BMC Psychology*, 3(47), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s40359-015-0104-1>
- Howard, K.S., & Brooks-Gunn, J. (2009). The role of home-visiting Programs in Preventing Child Abuse and Neglect. *The future of children*, 19(2), 119-146. <http://doi.org/10.1353/foc.0.0032>
- Klefbeck, J. & Ogden, T. (1999). *Nettverk og økologi: Problemløsende arbeid med barn og*

unge (3. utg). TANO.

- Lowell, D. I., Carter, A. S., Godoy, L., Paulicin, B. & Briggs-Gowan, M. J. (2011). A Randomized Controlled Trial of Child FIRST: A Comprehensive Home-Based Intervention 'Translating Research Into Early Childhood Practice. *Child development*, 82(1), 193-208. <https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1111/j.1467-8624.2010.01550.x>
- Masse, J. J. & McNeil, C. B. (2008). In-Home Parent-Child Interaction Therapy: Clinical Considerations. *Child & Family Behavior Therapy*, 30(2), 127-135. <https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1080/07317100802060310>
- Matone, M., Kellom, K., Griffis., Quarshie, W., Faerber, J., Gierlach, P., Whittaker, J., Rubin, D. M & Cronholm, P. F. (2018). A Mixed Methods Evaluation of Early Childhood Abuse Prevention Within Evidence-Based Home Visiting Programs. *Matern Child Health* 22, 79–9. <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2530-1>
- McWey, L.M. (2008). In-Home Family Therapy as a Prevention of Foster Care Placement: Clients' Opinions About Therapeutic Services. *The American Journal of Family Therapy*, 36(1), 48-59. <https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1080/01926180601163867>
- McWey, L.M., Humphreys, J., & Pazdera, A.L. (2011). Action-Oriented Evaluation of an In-Home Family Therapy Program for Families At Risk for Foster Care Placement. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(2), 137-152. <https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1111/j.1752-0606.2009.00165.x>
- Mitchell-Herzfeld, S., Izzo, C., Greene, R., Lee, E. & Lowenfels, A. (2005). *Evaluation of Healthy Families New York (HFNY): First Year Program Impacts*. The Governor and Legislature. https://ocfs.ny.gov/main/reports/HFNY_FirstYearProgramImpacts.pdf
- Mouton, B & Roskam, I. (2014). Confident Mothers, Easier Children: A Quasi-experimental Manipulation of Mothers' Self-efficacy. *Journal of child and family studies*, 24(8), 2485-2495. [10.1007/s10826-014-0051-0](https://doi.org/10.1007/s10826-014-0051-0)
- Olds, D., Henderson, J. C.R., Cole, R., Eckenrode, J., Kitzman, H., Luckey, D., Pettitt, L., Sidora, K., Morris, P. & Powers, J. (1998). Long-term Effects of Nurse Home Visitation on Children's Criminal and Antisocial Behavior: 15-Year Follow-up of a Randomized Controlled Trial. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 280(14), 1238-1244. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.280.14.1238>
- Olds, D. (2006). The Nurse-Family Partnership: An evidence-based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal*, 27(1), 5-25. <https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1002/imhj.20077>

- Robling, M., Bekkers, M.J., Bell, K., Butler, C. C., Cannings-John, R., Channon, S., Martin, B. C., Gregory, J. W., Hood, K., Kemp, A., Kenkre, J., Montgomery, A. A., Moody, G., Owen-Jones, E., Pickett, K., Richardson, G., Roberts, Z. E. S., Ronaldson, S., Sanders, J., Stamuli, E. & Torgerson, D. (2015). Effectiveness of a nurse-led intensive home-visitation program for first-time teenager mothers (Building Blocks): a pragmatic randomized controlled trial. *The Lancet (British edition)*, 387(10014), 146-155. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00392-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00392-X)
- Swenson, C. C., Schaeffer, C. M., Henggeler, S. W., Faldowski, R., & Mayhew, A. M. (2010). Multisystemic therapy for child abuse and neglect: A Randomized Effectiveness Trial. *Journal of Family Psychology*, 24(4), 497-507. <https://doi.org/10.1037/a0020324>
- Swenson, C. C., & Schaeffer, C. M. (2014). MST-CAN: An ecological treatment for families experiencing physical abuse and neglect. *Evidence-Based Approaches for the Treatment of Maltreated Children*, 3, 237-257. https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1007/978-94-007-7404-9_13
- Swenson, C. C., & Schaeffer, C. M. (2018). A Multisystemic Approach to the Prevention and Treatment of Child Abuse and Neglect. *International Journal on Child Maltreatment*, 1(1) 97–120. <https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1007/s42448-018-0002-2>
- Ware, L. M., McNeil, C. B., Masse, J. & Stevens, S. (2008). Efficacy of In-Home Parent-Child Interaction Therapy. *Child & Family Behavior Therapy*, 30(2), 99-126. <https://doi.org/10.1080/07317100802060302>
- Whipple, E. E. & Nathans, L. L. (2005). Evaluation of a Rural Healthy Families America (HFA) Program: The importance of Context. *Families in society*, 86(1), 71-83. <https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1606%2F1044-3894.1879>

På hjemmebane

Hva innebærer hjemmebesøk i familiebehandling?

On home ground

What does home visitation entail in family therapy?

Frigg Alsaker og Silje Helgesen Kili

Sammendrag

Formål: Artikkelen formål er si noe om hva hjemmebesøk i familiebehandling innebærer, og hvordan hjelpere opplever det å arbeide i hjemmet. **Teoretisk forankring:** Bruk av hjemmebaserte tilbud øker innenfor familiebehandling, men vi vet lite om hva hjemmebesøk innebærer, og hvordan hjelpere opplever det. **Metode:** Studien er basert på individuelle- og gruppeintervjuer av ni hjelpere innenfor fire ulike tiltak. **Resultater:** Hjemmebesøk foregår innenfor ulike rammebetingelser, og hjelpere opplever både fordeler og utfordringer med arbeidsmåten. Fordelene er: 1) Hjelpen blir mer tilgjengelig, og flere fullfører behandling. 2) Lettere tilgang på informasjon om familien. 3) Familien får hjelp- og øvd seg i sine naturlige omgivelser. 4) Jevnbyrdighet mellom hjelper og familie. 5) Trygghet for familien.

Utfordringene er: 1) Strukturering under og rundt hjemmebesøket. 2) Det kan oppleves påtrengende og avslørende for familien. 3) Hjelpere fra barnevernet kan skape skepsis hos familiene. 4) Uklart skille mellom veiledning og terapi. **Konklusjon:** Det kan tyde på at hjemmebesøk er et nyttig tiltak for sårbare familier, spesielt på grunn av fleksibiliteten og muligheten det gir til å bygge en trygg relasjon til familien. Det er likevel et behov for mer kunnskap om hva hjemmebesøk innebærer.

Nøkkelord: Hjemmebesøk, familiebehandling, familierterapi, risikofamilier

Abstract

Purpose: The purpose of the article is to explain what home visits in family therapy entails, as well as how it is experienced by practitioners within four different measures. **Grounded theory:** There is a growing trend when it comes to the use of home-based offers, yet we know little about what home visits entails and how it is understood by its practitioners. **Method:** The study is based on individual- and group interviews of nine practitioners within four different measures. **Results:** Home visits take place within different frameworks, and helpers experience both benefits and challenges. The benefits are 1) The help becomes more accessible, and more families complete the treatment. 2) Information about the family is more accessible. 3) The family receives help and practice within their natural environment. 4) Parity between helper and family. 5) Security for the families. The challenges they experience is: 1) Structure before, during and after the home visits. 2) The experience can feel intrusive and revealing to the family. 3) The helpers from the child protective service can create skepticism among the families. 4) Unclear distinction between guidance and therapy. **Conclusion:** The article indicates that home visits are a useful measure for vulnerable families, especially because of the flexibility and opportunity to build a secure relationship with the family. Nevertheless, there's a need for more knowledge of what home visits entail.

Key words: Home visit, family therapy, at-risk families

1 Introduksjon

Hjemmebesøk sees på som en anerkjent og virkningsfull måte å arbeide på innenfor familiebehandling, og spesielt de siste tiårene har omfanget økt kraftig (Lowell et al., 2011; Olds, 2006). Utviklingen startet da David Olds etablerte hjemmebesøksprogrammet Nurse Family Partnership (NFP) på 70-tallet, og viste at metoden kunne bidra til mindre vold mot barn, og bedre barns levekår- og utvikling (Olds, 2006).

Siden 90-tallet har Norge startet opp flere tiltak der hjemmebesøk er en del av metoden, men ikke den primære arbeidsmåten. Eksempler på dette er Marte Meo fra 1990, Parent Management Training – Oregonmodellen (PMTO) fra 1999, Funksjonell familieterapi fra 2007, og Child-Parent Psychotherapy fra 2017 (Bufdir, 2019; Bufdir, 2021, 2021; NUBU, 2021).

Starten på tiltak i Norge som primært jobber hjemmebasert kom med innføringen av MST i 1999, en videobasert metode for familier der ungdommen har alvorlige atferdsvansker (Barne- og familiedepartementet, 2000; Bufdir, 2020). Fra 2015 har fire nye hjemmebaserte tiltak blitt innført i Norge. Blant disse finner vi Parenting Young Children (PYC), som ble startet opp i 2015. PYC er et hjemmebasert veiledningsprogram for foreldre med kognitive utfordringer som har barn under syv år (Pyc; Thronsen & Young, 2016). NFP ble innført i Norge rundt 2014 av R-BUP, under navnet Familie for første gang. I NFP får sårbare, førstegangsfødende mødre oppfølging av sykepleiere over to år (ASSS, 2019; rbup, u.d). Multisystemic Therapy - Child Abuse and Neglect (MST-CAN) ble innført i Norge i 2016, og er et tiltak for familier som lever i vold eller omsorgssvikt (Kvelling, 2019, s. 460; Thuve et al., 2021). I 2021 startet også det finske prosjektet Familiepartner opp i Norge, et hjelpetiltak med mål om å forhindre omsorgsovertakelser i barnevernet (SOS-barnebyer, u.d).

De foreløpige evalueringene av NFP og MST-CAN antyder at det er behov for slike strukturerte hjemmebesøksmodeller i Norge (Pedersen et al., 2019, s. 29; Thuve et al., 2021). Selv om evalueringene i Norge foreløpig ikke kan gi tydelige svar på effektene av MST-CAN, Familie for første gang (NFP) eller PYC, gir internasjonal forskning grunn til å tro at hjemmebesøk gir noen fordeler. Den økte bruken og anerkjennelsen av hjemmebaserte tiltak, skaper et behov for å vite mer om hva arbeidet med hjemmebesøk innebærer i familiebehandling. Gjennom intervjuer av hjelpere fra fire tiltak besvarer vi følgende problemstilling:

Hva innebærer hjemmebesøk i familiebehandling, og hvordan opplever hjelpere fra fire ulike tiltak å arbeide i hjemmet?

