



ARBEIDSFORSKNINGSINSTITUTTET AFI

Familiepartner – Midtveisrapport

Anne Grete Tøge, Eirin Pedersen, Joakim Finne

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

Familiepartner - Midtveisrapport

AFI-notat nummer 2023:05

Tittel: Familiepartner – Midtveisrapport

Forfattere: Anne Grete Tøge, Eirin Pedersen, Joakim Finne

Prosjekt: Family Partner – Samskaping, implementering og evaluering av en intervensjon som skal forhindre barnemishandling

Prosjektleder: Eirin Pedersen

Oppdragsgiver: Norges forskningsråd

ISBN 978-82-7609-468-8

ISSN 2703-9617 (online)

© Arbeidsforskningsinstituttet, OsloMet – storbyuniversitetet, 2023

© Work Research Institute (AFI), OsloMet – Oslo Metropolitan University, 2023

© Forfatter(e)/Author(s)

Det må ikke kopieres fra denne publikasjonen ut over det som er tillatt etter bestemmelsene i "Lov om opphavsrett til åndsverk", "Lov om rett til fotografi" og "Avtale mellom staten og rettighetshavernes organisasjoner om kopiering av opphavsrettslig beskyttet verk i undervisningsvirksomhet".

All rights reserved. This publication or part thereof may not be reproduced in any form without permission from the author.

Arbeidsforskningsinstituttet
OsloMet – storbyuniversitetet
Pb. 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Work Research Institute (AFI)
OsloMet – Oslo Metropolitan University
P.O.Box 4 St. Olavs plass
N-0130 OSLO

Telefon: +47 93 29 80 30

E-post: postmottak-afi@oslomet.no

Webadresse: oslomet.no/om/afi

Publikasjonen kan lastes ned gratis fra [arkivet](#)

Publications are available for free download from [the archive](#)

Innhold

<u>Sammendrag</u>	3
<u>1. Innledning</u>	4
1.1 <u>Utvikling av Familiepartner</u>	4
1.2 <u>Hva er Familiepartner?</u>	6
1.3 <u>Oppdraget</u>	8
1.4 <u>Formål med rapporten</u>	8
1.5 <u>Teoretisk innramming</u>	9
<u>2 Data og metode</u>	10
2.1 <u>Rekruttering og randomisering</u>	10
2.2 <u>Antall deltakere og frafall</u>	10
2.3 <u>Måleinstrumenter ved første målepunkt (+3 måneder)</u>	11
2.4 <u>Prosessevaluering</u>	12
2.5 <u>Litteraturgjennomgang</u>	12
<u>3 Analyse</u>	13
3.1 <u>Rekruttering og randomisering</u>	13
3.2 <u>Antall deltakere og frafall</u>	13
<u>4 Resultater</u>	15
4.1 <u>Resultater fra litteraturgjennomgangen</u>	15
4.2 <u>Kvantitative resultater</u>	15
4.3 <u>Kvalitative resultater</u>	18
<u>5 Anbefalinger</u>	23
5.1 <u>Familiepartner – kvalitative vurderinger av tiltakets potensiale</u>	23
5.2 <u>En randomisert kontrollert studie av Familiepartner</u>	24
5.3 <u>Et Kvasiekperimentelt design med konstruert kontrollgruppe</u>	28
5.4 <u>Et klyngerandomisert design for å teste effekten av Familiepartner</u>	29
<u>6 Oppsummering</u>	31
<u>Referanser</u>	32

Sammendrag

Familiepartner er et tiltak i barnevernet, utviklet i samarbeid mellom SOS-barnebyer, OsloMet og tre kommuner. Tiltaket blir prøvd ut i Lillehammer, Øvre Eiker og Larvik. OsloMet har bidratt i utformingen av tiltaket, og også forsket på utprøvingen. Rekruttering av deltakere startet i januar 2022, og ble avsluttet i februar 2023. Studien vil pågå til siste rekrutterte deltaker har vært med i 18 måneder, som først vil være i september 2024. Denne rapporten er slik en midtveisevaluering, som tar sikte på å redegjøre for de preliminære funnene i studien. Studien har hatt følgende forskningsspørsmål:

1. Hva er aksepten for Familiepartner-tiltaket?
2. Hva er erfaringene med rekruttering og levering av programmet i barneverntjenesten?
3. Er det grunnlag for å gjennomføre en RCT av Familiepartner?

Vi finner at det er stor aksept av tiltaket blant familier og i tjenester. Tiltaket oppleves som et motsvar til andre standardiserte og kortere tiltak, og er en hensiktsmessig måte å følge opp sårbare familier på. Ved å kombinere veiledning med praktisk støtte får familiepartnerne raskt høy tillit og god relasjon til familiene, og kommer i posisjon til å drive med endringsarbeid. Familiene opplever at deres behov blir ivaretatt, og at de mottar en helhetlig og fleksibel oppfølging. Familiepartnerne erfarer at de kan jobbe helhetlig opp mot familiene, og ofte lykkes i å redusere stress knyttet til økonomi, bosted og konflikter. Familiepartnerne etterlyser tydeligere rammer for arbeidet i en manual. På ledelsesnivå i Øvre Eiker og Lillehammer ses tiltaket som nyskapende i at det kombinerer veilednings- og miljøarbeiderkompetanse i samme stilling. Denne måten å jobbe på oppleves som en viktig nyvinning.

Vi anbefaler at Familiepartner evalueres ytterligere. Det vil bidra til at barnevernstjenesten kan få flere tiltak som har gjennomgått en strukturert evaluering for mulige positive effekter. Samtidig ser vi at det kan være flere utfordringer knyttet til å gjennomføre en randomisert kontrollert studie av et tiltak i førstelinjen i barnevernet. Disse utfordringene er ikke knyttet spesifikt til tiltaket Familiepartner, men dreier seg om generell kunnskap, forståelse og aksept for randomiseringsdesign i tjenesten. Disse utfordringene vil slik være de samme for alle tiltak som skal evalueres med en RCT i førstelinjen. I rapporten gjennomgår vi utfordringer og løsninger, og presenterer tre mulige forskningsdesign for å evaluere Familiepartner.

1 Innledning

Arbeidsforskningsinstituttet ble bevilget midler fra Norges Forskningsråd (desember 2020) for å gjøre en pilotstudie av Familiepartner, et nytt forebyggende prosjekt i barnevernet.

I dag faller majoriteten av tiltak i barnevernet inn under kategorien «andre heimebaserte tiltak» (SSB, 2022). Dette er i all hovedsak tiltak som ikke er blitt særlig evaluert, som råd og veiledning fra barneverntjenesten, besøkshjem og støttekontakt, og tilsyn i hjemmet, for å nevne noen (Bufdir, 2020). Med bakgrunn i dette har vi sammen med SOS-barnebyer og representanter fra praksisfeltet utviklet Familiepartner, et hjelpetiltak i barneverntjenesten med mål om å forebygge behovet for omsorgsovertakelser, styrke foreldres omsorgsevne og sikre barn en trygg oppvekst. Familiepartnertiltaket har blitt pilotert i tre barneverntjenester, og vi har samtidig pilotert om det er mulig å evaluere tiltaket ved hjelp av en randomisert kontrollert studie. Som et ledd i piloteringen har vi samlet inn kvalitative prosessdata. I denne rapporten vil vi beskrive tiltaket Familiepartner, forskningsdesignet i piloteringen og, redegjøre for preliminaire funn fra piloteringen av det randomiserte designet og kvalitative data som er samlet inn gjennom hele prosjektperioden. Til slutt vil vi komme med en oppsummering og anbefale en videre evaluering av tiltaket.

1.1 Utvikling av Familiepartner

Våren 2021 startet vi utviklingen av manualen til Familiepartnertiltaket. I samarbeid med SOS-barnebyer og kommunale tjenester ble manualen ferdigstilt høsten 2021. For å utvikle et forskningsbasert og kontekstuel tilpasset tiltak for barnevernstjenesten, brukte vi FLIP-modellen, en «felles lærings- og innovasjonsplattform», utviklet av Andersen med flere (2017) og Caswell og Dall (2019). FLIP-modellen har flere fellestrekk med Forskningssirkler (Slettebø og Seim 2016, Tunestveit 2021). Den søker å lage en struktur og ramme for samarbeid mellom forskning og praksis, der praksisfeltet bidrar med feltkunnskap og forskerne har ansvar for at kunnskapsproduksjonen skjer innenfor vitenskapelige premisser. FLIP-modellen har blitt utviklet i danske sosialkontor, som en samarbeidsform som gjør det mulig for forskning og praksis å samarbeide rundt felles læring, og mot å utvikle nye arbeidsformer, metoder og tiltak. FLIP-modellen kan ses som en praktisk tilpasning av perspektivene i Collaborative Innovation (Sørensen & Torfing, 2011) og Cooperative Knowledge Production (Hüttemann & Sommerfeld, 2008).

Målet med FLIP-modellen er å lage et rom for reelt samarbeid, hvor kunnskapen til forskere og praktikere er sidestilt, hvor kunnskap kan utveksles, og hvor læring, utvikling og kunnskapsproduksjon er relevant og av interesse for begge parter (Andersen et al., 2017). I en FLIP samarbeider forskere og praktikere i en 2-4 timer lang workshop, der man diskuterer praksisfeltets problemstillinger, foreliggende forskning, og ulike tolkninger og løsninger. Andersen et al. (2017) og Caswell and Dall (2019) utviklet FLIP-modellen for et konkret prosjekt, der forskere samarbeidet med førstelinje-praktikere og ledere i danske sosialkontor om å utvikle mer generell innovasjon og læring.

Vi har brukt FLIP-modellen til å utvikle et nytt tiltak for oppfølging av familier med komplekse hjelpebehov i barnevernstjenesten. Vi ønsket også at tiltaket skulle være mulig å evaluere ved hjelp av en RCT. Denne typen forskningsdesign står lenger unna praktikernes kunnskapsformer (Finne 2020) og kan slik være vanskeligere å samarbeide rundt. Samtidig vil samarbeid være

desto viktigere for at tiltaket som utvikles skal være både relevant for tjenestenes behov og tilpasset en mulig RCT.

For å utvikle et evidensbasert og kontekstuel tilpasset tiltak for norske barnevernstjenester, har vi samarbeidet med SOS-barnebyer og representanter for barnevernstjenesten i tre kommuner: Lillehammer, Øvre Eiker og Larvik. Lillehammer og Øvre Eiker kommune har hatt en eller flere representanter inne i utviklingsarbeidet. Larvik kom med senere i prosessen, og var kun med på de siste møtene. Larvik hadde selv utviklet en metode som lignet på Familiepartner, og delte sine dokumenter fra utprøvingen med oss. Representantene fra kommunene har vært mellomledere i barnevernets førstelinje, med ansvar for tjenestene og et helhetlig blikk på hva tjenestene skal klare å levere, og ansatte i førstelinjen som jobber med å følge opp familier med sammensatte hjelpebehov.

SOS-barnebyer tok kontakt med forskerne i 2020. SOS-barnebyer er kjent for sitt internasjonale humanitære arbeid, men også for arbeidet med å bedre barns oppvekstvilkår i Norge. Sammen ble forskerne og SOS-barnebyer enige om å samarbeide med barneverntjenester om å utvikle et tiltak som skal forebygge omsorgssvikt hos risikofamilier med sak i barneverntjenesten. SOS-barnebyer er initiativtaker til tiltaksutviklingen, med erfaring fra et lignende prosjekt i Finland. Ferd sosiale entreprenører finansierer utprøvingen til Øvre Eiker gjennom en effektkontrakt, Heimstaden og SOS-barnebyer finansierer utprøvingen i Lillehammer gjennom brofinansiering, mens Larvik har finansiert deltakelsen selv.

Gjennomgående legger prosjektet vekt på at forskningen skal være til nytte for brukerne, og i utviklingsarbeidet har også brukerorganisasjonene, Landsforeningen for barnevernsbarn og Organisasjonen for barnevernsforeldre, deltatt. Deres rolle i prosjektet har vært å gi innspill til tiltakets utforming og innhold i oppstartsfasen. Organisasjonene har blitt invitert til større deltakelse, men har ikke hatt kapasitet.