Informantene i studien jobber i MST-CAN, NFP (Familie for første gang), Familiepartner og Fyrlykta. Tiltakene blir beskrevet nærmere i metodedelene. Analysedelen består av tre deler, der vi tar for oss hvilke rammer hjelperne jobber under, og hvordan de opplever fordeler og utfordringer med hjemmebesøk.

1.1 Tidligere forskning

Det er mye som tyder på at hjemmebesøk kan lønne seg i familiebehandling. Flere effektstudier viser blant annet at hjemmebesøk kan føre til mindre fysisk straff og vold mot barn (DuMont et al., 2008, s. 312; Fergusson et al., 2005, s. 807; Galanter et al., 2012, s. 188; Lowell et al., 2011, s. 193; Olds, 2006). Tiltak i hjemmet kan styrke foreldreferdigheter, interaksjonen mellom foreldre og barn, og bedre familiens levekår (Barlow et al., 2007; Fergusson et al., 2005; Galanter et al., 2012, s. 188; Olds, 2006). I tillegg har metoden vist å kunne bidra til bedre utvikling og atferd hos barn (Guedeney et al., 2013, s. 594; Lees et al., 2019; Olds, 2006).

De fleste studiene av familiebehandlingsrelaterte intervensjoner i hjemmet, forsøker å si noe om effektene av tiltaket. Beskrivelsene av de ulike tiltakene er derimot ofte korte og overordnede. I Norge finner vi få studier med beskrivelser av hva hjelpere gjør, eller erfaringene deres med hjemmebesøk. Ett av få studier som inkluderer opplevelsene til hjelpere, familier og samarbeidspartnere, er evalueringen av Familie for første gang, gjort av Pedersen et al. (2019).

Internasjonalt viser litteraturen at hjemmebesøk innebærer blant annet ulike rammebetingelser, koordinering av tjenester, og foreldreveiledning. Hjelpere og familier trekker fram relasjonen og den terapeutiske alliansen som avgjørende i arbeidet, og hjelperes utfordringer handler ofte om høyt stress og en krevende arbeidssituasjon. Vi kommer nærmere inn på dette under.

Hjemmebesøk innebærer et helhetlig arbeid, og under hjemmebesøk får familier hjelp til å kartlegge og koordinere andre tjenester de har behov for. I evalueringen av NFP i Norge trekker sykepleierne fram dette som en sentral del av hjemmebesøket (Pedersen et al., 2019). Også McWey et al. (2011) intervjuet tidligere klienter og terapeuter som jobbet hjemmebasert, og koordineringen av tjenester ble beskrevet som et sentralt element i hjemmebesøket.

Hjelpere jobber innenfor flere ulike rammebetingelser, og fleksibilitet i rammene blir beskrevet som en forutsetning for å levere gode tjenester. En litteraturgjennomgang oppfordrer til fleksibilitet i hvor ofte familien får besøk, varighet på besøkene, og antall besøk

familien mottar. Årsaken er at familien kan få hjelp ved uforutsette kriser, uten at det går på bekostning av innholdet i tiltaket (Azzi-Lessing, 2011, s. 390-392). Også NFP-sykepleierne i Norge er fleksible når det kommer til å tilpasse avtaler etter familiens behov, og er tilgjengelig for familien på telefon utenom arbeidstid (Pedersen et al., 2019). To RCT-studier indikerer at hjemmebesøk bør bli gitt med hyppige mellomrom for best effekt (Hurlburt et al., 2013, s. 531; van Doesum et al., 2008, s. 547). Haynes et al. (2015) sammenliknet to tiltak, og peker på at hjelpere som gir hyppigere besøk, følger opp færre familier, og definerer tydelige mål for behandlingen, blant annet kan bedre foreldrenes forhold med familie, arbeidsliv og helsetjenester.

Både hjelper- og familiers erfaringer med hjemmebesøk, viser viktigheten av en god relasjon og terapeutisk allianse mellom hjelper og familie. Trygghet, respekt og tillit trekkes fram som essensielt for en god relasjon, for begge parter (Ammerman, 2013, s. 545; Jack, 2016; Mills et al., 2012, 2012). van der Put (2018, s. 171) viser at tiltakene med best effekt mot barnemishandling, er der hjelperne gir familien sosial- og emosjonell støtte.

Hjemmebesøk kan være utfordrende for hjelperne som jobber med det. Spesielt kan de oppleve vanskeligheter i møte med familier der det er psykiske lidelser, rusmiddelbruk, og/eller lite ressurser (LeCroy & Whitaker, 2005, s. 1). Hjelpere kan også oppleve å mangle kliniske ferdigheter, spesielt der de må adressere psykiske helseproblemer i familien, eller veilede i foreldre-barn interaksjon. Flere opplever også at det kan være utfordrende å holde en profesjonell avstand til familien (Harden et al., 2009, s. 374-376; LeCroy & Whitaker, 2005, s. 1). I tillegg kan hjelperne oppleve en maktesløshet i arbeidet, med et overveldende ansvar, høyt stressnivå, og lite støtte fra ledelsen (Harden et al., 2009, s. 374-376; McWey, 2011). I Norge forteller sykepleierne i NFP om stor arbeidsbelastning, der særlig journalføring før og etter hjemmebesøk oppleves som en tidkrevende arbeidsoppgave (Pedersen et al., 2019).

To kjente begreper innenfor familiebehandling er veiledning og terapi. Dette er også sentrale elementer under hjemmebesøket. Imidlertid kan begrepene lett blandes, og inneholde flere like elementer som gjør det utfordrende å skille dem fra hverandre (Kriz & Solberg, 2019). Én måte å skille mellom begrepene på, er at i terapi fokuserer hjelperne på gjensidig dialog og samarbeid om løsninger med klienten, mens i foreldreveiledning har hjelperen ofte tanker om hva familien bør jobbe videre med (Hægland, u.d; RBUP, 2021). Vi finner derimot lite forskning på forholdet mellom terapi og veiledning, fordi begrepene gjerne blir omtalt som én intervensjon (Carson et al., 2009; McDowell et al., 2012; Stormshak et al., 2002).

Arbeid med relasjon og terapeutisk allianse mellom hjelper og klient er også sentralt innenfor familierterapi, og er faktorer som bidrar til bedre og mer vellykket behandling

(Horvath, 2000; Høglend, 1999; Skovholt og Jennings, 2004). Den terapeutiske alliansen beskriver samarbeidet som oppstår mellom hjelper og klient (Horvath, 2000; Horvath & Symonds, 1991). En god relasjon mellom hjelper og klient bør bestå av trygghet og tillit (Mills et al., 2012; Jack, 2016). Hjemmebesøk gjennomføres ofte med en antakelse om at familien skal oppleve økt mestring, noe som kan ha positiv innvirkning på omsorg for barn (Bandura, 1977, s. 193; Mouton & Roskam, 2014).

Flere av funnene på forskningsfeltet samsvarer med våre egne funn, som at hjemmebesøk foregår under ulike rammebetingelser, viktigheten av fleksibilitet, og at hjemmebesøk kan by på utfordringer for hjelper. Samtidig er kun én av disse studiene gjort i norsk kontekst, av ett tiltak (Pedersen et al., 2019). Vår artikkel er derfor et bidrag til norsk litteratur om hva hjemmebesøk i familiebehandling innebærer.

2 Data og metode

For å besvare problemstillingen bruker vi kvalitativ metode, der datainnsamlingen er basert på individuelle- og fokusgruppeintervjuer med en semistrukturert intervjuguide. Utvalget er syv erfarne helpere med ulike utdanninger, som hovedsakelig jobber hjemmebasert innenfor fire tiltak i Østlands-regionen. Tre informanter er fra MST-CAN, to fra NFP (Familie for første gang), én fra Fyrlykta, og én fra Familiepartner. Intervjuene varte i 90-110 minutter. For å finne ut hva hjemmebesøkene innebærer, fikk informantene spørsmål om å beskrive et typisk hjemmebesøk fra sitt tiltak, før vi stilte flere oppfølgingsspørsmål basert på beskrivelsene. Blant annet spurte vi informantene om hva de mener er de største fordelene og utfordringene med hjemmebesøk i sitt tiltak. Etter informantenes ønske ble tre intervju ble gjennomført på teams, og ett med fysisk oppmøte.

Rekrutteringen av informanter gjorde vi i samarbeid med veiledere, som sendte ut forespørsler til tiltak de var kjent med fra tidligere. Tiltakene som meldte interesse, mottok et informasjonsskriv. Studien er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), og er en del av Familiepartner-prosjektet.

Intervjuene ble skriftlig transkribert, før vi begynte arbeidet med koding og analyse. Vi har tatt utgangspunkt i en deskriptiv, induktiv analyse av empirien (Jacobsen, 2021, s. 23). I analyseprosessen gjorde vi først en tematisk analyse. Under kodingen ble viktige poeng i dataene fremhevet med markeringer og kommentarer i margen. Underveis lagde vi stikkordsoppsummeringer for å huske viktige poeng, og noterte refleksjoner fortløpende. Dataene ble lest igjennom flere ganger, slik at vi ikke skulle overse interessante funn. Etter

kodingen kategoriserte vi funnene i følgende kategorier: Utdanning og kunnskap hos ansatte, rammer for hjemmebesøk, strukturert og målrettet arbeid, samarbeid med familien, psykisk helseproblematikk, foreldreveiledning, voldsproblematikk, arbeid med forhold i familiens omgivelser og hjelpernes opplevelse av hjemmebesøk. Senere spisset vi kodingen, og forenklet kategoriene slik at analysen besto av tre hoveddeler: Rammene hjelperne jobber under, og deres opplevelser av fordeler- og ulemper med å levere tiltak i hjemmet.

2.1 Beskrivelse av tiltakene

Informantene vi intervjuet jobber i MST-CAN, Fyrlykta, NFP (Familie for første gang), og Familiepartner. Vi beskriver innholdet i disse tiltakene nærmere under.

MST-CAN er et intensivt tiltak for familier med barn fra 6 til 18 år, der det er bekymring for vold eller omsorgssvikt i hjemmet. Målet med tiltaket er å styrke foreldrefunksjonen, slik at de kan gi god nok omsorg til barnet (ASSS, 2019). MST-CAN har teoretisk forankring i teori om sosial læring, økologi, systemisk familierterapi, strategisk familierterapi, og barns risiko- og beskyttelsesfaktorer (Bufdir, 2021).

Familie for første gang er den norske versjonen av NFP, som er et intensivt og helhetlig oppfølgingstiltak for førstegangsfødende mødre. Målgruppen er kvinner som trenger ekstra støtte i graviditeten, og barnets to første leveår. Tiltaket bygger på teori om tilknytning, mestring og økologi (Olds, 2006). Videre i artikkelen omtaler vi tiltaket som Familie for første gang.

Familiepartner er et barnevernstiltak med mål om å forebygge omsorgsovertakelser gjennom tett oppfølging av familier. I 2021 ble tiltaket innført i Norge gjennom et samarbeid med SOS-barnebyer og flere kommuner i Norge (SOS-barnebyer, u.d).

Fyrlykta er en stiftelse som skreddersyr tiltak i møte med utsatte barn, unge og deres familier. Stiftelsen tilbyr tjenester innen barnevern, skole, utdanning, rehabilitering og psykisk helsevern. Fyrlykta har opphav i Norge fra 2011 (fyrlykta, u.d).

3 Analyse

I denne delen presenterer vi funn fra analysen. I første del beskriver vi de ulike rammene hjemmebesøk foregår under, før vi kommer inn på fordeler og ulemper hjelperne opplever i arbeidet med hjemmebesøk.

Alle de fire tiltakene retter seg mot barnefamilier med utfordringer som gjør at familien selv eller andre ønsker at de skal få hjelp av profesjonelle for å få det bedre. Tiltakene har noen ulikheter, men felles for alle er at de leverer tiltaket hjemme hos familien

primært. MST-CAN skiller seg ut fra de tre andre tiltakene ved å være et evidensbasert behandlingstiltak. Videre skiller Familie for første gang seg fra de andre tiltakene fordi det er et forebyggende lavterskeltilbud som ikke er organisert under barnevernet, noe de tre andre tiltakene er. Ingen av tiltakene har blitt påvirket av koronasituasjonen i nevneverdig grad.

3.1 Rammer for hjemmebesøk

Hjelperne jobber etter behandlingsplaner og mål når de er i hjemmet. Både Fyrlykta, Familiepartner og MST-CAN er organisert som frivillige hjelpetiltak i barnevernstjenesten, så hjelperne jobber ut fra barnevernets behandlingsplan med ønsket måloppnåelse for familien. Hjelperne i MST-CAN bruker evidensbaserte og kvalitetssikrede kartleggingsverktøy. I dette arbeidet samarbeider de med barnevernstjenesten og familien for å konkretisere vanskene, og se på opprettholdende faktorer som kan påvirke omsorgsutøvelsen. Kartleggingen blir lagt til grunn for videre intervensjon. Familie for første gang utformer også en plan for behandlingen sammen med kvinnene, men barnevernet er som nevnt ikke involvert. Sammen setter sykepleierne og kvinnene langsiktige og kortsiktige mål for perioden.

Arbeidsmetoden er noe ulik innenfor tiltakene. I MST-CAN og Familie for første gang jobber hjelperne ut fra evidensbaserte metoder, der de kan følge faste planer og verktøy i behandlingen. I Fyrlykta og Familiepartner derimot, velger hjelperne arbeidsmetode fritt, basert på egen kunnskap og kompetanse.

Alle tiltakene inneholder fleksibilitet, brukermedvirkning, og et ressursperspektiv. Hjelperne sørger for at familien er klar over agendaen og formålet med hjemmebesøket, noe som ofte planlegges i fellesskap. Besøkene er fleksible fordi hjelperen sjekker inn med familien om hvordan de har det nå, og om noe har endret seg siden sist. Dermed kan hjelperne også bruke tid på det familien trenger her og nå. Familiepartner har en oppstartsperiode på tre måneder, med kun fokus på familiens behov. I oppstarten vektlegger hjelperne kun å bli kjent og bistå med det familien ønsker, før de begynner å jobbe etter behandlingsplanen. Hjelperne fra alle tiltakene innehar et ressursperspektiv, der de vektlegger styrkene i familien og hva de mestrer.

Vi ser også fleksibilitet i forbindelse med hvor lenge hjelperne er på hjemmebesøk, når på døgnet de kan jobbe, og hvor ofte de kan besøke familiene. Familiene hos Fyrlykta og Familiepartner får besøk én-to ganger i uken. I Familie for første gang varierer dette gjennom behandlingen, fra én gang i uken, til én gang i måneden mot slutten av tiltaket. Hjelperne i MST-CAN besøker familiene minst tre ganger i uken, og kan lage avtale på kort varsel, hvis familien trenger det.

Besøkslengde i tiltakene er fra 30-120 minutter, basert på planen for besøket. Tidspunktet for hjemmebesøket er fleksibelt i både Fyrlykta, Familiepartner og MST-CAN. For eksempel kan hjelperne komme på kvelden for å observere en leggesituasjon. Familie for første gang har arbeidstid på dagtid, men hjelperne kan jobbe to kvelder i uken til kl. 20.00.

Som regel er hjelperne på hjemmebesøk alene, men i både MST-CAN og Familiepartner jobber de i team. I Familiepartner og MST-CAN får familien besøk av en erstatter dersom den faste hjelperen er syk, slik at behandlingen ikke rammes. Antall familier hjelperne følger opp varierer, men hjelperne i Familie for første gang følger opp 14-15 mødre, som er det dobbelte av de andre tiltakene. I Fyrlykta, Familiepartner og MST-CAN følger de som oftest familiene i seks-tolv måneder, men evaluerer behandlingstiden jevnlig og forlenger den ved behov. Familie for første gang skiller seg ut ved at mor blir fulgt opp fra svangerskap til barnet er to år.

I Fyrlykta, Familiepartner og MST-CAN veksler hjelperne mellom å snakke med foreldre, barn eller hele familien. I Familie for første gang er det først og fremst mor som får oppfølging, og hun avgjør om eventuell partner skal være med i samtalen.

MST-CAN er det eneste tiltaket som har døgnåpen vakttelefon for kriser utenom arbeidstid. I Fyrlykta og Familie for første gang har familien mulighet til å få tak i sin kontaktperson på telefon utenom besøkene, men hjelperne må selv sette grenser for denne kommunikasjonen.

	MST-CAN	NFP	Fyrlykta	Familiepartner
Antall familier per hjelper	2-3	14-15	d.d: 9	5
Behandlingslengde	6-9 mnd.	Før fødsel, til barnet er 2 år	6-9 mnd.	6-9 mnd.
Besøksmengde	3 ganger i uken	Ukentlig, nedtrappende	1-2 ganger i uken	1-2 ganger i uken
Besøkslengde	30-120 min	60-90 min	Ca. 120 min	30-120 min
Jobber i team	Ja	Nei	Nei	Ja
Telefonkontakt	Ja, 24/7 vakttelefon.	Egen telefon	Egen telefon	Nei

3.2 Hjelperes opplevelser med å jobbe i hjemmet

3.2.1 Fordeler med hjemmebesøk

Vi har identifisert fem fordeler med hjemmebesøk: 1) Hjelpen blir mer tilgjengelig for familien, og flere fullfører behandlingen. 2) Hjelperen får tilgang på mer informasjon om hvordan familien lever og samhandler. 3) Familien får hjelp- og øvd seg i sine naturlige

omgivelser. 4) Økt jevnbyrdighet mellom hjelper og familie. 5) Det kan oppleves trygt for familien å få hjelp i hjemmet.

Den første fordelen med hjemmebesøk er at hjelpen blir mer tilgjengelig for familiene, og senker terskelen for å motta hjelp. Spesielt gjelder dette at familien slipper å reise til kontoret.

"Vi ser vi får foreldre, altså gjennom behandling, som de tidligere ikke har lyktes med når de må møte opp på et kontor til et tidspunkt. Vi har jo tidspunkter også, men vi ser at vi, altså de opplever å mestre og klare å fullføre behandlinger som de ikke tidligere har gjort i det ordinære hjelpeapparatet." (Sitat MST-CAN)

Det at hjelpen blir mer tilgjengelig kan bidra til at familien i mindre grad avlyser avtaler, og i større grad fullfører behandlingen.

Den andre fordelen med hjemmebesøk er at hjelperen får informasjon om familien som kan være vanskelig å få gjennom samtaler, som å se bositasjonen eller samhandlingen innad i familien. Under hjemmebesøk kan helpere se hvordan familien lever, og omgivelsene de er i til daglig. De kan se at familien får oppfylt materielle behov, som nødvendige møbler eller steder der barn kan leke. Helpere får også muligheten til å se etter tegn på vold.

Hjelperne kan få informasjon om samhandling i på flere måter. For det første får hjelperne tilgang på flere av familiemedlemmene, og det kan oppstå uplanlagte og spontane situasjoner under besøket. Spesielt under krevende situasjoner, som tidlig på morgenen eller under legging, kan hjelperen få informasjon om hva som kan skje hos familien, og hvordan de håndterer det.

"For det å få foreldre inn på kontoret og sitte å snakke med dem om hvordan de er foreldre, det kan man godt gjøre innimellom, men det er noe helt annet å se de sammen med barna sine, se hva som egentlig skjer, og få et totalt inntrykk av hvordan de har det." (Sitat Familiepartner)

For det andre kan helpere få informasjon om samspill ved å gjennomføre strukturerte samværsobservasjoner. Foreldrene gis da en oppgave de skal utføre sammen med barnet, som bleieskift, en matsituasjon, eller å legge et puslespill, mens terapeuten observerer samhandlingen.

Den tredje fordelen med hjemmebesøk er at familien får hjelp- og kan øve seg i sine naturlige omgivelser. Familien kan ha behov for praktisk hjelp i hjemmet, som å vaske klær, kaste søppel, vaske eller åpne posten. Hjelperne kan bistå med det meste som er nødvendig for å øke foreldrekompetansen. Foreldre kan også ha behov for helt konkret veiledning i praktisk omsorg, stell, eller hvordan de skal interagere og leke med barnet.

«... og for noen som kanskje ikke har fått det selv, trenger man liksom bare helt sånn å vise akkurat hva de skal gjøre. At man legger seg ned: «Sånn kan du leke med barnet.» Så viser vi ved å legge oss ned, og viser hvordan barnet kan lede, for eksempel leken, og ulike ting de kan. Hvordan de kan leke med barnet, forskjellige trinn og hvilke leker bør de ha. Helt sånn måned på måned.» (Sitat Familie for første gang)

I hjemmet får hjelperen mulighet til å vise hvordan foreldrene helt konkret kan være sammen med barnet, hvordan de kan leke, og hvilke leker de bør bruke på ulike alderstrinn.

Den fjerde fordelten er at tiltak i hjemmet kan bidra til å økt jevnbyrdighet mellom hjelper og familien. Når hjelpen foregår på familiens arena, kan hjelperen få en mer ydmyk rolle som gjest.

“... det er noe jevnbyrdig i det. Jeg blir jo mer en gjest. Det merker jeg. Det er godt for meg å være litt sånn ydmyk og spørre hvor jeg skal sette meg, og. Si tusen takk for varm kaffe, og liksom. Jekker meg litt ned, eller jekker min rolle litt ned, tror jeg.” (Sitat Fyrlykta)

Hjelperne fra Familie for første gang trekker også fram at en jevnere maktbalanse gjør kvinnene mer aktive og delaktige i sin egen prosess, spesielt når de er med på å utforme målene for behandlingen.

Den femte og siste fordelten er at hjemmebesøk oppleves trygt for familiene, og bidrar til mindre formell stemning, der samtalene blir nærere. Det kan ta tid for familien å bli vant til hjemmebesøk, men etter en stund setter de fleste pris på at hjelpen kommer hjem.