Forskerne var ansvarlige for å organisere og lede FLIP-ene, og arrangerte 17 FLIP i løpet av 9 måneder. På grunn av nedstengning under pandemien våren 2021, ble de første 10 FLIP-ene avholdt digitalt. Fordi møtene ble digitale, valgte vi å ha dem kortere og hyppigere, hvor hvert møte varte mellom halvannen til to timer. FLIP-modellen ble derfor utført annerledes enn intendert. Vi erfarte at det ikke er optimalt å gjøre det digitalt, fordi samhandlingen blir mindre spontan og det er vanskeligere å skape gode og dyptløyende diskusjoner. Samtidig opplevde vi at vi klarte å bli godt kjent, utvekslet mye kunnskap og jobbet grundig med tiltaksutviklingen. Fordi det var digitalt hadde vi også muligheten til å ha hyppigere møter, noe som skapte god fremgang i arbeidet. Når vi avholdt de siste syv FLIP-ene var det mulig å møtes fysisk. Disse møtene var lengre, og vi fikk til lengre og mer komplekse diskusjoner. Samarbeidet i gruppen har vært godt, med en tydelig fordeling av roller, ansvar og kunnskapsområder, og hele gruppen stiller seg bak sluttproduktet, tiltaket Familiepartner.

Forskergruppen skrev detaljerte referat fra hver FLIP. Referatene ble den viktigste dokumentasjonen av diskusjonene, standpunkt og avgjørelser som ble tatt i hver FLIP. Referatene ble renskrevet for å få frem hvem som sa hva, hva vi var blitt enige om, og sirkulert i gruppen for å sikre gjennomsiktighet og enighet i gruppen. Referatene ble den viktigste dokumentasjonen av arbeidet som ble gjort i hver FLIP, for eksempel diskusjoner om hvem målgruppen for tiltaket skulle være, og hvilke avgrensninger som skulle settes.

FLIP-ene hadde tre faser. I den første fasen utvekslet forskere og praktikere kunnskap. Forskerne fortalte om forskningsdesign, kunnskapshull og foreliggende forskning på feltet. Praktikerne ga gruppen innblikk i deres kommune, utfordringene de opplevde at barnevernstjenesten stod overfor, og hvilke løsninger de mente det er behov for. Forskere og praktikere hadde en klar arbeidsdeling. Praktikerne hadde oversikt over tjenestens organisering, juridiske ansvar, digitale systemer og hvilke tiltak som allerede benyttes. Forskerne var ansvarlige for å sammenstille tilbakemeldingene fra de ulike kommunene, at tiltaket ble utformet på bakgrunn av tidligere forskning og validerte elementer, utforme en håndbok for tiltaket (sammen med SOS-barnebyer) og lage et forskningsdesign for en fremtidig effektevaluering.

I den andre fasen ble førsteutkastet til håndboken lagt frem og diskutert i to påfølgende FLIP-er, hvor praktikerne reflekterte rundt styrker og svakheter ved tiltaket, og forskerne gjorde påfølgende revisjon etter deres innspill. De fleste av innspillene dreide seg rundt hvordan tiltaket kan tilpasses tjenestenes organisering, og hvordan håndboken kan tilpasses til eksisterende metoder og prosedyrer i barnevernstjenesten.

I den tredje fasen gjorde vi en småskala-evaluering av tiltaket i tre familier, der tjenestene prøvde ut tiltaket i et par måneder i en pre-pilot, før selve piloteringen av tiltaket skulle starte. Basert på erfaringene fra pre-piloteringen brukte vi de to siste FLIP-ene til å revidere håndboken igjen, og endte med en ferdig håndbok som stod klar til oppstart av piloteringen i januar 2022.

1.2 Hva er Familiepartner?

Familiepartner-tiltaket er et intensivt hjemmebesøktiltak som tar sikte på å redusere omsorgssvikt i familier med komplekse hjelpebehov, ved å styrke foreldreferdigheter, handlefrihet, tillit til velferdstjenestene og barns trivsel (se tabell 1). Sentralt i tiltaket er familiepartneren, som er ansatt i barnevernet og skal sikre at familiene får særtilpasset, trygg og støttende hjelp. I utprøvingen har to familiepartnere vært ansatt i hver barnevernstjeneste. Familiepartneren skal legge til rette for og bidra i samarbeidet mellom familiens hjelpeinstanser, og bidra til at de får den hjelpen de trenger.

Målet med familiepartner er å forebygge omsorgssvikt som fører til plassering. Men man forebygger best mange år før bekymringen blir stor. Familiepartneren skal inn i familier der man ser problemer som har potensiale til å bli store, og hvor det fremdeles er mulig å bidra til endring i omsorgssituasjonen.

Målgruppen er familier der minst ett barn er mellom 0-12 år og der barn lever under potensielt skadelige omsorgsbetingelser fordi forelder(e) strever på flere livsområder (for eksempel utfordringer med psykiske og fysisk helse, rus, vold og følelsesmestring, høyt konfliktnivå, samlivsbrudd og økonomi). Foreldrene har problemer med emosjonelle og praktiske foreldreferdigheter (for eksempel oppdragsmetoder, emosjonell tilknytning og forståelse av barnet, rutiner og grenser), men de er motiverte til å motta hjelp.

Tiltaket består av seks elementer; (1) foreldreopplæring, (2) hjemmebesøk, (3) praktisk assistanse, (4) månedlige skåringsskjemaer for foreldre og barn for hvordan de opplever blant annet bolig, økonomi, rutiner, relasjoner o.l., (5) vekt på et terapeutisk forhold til foreldre for å skape tillit og (6)

koordinering av tjenester. Hver familiepartner har hovedansvar for fem familier, men samarbeider rundt innsatsen i alle familiene. Det foreligger ingen krav til familiepartneren utover profesjonsutdannelse (sosialt arbeid eller barnevern), men familiepartnerne må ha erfaring fra førstelinetjeneste, arbeid med utsatte familier og være personlig egnet. Tiltaket pågår i seks til ni måneder, med mulighet for videreføring til tolv måneder. Tiltaket har tre faser: oppstart, oppfølging og avslutningsfase. Hver fase varer tre måneder. Oppfølgingsfasen kan forlenges med tre ekstra måneder. De ti første dagene skal det skje minimum tre hjemmebesøk. Familiene mottar gjennomsnittlig seks timer veiledning per uke (hjemmebesøk, deltagelse på ulike typer samarbeidsmøter med instanser rundt familiene). I oppstartsfasen og etter behov kan familiene få mer enn seks timer per uke. I tillegg til hjemmebesøk kan samtaler også foregå på tekstmeldinger og telefonsamtaler. Målet er at tiltaket Familiepartner skal bidra til reduksjon i omsorgssviktsaker, myndiggjøring og autonomi hos foreldrene og en økt tillit til velferdstjenestene, i tillegg til forbedret livskvalitet hos barna i familiene.

Tabell 1. Beskrivelse av tiltaket Familiepartner

Punkt	Beskrivelse av tiltaket
Tiltaket	Familiepartner-tiltaket
Beskrivelse av tiltaket	Familiepartner-tiltaket er et intensivt hjemmebesøkstiltak som tar sikte på å redusere omsorgssvikt i familier med komplekse hjelpebehov ved styrke foreldreferdigheter, handlefrihet, tillit til velferdstjenestene og barns trivsel. Sentralt i tiltaket er familiepartneren, en ansatt i barnevernet som skal sikre at familiene får særtilpasset, trygg og støttende hjelp.
Materiale	Ingen spesifikk metode benyttes i tiltaket Familiepartner. Tiltaket kan omtales som en reorganisering av ressurser for å gi mer intensiv og fleksibel hjelp til familiene. Tiltaket lener seg på prinsipper fra Banduras teori om mestringstro, Bronfenbrenners økologiske teori om familien som kontekst for menneskelig utvikling, og Ablons teori om potensialet til en samarbeidende problemløsningstilnærming.
Prosedyre	Tiltaket innebærer (1) foreldreopplæring, (2) hjemmebesøk, 3) praktisk assistanse, (4) månedlige skåringsordninger for trivsel, (5) vekt på et terapeutisk forhold til foreldre for å skape tillit og (6) koordinering av tjenester..
Målgruppe	Målgruppen inkluderer (1) foreldre som har minst ett barn under 12 år, (2) foreldre som har utfordringer med foreldreferdigheter, dvs. rutiner, grenser, oppdragelsesmetoder, følelsesmessig tilknytning til barnet, forståelse av barnet, praktiske omsorgsevner (utstyr, mat, klær, hygiene), og (3) familiemedlemmer som har utfordringer knyttet til minst to av følgende punkter: psykisk helse, rus, alkohol, vold, følelsesmessig kontroll, relasjoner, fysisk helse, arbeidsledighet, sosial ekskludering, økonomi eller bolig, og (4) Barneverntjenesten har en høy grad av bekymring for barnets helse og utvikling.
Møter	Hver familie får i gjennomsnitt seks timer med ukentlige oppfølging, oftere i oppstartsfasen og sjeldnere i sluttfasen. Totalt bør antall økter med hver familie være mellom 50 og 100 timer i løpet av den totale perioden.
Hvem	Innenfor hver barneverntjeneste involverer tiltaket Familiepartner to sosialarbeidere (eller tilsvarende) som hver yter tjenester til fem familier. Familiepartnere krever ikke tilleggsutdanning.

Hvor	Hjemmebesøk, og kommunikasjon på tekstmeldinger og telefonsamtaler.
Varighet	Ni måneder med mulig forlengelse på tre måneder dersom det anses som fordelaktig for familiene. Tiltaksperioden er delt inn i tre faser, bestående av en tre måneders oppstartsfase, en tre til seks måneders arbeidsfase og en tre måneders slutfase.
Evaluering	Kvartalsvis måling av trivsel og opplevd endring blant foreldre og barn med et skjema som ser på alle familiens livsområder.
Målsetning	Bedre foreldreferdigheter, bedre oppvekstvilkår for barna og optimalisere familiens bruk av velferdstjenester.

1.3 Oppdraget

Målet med forskningsprosjektet har vært å utvikle, implementere og evaluere Familiepartner-tiltaket i tre kommuner, med samarbeidspartnere fra kommuner, SOS-barnebyer, brukerorganisasjonen for barn innen barnevernet, Fagforbundet, representanter fra barneverntjenesten og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.

Prosjektet hadde flere målsetninger. Det første målet med prosjektet var å vurdere tiltaket sitt potensiale for å forebygge omsorgssvikt og å forebygge uønskede sosiale og helsemessige konsekvenser for barn som vokser opp i utsatte familier. Det var også viktig å vurdere mulighetene for å effektevaluere tiltaket Familiepartner i barneverntjenesten. Til slutt skulle det vurderes aksept for tiltaket blant ansatte i barneverntjenesten, familier som har deltatt på forsøket og andre deler av barneverntjenesten.

1.4 Formål med rapporten

Hensikten med denne rapporten er å vurdere aksepten for Familiepartner, og oppsummere erfaringene i utprøvingen så langt. Vi vil også gi en vurdering om det er mulig å teste Familiepartner i en RCT, og om det er grunnlag for å anbefale en videre RCT. Anbefalingen om en videre RCT vil gi et grunnlag til SOS Barnebyer i arbeidet med en videreføring av Familiepartnertiltaket og en eventuell RCT. Datagrunnlaget i denne rapporten er basert på preliminnære kvalitative funn og deskriptive kvantitative analyser på rekruttering. Vi vil besvare følgende problemstillinger, basert på foreløpige resultater:

1. Hva er aksepten for Familiepartner-tiltaket?
2. Hva er erfaringene med rekruttering og levering av programmet i barneverntjenesten?
3. Er det grunnlag for å gjennomføre en RCT av Familiepartner?