“Familiens trygghet. At de aller fleste i hvert fall, kanskje ikke på første hjemmebesøk, men når de har blitt vant til formen, så kommenterer de fleste på at det er en trygg form. Det er godt å være på hjemmebane, og få noen hjem til seg. Og da kan de liksom: «Jeg er så glad jeg slipper å sitte på kontoret på BUP eller på barneverntjenesten.»” (Sitat Fyrlykta)

Familiene opplever det som trygt å få hjelpen hjem til seg, og de kan føle på mer kontroll i eget hjem, enn på et kontor.

3.2.2 Utfordringer med hjemmebesøk

Hjelpere opplever at hjemmebesøk byr på fire utfordringer: 1) Struktur under og rundt et hjemmebesøk. 2) Det kan oppleves avslørende og påtrengende for familien. 3) Hjelpere fra barnevernet kan skape skepsis hos familien. 4) Uklart skille mellom terapi og veiledning.

Den første utfordringen hjelperne opplever er strukturen både under hjemmebesøk, og i arbeidet rundt. I hjemmet kan det oppstå flere avbrudd og forstyrrelser, som at barn kommer

hjem fra skolen, eller telefoner som ringer. Som følge av dette kan samtaler lett bli ustrukturerte, noe som gjør det utfordrende for hjelperen å følge planen for besøket. En utfordring som oppstår i den forbindelse er at hjelperne selv må ta regi, og tørre å sette de nødvendige rammene for besøket.

“Men utfordringen er akkurat det, det å rigge til og rydde vei til å gjennomføre samtale. Det krever litt, og det krever også at du våger å si: «Tror du at de kan vente? Kan du ta den telefonen senere? Kan de komme tilbake igjen? Jeg går om tretti minutter, kunne de ha kommet tilbake da?» At du våger å sette litt rammer da. Så jeg har jo mange erfaringer med at det sklir helt ut fordi at jeg ikke har våget å gjøre det. Så bare blir jeg sittende som sånn tilskuer til alt mulig rart. Så det er definitivt utfordringen.” (Sitat Fyrlykta)

Hjelperne fra MST-CAN trekker fram utfordringer med å få fulgt planen under hjemmebesøk, men at den hyppige frekvensen av besøk gjør at det er greit om de ikke følger planen hver gang. Familie for første gang forteller at dersom de ønsker å ta opp noe vanskelig eller har behov for struktur i samtalen, så kan de flytte møtet over til kontoret. Å strukturere arbeidshverdagen rundt et hjemmebesøk kan også være en utfordring for hjelperne. Både fordi hjemmebesøk er en arbeidsform som tar mye tid i seg selv, men rapportering i forkant og etterkant av besøkene tar også mye tid.

Den andre utfordringen med hjemmebesøk er at familien kan oppleve det avslørende og påtrengende å få hjelpere hjem, spesielt i starten. Et eksempel er hvis familien må håndtere det som kan utspille seg av situasjoner i hjemmet, foran hjelperen. I tillegg kan det være ubehagelig for noen familier å vise fram hjemmet sitt om de bor enkelt eller har det rotete.

“Også har du de som bor litt enklere. Du kan nesten kjenne at de skammer seg litt: «Beklager rotet, jeg vet at de kjøkkendøren har ramlet ned, jeg skal skru dem opp igjen.» Du kan nesten kjenne at det er ubehagelig for dem å invitere meg inn.” (Sitat Fyrlykta)

Noen av familiene kan ønske å bli bedre kjent i en kontorsetting først, og i disse tilfellene velger noen av hjelperne å vente med hjemmebesøk de første møtene.

Den tredje utfordringen er at instansen hjelperne kommer fra, kan påvirke i hvilken grad de kommer i posisjon til å hjelpe. Hjelperne som jobber innenfor barnevernet opplever at familien kan være skeptiske til å motta hjelp, spesielt i situasjoner der de har blitt pålagt tiltak fra barnevernet, eller hvis de står i fare for omsorgsovertakelse. Sykepleierne fra Familie for første gang opplever på den andre siden at familiene ser på dem som mer ufarlige enn andre yrkesgrupper.

“...at det er litt ufarlig kanskje. Kanskje også at det er litt lettere å ta imot i forhold til at vi jobber på- altså sykepleier, enn at det kanskje er psykolog ... Sykepleiere er litt sånn, vi er litt sånn ufarlige, ja.” (Sitat Familie for første gang)

Den fjerde utfordringen er skillet mellom veiledning og terapi. For det første kan det være vanskelig for hjelperne å vurdere hva som er veiledning og støttesamtaler, og når det går over til å være terapi. For det andre kan det være en vanskelig balanse å skulle ivareta foreldreveiledningen i behandlingsplanen, og hensynet til familiens behov der og da.

Hjelperne i alle tiltakene har en målgruppe der flere av klientene kan streve med sin psykiske helse, noe som gjør tematikken spesielt aktuell. MST-CAN og Fyrlykta sier at de utfører terapi under hjemmebesøk, som i MST-CAN der hjelperne jobber med evidensbaserte terapiformer, som kognitiv terapi eller rusbehandling. I Familiepartner utføres blant annet traumebehandling, angstmestring eller behandling av depresjon. I Familie for første gang opplever hjelperne at de oppnår en så trygg relasjon med familien at samtalene ofte blir dype og om sårbare tema, og derfor ofte likner på terapeutiske samtaler. Likevel kan ikke hjelperne i Familiepartner eller Familie for første gang si at de driver med terapi hos familiene i sitt tiltak.

En annen utfordring i den forbindelse er at flere av hjelperne jobber etter en behandlingsplan fra barnevernet, der det legges vekt på å utøve foreldreveiledning og høyne foreldrekompetansen. Samtidig kan familiens behov endre seg brått, og de kan oppleve kriser underveis i behandlingen. Da kan familien få behov for noe annet enn det som står i behandlingsplanen, som mer terapeutiske samtaler. Hjelperne må derfor balansere ivaretagelsen av nødvendig foreldreveiledning og fokus på barna, med foreldrenes behov for mer terapeutiske samtaler.

«Også må jeg, fordi at jeg jobber med det jeg gjør, som er det normative feltet når jeg jobber på oppdrag fra barnevernstjenesten, så kommer det alltid en tanke underveis om at jeg også må ivareta foreldreveiledningsbiten, og trekke barna inn i dette, selvfølgelig. Og hvordan virker dette i så fall inn på barna? Ikke sant. Så det er nesten blitt en utfordring, at jeg må se til å holde i fast i det da.» (Sitat Fyrlykta)

Det kan derfor være utfordrende for hjelperne å balansere hva barnevernet ønsker at de skal gjøre under hjemmebesøk, og hva de opplever at familien har behov for her og nå.

4 Diskusjon

Hjelperne jobber under ulike rammebetingelser, og opplever både fordeler og utfordringer med å levere tiltak i hjemmet.

De fem fordelene er: 1) Hjelpen blir mer tilgjengelig for familien, og flere fullfører behandling. 2) Hjelperen får tilgang på informasjon om hvordan familien lever og samhandler. 3) Familien får hjelp- og øvd seg i sine naturlige omgivelser. 4) Hjemmebesøk kan skape en jevnbyrdighet mellom hjelper og familie. 5) Det kan oppleves trygt for familien å få hjelp i hjemmet.

De fire utfordringene er: 1) Struktur under- og rundt et hjemmebesøk. 2) Det kan oppleves avslørende og påtrengende for familien. 3) Hjelperer fra barnevernet kan skape skepsis hos familien. 4) Skillet mellom terapi og veiledning.

Selv om det er noen utfordringer knyttet til hjemmebesøk, er det forbundet flere fordeler med arbeidsmåten som gjør at det likevel vil kunne lønne seg. Slik vi ser det innebærer hjemmebesøk elementer av fleksibilitet, forutsigbarhet og tilgjengelighet. Dette er nødvendige faktorer for at hjelperne kan oppnå en trygg relasjon til familien, og komme i posisjon til å skape endring.

Fleksibilitet ser vi blant annet gjennom at hjelperen kan tilrettelegge besøkene etter familiens behov, selv om de jobber etter en tiltaksplan, eller har planlagt innholdet i besøket på forhånd. En forutsetning for hjelpernes fleksibilitet er at det tilrettelegges gjennom rammene i tiltaket de jobber i, spesielt fleksibilitet i arbeidstid. I alle tiltakene kan hjelperne velge omtrent hvor lenge de skal være hos familien på hjemmebesøk, samtidig som behandlingstiden i tiltaket også kan forkortes eller forlenges ved behov. I to av tiltakene sikres også gjennomføringen av behandlingen selv om hjelperen skulle bli syk. Rammene i MST-CAN gjør at hjelperne kan sette opp en ny avtale allerede dagen etter, hvis familien skulle avlyse.

Hjelperne er i stor grad tilgjengelige og forutsigbare for familien, blant annet gjennom at familiene kan nå dem på telefonen. Forutsigbarheten vises gjennom at hjelperne holder avtaler, er transparente, og lar seg ikke avvise i relasjonen.

Fleksibilitet, forutsigbarhet og tilgjengelighet overfor familiene bidrar til å øke familiens trygghet, og letter arbeidet med å skape en god relasjon mellom hjelper og familie. Da er det essensielt at hjelperne har nok tid og fleksibilitet til å kunne tilpasse innholdet i hjemmebesøket til familiens behov og interesser.

Rammene rundt hjemmebesøk gir hjelperne en unik mulighet til å skape trygghet og tillit til familien, noe vi vet er grunnleggende for en god relasjon (Jack, 2016; Mills et al., 2012). Vi tror denne tryggheten er viktig for at familien våger å være sårbar og åpne opp om det de synes er vanskelig. En god relasjon og terapeutisk allianse gir også bedre sjanser for vellykkede resultater av behandlingen (Horvath, 2000; Horvath & Symonds, 1991), noe vi tror kan handle om at familien blir mer delaktig og får økt eierskap til sin egen prosess.

Hjelperne har ofte fokus på ressurser, og får en rolle som støtteperson i familien. Dette tror vi kan bidra til å skape mestring hos familiene, noe vi vet kan bidra til bedre omsorg for barn (Bandura, 1977, s. 193; Mouton & Roskam, 2014). Også her ser vi viktigheten av at rammene i tiltaket legger til rette for at hjelperne kan følge kvinnene tett over lang tid, slik at de kan oppnå denne støttefunksjonen.

Det er en forutsetning at hjelperne oppnår tillit fra familiene, slik at de kommer i posisjon til å hjelpe. Å ligge under en kontrollinstans kan gjøre det mer krevende for hjelperne å oppnå dette. Hjelperne som ikke jobber under barnevernet, vil muligens kunne oppleves mer ufarlige, og derav få en enklere inngang når en skal arbeide for endring. Samtidig kan vi tenke oss at tilliten Familie for første gang oppnår, også kan handle om at tiltaket er noe kvinnene selv ønsker å motta. Selv om de tre andre tiltakene også settes inn som frivillige hjelpetiltak, tror hjelperne at noen familier kan oppleve det som påtvunget. At de ikke opplever at de har noe annet alternativ, tror vi kan skape frustrasjon og mistillit for noen av familiene.