1.5 Teoretisk innramming

Familiepartner er et komplekst forskningsprosjekt innen offentlig innovasjon, hvor målet om samutvikling, tilpasning, implementering og evaluering av et tiltak i barneverntjenesten som involverer flere samarbeidspartnere, brukere og interessenter. Med utgangspunkt i teoretiske og metodiske tilnærminger for å skape og forske på offentlig innovasjon, bruker vi perspektivene som tilbys av *Cooperative Knowledge Production* og *Collaborative Innovation*, og understreker hvor viktig samarbeid og relasjoner er når vi tar i bruk ny kunnskap for å innovere i offentlig sektor.

Våre perspektiver er basert på en kritisk vurdering av tidligere forsøk på å utvikle evidensbasert praksis innen tradisjonelle velferdsområder, som helsevesen og sosialt arbeid. Denne tilnærmingen til offentlig innovasjon understreker nødvendigheten av å engasjere aktører fra ulike nivåer i offentlig sektor, for eksempel brukerrepresentanter og frivillige organisasjoner, i nært samarbeid med forskere. Dette gjør vi for å utvikle nye ideer og løsninger for å løse komplekse sosiale problemer.

2 Data og metode

2.1 Rekruttering og randomisering

Studien startet rekruttering i januar 2022. Planen var å avslutte rekrutteringen innen utgangen av året. Rekrutteringen var imidlertid mer beskjeden enn forventet. Basert på kapasiteten hos Familiepartnerne og kommunenes vurdering av målgruppen, ble målet satt til 90 familier. Ved utgangen av 2022 hadde vi rekruttert 34 deltakere. Øvre Eiker og Lillehammer kommune mente at de ville kunne rekruttere en del flere deltakere fremover. Vi bestemte oss derfor for å utvide rekrutteringsperioden til ut mars 2023. Disse tre månedene i 2023 rekrutterte kommunene 11 deltakere. Det er en rekrutteringshastighet som tilsvarer 44 deltakere i året, og dermed betydelig kraftigere enn i det foregående året.

2.2 Antall deltakere og frafall

Tabell 1 viser antall respondenter ved hvert måletidspunkt. Vi rekrutterte 45 familier inn i studien. En representant fra hver familie samtykket og ble videresendt til første spørreskjema. Tre måneder senere fikk disse 45 personene et nytt spørreskjema. Siste deltaker ble rekruttert i slutten av februar 2023, dermed er det kun dette tremåneders-målepunktet som er passert for alle de rekrutterte familiene. Fullstendige data er dermed kun tilgjengelig for den aller første tremåneders-fasen av Familiepartner-tiltaket, en periode som er reservert for tilknytning og relasjonsarbeid og ikke aktivt endringsarbeid.

På dette målepunktet har vi svar fra 27 deltakere, 60 prosent av de som ble med, dvs. et frafall på 40 prosent. De neste målepunktene er ikke passert for en del av deltakerne i studien, det er derfor vanskelig å si hvor høy svarprosent vi vil få på disse. Vi vil anta at frafallet vil øke for hvert målepunkt. Siste målepunkt, som gjennomføres 18 måneder etter deltakerne ble med i studien, starter i slutten av juni 2023. I september 2024 har siste deltaker vært med i studien i 18 måneder og har tilbakelagt halvannet år siden familiepartneren kom inn i livene deres.

For piloteringen av det randomiserte designet, vil svarprosenten på det siste målepunktet være av stor betydning for styrkeberegninger for en fullskala RCT. En svarprosent på 40 prosent fordrer et dobbelt så stort utvalg som en svarprosent på 80 prosent.

Tabell 1: Antall rekrutterte, hvorav antall respondenter på hver av de påfølgende oppfølgingstidspunktene

	Oppstart	+3 måneder Avsluttet juni 2023	+6 måneder Avsluttes sept 2023	+9 måneder Avsluttes des 2023	+12 måneder Avsluttes mars 2024	+18 måneder Avsluttes sept 2024
Antall respondenter	45	27	20	9	4	-

2.3 Måleinstrumenter ved første målepunkt (+3 måneder)

Working Alliance Inventory (WAI) gir oss et mål på relasjonen mellom foreldre og kontaktpersonen i barnevernet. WAI er et måleinstrument som brukes innenfor psykoterapi og rådgivning for å vurdere kvaliteten på alliansen mellom terapeuten og klienten. Instrumentet består av 12 påstander, og vi ber deltakeren svare mest mulig åpent om hvordan hen opplever forholdet til tiltakspersonen fra barnevernet. Vi vet at halvparten har fått tilbud om familiepartner, resten får ulike typer oppfølging av barnevernet. Vi ber derfor deltakerne tenke på den personen i barnevernet som de har mest kontakt med «nå for tiden». Eksempler på påstander fra denne skalaen er «tiltakspersonen/hjelpepersonen min og jeg samarbeider om hvilke mål vi skal sette», «jeg føler at tiltakspersonen/hjelpepersonen min respekterer meg selv om jeg gjør ting hen er uenig i», og «jeg tror at den måten vi arbeider med problemene mine på er riktig». Svaralternativene er «aldri» (1), «sjelden» (2), «en del ganger» (3), «ofte» (4) og «alltid» (5). Hensikten med dette måleinstrumentet er å la foreldre reflektere over deres oppfatning av alliansen, og gi deres personlige vurdering av kvaliteten på deres samarbeid med den personen de har tette kontakt med i barnevernet. For hver forelder beregner vi et gjennomsnittsskår på de 12 påstandene.

Å oppdra barn kan være stressende. **Parent Locus of Control (PLoC)** er utviklet for å vurdere foreldres oppfatning av kontroll over barnas atferd. Vi presenterer foreldre for fem påstander, og innleder med at dette er tanker foreldre noen ganger har. Påstandene er f.eks. «Når noe går galt mellom meg og barnet mitt, er det lite jeg kan gjøre for å rette det opp» og «Noen ganger føler jeg at barnets oppførsel er håpløs». Svaralternativene er «helt uenig» (1), «delvis uenig» (2), «hverken enig eller uenig» (3), «delvis enig» (4) og «enig» (5). I denne piloteringen får vi prøvd ut om dette måleinstrumentet kan gi innsikt i foreldrenes opplevelse av kontroll over barnas atferd. For hver påstand ber vi dem velge det svaret som passer best til deres mening. For hver forelder beregner vi en gjennomsnittsskår på de fem påstandene.

The Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scales (WEMWBS) er et måleinstrument som brukes som indikator på mental helse, og består av 14 påstander. Påstandene vektlegger positive psykiske aspekter som tilfredshet, optimisme, mestringsevne, glede og personlig utvikling, f.eks. «jeg har følt meg nyttig», «jeg har hatt masse energi» og «jeg har vært fornøyd med meg selv. I spørreskjemaet ber vi deltakerne ta stilling til påstandene, og krysse av for det som best beskriver opplevelsen *de siste to ukene*. Svaralternativene er «ikke i det hele tatt» (1), «sjelden» (2), «en del av tiden» (3), «ofte» (4) og «hele tiden» (5). Valget av et instrument med positiv ordlyd var bevisst, vi ønsket at deltakerne også skulle ta stilling til positive aspekter ved livet, ikke bare bli stilt spørsmål med negativ konnotasjon. Instrumenter som måler mental helse, har vanligvis mer negativ konnotasjon. I denne piloteringen får vi prøvd ut om et instrument med mer positiv vinkling kan egne seg som måleinstrument i en fullskala RCT. For hver forelder beregner vi en gjennomsnittsskår på de 14 påstandene.

The General Self-Efficacy Scale (GSE) er et måleinstrument som brukes for å vurdere en persons oppfatning av egen mestringstro, eller det vi i dagligtalen ville omtalt som tro på egen mestring. Skalaen består av ti påstander, som f.eks. «Jeg føler meg trygg på at jeg ville kunne takle uventede hendelser på en effektiv måte», «Hvis jeg er i knipe, så finner jeg vanligvis en vei

ut» og «Samme hva som hender så er jeg vanligvis i stand til å takle det». Svaralternativene er «helt galt» (1), «nokså galt» (2), «nokså riktig» (3) og «riktig» (4). GSE er en veletablert skala, som er brukt i en rekke ulike populasjoner og kontekster, og vi forventer derfor at den også vil være egnet for en fullskala RCT. For hver forelder beregner vi en gjennomsnittsskår på de 14 påstandene.

I tillegg har vi målt Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ – 25).

2.4 Prosessevaluering

Denne studien har vært rammet som et «mixed-methods»-prosjekt der vi har vært interessert i bl.a. å måle aksept for tiltaket Familiepartner og monitorere implementeringen av tiltaket. Dette har vi gjort ved å samle inn kvalitativ data i ulike faser av tiltaket.

Datakildene i prosessevalueringen består av (1) referater mellom forskergruppen, SOS-barnebyer og representanter fra barneverntjenester og (2) kvalitative dybdeintervjuer med deltakere i arbeidsgruppen og sentrale aktører i hver kommune.

Fra hvert møte i utviklingsfasen førte forskergruppen detaljerte referater, der hensikten var å nedtegne innspillene, og dokumentere fremdriften i arbeidet med å utvikle tiltaket. Referatene ble renskrevet i etterkant av møtet, for å tydeliggjøre hvem som har sagt hva, og hva arbeidsgruppen har blitt enige om i det videre arbeidet. Referatene var også sentrale som datagrunnlag for å videreutvikle håndboken.

Vi har utført 31 intervjuer underveis i prosjektet. Vi har intervjuet familier som har mottatt Familiepartner, Familiepartnere, kontaktpersoner i barnevernstjenesten og ledere i barnevernet og i kommunen. Vi har også intervjuet representanter fra SOS-barnebyer og andre som var involvert i utviklingen av tiltaket og oppstarten av prosjektet. Intervjuguiden bestod av 4 tematiske områder: (1) bakgrunn for samarbeid, (2) erfaringer med samarbeidet, (3) utvikling av tiltak i barneverntjenesten, (4) erfaringer og tanker rundt RCT-design og evidensbasering av barneverntjenesten. Intervjuene ble gjennomført digitalt og i person og varte mellom 45-70 minutter. Intervjuene har blitt transkribert av en forskningsassistent.

2.5 Litteraturgjennomgang

Høsten (2021) startet vi en litteraturgjennomgang for å undersøke tidligere effektstudier som har blitt gjennomført for å forhindre omsorgssvikt og barnemishandling. Omsorgssvikt har vært på den politiske dagsorden det siste tiåret; dermed kan flere typer tiltak være fordelaktige for å forebygge mishandling av barn. Likevel er det usikkerhet knyttet til den kontekstuelle overførbarheten av disse tiltakene og virkningen av dem for barn som står i fare for mishandling. Følgelig gjennomførte vi en systematisk gjennomgang av tiltaksstudier designet for å forhindre eller redusere risiko for og konsekvenser av mishandling av barn. Vi søkte etter randomiserte kontrollerte studier publisert fra 2016-2021 og brukte forhåndsdefinerte nøkkelord fra følgende bibliografiske databaser: PsycINFO, SocINDEX, Social Care Online, Web of Science og ASSIA. Studiene som ble inkludert var publiserte RCT-er.

3 Analyse av grunnlaget for et RCT-design

I det følgende kapitlet vil vi gi et innblikk i piloteringen av RCT-designet.

3.1 Rekruttering og randomisering

Rekruttering av deltakere det første året av studien gikk saktere enn forventet. Øvre-Eiker og Lillehammer utvidet derfor rekrutteringsperioden til ut mars 2023. I løpet av de første tre månedene i 2023 rekrutterte disse to kommunene 11 deltakere. Det er en rekrutteringshastighet som tilsvarer 44 deltakere i året. Rekrutteringshastigheten per kommune kan dermed tenkes å ligge på i overkant av 20 familier per år. Gitt at en større effektstudie vil fordre et sted mellom 600 og 800 deltakere, vil en studie med ett års rekrutteringsperiode kreve 30-40 kommuner. Det er urealistisk, hovedsakelig fordi implementeringen av det randomiserte designet er krevende, men også fordi det vil være krevende å implementere tiltaket Familiepartner så mange steder.

Oppfølging av rekruttering av deltakende familier og implementering av prosedyrer, etablering av familiepartner-team og nytt tiltak vil kreve betydelig oppfølging fra både forskere og SOS-barnebyer. Å gjennomføre randomisering av familier i så mange kommuner er derfor ikke realistisk. En fullskala RCT bør derfor gjennomføres i et lite antall kommuner. En realistisk tilnærming er å begrense det til maksimalt 10 kommuner. Det krever at deltakende kommuner i snitt bør kunne rekruttere 60-100 familier i året, dvs. 5-9 familier i måneden. For å oppnå en rekrutteringshastighet i denne størrelsesorden er det hensiktsmessig å vurdere hvordan man i større grad kan klare å rekruttere familier som kan ha nytte av familiepartner. Dette kan handle om hvordan man kan gjøre studien attraktiv for familier i målgruppen, samt vurderinger av om målgruppen kan utvides.

3.2 Antall deltakere og frafall

Vi har operert med fem målepunkter etter at deltakerne har blitt med i studien: ved 3 måneder, 6 måneder, 9 måneder, 12 måneder og 18 måneder etter at de ble med i studien. Hensikten med flere målepunkt var å kunne se når tiltaket ga noen sporbar effekt. Det var også et ønske fra kommunene om at skjemaene ikke kunne være så lange, og heller gi deltakerne kortere, men flere, skjema. Ved første målepunkt fikk alle som svarte et gavekort på 200 kr. Ved målepunktene 6, 9 og 12 måneder etter rekruttering ble deltakerne med i en trekking av iPad. Alle 45 deltakende familier har vært med i studien i minst tre måneder, og svarprosenten der er klar, 60 prosent (n=27). Antallet deltakere er ikke tilstrekkelig til å gjøre effektanalyser. Hensikten med studien er å prøve ut forskningsdesignet, og avdekke om, og evt. hvordan, det er mulig å gjennomføre en randomisert studie av Familiepartner.

Studien vil gi noen svar på hvor stort frafall man kan forvente underveis, fra målepunkt til målepunkt, som igjen vil gi svar på hvor mange man bør rekruttere. I tillegg kan man måle moduseffekter ved ulike innsamlingsmetoder. De neste spørreskjema-rundene er ikke avsluttet. Vi vet dermed ikke hvor stor svarprosent vi vil ende på. Ved siste målepunkt vil vi igjen forsøke med gavekort, men nå vil hver deltaker få 500kr for å svare. I tillegg vil vi i forskergruppen ringe

alle deltakere som ikke svarer på den digitale surveyen. Her vil de få tilbud om å svare via telefon eller få tilsendt papirversjon. Det er først når denne siste runden er gjennomført, i september 2024, at vi vet hvor stort frafall vi vil få i studien.

4 Resultater

4.1 Resultater fra litteraturgjennomgangen

Litteratursøket ga 3221 studier basert på tittel og sammendrag etter fjernede duplikater. 251 studier ble screenet basert på fulltekst, noe som resulterte i 56 studier som oppfylte våre inklusjonskriterier og ble beholdt for ekstraksjonsanalyser. Minst to uavhengige anmeldere utførte screening og datautvinning. På grunn av heterogeniteten til inkluderte studier, utførte vi en narrativ syntese og klassifiserte de 56 inkluderte studiene basert på tiltakstype, kontrolltilstand, utfall og effekter. Resultatene viste at studiene hovedsakelig var individuelt randomisert, kontrollgruppen fikk oftest behandling som vanlig (ordinære tjenester), og at hjemmebesøksprogrammer og pedagogiske tiltak var de vanligste typene tiltak. Gjennomgangen viste også at de fleste av de inkluderte studiene rapporterte positive effekter enten på ett eller flere av utfallene, for eksempel omsorgssvikt, foreldrepraksis og atferdsproblematikk.

Vår gjennomgang viser at noen tiltak ble evaluert i flere studier, for eksempel Nurse Family Partnership og Parent-Child Interaction Therapy. De fleste studiene målte effekter på foreldres praksis som en proxy for omsorgssvikt, mens færre studier målte effekter på barns atferd eller brukte registreringer av mishandling av barn for sine vurderinger. Derfor er et viktig funn at selv om 42 av 56 av studiene rapporterte positive effekter av tiltakene på ett eller flere utfall, rapporterte bare 15 av dem positive effekter på mishandling av barn, målt gjennom barnemishandling eller mishandling av barn. Spesielt illustrerer tiltakene identifisert i denne gjennomgangen at tilnærminger for å forebygge mishandling av barn varierer mye med hensyn til tiltakstype og intensitet (lengde på tiltak, involverte deltakere og levering). Det varierte også hvor nøyaktig tiltakene ble beskrevet, og bare et mindretall av studiene brukte en standardisert tilnærming, for eksempel TiDier, en strukturert måte å beskrive et tiltak på.

Å måle mishandling av barn byr på flere utfordringer på grunn av sin komplekse og sensitive natur. Mishandling av barn forekommer ofte innenfor familiens rammer, og mange tilfeller blir urapportert eller uoppdaget. Ofte kan frykte gjengjeldelse eller møte barrierer for å avsløre overgrep på grunn av skam, skyldfølelse eller lojalitet til overgriperen. I tillegg kan noen former for mishandling, som følelsesmessig mishandling og omsorgssvikt, ikke etterlate noen synlige fysiske tegn, noe som gjør dette vanskeligere å identifisere og rapportere. Videre omfatter mishandling av barn ulike former (fysiske, emosjonelle, seksuelle overgrep, omsorgssvikt) som ofte eksisterer side om side og overlapper hverandre. I tillegg kan ulike typer mishandling ha interaktive og kumulative effekter på et barns velvære. Derfor byr det på utfordringer å studere mishandling ettersom forskere nøye må undersøke utfallsmål og bestemme hvilke dimensjoner av mishandling av barn de brukte instrumentene effektivt kan fange opp (Fallon et al., 2010).

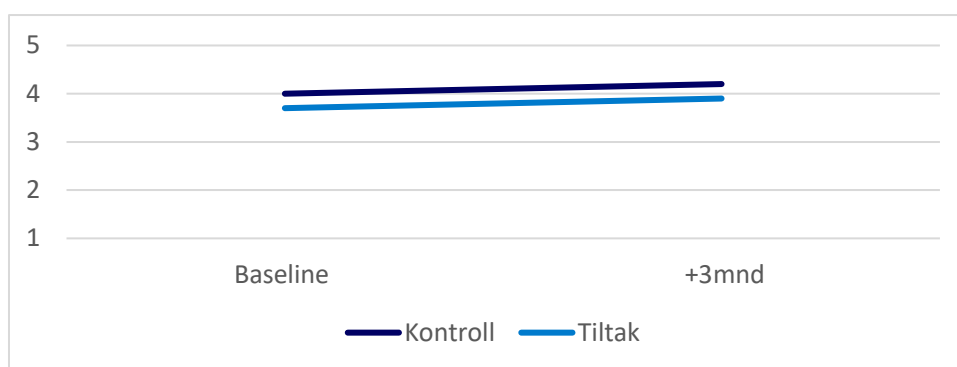
4.2 Kvantitative resultater

Datagrunnlaget fra piloteringen av det randomiserte forsøket er 45 deltakere, en representant for hver av de inkluderte familiene. Av disse 45 har 27 svart den første spørreundersøkelsen, som vi

sendte ut tre måneder etter de ble inkludert i studien. Dette gir oss en svarprosent på 60 prosent. Det er en svak tendens til at deltakere i tiltaksgruppen, de som har fått tilbud om Familiepartner, er noe mer villige til å svare, men forskjellen er ikke signifikant ($p=0,273$). Selv om dette er en pilotering av en randomisert studie, og derfor ikke har tilstrekkelig statistisk styrke til å gi svar på om det er statistisk signifikante forskjeller mellom tiltaks- og kontrollgruppen, vi ha likevel valgt å presentere deskriptive resultater for de to gruppene.

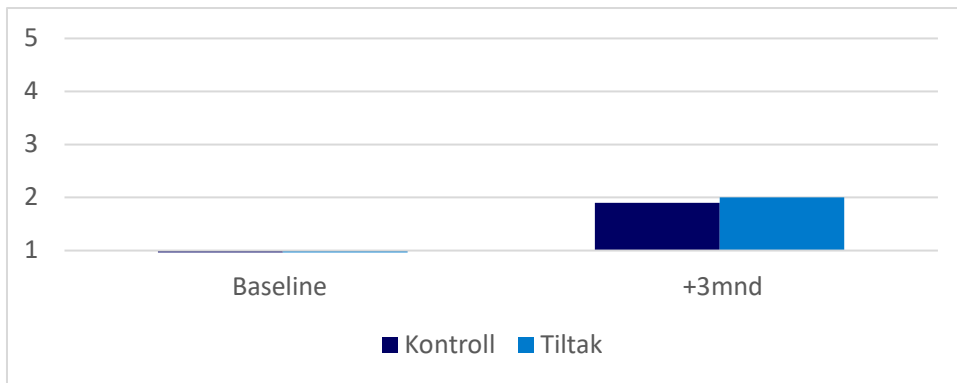
Working Alliance Inventory (WAI) gir oss et mål på relasjonen mellom foreldre og kontaktpersonen i barnevernet. Figur 1 viser at relasjonen er overraskende sterk allerede ved baseline. Foreldrene er «ofte» enige i de positive påstandene om forholdet til og samarbeidet med hjelpepersonen i barnevernet. Rent deskriptivt, så ser trenden ut til å være noe stigende i begge grupper, men forskjellene er ikke signifikante, hverken mellom grupper eller over tid.

Figur 1: Working Alliance Inventory (WAI), gjennomsnitt ved baseline og +3mnd, i tiltaks- og kontrollgruppen. Cronbach's alpha=0,55



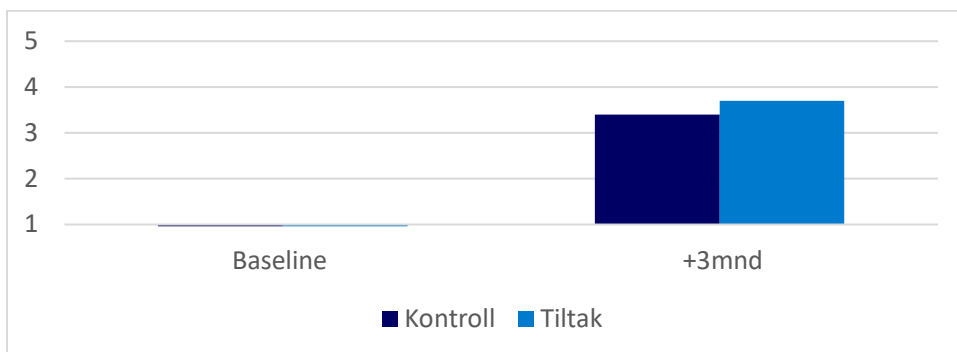
Parent Locus of Control (PLoC) måler foreldres oppfatning av kontroll over barnas atferd. Antakelsen er at tiltaket Familiepartner gir foreldrenes trygghet og redskaper for å håndtere barnas adferd, og at de dermed opplever større kontroll. Figur 2 viser deskriptive resultater for tiltaks- og kontrollgruppe. Dette er et av spørsmålene som ikke ble inkludert i baseline-skjemaet, etter uttrykt ønske om å forkorte baseline-skjemaet. Rent deskriptivt, så er nivået noe høyere i tiltaksgruppen, disse foreldrene rapporterer altså om noe sterkere opplevelse av ikke ha kontroll. Her er det imidlertid viktig å understreke at forskjellene ikke er signifikante, vi kan altså ikke konkludere med at foreldre som får Familiepartner opplever mindre kontroll.