5 Konklusjon

I denne studien har vi gjort kvalitative intervjuer med syv hjelperne som jobber med hjemmebesøk i fire ulike tiltak. Med dette har vi forsøkt å få svar på problemstillingen: *Hva innebærer hjemmebesøk i familiebehandling, og hvordan opplever hjelperne fra fire ulike tiltak å arbeide i hjemmet?*

I analysen beskriver vi hvilke rammer hjelperne jobber under, før vi går inn på deres opplevelser av fordeler og ulemper med tiltak i hjemmet. Et sentralt funn er at hjemmebesøk innebærer elementer av fleksibilitet, forutsigbarhet og tilgjengelighet. Dette er elementer som er nødvendige for å danne en trygg relasjon og allianse til familien, og komme i posisjon til å hjelpe. Hjelperne har mulighet til å ta tak i utfordringer familien står i her og nå, og det er tydelig at hjelpen gis på familiens premisser. Ressursperspektivet og støttefunksjonen kan bidra til å skape mestring. Derimot er det viktig at denne muligheten sikres gjennom rammene

i tiltaket. Samtidig kan det se ut til at det er lettere for hjelpere i tiltak som ikke ligger under barnevernstjenesten å oppnå tillit.

På tvers av tiltakenes målsetting virker det som hjemmebesøk er en nyttig måte å levere tiltak på familiebehandling. Grunnen til at det brer om seg blant ulike tiltak kan være på grunn av fleksibiliteten og muligheten til å bygge en trygg relasjon til familien. Det er likevel et behov for videre forskning på hva hjemmebesøk innebærer, og hjelperes erfaringer med metoden. I dette bør en også tenke over distinksjonen mellom veiledning og terapi, og hvordan det skal håndteres innenfor ulike tiltak.

Litteratur

- Ammerman, R. T., Putnam, F. W., Altaye, M., Teeters, A. R., Stevens, J. & Van Ginkel, J. B. (2013). Treatment of depressed mothers in home visiting: Impact on psychological distress and social functioning. *Child Abuse & Neglect*, 37(3), 544-554.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.003>
- ASSS. (2019, 01. juli). *Bærum: MST-CAN i barnevernstjenesten*. <https://www.ks.no/asss-hjem/asss-2019/kommuner-2019/barum-2019/barum-mst-can-i-barnevernstjenesten/>
- Azzi-Lessing, L. (2011). Home visitation programs: Critical Issues and Future Directions. *Early Childhood Research Quarterly*, 26(4), 387-398.
<https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2011.03.005>
- Bufdir (2019, 24. mai). *Funksjonell familierapi (FFT)*.
https://www.bufdir.no/barnevern/tiltak_i_barnevernet/metoder/funksjonell_familieterapi_fftbehandlingstilbud_for_familier_med_ungdom_som_viser_alvorlige_atferdsvansker_eller_som_er_i_risiko_for_a_utvikle_dette_12_18_ar/
- Bufdir (2020, 16. oktober). *Multisystemisk terapi (MST)*.
https://www.bufdir.no/barnevern/tiltak_i_barnevernet/metoder/multisystemisk_terapi_mst_behandlingstilbud_for_familier_med_ungdom_med_alvorlige_atferdsvansker_et_alternativ_til_plassing_utenfor_hjemmet_12_18_ar/
- Bufdir (2021, 03. juni). *Marte Meo: Video-feedback of Infant-Parent Interaction (VIPI)*.
https://bufdir.no/Familie/foreldrestotte/tiltaksliste/marte_meo/
- Bufdir (2021, 14. juni). *Child-Parent Psychotherapy (CPP)*.
https://www.bufdir.no/en/Familie/foreldrestotte/tiltaksliste/child_parent_psychotherapy_cpp/
- Barlow, J., Davis, H., McIntosh, E., Jarret, P., Mockford, C. & Stewart-Brown, S. (2007). Role of home visiting in improving parenting and health in families at risk of abuse and neglect: results of a multicentre randomised controlled trial and economic evaluation, *Archives of disease in childhood*, 92(3), 229-233.
<http://dx.doi.org.ezproxy.oslomet.no/10.1136/adc.2006.095117>
- Barne- og familiedepartementet. (2000). *Bruk av Multisystemisk Terapi (MST): Rundskriv om bruk av Multisystemisk Terapi (MST) overfor barn og ungdom med alvorlige atferdsvansker*. [Rundskriv]. Regjeringen.
https://www.regjeringen.no/no/dokument/lover_regler/rundskriv/id1762/?isfilteropen=True&term=MST

- Carson, D. K., Jain, S. & Ramirez, S. (2009). Counseling and Family Therapy in India: Evolving Professions in a Rapidly Developing Nation. *International Journal Advancement of Counselling*, 31, 45–56. <https://doi.org/10.1007/s10447-008-9067-8>
- DuMont, K., Mitchell-Herzfeld, S., Greene, R., Lee, E., Lowenfels, A., Rodriguez, M. & Dorabawila, V. (2008), Healthy Families New York (HFNY) randomized trial: Effects on early child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 32(3), 295-315. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.07.007>.
- Fergusson, D., Horwood, J. & Ridder, E. (2005). *Early Start: Evaluation Report*. [Christchurch Health and Development study team. https://www.otago.ac.nz/christchurch/otago014859.pdf](https://www.otago.ac.nz/christchurch/otago014859.pdf).
- Fyrlykta. (u.d). *Om fyrlykta*. <https://www.fyrlykta.no/om-stiftelsen/>
- Galanter, R., Self-Brown, R., Valente, J. R., Dorsey, S., Whitaker, D.J., Bertuglia-Haley, M. & Prieto, M. (2012) Effectiveness of Parent–Child Interaction Therapy Delivered to At-Risk Families in the Home Setting. *Child & Family Behavior Therapy*, 34(3), 177-196. <https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1080/07317107.2012.707079>
- Guedeney, A., Wendland, J., Dugravier, R., Saías, T., Tubach, F., Welniarz, B., Guedeney, N., Greacen, T., Tereno, S. & Pasquet, B. (2013). *Impact of a randomized home-visiting trial on infant social withdrawal in the capedp prevention study*. *Infant mental health journal*, 34(6), 594-601. <https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1002/imhj.21413>
- Harden, B. J., Denmark, N. & Saul, D. (2009). Understanding the needs of staff in Head Start programs: The characteristics, perceptions, and experiences of home visitors. *Children and Youth Services Review*, 32(3), 371–379. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chilyouth.2009.10.008>
- Haynes, G.W., Neumann III, D., Hook, C., Haynes, D. C., Steeley, J-M., Kelley, M., Gatterdam, A., Nielson, C. & Paine, M. (2015). Comparing Child and Family Outcome Between Two Home Visitation Program. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 43(3), 209-228. Doi: <https://doi.org/10.1111/fcsr.12098>
- Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-0167.38.2.139>
- Horvath, A. O. (2000). The Therapeutic Relationship: From Transference to Alliance. *Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 163-173. [https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200002\)56:2<163::AID-](https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1002/(SICI)1097-4679(200002)56:2<163::AID-)

[JCLP3>3.0.CO;2-D](#)

- Hurlburt, M. S., Nguyen, K., Reid, J., Webster-Stratton, C. & Zhang, J. (2008). Efficacy of the Incredible Years group parent program with families in Head Start who self-reported a history of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 37(8). 531-543. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.10.008>
- Hægland, G. (2021, juli). *Omtale av forskningen på familierapi og foreldreveiledning*. Tiltakshåndboka. <https://tiltakshandboka.no/no/tilstander/tiltak-familierapi-og-foreldreveiledning/omtale-av-forskningen-paa-familierapi-og-foreldreveiledning#>
- Høgland, P. (1999). Psychotherapy Research: New Findings and Implications for Training and Practice. *The journal of psychotherapy Practice and Research*, 8(4), 257-263. [PMC3330564](#)
- Jack, S. M., Ford-Gilboe, N., Davidov, D. & MacMillan, H. L. (2016). Identification and assessment of intimate partner violence in nurse home visitation. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15-16), 2215-2228. <https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1111/jocn.13392>
- Jacobsen, D. I. (2021). *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse- og sosialfagene* (3.utg). Cappelen Damm Akademiske.
- Kvello, Ø. (2019). Foreldrestyrkende programmer. I L, Lorås. & O. Ness (Red). *Håndbok i familierapi* (s. 447-483). Fagbokforlaget.
- Kriz, S., & Solberg, B. (2019, 9. august). *Kognitiv atferdsterapi*. Den norske legeforening. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/veiledere/veileder-i-bup/del-3-behandlingsmetoder-og-spesielle-arbeidsomrader/psykoterapi/kognitiv-atferdsterapi/>
- LeCroy, C. W. & Whitaker, K. (2005). Improving the quality of home visitation: An exploratory study of difficult situations. *Child Abuse & Neglect*, 29(9), 1003–1013. <https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1016/j.chiabu.2005.04.003>
- Lees D., Frampton, C. M. & Merry, S. N. (2019) Efficacy of a Home Visiting Enhancement for High-Risk Families Attending Parent Management Programs: A Randomized Superiority Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 76(3). 241–248. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4183>
- Lowell, D. I., Carter, A. S., Godoy, L., Paulicin, B. & Briggs-Gowan, M. J. (2011) A Randomized Controlled Trial of Child FIRST: A Comprehensive Home-Based Intervention ⁱTranslating Research Into Early Childhood Practice. *Child development*, 82(1) 193-208. <https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1111/j.1467-8624.2010.01550.x>

- McDowell, T., Goessling, K. & Melendez, T. (2012). Transformative Learning through International Immersion: Building Multicultural Competence in Family Therapy and Counseling. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(2), 365-379.
<https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2010.00209.x>
- McWey, L. M., Humphreys, J., & Pazdera, A. L. (2011). Action-Oriented Evaluation of an In-Home Family Therapy Program for Families At Risk for Foster Care Placement. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(2), 137-152. <https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1111/j.1752-0606.2009.00165.x>
- Mills, A., Schmied, V., Taylor, C., Dahlen, H., Shuiringa, W. & Hudson, M. E. (2012). Connecting, learning, leaving: supporting young parents in the community. *Health and Social Care in the Community*, 20(6), 663–672. <https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1111/j.1365-2524.2012.01084.x>
- Mills, A., Schmied, V., Taylor, C., Dahlen, H., Shuiringa, W. & Hudson, M. E. (2012). Someone to talk to: young mothers' experiences of participating in a young parents support programme. *Scandinavian journal of caring sciences*, 27(3), 551-559.
<https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1111/j.1471-6712.2012.01065.x>
- NUBU (2021, 29. juni). *Parent Management Training – Oregon (PMTO)*.
<https://www.nubu.no/PMTO/>
- Olds, D. (2006). The Nurse-Family Partnership: An evidence-based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal*, 27(1), 5-25. <https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1002/imhj.20077>
- Pedersen, E., Ballo, J.G. & Nilsen, W. (2019). *Utprøvingen av familie for første gang* (AFI Rapport 2019:06). Arbeidsforskningsinstituttet ved OsloMet
- Pyc. *Om PYC*. <http://pyc.no/about-pyc/>
- Rbup. (u.d). *Familie for første gang (NFP)*. <https://www.rbup.no/program/familie-for-forste-gang-nfp>
- Regionsenter for barn og unges psykiske helse (2021, juli). *Tiltak: familieterapi og Foreldreveiledning*. Tiltakshåndboka. <https://tiltakshandboka.no/no/tilstander/tiltak-familieterapi-og-foreldreveiledning/omtale-av-forskningen-paa-familieterapi-og-foreldreveiledning?print-all=true#>
- Skovholt, T. & Jennings, L. (2005). Mastery and Expertise in Counseling. *Journal of Mental Health Counseling*, 27(1). 13-18.
<https://doi.org/10.17744/mehc.27.1.gnblmy6g3dbquq4>