Figur 2: Parent Locus of Control (PLoC), gjennomsnitt ved +3mnd, i tiltaks- og kontrollgruppen. Ikke målt ved baseline. Cronbach's alpha=0,56



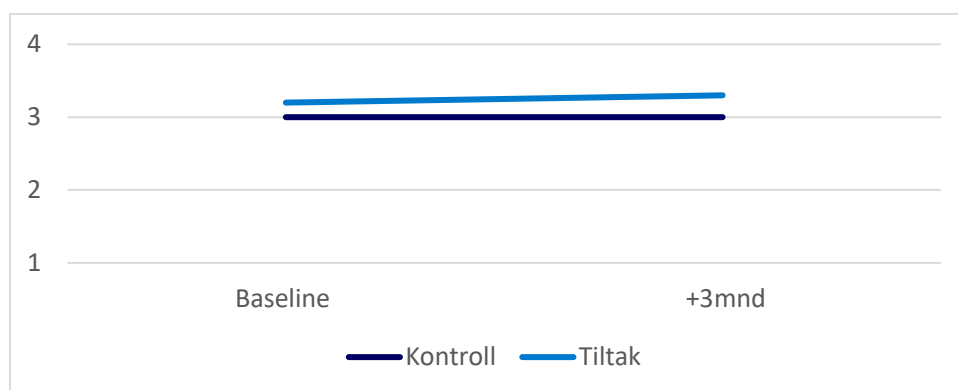
The Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scales (WEMWBS) er et måleinstrument som brukes som indikator på mental helse. Antakelsen er at familiepartner kommer inn som nettopp en partner, og er en støttende person for foreldrene. På den måten kan foreldrene oppleve at de har en annen person å dele sine bekymringer med, en person som kanskje også kan hjelpe dem å jobbe med de utfordringene som skaper bekymring. Vi forventer derfor at foreldre som får familiepartner skal være mer tilfreds med livet og ha bedre mental helse. Figur 3 viser deskriptive resultater for tiltaks- og kontrollgruppe. Dette er et av spørsmålene som ikke ble inkludert i baseline-skjemaet, for å redusere skjemaabyrden blant deltakerne. Rent deskriptivt, så ser vi nivået er noe høyere i tiltaksgruppen, disse foreldrene rapporterer altså om bedre mental helse. Her er det imidlertid viktig å understreke at forskjellene ikke er signifikante, vi kan altså ikke konkludere med at foreldre som får Familiepartner får bedre mental helse.

Figur 3: The Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scales (WEMWBS), gjennomsnitt ved +3mnd, i tiltaks- og kontrollgruppen. Ikke målt ved baseline. Cronbach's alpha=0,44



The General Self-Efficacy Scale (GSE) måler persons oppfatning av egen mestringstro, eller det vi i dagligtalen ville omtalt som tro på egen mestring. Antakelsen er at tiltaket Familiepartner bidrar til å styrke foreldrenes i deres foreldreskap, og dermed styrker deres tro på egen mestring. Figur 4 viser den deskriptive utviklingen i tiltaks- og kontrollgruppen fra foreldrene ble rekruttert inn i studien og tre måneder etterpå. Rent deskriptivt, så ser trenden ut til å være noe stigende i tiltaksgruppen, mens den er stabil i kontrollgruppen. Her er det imidlertid viktig å understreke at forskjellene ikke er signifikante, hverken mellom grupper eller over tid.

Figur 4: The General Self-Efficacy Scale (GSE), gjennomsnitt ved baseline og +3mnd, i tiltaks- og kontrollgruppen. Cronbach's alpha=0,23



4.3 Kvalitative resultater

Prosessevalueringen av Familiepartnertiltaket er en sentral del av prosjektet for å vurdere implementeringen av tiltaket i en norsk kontekst. Den kvalitative dataene i denne studien har derfor blitt samlet inn og analysert for å besvare fire av problemstillingene vi stilte innledningsvis:

Aksept for familiepartner

Vår kvalitative data viser at det er stor aksept for Familiepartner som et hjelpetiltak i barneverntjenesten. Familiepartnerne er generelt sett positive til tiltaket, og ser på fleksibilitet, tillit og koordineringsevne som nøkkelementer. De opplever at de har muligheten til å praktisere «tradisjonelt sosialt arbeid» ved at de kan tilpasse hverdagen til å møte familiene «der de er». Flere trekker fram faseinndelingen til Familiepartner som hensiktsmessig i møte med familier. Familiepartnerne opplever at tiden de bruker på å bygge tillit og relasjon til familien i starten av tiltaket bidrar til videre positiv utvikling fordi de er i posisjon til å arbeide med utfordringer som kunne vært vanskelig uten en etablert relasjon. Familiepartnerne mener at fleksibiliteten med Familiepartner gjør at de kan bruke ressursene sine på familien, og mindre på rapportering og standardiserte rutiner.

“... jeg tror egentlig hele barnevernfeltet hadde hatt godt av å tenke litt utenfor boksen. Hvis jeg kan si det sånn. For det har blitt veldig boksete, og det har blitt veldig satt. Og det er mye stress. Og du har ikke tid til å løfte blikket og tenke hverken visjonært eller annerledes. Det er tilsynelatende veldig mange regler og rutiner og prosedyrer for hvordan man skal gjøre ting når man jobber som kontaktperson, eller som familieveileder” (Familiepartner)

Kontaktpersoner i barnevernet har hatt ansvaret for å rekruttere deltakere, og er familienes kontaktperson og saksbehandler i tillegg til andre tiltak de måtte motta. Kontaktpersonene opplever Familiepartner som et positivt bidrag til de eksisterende hjelpetiltakene i tjenestene. Lavere grad av tjenesteutsetting blir trukket fram som lettende i arbeidshverdagen. Kontaktpersonene sin oppgave er ofte å innhente hjelpetiltak fra eksterne aktører, noe som kan medføre at de får mindre kunnskap om hva som skjer med familiene og mindre mulighet for

gradvis nedtrapping av hjelpetiltak. Ved at Familiepartner leveres internt i tjenesten vil kunnskapen om familienes utfordringer og behov komme tjenesten og familien til gode.

«Jeg tar gjerne saker hvor det er familiepartner, for da får man litt bedre tid. Også samtidig som man vet at de får tett oppfølging. Så opplever jo det som veldig bra. For det er jo egentlig mange saker at man trenger at man har litt tett kontakt. Og hvis det blir bare en gang iblant så får man ikke fulgt opp godt nok, og man får ikke den tilliten da. Det som også er veldig bra med familiepartner er at det varer over tid. For det har jeg sett i noen saker nå, at det tar ganske lang tid for mange, før de tør å faktisk, å åpne seg litt sånn ordentlig om hva som egentlig er utfordringene da.»

Aksept blant familiene

Det er noe variasjon i hvordan familiene som har mottatt tiltaket Familiepartner opplever hjelpen. De fleste familiene trekker fram positive erfaringer med tiltaket. For eksempel sier flere familier at de opplever det som svært nyttig at Familiepartner kan bidra med både praktisk hjelp og foreldreveiledning.

“jeg opplever jo den der tilgjengeligheten. Jeg opplever at **de jobber på en veldig helhetlig måte**. Det er det jeg er usikker på om barnevernstjenesten hadde klart å tilby. Sånn som de hjelper jo både med, her er det både **praktisk bistand**. Og det går på alt fra veiledning og litt mer sånn terapi, altså **foreldreveiledning**, samtale-terapi nesten. Du kan komme og prate. Du kan ta en telefon om det er noe du er usikker på, noe du lurer på, noe du trenger hjelp til. Og så er det det **praktiske**. Så her er det jo, altså **jobber de jo veldig helhetlig**. Og det tror jeg absolutt er en kjempestor fordel når man jobber med familier som har havnet i barnevernstjenesten i utgangspunktet. “

En familie opplever tiltaket Familiepartner som omfattende. Til tross for at de opplever støtte og en god relasjon med Familiepartner, er det noe uklart for familien hvorfor de trenger så mye hjelp og støtte fra barneverntjenesten.

« ...jeg har ikke noe å skjule, så det er ikke noe problem sånn. Men som jeg sa til henne sist, for hun spurte om det var noen grunn til at jeg skal ha dem der. For det er ikke noe jeg egentlig føler at jeg må, og det er vel flere familier som kanskje hadde trengt de ressursene dere driver og bruker på meg. Og det var hun enig i. Så det er egentlig opp til meg. Men nå har det blitt litt sånn, for barnefar er på avrusning, så han har tatt kontakt i forgårds. Eller rus, psykologen hans, holdt jeg på å si. Så nå vil han ha samvær. Og da vil jeg ha Familiepartner og dem der, for jeg skal ha ting på riktig måte da»

De fleste familiene mener imidlertid at Familiepartner skiller seg fra tidligere erfaringer de har hatt med barneverntjenesten, og at tiltaket oppleves som «på utsiden» av tjenesten. I tillegg trekkes koordineringsevnen til Familiepartner fram som noe positivt blant familiene, det vil si at Familiepartner kan hjelpe familiene med å få en oversikt over ulike helse- og velferdstilbud.

“Ja, det er kjempebra at man hjelper deg å få oversikten også, over hva som finnes av tilbud og sånn, for det er jo mye der ute som jeg på en måte ikke vet hva jeg trenger hjelp til liksom, eller hva jeg kan få hjelp av, eller hva slags hjelp som finnes ute, og det er det.”

Aksept blant henvisere

Alle henviserne vi har snakket med har trukket fram positive erfaringer med Familiepartner. Det var stor variasjon i hvor mye samarbeid og erfaring henvisere hadde med Familiepartner og Familiepartnerne. Nøkkelelementer som trekkes fram er muligheten til å jobbe fleksibelt, mulighetene til å tilrettelegge for familiene og å kunne delta på samarbeidsmøter.

Gjennomføringen av Familiepartnertiltaket i en norsk kommunal kontekst

Som beskrevet ovenfor er det høy aksept for tiltaket i en norsk kontekst. Tiltaket oppleves nyttig av de aller fleste, men det har imidlertid vært noen utfordringer knyttet til rekruttering og randomisering av deltagere, samt piloteringen av det randomiserte designet.

Rekruttering av deltagere

Det har vært variasjon knyttet til rekruttering i de ulike kommunene. I noen kommuner har rekrutteringen gått raskere, og kontaktpersoner har ikke trukket fram store utfordringer. Det er imidlertid noen utfordringer som har blitt trukket fram blant noen kontaktpersoner. Utfordringene rundt rekruttering som ble skissert blant kontaktpersonene var følgende: (a) forvirrende innsalg, (b) påkjenning ved randomisering, (c) ekstra ressursbruk, (d) ikke kjent med prosessen.

I kvalitative intervjuer med kontaktpersoner og ledere var det flere som trakk frem at prosessen rundt rekruttering oppleves forvirrende og utfordrende. Det var særlig utfordrende for kontaktpersonene å selge inn studien da det var tilfeldig hvilken gruppe deltagerne kunne bli randomisert til. Dette opplevdes utfordrende blant noen kontaktpersoner fordi man ikke kunne «selge inn» tiltaket Familiepartner, men måtte selge inn en studie med forventinger til deltageren. Dersom deltageren ble randomisert til kontrollgruppen var det flere som ga uttrykk for at det var ressurskrevende å finne andre kompensierende tiltak dersom familien havnet i kontrollgruppen. Usikkerheten rundt hvorvidt familiene havnet i kontrollgruppen eller tiltaksgruppen opplevdes derfor utfordrende i noen av tjenestene:

«Ja, erfaringene har jo vært at det har vært vanskelig å forholde seg til denne randomiseringen egentlig. For vi er i behov av å kunne finne riktig tiltak når tiden er inne, holdt jeg på å si, ikke sant. Jeg kan ikke velge, eller vente på at vi skal bli randomisert, eller vente på at vi skal ha kapasitet. Dette flyter jo, ikke sant, i et samspill hele tiden. Sånn at når undersøkelse eller oppfølging kommer og drøfter saker med meg, som trenger tiltak, så gjør vi jo en sånn foreløpig avklaring på: «Er det et omfattende tiltak? Kunne familiepartner passet, eller kunne det ikke?» Så begynner man jo allerede der å tenke: «Ja ja, de har kapasitet, da kan vi søke. De har ikke kapasitet, da kan vi ikke det.» Også er det ikke sikkert de får det. Så dette har vært en trøblete prosess for oss. Vi fikk veldig lenge ingen med, ikke sant. I starten fikk vi to, også har det gått nesten tre kvart år før vi nå fikk inn to til. Og jeg har ikke kunnet sitte med de to så lenge, uten å gi dem andre oppgaver. Så nå ser jeg jo at nå har jo de fullt, sånn at noen nye saker som vi kunne egentlig strengt tatt sendt til randomisering, de tar jeg ikke sjansen på, for jeg har ikke mulighet til å gi dem familiepartner hvis de hadde havnet i tiltaksgruppa»

Disse faktorene kan ha bidratt til en redusert rekruttering til tiltaket Familiepartner. I et forsøk på å øke rekrutteringen til tiltaket vurderte OsloMet i samråd med SOS-barnebyer at det var behov for å utvide målgruppekriteriene. Da tiltaket Familiepartner startet rekruttering (02.01.2022) var målgruppekriteriene:

- der minst ett barn er mellom 0-12 år, og
- der barn lever under potensielt skadelige omsorgsbetingelser fordi forelder(e) strever på flere livsområder, og
- som har endringspotensiale, eller endingspotensialet er uavklart, og der barneverntjenesten har opplyst foreldrene om at de enten er alvorlig bekymret for barnas helse og utvikling, eller mener barnets helse og utvikling er eller vil bli skadet.