- SOS-barnebyer. (u.d). *Familiepartner*. <https://www.sos-barnebyer.no/vart-arbeid-i-norge/familiepartner>
- Stormshak, E.A. & Dishion, T.J. (2002) An Ecological Approach to Child and Family Clinical and Counseling Psychology. *Clinical Child And Family Psychology Review*, 5, 197–215. <https://doi.org/10.1023/A:1019647131949>
- Throsen, A. & Young, E. (2016) Veiledningsprogram tilpasset foreldre med kognitive vansker. *Tidsskriftet Norges barnevern*, 93(3-04), 340-355. <https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.18261/issn.1891-1838-2016-03-04-15>
- Thuve, E., Aamnes, D., & Melinder, A. (2021). En pilotstudie av MST-CAN i Norge. *Tidsskrift for Norsk psykologiforening*. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2021/01/en-pilotstudie-av-mst-can-i-norge>
- Van der Put, C. E., Assink, M., Gubbels, J. & Boekhout van Solinge, N. F. (2018). Identifying effective components of child maltreatment interventions: A meta-analysis. *Clinical child and family psychology review*, 21(2), 171-202. <https://doi.org/10.1007/s10567-017-0250-5>
- Van Doesum, K. T. M., Hosman, C. M. H., Riksen-Walraven, J. M. & Hoefnagels, C. (2008). A Randomized Controlled Trial of a Home-Visiting Intervention Aimed at Preventing Relationship Problems in Depressed Mothers and Their Infants. *Child Development*, 79(3), 547 – 561. <https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1111/j.1467-8624.2008.01142.x>

Vedlegg

Artikkel 1: Hvilke strukturerte hjemmebesøksmodeller finnes i familiebehandling, og hva består disse av?

Vedlegg 1.1: Søkeord- og søkestreng

Vedlegg 1.2: PRISMA flytdiagram litteraturstudie

Vedlegg 1.3: Presentasjon av inkluderte artikler i litteraturstudie

Vedlegg 1.4: Tabell 1 - Oversikt over de mest sentrale elementene hjemmebesøk.

Artikkel 2: På hjemmebane – Hva innebærer hjemmebesøk i familiebehandling?

Vedlegg 2.1: Godkjenning fra NSD

Vedlegg 2.2: Informasjonsskriv til informanter

Vedlegg 2.3: Intervjuguide

Artikkel 1: Hvilke strukturerte hjemmebesøksmodeller finnes i familiebehandling, og hva består disse av?

1.1: Søkeord- og søkestreng

Problemstilling: Hvilke strukturerte hjemmebesøksmodeller finnes innenfor familiebehandling, og hvilke elementer består disse av?

Tidslinje: Etter 1999

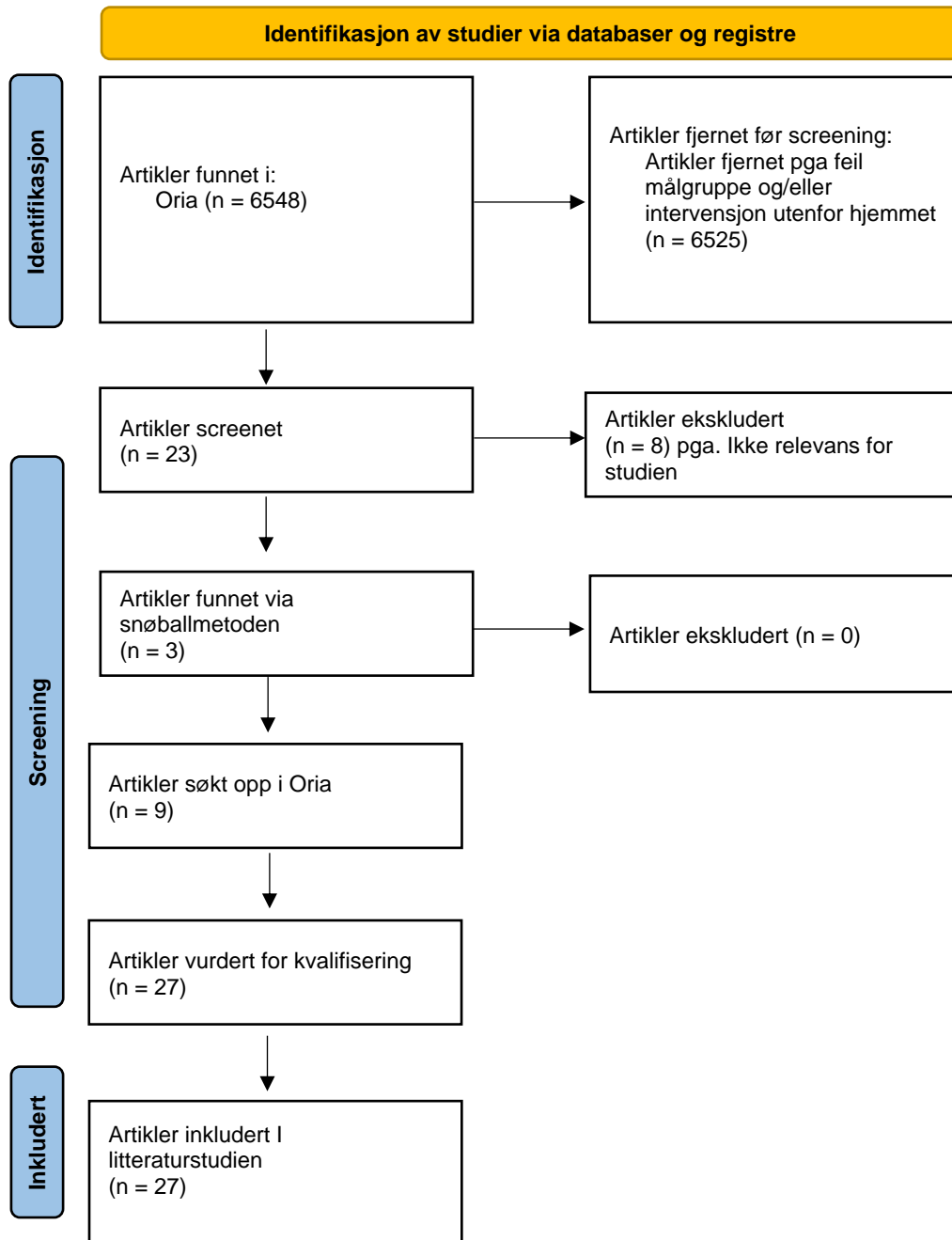
Database: Oria

Sentrale begreper: Hjemmebesøk, risikofamilier, vold, mishandling og familierterapi.

Hjemmebesøk	Familierterapi	Mishandling	Programmer
«Home visit» OR «Home visitation» OR Home* OR “house call”	(Family* AND Therapy*) OR “family therapy” OR “family counseling”	“Child Maltreatment”	“Nurse Family Partnership”

Søkestreng: «Home visit» OR «Home visitation» OR home* OR «house call» AND (Family*AND Therapy*) OR «family therapy” OR “family counseling” OR “Nurse Family Partnership” AND “Child Maltreatment”.

1.2: PRISMA flytdiagram (Page et al., 2020).



1.3: Presentasjon av inkluderte artikler i litteraturstudie

Forfatter(e), år, tittel	Formålet med studien	Studiens design	Deltakere & nasjonalitet	Program
Cartier et al., (2017). "Is the Families First Home Visiting Program Effective in Reducing Child Maltreatment and Improving Child Development?"	Studien undersøker effekten av FFHV for å redusere antall barn i barnevernet, forbedre utvikling hos barn og sykehusinnleggelses for misshandlingsrelaterte skader.	Populasjonsbasert kohortstudie	Risikobarn født mellom 2003-2009. Canada.	Families First Home Visiting program
Healthy Child Manitoba (2010). "Evaluating the effectiveness of the Families First home visiting program in improving the well-being of at-risk families with preschool children."	Studien er en evaluering som undersøker om risikofamilier opplevde bedring etter FFHV.	Kvasiekperimentell studie	Familier som lever under forhold som kan utsette barns velvære. Canada.	Families First Home Visiting program
DuMont.K. et al., (2008). "Health Families New York (HFNY) randomized trial: Effects om early child abuse and neglect."	Studien evaluerer effekten av HFNY når det gjelder foreldreoppførsel.	Randomisert kontrollstudie	1173 familier med risiko for barnemishandling og omsorgssvikt. USA.	Health Families New York (HFNY)
Mitchell-Herzfeld et al., (2005). "Evaluation of Healthy Families New York (HFNY): First Year Program Impacts. The Governor and Legislature"	Studien er en evaluering av HFNY programmet.	Randomisert kontrollstudie	1173 familier med risiko for barnemishandling og omsorgssvikt. USA.	Health Families New York (HFNY)
DuMont, K et al., (2006). "Healthy families New York (HFNY) randomized trial: Impact on parenting after the first two years."	Studien evaluerer tidlige virkninger av HFNY når det gjelder foreldreatferd de to første leveårene.	Randomisert kontrollstudie	1173 familier med risiko for barnemishandling og omsorgssvikt. USA.	Health Families New York (HFNY)
Duggan et al., (2006). "Impact of a statewide home visiting program to prevent child abuse."	Studien vurderer om HFAK har effekt når det gjelder å forebygge mishandling av barn og unge.	Kvasiekperimentell studie	325 risikofamilier. USA.	Healthy Families Alaska (HFAK)
Whipple, E. & Nathans, L.L. (2005). "Evaluation of a Rural Healthy Families America (HFA) Program: The importance of Context."	Studien er en evaluering av resultatene fra 115 familier i et HFA program.	En evaluering	Resultater fra familier som mottok HFA. USA	Healthy families America (HFA)
Fergusson, D et al., (2006). "Randomized Trial of the Early Start Program of Home Visitation"	Studien vurderer om Early start hadde positiv effekter for mødres helse som stress og motgang, familiefunksjon og økonomiske forhold.	Randomisert kontrollstudie	443 familier. New Zealand.	Early start
Fergusson, D., Horwood, J. & Ridder, E. (2005). "Early Start: Evaluation Report."	Studien beskriver funn og resultater av Early start programmet.	Randomisert kontrollstudie	443 familier. New Zealand	Early start
Fergusson, D et al., (2012). "Early Start Evaluation Report: Nine-year follow-up."	En langsiktig oppfølgingsstudie som presenterer funnene etter oppfølgingen av Early Start.	Oppfølgingsstudie	443 familier. New Zealand	Early start
Galanter, et al., (2012) "Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy Delivered to At-Risk Families in the Home Setting"	Evaluere effekten ved bruk av PCIT i hjemmet.	En evaluering: selvrapportering og observasjoner av terapeuter	83 foreldre-barn-dyader. USA	Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)
Ware, L.M., et al., (2008). «Efficacy of In-Home Parent-Child Interaction Therapy.»	Undersøke om PCIT har effekt i hjemmet	En single subjekt design studie	5 barn med atferdsvansker pluss familien med ulike vansker, som angst og depresjon. USA	Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)
Masse, J. & McNeil, C.B. (2008). «In-Home Parent-Child Interaction Therapy: Clinical Considerations.»	Studien presenterer fordeler, ulemper og løsninger på barrierer av PCIT i klinisk arbeid.	Klinisk betraktning		Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)

McWey et al., (2011). "Action-Oriented Evaluation of an In-Home Family Therapy Program for Families At Risk for Foster Care Placement."	Studien evaluerer programmet med mål om å forbedre familiens funksjon etter risiko for plassering i fosterhjem.	Handlingsorientert evaluering	27 brukere og 6 terapeuter. USA.	In-home
McWey, L.M. (2008). "In-Home Family Therapy as a Prevention of Foster Care Placement: Clients' Opinions About Therapeutic Services."	Studien utforsker klienters oppfatninger av hjemmebehandlingen de mottok.	Kvalitativ studie	20 lavinntektsfamilier i fare for plassering i fosterhjem. USA	In-home
Lowell, D et al., (2011). "Randomized Controlled Trial of Child FIRST: A Comprehensive Home-Based Intervention translating Research Into Early Childhood Practice."	Studien dokumenterer effekten av Child First som hjemmebasert tilbud til foreldre og barn.	Randomisert kontrollstudie	Urbane mødre og barn, alder 6-36 mnd. USA	Child FIRST
Eckenrode, J. et al., (2017). "The prevention of Child Maltreatment Through the Nurse Family Partnership Program: Mediating Effects in a Long-Term Follow-up study."	Undersøker effekten av forebygging av barnemishandling gjennom å følge familier i lang tid.	Follow-up study	400 kvinner med lav sosioøkonomisk status, ugift, eller unge. USA.	Nurse Family Partnership
Olds, D et al., (1998). "Long-term Effects of Nurse Home Visitation on Children's Criminal and Antisocial Behavior: 15-Year Follow-up of a Randomized Controlled Trial."	Studien undersøker den langsiktige effekten av NFP ved hjelp av sykepleiere.	15 års oppfølging av en randomisert kontrollstudie	315 unge kvinner. USA.	Nurse Family Partnership
Olds, D. L. (2006). "The Nurse-Family Partnership: An evidence-based preventive intervention."	Oppsummerer et 27-årig forskningsprogram som forsøker å bedre mødre og barns helse og fremtidige livsmuligheter v/sykepleiere.	Tre randomisert kontrollstudier.	Elmira: 400 kvinner, Memphis: 1138 gravide og 743 med spedbarn. Denver: 735 kvinner. USA.	Nurse Family Partnership
de Wit, M et al., (2020). «Study protocol: randomized controlled trial of manualized components in home visitation to reduce mothers' risk for child maltreatment.»	Studien undersøker om hjemmebesøk forhindrer barnemishandling ved å legge ved nye programkomponenter.	Randomisert kontrollstudie	298 mødre. Nederland.	The supportive parenting programe
Horrevorts, E. M. B et al., (2015). «Design of a controlled trial to evaluate the effectiveness of Supportive Parenting ('Stevig Ouderschap'): an intervention to empower parents at increased risk of parenting problems by providing early home visits.»	Studien evaluerer effektene av programmet.	Randomisert kontrollstudie	38 deltok i studien. Nederland.	The supportive parenting program
Swenson, C. C et al., (2010). «Multisystemic therapy for child abuse and neglect: A Randomized Effectiveness Trial.»	Studien vil evaluere en tilpasning av MST-CAN for fysisk misbrukte ungdommer og deres familier.	Randomisert effektivitetsstudie	86 familier fra barneverntjenesten. USA.	MST-CAN
Swenson, C. C., & Schaeffer, C. M. (2014). "MST-CAN: An ecological treatment for families experiencing physical abuse and neglect."	En diskusjon av det teoretiske grunnlaget for MST-CAN modellen, beskrivelse av kliniske, administrativ og kvalitetssikring ved modellen.	Kapittel, case presentasjon av en familie.	Barn 6-17 år og familiene. USA.	MST-CAN
Swenson, C. C., & Schaeffer, C. M. (2018). "A Multisystemic Approach to the Prevention and Treatment of Child Abuse and Neglect."	Artikkelen presenterer MST-CAN, en behandling i hjemmet for familier som opplever fysisk mishandling og/eller omsorgssvikt.	Artikkel	Barn 6-17 år og familiene. USA.	MST-CAN
Robling, M et al., (2015). "Effectiveness of a nurse-led intensive home-visitation program for first-time teenager mothers (Building Blocks): a pragmatic randomized controlled trial."	Studien vurderer effektiviteten av programmet The Family Nurse Partnership (FNP) for førstegangsfødende tenåringer.	Randomisert kontrollstudie.	823 kvinner. England.	The Family Nurse Partnership (FNP)
Matone, M et al., (2018). «A Mixed Methods Evaluation of Early Childhood Abuse Prevention Within Evidence-Based Home Visiting Programs»	Undersøke effekter og kontekst hos ulike modeller på tidlig hjemmebesøk, for å motvirke barnemishandling.	Kvalitative og kvantitative data, kvasiekperimentelle metoder & dybdeintervjuer.	8736 brukere fra NFP, 851 fra PAT og 866 fra EHS.	NFP, Parents As Teachers (PAT), Early Head Start (EHS)
Howard, K.S. & Brooks-Gunn, J. (2009). "The Role of Home-Visiting Programs in Preventing Child Abuse and Neglect."	Studien undersøker hjemmebesøk som strategi for å forhindre barnemishandling og omsorgssvikt.	Evaluering av ni hjemmebesøksprogrammer.	Ni hjemmebesøksprogram	

1.4: Tabell 1 - Oversikt over de mest sentrale elementene hjemmebesøk.

Tom rute = vi har ikke funnet informasjon om at programmet inneholder dette elementet.

	Families First Home Visitation	Child First	Healthy Families New York	Healthy Families America	Healthy Families Alaska	Parent-Child Interaction Therapy	Early Start Program	Nurse Family Partnership	The Supportive Parenting Program	MST-CAN	In-home Therapy
Utdanning og kunnskap hos ansatte											
Utdanningskrav	Sykepleiere Paraprofesjonell	Kliniker m/master Koordinator m/bachelor	Ingen	Ingen	Ingen		Sykepleier Sosialfaglig kompetanse	Sykepleier	Sykepleier		Mastergrad i sosialt arbeid eller familierapi
Opplæring	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	
Veiledning underveis	JA		JA	JA	JA	JA				JA	JA
Rammer for hjemmebesøk											
Hypighet	1-4 i mnd.	Ukentlig	Nivårangering	Nivårangering	Nivårangering	Ukentlig	Nivårangering	Etter behov		3-4 i uken + etter behov. 24/7 telefon	Minst 2 ganger i uken. 24/7 telefon
Varighet på besøk	60-120 min	45-90 min				45-120 min		75-90 min	90 min	Etter behov	60-240 min
Lengde på behandling	Max 3 år		3-5 år	Til barnet er 5 år		3-4 mnd.		Til barnet er 2 år	6 besøk, til barnet er 18 mnd. Flere ved behov.	6-9 mnd.	6 uker
Bruk av standardiserte verktøy	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA		JA	JA	
Samarbeid med familien											
Plan utformes m/familie		JA	JA	JA	JA		JA			JA	JA
Etablere allianse m/foreldre	JA	JA		JA	JA		JA		JA	JA	JA
Støtte til familien	JA	JA		JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	
Psykisk helseproblematikk											
Terapi		JA								JA	JA
Partnerskap mellom foreldre		JA					JA	JA			
Krisehåndtering					JA			JA		JA	JA
Stressmestring		JA	JA	JA	JA	JA		JA	JA		
Selvfølelse		JA		JA				JA	JA		
Rusproblemer		JA	JA	JA	JA		JA	JA	JA	JA	
Foreldreveiledning											
Bedre foreldre-barn-forhold	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA
Forståelse av aldersadekvat oppførsel	JA	JA	JA	JA	JA	JA		JA	JA		
Lek som verktøy		JA	JA	JA	JA	JA		JA			
Bedre foreldre-barn-samspill	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA		
Bedre foreldreferdigheter		JA	JA		JA	JA		JA	JA	JA	
Fremme sunn barneutvikling	JA	JA	JA	JA	JA		JA	JA	JA	JA	
Stell av barnet			JA					JA			
Voldsproblematikk											
Arbeider direkte med vold			JA	JA	JA	JA	JA		JA	JA	JA

Arbeider forebyggende med vold	Fokus på tilknytning	Redusere stress				Redusere stress		Fremme foreldrekompentanse	Sinneproblematikk		
Arbeid med forhold i familiens omgivelser											
Henviser til andre tjenester	JA	JA	JA	JA	JA		JA	JA	JA	JA	JA
Styrke sosialt nettverk		JA	JA	JA				JA	JA	JA	
Økonomihåndtering			JA		JA		JA	JA		JA	
Bolig		JA	JA	JA				JA		JA	
Arbeid			JA				JA	JA		JA	
Utdanning		JA	JA					JA			
Planlegge kommende graviditet			JA				JA	JA			
Oppfølging under graviditet	JA		JA	JA	JA		JA	JA	JA		

Artikkel 2: På hjemmebane – Hva innebærer hjemmebesøk i familiebehandling?

2.1: Godkjenning fra NSD



Vurdering

Referansenummer

804402

Prosjekttittel

Family Partner –Co-development, Implementation and Evaluation of a Child Maltreatment Prevention Intervention (FAMPART)

Behandlingsansvarlig institusjon

OsloMet – storbyuniversitetet / Senter for velferds- og arbeidslivsforskning / Arbeidsforskningsinstituttet

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Anne Grete Tøge, anneto@oslomet.no, tlf: 93651644

Type prosjekt

Forskerprosjekt

Prosjektperiode

01.10.2021 - 31.12.2026

Vurdering (2)

21.12.2021 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 22.11.2021.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 21.12.2021. Behandlingen kan fortsette.

Masterstudenter skal ha tilgang til deler av deler av datamaterialet, og det er opprettet et nytt utvalg.

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Kontaktperson hos NSD: Håkon J. Tranvåg

Lykke til videre med prosjektet!