Disse målgruppekriteriene ble revidert to måneder senere, i februar 2022, til det følgende:

- der minst ett barn er mellom 0-12 år, og
- der barn lever under potensielt skadelige omsorgsbetingelser fordi forelder(e) strever på flere livsområder, og som har endringspotensiale, eller endringspotensialet er uavklart.
- Familiepartner skal ikke brukes som et kartleggingsverktøy

Målsetningen var å utvide målgruppen til familier der det ikke var noen akutt bekymring for barna. Samtidig var endringen en anerkjennelse av at målet med Familiepartner er å forebygge omsorgssvikt som fører til plassering. Forebygging skjer best mange år før bekymringen blir stor. Familiepartner skal inn i familier der man ser problemer som er store, men hvor det fremdeles er mulig å bidra til endring i omsorgssituasjonen. Denne endringen underveis i forskningen kan ha medført forvirring blant kontaktpersonene som skulle rekruttere til programmet. Uansett førte den ikke til noen endring i rekrutteringen til prosjektet. I et forsøk på å øke rekrutteringen ble målgruppekriteriene endret igjen i september 2022, fra subjektive til objektive kjennetegn. Da trengte ikke kontaktpersonene lenger å gjøre en egen vurdering av om familien kvalifiserte til Familiepartner, og bare forholde seg til to objektive kjennetegn:

- Skal familien motta hjelpetiltak i hjemmet?
- Har familien barn under 12 år?

I så fall skal familien forespørres om de vil være med i et forskningsprosjekt. Først etter at de var blitt med i forskningsprosjektet og var blitt trukket ut til tiltaksgruppen, ble de spurt om de ville motta Familiepartnertiltaket. Denne endringen ble svært positivt mottatt, og ga en liten økning i rekrutteringen til studien.

Organisering av ledelse

Gjennom intervjuer med kontaktpersonene som har rekruttert til studien har vi sett at ledelsesfunksjonen i de ulike tjenestene har vært et viktig element for rekruttering til studien. De fleste kontaktpersonene opplever veiledning og oppfølging som viktig, og særlig i starten av rekrutteringen.

Smitteeffekt

Mange forskere vil argumentere for at en av forutsetning for kausalsammenhenger i RCT-studier er at kontrollgruppen ikke mottar kompensierende tiltak utover hva som vanligvis leveres i konteksten forsøket gjennomføres. Å gjennomføre RCT studier i barnevernet er særlig utfordrende fordi målgruppen klassifiseres som sårbare og barneverntjenesten har et mandat om å tilby nødvendig hjelp til familiene.

Gjennom workshops og kvalitative intervjuer har vi observert en smitteeffekt av Tiltaket Familiepartner i en eller flere av tjenestene. I den ene tjenesten beskrives det at flere av familiene havnet i kontrollgruppen under oppstart av rekrutteringen. Dette førte til at Familiepartnerne ble satt på vent, noe tjenesten opplevde som urettmessig bruk av ressurser i en hektisk hverdag. Familiepartnerne ble derfor brukt til å følge opp noen av familiene i kontrollgruppen. I disse situasjonene var det ikke Familiepartner-metodikken som ble levert til familiene, men en tilsvarende intensiv oppfølging i hjemmet. I en annen kommune har vi gjennom kvalitative intervjuer observert at aksepten for Familiepartner-metodikken har ført til at tjenesten har levert tiltaket utover programmet. Det er imidlertid uklart hvorvidt tiltaket har blitt levert til kontrollgruppen.

«... Vi har jo et nesten identisk tiltak som vi tilbyr utenom familiepartner, som vi kaller IMT. Som handler om intensiv og målrettet miljøterapi. Og de er egentlig nesten helt like, bare at de kanskje er en mer detaljert metodikk bak det tiltaket vi eier. Så sånn sett så er det ikke så stor forskjell ...»

«Men IMT, leveres det også av familiepartnerne nå, eller hvordan løses det?»

«Ja, det gjør det. Og det er litt uheldig på en måte, for det blir så likt ... Så ble det en IMT sak, fordi her trengs det mye. Og flere inn. Så det var ikke helt meningen, egentlig. Men det er også noe med, igjen, timing. Det var de som hadde kapasitet. Det var deres kompetanse vi trengte inn, og så ble det valgt dem. Fordi, jeg ble nødt til å bruke de folka jeg har, og den kompetansen de besitter.»

I dette eksperimentet har vi gjennomført et pilotdesign for å se på mulighetene for en storskala RCT. Ettersom vi ikke forventer effekter i dette forsøket, vil ikke smitteeffekt ha store implikasjoner på funnene i dette forsøket. På den andre siden er dette viktige erfaringer å ta med seg dersom man vurderer en storskala RCT studie, hvor en smitteeffekt hadde redusert mulighetene til å se på den kontrafaktiske effekten på mellom gruppene.

5 Anbefalinger

Resultatene skissert i denne studien indikerer at det er stor aksept for Familiepartner blant ansatte og de aller fleste familiene som mottok tiltak. Samtidig har vi observert en rekke utfordringer knyttet til piloteringen av forskningsdesignet. Nedenfor følger våre refleksjoner og anbefalinger rundt framtidig forskningsdesign for å evaluere Familiepartner.

5.1 Familiepartner – kvalitative vurderinger av tiltakets potensiale

Skiller familiepartner seg tydelig nok fra andre hjemmebaserte tiltak til at man kan måle en forskjell i effekt? Familiepartner tenker annerledes om oppfølging, men er det en sterk nok kontrast i selve modellen, og er den annerledes nok enn det som allerede finnes til at man kan måle en forskjell? Familiepartner er en del av en større trend der man jobber helhetlig, brukerorientert og relasjonelt. Det betyr at det vil være flere tiltak som har samme perspektiv, og ledelsen i tjenesten synes både at det ligner på andre tiltak (IMT) eller vil ta i bruk kjerneelementer (kombinasjonen av veiledning og miljøarbeid) i resten av tjenesten. Dette kan være en utfordring når man skal teste effekten av Familiepartner. Et tiltak for å skape større kontrast mellom Familiepartner og andre tiltak, vil være å videreutvikle manualen, både i form av gangen av oppfølgingsforløpet, og ved å spesifisere hvilken kompetanse Familiepartnere må ha, for eksempel et rammeverk for det terapeutiske arbeidet, til sinnemestringskurs og voldsavdekking og forebygging.

Hva er det Familiepartner primært skal bidra til? Først og fremst skal familiepartner bidra til en bedre situasjon for barna. Dette kan måles gjennom færre omsorgsovertakelser, færre plasseringer, mindre behov for hjelpetiltak i hjemmet på sikt og dermed færre tiltak eller mindre intensive tiltak. I tillegg forventer vi at Familiepartner har flere gunstige effekter for foreldrene, f.eks. at flere kommer i lønnet arbeid, at familiens inntekt styrkes, at bosituasjon forbedres, at konfliktnivået i familien reduseres, at foreldrenes tillit til tjenestene styrkes, at de får større tro på seg selv, og dermed opplever at de har det bedre med seg selv. Familiepartner er slik et tiltak som både har potensielle «harde» mål, som omsorgsovertakelser, og «myke» mål, som redusert konfliktnivå og mestringstro.

Man bør også vurdere om barnevernet er rett tjeneste å rekruttere fra. Familiepartner skal være et forebyggende tiltak, hvor det vil være hensiktsmessig å komme inn tidligere enn det barnevernet vanligvis gjør. I så henseende kan det være naturlig å rekruttere fra andre tjenester enn barnevernet. Selve tiltaket familiepartner kan fremdeles være organisatorisk tilknyttet barnevernet, men man kan vurdere om familier kan rekrutteres fra andre tjenester. En utfordring med å rekruttere fra andre tjenester er at selve rekrutteringen kan bli mer kompleks. Åpenbare spørsmål inkluderer hvilke tjenester, hvem skal rekruttere fra disse tjenestene, hvordan skal målgruppen defineres i disse tjenestene. Det kan også være pedagogisk utfordrende å rekruttere foreldre inn i en studie der de kan risikere å motta tjenester fra barnevernet.

5.2 En randomisert kontrollert studie av Familiepartner

Det viktigste spørsmålet når man skal gjennomføre en fullskala RCT er antakelig spørsmålet om hvor mange familier som må være med for å identifisere signifikante effekter. På grunn av vanskelig rekruttering i piloteringen, er det på det nåværende tidspunkt vanskelig å anslå hvor mange familier som må inkluderes i en fullskala RCT. Piloteringen av det randomiserte designet inkluderer 45 familier, hvorav 25 ble randomisert til Familiepartner. Foreløpig har vi kun fullført første målepunkt, som er 3 måneder etter rekruttering. På dette målepunktet ser vi ingen tendenser til bedre progresjon i tiltaksgruppen, sammenlignet med kontrollgruppen når det gjelder arbeidsalliansen mellom forelder og barnevern, foreldres følelse av kontroll over barn atferd, mental helse og mestringsfølelse. Det er ikke overraskende. For det første har vi svært få deltakere i denne piloteringen, bare 45 familier. For det andre er ikke de første tre månedene av Familiepartner-tiltaket en terapeutisk arbeidsfase, de skal kun tilnærme seg familiene, etablere kontakt og bidra med praktisk hjelp. For det tredje kan det tenkes at vi ville sett tendenser dersom vi hadde målt andre forhold, f.eks. i hvilken grad foreldre opplever at de får praktisk støtte i hverdagen. Det er mulig at vi vil se tendenser til fordelaktig progresjon blant dem som har fått familiepartner på senere måletidspunkter, der vi også inkluderer andre måleinstrumenter. I denne piloteringen er antallet deltakere ikke tilstrekkelig til å gjøre statistiske tester, men vil være nyttige i drøftelser av forventede effektstørrelser, som vil danne grunnlag for framtidige styrkeberegninger. Generelt sett blir statistisk styrke bestemt av følgende variabler:

Nivå på baseline: Hvis en hendelse forekommer sjeldent, kreves det flere familier for å oppdage en forskjell i analysene. For eksempel vil omsorgsovertakelser antageligvis forekomme sjeldnere enn hjelpetiltak.

Populasjonsvarians: Jo høyere varians (standardavvik), desto flere familier er nødvendig for å påvise en forskjell.

Effektstørrelse: Dersom forskjellen mellom tiltaks- og kontrollgruppen er liten ved effektmålingen kreves det flere familier for å oppdage en forskjell. Dersom Familiepartner bidrar til lavere reduksjon av omsorgsovertakelser enn forventet forutsetter det høyere antall familier for å finne signifikante effektforskjeller mellom gruppene. Alternativt er det ikke store forskjeller mellom gruppene fordi tiltaket ikke har effekt.

Alfa: Sannsynligheten for en type-I-feil – å finne en forskjell når det ikke eksisterer noen forskjell. Konvensjonell alfa-grense er 5% (0,05) – noe som indikerer en 5% sjans for at en signifikant forskjell faktisk skyldes tilfeldigheter og ikke er en reell forskjell.

Beta: Sannsynligheten for en type-II-feil – å ikke oppdage en forskjell når det faktisk eksisterer en. Beta er direkte relatert til studiens styrke ($\text{Styrke} = 1 - \beta$). Konvensjonell beta-grense er 20% (0,2) – noe som indikerer en 20% sjans for at en signifikant forskjell ikke blir identifisert.

Eksisterende tjenester: Deltagere i kontrollgruppen mottar som regel de beste velferdstiltakene kommunen kan tilby. Dette gjør det vanskeligere å finne effekter enn om familiene ikke hadde mottatt kompenserende tiltak.

For å kunne finne signifikante effekter av Familiepartner med omsorgsovertakelse som primærutfall vil det være behov for ca. 650 familier, ca. 325 i hver gruppe, for at 15%

omsorgsovertakelser i kontrollgruppen og 8% omsorgsovertakelser i gruppen som får Familiepartener skal kunne identifiseres som en statistisk signifikant effekt av Familiepartener. Opplysninger om omsorgsovertakelse og plasseringer kan vi hente fra offentlige registre, så vi trenger ikke ta høyde for frafall.

Gitt at man vil trenge ca. 650 familier, må det avklares hvilke kommuner disse skal rekrutteres fra. Erfaringene fra piloteringen tilsier at det er mer krevende å implementere det randomiserte forskningsdesignet enn Familiepartner-tiltaket. Forskerne må bruke mye tid i hver kommune, både gjennom digitale møter og fysisk tilstedeværelse. Det bør vurderes om forskningsteamet skal gjennomføre rekrutteringen, for å sikre at alle i målgruppen blir invitert, får korrekt informasjon om studien og i etterkant får en motiverende samtale om hva deres deltakelse betyr for fremtidig tjenesteutvikling. Dersom rekrutteringen skal gjennomføres av ansatte i tjenestene, må forskerteamet være fysisk til stede i oppstarten av studien. Alle som rekrutteres, må være sikker i sin rolle. Det er spesielt viktig å implementere gode strategier for håndtering av randomiseringsresultat og hvordan dette formidles til familiene. Ingen i kontrollgruppen må få beskjed om at de har fått «avslag», at de havnet i kontrollgruppen, at de ikke har fått tiltak, eller lignende formuleringer. Alle som blir med i studien må få en god og positiv beskjed etter at de har blitt randomisert, om betydningen av å bidra i forskning og hvor viktig akkurat deres mening er for å utvikle kunnskapsbaserte tjenester. Det er naturlig å tenke at implementering av gode rekrutteringsstrategier vil ta 5-15 arbeidsdager. Antallet kommuner i studien må derfor begrenses. Uavhengig av om det er forskere eller ansatte i tjenestene som skal rekruttere vil det kun være mulig å betjene et begrenset antall kommuner. Det er vanskelig å sette en definitiv grense, men antallet kommuner bør være lavere enn ti. For å få et utvalg på opp mot 650 familier må man derfor utelukkende inkludere store kommuner, med godt rekrutteringsgrunnlag. Kommunene må være svært motiverte, og ønske å forplikte seg til rekruttering av et gitt antall deltakere. Motivasjonen må forankres i ledelsen, blant mellomledere, blant kontaktpersonene og Familiepartnere. Eventuelle effektkontrakter må knyttes til å lykkes med rekruttering av et gitt antall deltakere.

Vi hadde mål om å inkludere 90 familier i piloteringen av det individrandomiserte designet. Vi endte opp med 45. Det kan være flere grunner til at vi ikke nådde dette målet. En av dem er antakelig definisjon av målgruppen. I piloteringen brukte tjenestene kjennetegn ved individene som inklusjonskriterier. Først objektive kjennetegn (barns alder og om familien skulle motta tiltak), kombinert med skjønsmessige vurderinger av alvorlighetsgraden i familiens situasjon og deres motivasjon for endring. Senere begrenset vi det til å bare gjelde objektive kjennetegn, det vil si alle familier som skal motta hjelpetiltak i hjemmet og har barn under 12 år, noe som utvidet målgruppen. Rekrutteringen til studien økte noe etter utvidelsen av målgruppen, men den var fremdeles ikke tilstrekkelig for å gjennomføre en fullskala RCT. I en fullskala RCT bør man endre innretningen på identifisering av målgruppe. Selve målgruppen kan være mer eller mindre den samme, men man bør vurdere andre måter å identifisere dem. Ett alternativ til rekrutteringen vi har gjort i piloteringen er å finne de tre mest brukte tiltakene overfor målgruppen i hver av de deltakende kommunene, og tilby studien til alle familier med barn under 12 år som får vedtak om ett av disse tiltakene. Dette krever et forarbeid fra forskerne, SOS- barnebyer og kommunene, både når det gjelder å identifisere de aktuelle tiltakene, dokumentere dem, og gjøre en kvalitativ vurdering av likheter og forskjeller sammenlignet med Familiepartner-tiltaket. Hensikten er å finne de tiltakene som vi kan sammenligne med, det som målgruppen ellers ville ha fått. Samtidig er

det avgjørende å sikre at kontrollgruppen ikke får samme eller tilsvarende tiltak som Familiepartner. Gitt at denne riggen må konstrueres unikt for hver tjeneste som inngår, så taler også dette for at antall kommuner bør begrenses.

En annen og mer teknisk hindring for rekruttering har vært digitalt samtykke gjennom BankID. Denne fremgangsmåten kan forenkles ved at deltaker fremviser legitimasjon ved rekruttering. BankID vil kun være nødvendig i de tilfeller en forelder ikke kan legitimere seg ved fysisk tilstedeværelse.

Videre bør man vurdere selve innrammingen av en fullskala RCT. Underveis i piloteringen endret vi rekrutteringen til studien. For å lette rekrutteringen valgte vi å presentere studien som en oppfølgingsstudie, og tone ned randomiseringsdimensjonen. Vår vurdering er at denne tilnærmingen forenklet rekrutteringsprosessen for de ansatte, og ble mindre forvirrende for familiene den ble presentert for. Det kan derfor være hensiktsmessig å presentere en fullskala studie som en longitudinell studie, ikke primært en RCT. Da slipper de ansatte å si noe om randomisering til forskjellige grupper, og at de forskjellige gruppene vil få ulike tilbud. Ulempen er at denne tilnærmingen kan føre til økt andel «no show», altså deltakere som blir med i studien, men ikke ønsker å motta familiepartner-tiltaket. Samtykke- og baselineskjemaet vil fremdeles kunne produsere et tilfeldig nummer (0 eller 1). Etter at deltakere har blitt med i studien kan familiepartner-teamet kontakte deltakeren og tilby tiltaket, men det vil da være frivillig å motta tiltaket, og vi må være forberedt på at enkelte takker nei. Basert på erfaringer fra piloteringen, er erfaringen at familiepartnerne i nærmest alle tilfeller lykkes med å levere tiltaket til familiene. Vi vurderer derfor at risikoen for «no show» er forholdsvis lav, selv om man tilbyr tiltaket som et frivillig element etter at familien har blitt med i studien.

Vi har rekruttert hele familier, ikke individer, til å delta i piloteringen av det randomiserte designet. Likevel har kun en av foreldrene svart på spørreskjemaer, oftest mor. I en fullskala RCT bør man følge alle som, ved baseline, har foreldreansvar. Familiene i målgruppen har betydelige utfordringer når de rekrutteres inn i studien, foreldre kan ha ulikt syn på hva utfordringene består i, og hva slags bistand som er god og nyttig. For å danne et samlet bilde av familiens situasjon kan studien derfor ikke basere seg på informasjon fra bare en av partene.

I randomiserte studier basert på samtykke kan man gjennomføre spørreundersøkelser og dermed måle effekter på såkalt «myke utfall», som konfliktnivå i familien og mellom foreldrene, tillit til tjenestene, mestringstro, og mental helse. I motsetning til analyser av omsorgsovertakelser, som er komplett i de offentlige registrene, har spørreundersøkelser frafall. Ikke alle svarer. I piloteringen av det randomiserte designet har vi høyt frafall, det vil si at mange av foreldrene svarer ikke på spørreskjemaene vi sender. Første målepunkt er tre måneder etter at de er rekruttert inn i studien. Her har 60 prosent svart, dvs. 40 prosent frafall. Jo høyere frafall, jo svakere statistisk styrke og større usikkerhet om resultatenes gyldighet (f.eks. pga. selektert frafall). Man må derfor begrense frafallet så mye som mulig. I en fullskala RCT kan frafallet begrenses ved at forskerne rekrutterer deltakere og vektlegger deres betydning for utvikling av fremtidige tjenester. Dersom ansatte i tjenesten skal rekruttere, bør en representant fra forskergruppen ringe deltakerne en av de første dagene etter de har blitt med i studien, for å anerkjenne deres bidrag til studien. Videre bør antall målepunkt i studien reduseres. I stedet for å ha fem målepunkt (3, 6, 9, 12 og 18 måneder etter baseline) bør man vurdere to eller tre målepunkter, f.eks. 6, 12 og 18 måneder etter baseline. Det er ikke hensiktsmessig å måle effekt

etter 3 mnd., fordi Familiepartnertiltaket ikke inneholder aktivt terapeutisk arbeid i disse månedene. Ved å redusere antall målepunkt kan også arbeidsinnsatsen rettes mot å øke svarprosenten ved å forbedre prosedyrene for datainnsamling. Hvert målepunkt kan begynne med den minst arbeidskrevende metoden for å innhente svar, en digital survey på SMS, og deretter øke svarprosenten gjennom mer og mer arbeidskrevende innsamlingsmetoder. Dette kan være en prioritert rekkefølge for innhenting av svar fra deltakere som ikke svarer på digital survey: en påminnelse om digital survey, en oppringning med tilbud om å svare muntlig eller få tilsendt papir-versjon (med ferdig frankert returkonvolutt), og deretter å reise rundt og møte folk og intervju dem hjemme for å fylle ut spørreskjema.

I en randomiserte studie i barnevernsfeltet blir de som rekrutterer, og tjenestene, klar over hvilken gruppe familien havner i. Når man randomiserer deltakere vil det lett bli slik at tiltaket man prøver ut blir sett som mye bedre enn de eksisterende. Å se en familie, som man mener vil ha nytte av et tiltak som Familiepartner, bli trukket til kontrollgruppe kan være vanskelig for de ansatte, og gjøre dem mindre villige til å rekruttere deltakere til studien. I en fullskala RCT må man derfor ha en kontinuerlig bevissthet rundt tilbudet til kontrollgruppen. Det skal være forsvarlig, og i tråd med familienes rettigheter og behov. Samtidig må man unngå at familiene i kontrollgruppen tilbys tiltak som har sterke likhetstrekk med Familiepartner. Tiltakene i kontrollgruppen må under ingen omstendighet leveres av de samme personene som leverer tiltaket familiepartner. Vi så i utprøvingen at dette skjedde i en av kommunene, der ressursituasjonen kan gjøre det vanskelig å holde klare skiller mellom tiltaksleveringen når mange deltakere havnet i kontrollgruppen.

En fremtidig studie må rydde i begrepsbruken. I piloteringen har både selve studien, tiltaket og dem som leverer tiltaket vært omtalt som Familiepartner. Studien bør ha et unikt navn, som ikke har konnotasjoner til selve tiltaket. Her finnes det mange muligheter, «Familie-studien», «Barn og unge i fokus», osv. Poenget er bare å unngå at selve studien flagger tiltaket dersom bare deler av utvalget skal bli tilbudt denne.