10.09.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 10.9.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger, særlige kategorier av personopplysninger om (spesifiser hvilke) og personopplysninger om straffedommer og lovovertrедelser frem til 31.12.2026.

LOVLIG GRUNNLAG FOR UTVALG 1

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

For personopplysninger om straffedommer og lovovertrедelser vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. art 9 nr. 2 bokstav a, jf. art. 10, jf. personopplysningsloven §§ 11 (1) og 11 (2) bokstav a.

I tilfeller hvor de registrerte er under 16 år vil prosjektet vil innhente samtykke fra foresatte til behandlingen av personopplysninger om barna.

LOVLIG GRUNNLAG FOR UTVALG 2

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

For personopplysninger om straffedommer og lovovertrедelser vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. art 9 nr. 2 bokstav a, jf. art. 10, jf. personopplysningsloven §§ 11 (1) og 11 (2) bokstav a.

LOVLIG GRUNNLAG FOR UTVALG 3

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke

tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

LOVLIG GRUNNLAG FOR TREDJEPERSONER

Prosjektet får tilgang på registerdata om barn basert på foresattes samtykke. Registerdataene inneholder informasjon om grunnlag for vedtak i saker med foreldres lovovertrødelse. Dataene kan ikke knyttes direkte til den konkrete forelder, men kan være indirekte identifiserende.

I disse dataene vil det kunne være informasjon om tredjepersoner som ikke har samtykket. Prosjektet vil, så langt det lar seg gjøre, innhente samtykke av begge foreldre der begge foreldrene er en del av husholdet, eller der det er et etablert samarbeid mellom foreldrene. Alle foreldre hvor prosjektet er kjent med kontaktinformasjon, vil få informasjon om studien. I enkelte tilfeller vil en av foreldrene likevel ikke være tilgjengelig. Studien omfatter sårbare familier, der enslige foreldre er overrepresentert. Det er derfor viktig at denne gruppen også belyses gjennom forskning.

I de tilfeller hvor det bare er mulig å innhente samtykke fra én forelder, og den andre er identifiserbar gjennom registerdataene, vil lovlig grunnlag for behandlingen av særlige kategorier av personopplysninger er at den er nødvendig for formål knyttet til vitenskapelig forskning, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav j, jf. personopplysningsloven § 9.

Lovlig grunnlag for behandlingen av personopplysninger om straffedommer og lovovertrødelse er at den er nødvendig for formål knyttet til vitenskapelig forskning, jf. personvernforordningen art. 10, jf. art. 9 nr. 2 bokstav j, jf. personopplysningsloven § 9, jf. § 11 første ledd.

Behandlingen er omfattet av nødvendige garantier for å sikre den registrertes rettigheter og friheter, jf. personvernforordningen art. 89 nr. 1.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

TREDJEPERSONERS RETTIGHETER

I de tilfeller hvor prosjektet ikke har kontaktinformasjon til begge foreldre, hvor bare én av foreldrene være tilgjengelig og det ikke er et etablert samarbeid mellom foreldrene, vil det være uforholdsmessig vanskelig å gi individuell informasjon. Det kan unntas fra informasjonsplikt etter art. 14 nr. 5 b), der personopplysninger ikke har blitt samlet inn fra den registrerte.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

TSD er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Kontaktperson hos NSD: Håkon J. Tranvåg

Lykke til med prosjektet!

2.2: Informasjonsskriv til informanter

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Hva gjøres under hjemmebesøk i familiebehandling, og hva tenker de ansatte at dette bidrar til?»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet å undersøke hva som gjøres under hjemmebesøk i noen ulike hjemmebesøksprogram i familiebehandling, og hva de ansatte tenker at dette kan bidra med. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

For å fullføre master i familiebehandling ved OsloMet gjennomfører vi en oppgave som utforsker hvilke elementer som finnes i hjemmebesøk. I prosjektet har vi skrevet en litteraturstudie som kartlegger hvilke elementer som finnes i ulike program som gjennomføres i risikofamilier. Nåværende artikkel ønsker å utforske hva terapeuter som jobber med hjemmebesøk mener dette innebærer. Dette prosjektet ønsker å undersøke hva som vektlegges når hjemmebesøkene utføres, og hva terapeutene mener er viktig. Vi vil ta for oss temaer som opplæring, kurs, teoretisk perspektiv, rutiner, nettverksarbeid, henvisning til andre helse- og sosialtjenester, rusmisbruk og foreldreferdigheter.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Eirin Pedersen, Forsker II ved OsloMet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

I prosjektet skal terapeutens erfaringer med hjemmebesøk belyses gjennom kvalitative intervjuer. Dette gir oss mulighet til å sammenligne funnene vi har funnet i litteraturgjennomgangen.

Hva innebærer det for deg å delta?

Vi vil intervjuere terapeuter som har erfaring med hjemmebesøk og driver en type intervensjon. Intervjuene vil foregå fysisk eller digitalt og vare ca. 1,5 time. Under intervjuet vil vi snakke om hvordan du driver hjemmebesøk, hvilke rammer intervensjonen krever og egne synspunkter på hva du tenker hjemmebesøk kan bidra med.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet, og du kan når som helst trekke deg fra å delta uten å oppgi noen grunn. Om du ønsker å trekke deg trenger du bare å opplyse om dette til Frigg Finnsdatter Alsaker eller Silje Helgesen Kili. Om du trekker deg fra prosjektet kommer vi ikke til å bruke dine uttalelser, og vi vil slette alle data som kan forbindes med deg. Etter at det er blitt publisert fra prosjektet er det imidlertid ikke mulig for deg å trekke din deltakelse.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket:

Det er kun prosjektmedarbeiderne ved denne oppgaven som vil ha tilgang til opplysningene om deg. Dette inkluderer veilederne.

Ditt navn og dine kontaktopplysninger vil etter intervjuet bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data

Alt datamateriale vil bli oppbevart på et sikkert sted.

Som deltaker vil du ikke kunne gjenkjennes i publikasjonene

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Lydopptaket vil slettes umiddelbart etter transkripsjonen av intervjuet. Alt av personopplysninger anonymiseres innen prosjektet avsluttes, etter planen 14.mai.2022

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

Innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene

Å få rettet personopplysninger om deg

Å få slettet personopplysninger om deg

Å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra OsloMet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Ansvarlig for studien: Eirin Pedersen, Eirin.Pedersen@oslomet.no, (tlf. 936 36 150)

Masterstudent: Frigg Finnsdatter Alsaker, s341181@oslomet.no (tlf. 411 81 228)

Masterstudent: Silje Helgesen Kili, s340769@oslomet.no (tlf. 924 84 803)

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med: NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Frigg Finnsdatter Alsaker & Silje Helgesen Kili

(Masterstudenter)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet, «Kartlegging av omfang, utviklingstrekk og konsekvenser ved bruk av hjemmekontor og annet fjernarbeid», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:
å delta i intervju om hjemmekontor

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato

2.3: Intervjuguide

Samtykker du til å delta i denne kvalitative studien om hva hjemmebesøk i familiebehandling innebærer, og hvordan det oppleves av hjelpere?

Innledning

Hvilken utdanning har du? Fortell litt om din yrkesbakgrunn. (Hvor lenge har du hatt denne jobben).

Hvorfor har du valgt å søke på denne jobben?

Trives du, og hvorfor?

Om tiltaket

Kan du fortelle litt om tiltaket?

Hva er oppgavene deres?

Er tiltaket basert på noen teorier?

Hva er målgruppen til tiltaket? Er dette risikofamilier?

Utdanning og opplæring

[I litteraturgjennomgangen vår så diskuterer vi bruk av ufaglærte, og at det er forskjeller i opplæringsmengden mellom tiltakene. Så det er litt av utgangspunktet for de neste spørsmålene.]

Hvilken utdanning kreves i deres tiltak/for å gjennomføre hjemmebesøk hos dere? Hvordan er utdanningen nyttig i jobben?

Hvordan er opplæringen i tiltaket? Hva fikk du ut av det? Hva skulle du ønske du fikk mer av?

Hva er forholdet mellom opplæringen du fikk, og praksisen du skal ut i? Henger det sammen, og hvordan?

Har dere veiledning etter opplæringen? Tilsvaret det behovet?

Om hjemmebesøk

Kan du beskrive et hjemmebesøk du har vært på den siste tiden? Gjerne et som ikke har vært preget av korona og restriksjoner.

Men hvis det kun er det du har erfaring med, hvordan har du måttet tilpasse besøkene?

Hva ønsket du å oppnå med hjemmebesøket?

Hadde du noen plan for hjemmebesøket? Noen mål? Verktøy/litteratur?
Planlegges innholdet i hjemmebesøkene sammen med familien?
Har du fokus på å skape en terapeutisk allianse med familien? I så fall fortell.

Praktiske rammer for hjemmebesøk

Hvor lenge varer besøket?
Hvor ofte er dere på hjemmebesøk?
Når på døgnet møter dere familien?
Jobber du i team eller alene? Fortell. Tenker du at det er trygt?
Hvor lenge får familien oppfølging?
Er tiltaket frivillig?

Psykisk helse

[I litteraturgjennomgangen diskuterer vi også om hjelpere utfører terapi under hjemmebesøk, der vi i noen tiltak er usikre på disse grensene, ELLER hvor terapi finner sted (MST-CAN).]

Har dere fokus på psykisk helse på hjemmebesøk? På hvilken måte? (F eks. Stressmestring, psykiske lidelser, selvfølelse og par-relasjonen).
Driver dere med terapi? Hvordan gjøres dette? Skjer dette i hjemmet?
Når er man terapeut i et hjemmebesøk?
Jobber dere med rusproblematikk? På hvilken måte?

Foreldreveiledning

Jobber dere med foreldreveiledning? Hvordan?
Driver dere med undervisning på noen måte?
Barns utvikling?
Stell av barn?
Forståelse av foreldres reaksjonsmønstre/atferd?

Jobber dere med foreldre-barn-interaksjon? Hvordan?
Brukes lek i dette arbeidet?

Vold

Hvordan jobber dere med vold i familien?
Direkte?

Indirekte/forebyggende?

Hvem i familien involveres i dette arbeidet?

Forhold i omgivelsene til familien

Jobber dere med forhold utenfor familien?

Arbeid, utdanning, økonomi?

Bolig? Skole?

Praktisk hjelp?

Planlegging av kommende graviditet?

Følger dere opp kvinner under graviditet, eller ved fødsel?

Nettverk?

Henviser dere til andre tjenester? Hvilke?

Opplevelser av å jobbe i hjemmet

Hva er den største fordelen å arbeide slik dere gjør?

Hva tror du er fordelen med hjemmebesøk framfor behandling i kontorsetting?

Hva tenker du at dere bidrar til med hjemmebesøk? Hva er hensikten? Mål?

Hva får familien ut av det?

Hva er den største ulempen?

På hvilken måte tror du hjemmebesøk for risikofamilier kunne blitt forbedret?

Er det noe vi ikke har spurt om, som du tenker er relevant?