Oppsummert ser vi at det er tre hovedutfordringer med å gjennomføre en fullskala RCT-studie av Familiepartner. Det ene er uklarhet i hvor mange deltakere som er nødvendig for å kunne måle effekter. Det andre er praktiske utfordringer rundt rekruttering og inklusjon av deltakere, som vil være arbeidskrevende for forskere og ansatte. Det siste er å lykkes med å samle inn data fra spørreskjema til deltakende familier, da det vil være lite rom for frafall.

Samtidig har Familiepartner høy aksept blant ansatte og familier, og tiltaket er mulig å levere og gjennomføre i tjenesten. Familiepartner er godt tilpasset behovet i tjenestene, og kvalitative data viser at det har mulighet til å skape endring i familier, både for foreldre og barn. Vi vil derfor anbefale at det gjennomføres en evaluering av tiltaket. Forutgående har vi beskrevet en mulig fullskala RCT. Dette vil være mulig å gjennomføre, selv om det er knyttet en viss risiko til dette og en høy kostnad. Derfor presenterer vi her to andre typer evaluering, og ser nærmere på styrker og svakheter ved disse designene.

5.3 Et kvasieksperimentelt design med konstruert kontrollgruppe for å teste effekten av Familiepartner

I eksempelet over har vi skissert en fullskala RCT-studie av familiepartner. Et slikt forskningsdesign har den fordelen at det har potensiale til å vise et sammensatt bilde av mulige effekter av Familiepartner, gjennom å kartlegge deltakernes erfaringer i spørreskjemaer. Samtidig er ulempen at det vil være et svært kostnadskrevenende forskningsdesign, og det medfører en risiko for at vi ikke klarer å måle effekter av Familiepartner opp mot tilsvarende tiltak i barnevernet.

Vi presenterer derfor et alternativ, en såkalt kvasieksperimentell tilnærming for å måle effekter av Familiepartner. Forslaget forutsetter at vi gjennom personnummer kan identifisere alle familier som har mottatt Familiepartner. I så fall kan man innhente registerdata fra familier som har mottatt tiltaket, samt for en gruppe familier som ligner på disse, men som mottar andre type hjelpetiltak i barneverntjenesten. Vi kan hente informasjon om omsorgsovertakelser og meldinger fra offentlige registre (for eksempel barnevernregisteret), og undersøke om de som har fått Familiepartner har færre meldinger og omsorgsovertakelser enn sammenligningsgruppen.

Dette vil si at vi ikke innhenter deltakernes erfaringer gjennom spørreskjema, men bare henter informasjon fra registerdata.

I et kvasieksperimentelt design vil det være naturlig å benytte propensity score matching eller direkte matching. Dette innebærer at vi identifiserer en kontrollgruppe som ligner på familiene som mottar Familiepartner basert på observerte kjennetegn (for eksempel bekymringsmeldinger, type oppfølging, lengde i barnevernet, arbeidssituasjon, inntekt osv.). Vi kan deretter estimere effekter Familiepartner har hatt på et primærutfall (for eksempel omsorgsovertakelser), og sekundærutfall (for eksempel arbeidssituasjon, inntekt, bruk av velferdstjenester).

Det er flere fordeler med kvasieksperimentelle design. Den største fordelen er at det vil være billigere å gjennomføre, fordi man ikke trenger å randomisere deltakere. Familiepartner kan implementeres som en metode, uten noe medfølgende forskningsdesign og randomisering av deltakere. RCT-er er generelt kostnadskrevenende. I barneverntjenesten, og spesielt dersom ansatte skal rekruttere deltakere til studien, vil det bli tidkrevende å implementere rekrutteringsprosedyrene. I tillegg kommer kostnader til å gjennomføre spørreundersøkelser og sikre tilstrekkelig svarprosent. I en kvasieksperimentell studie trenger ikke de ansatte opplæring i rekruttering til studien, de vil rekruttere deltakere til tiltaket på samme måte som før. Videre vil det være minimale kostnader knyttet til den kvantitative datainnsamling, fordi effektanalysene utelukkende vil basere seg på foreliggende administrative data.

Videre vil man kunne få resultater nokså raskt. Dataene finnes allerede. Gitt at man forholder seg til familier som allerede har fått familiepartner, kan man konstruere en sammenligningsgruppe allerede nå. Gruppene trenger ikke være like store. Dersom antallet som har mottatt familiepartner er lite, kan man ha en større kontrollgruppe enn tiltaksgruppe. Jo større utvalg, jo sterkere statistisk styrke. Man kan dermed øke den statistiske styrken ved å konstruere en stor kontrollgruppe. Registerdata for et gitt år er vanligvis tilgjengelig våren to år senere, dvs. data for 2021 er tilgjengelig våren 2023. Så snart omkring 100 familier har vært gjennom familiepartner vil det kunne være mulig å gjøre en analyse basert på matching-teknikk.

For det tredje er det praktisk. Det krever kun implementering av Familiepartner, ingen forskningsmessige krav til feltet. Tjenestene trenger ikke implementere bestemte rekrutteringsrutiner, og det blir ingen randomisering. Familiepartner kan implementeres i barneverntjenester på tvers av Norge, og leveres til de familiene tjenestene vurderer trenger det. Kontrollgruppen konstrueres retrospektivt.

Sammenlignet med RCT-design har slike type design noen svakheter. Metoden forutsetter at det er mulig å «matche» deltagere basert på delte karakteristikk, og det må derfor være tilstrekkelig med deltagere som mottar tiltaket slik at det er mulig å lage store nok grupper for å finne signifikante effekter. Etersom deltagere blir matchet basert på observerte parameter i registerdata vil ikke kontrollgruppen være like god som ved en individrandomisert studie. Gruppene kan være nokså like på observerte kjennetegn, men det kan være vesentlige forskjeller i faktorer som ikke finnes i registerdata, som f.eks. motivasjon. Dersom Familiepartner tilbys til mer motiverte foreldre, vil en evt. observert effekt delvis være drevet av foreldrenes motivasjon.

Registerdata vil inneholde informasjon om plasseringer, tiltak og meldinger, samt om objektive forhold ved foreldrenes livssituasjon, som boforhold, arbeid og inntekt. Men disse dataene gir ikke grunnlag for å undersøke effekter på «myke utfall», som konfliktnivå i familien og mellom foreldrene, tillit til tjenestene, mestringsstro, og mental helse. Det vil være en risiko for at man ikke klarer å måle effekter gjennom registerdata, og at man uten spørreskjemadata ikke kan si noe om de «myke utfallene», som mer tillit, bedre relasjon, mer praktisk hjelp og større mestringsfølelse.

Barnevernsregisteret er forholdsvis nytt i Norge, og det er foreløpig et begrenset antall forskere som har gjennomført statistiske analyser av dette datamaterialet. Registerdataene vil ha kommunal variasjon i systemer, rapportering, og i avslutning av saker.

Ved bruk av et kvasiexperimentelt design for å undersøke effektiviteten av Familiepartner tiltaket vil det være særlig viktig å vektlegge flere datakilder for å kunne vurdere de underliggende mekanismene som kan påvirke levering av tiltaket. En måte å gjøre dette på er å ramme prosjektet som et «mixed-methods»-design der vi samler inn kvalitativ prosessdata i tjenestene Familiepartner implementeres, surveydata fra Familiepartnere som leverer tiltaket og kontaktpersoner og andre som er involvert. Her vil det være viktig å måle metodetrofasthet og erfaringer med programmet. I tillegg vil det bli viktig å vektlegge erfaringene fra familiene som mottar Familiepartner. Denne dataen vil være viktig for å forklare funnene fra effektanalysene.

5.4 Et klyngerandomisert design for å teste effekten av Familiepartner

En tredje måte å teste effektene av Familiepartner på er gjennom et klyngerandomisert RCT. I denne konteksten refererer en klynge til en gruppe (for eksempel et barneverntjeneste/kontor) i motsetning til individuelle personer. I et klyngerandomisert design randomiseres ikke individer, eller familier, men klyngene, det vil si barnevernskontorene.

Utvalget er ofte gjort av praktiske og kontekstuelle hensyn, med utgangspunkt i størrelse og ønske om å delta i forskningsprosjektet. I en klyngerandomisert studie vil et utvalg barneverntjenester tilfeldig randomiseres, enten til tiltaksgruppen der Familiepartner

implementeres på tjenesten, eller til kontrollgruppen der familier vil motta ordinære tjenester. Randomiseringen kan bli gjort på flere måter, enten ved bruk av dataprogrammer eller loddtrekning. En av forutsetningene i et klyngerandomisert design, i likhet med en individrandomisert studie, er at programmet leveres likt på de ulike tjenestene. Det er derfor nødvendig med et stort fokus på implementering av Familiepartner-modellen.

Datainnsamling vil foregå på samme måte som en individrandomisert studie, punkt 5.1.2. Det betyr at deltagere i tiltaks- og kontrollgruppen i praksis vil gi samtykke til å delta i studien, svare på spørreskjemaer ved flere måletidspunkter, og det vil innhentes registeropplysninger av ulik karakter. På samme måte som i en individrandomisert studie vil deltagere i kontrollgruppen motta ordinære tjenester.

En av utfordringene vi har observert i piloteringen av Familiepartner er smitteeffekt innad i tjenestene, det vil si at en eller flere av tjenestene har levert Familiepartner eller sentrale elementer av intervensjonen til kontrollgruppen. En av fordelene med å benytte et klyngerandomisert design for å evaluere Familiepartner, er at smitte innad i tjenesten er uproblematisk da det er tjenester som randomiseres.

En annen fordel ved å benytte et klyngerandomisert design sammenlignet med et individrandomisert design, er at kontaktpersonene i tjenesten ikke trenger å ta stilling til randomisering av familiene. Vi trenger derfor ikke å ta høyde for at familier blir skuffet hvis de blir randomisert til kontrollgruppen, og det vil antageligvis oppleves som en mindre påkjenning for ansatte å være med i forskningsprosjektet. I likhet med en individrandomisert studie kan vi innhente «myke» utfallsmål. Sammenlignet med en studie som måler effekter med registerdata, vil vi ha mulighet til å utforske ytterligere dimensjoner knyttet til psykisk og fysisk helse, mestring, holdninger og relasjoner.

I denne typen design må imidlertid målgruppen baseres på objektive kriterier, for å sikre at vi identifiserer samme målgruppe i tiltaks- og kontrollgruppe. Familiene i målgruppen bør helst identifiseres før tjenestene randomiseres, og alle de identifiserte familiene i hver tjeneste vil inngå i studien (også familier som ikke mottar Familiepartner). Dette er nødvendig for å unngå seleksjon, altså at tjenestene i tiltaksgruppen f.eks. velger ut de mest endringsvillige eller familier med mindre sammensatte utfordringer, og på den måten bidrar til «biased» effekter.

Erfaringer fra piloten viser at innsalget av Familiepartner og ekstra ressurser er et sentralt insentiv for deltagelse i forskningsprosjektet. I et klyngerandomisert design randomiseres imidlertid barneverntjenestene, som i praksis betyr at ikke alle tjenestene vil implementere Familiepartner. Denne usikkerheten kan både være utfordrende når det gjelder rekruttering av tjenester, men også påvirke motivasjonen til tjenestene for deltagelse i forskningsprosjektet. En strategi kan være å tildele alle tjenestene midler, men kontraktfeste at disse midlene skal gå til Familiepartner i de tjenestene som trekkes til tiltaksgruppe. Det er imidlertid viktig å forsikre seg om at tjenestene i kontrollgruppen ikke benytter midlene til tiltak som ligner Familiepartner.

6 Oppsummering

For å oppsummere har det vært stor aksept for tiltaket Familiepartner, både blant kontaktpersoner og ledelsen i barnevernet, og blant familiene som har mottatt tiltaket. Tiltaket oppleves som et motsvar til andre standardiserte og kortere tiltak, og de aller fleste mener at Familiepartnermetoden bidrar til at familiene kan motta fleksibel og tilpasset hjelp, og den lager rammer som gjør det mulig å raskt opparbeide seg tillit og allianse med familiene.

Samtidig som det har vært stor aksept for tiltaket, har det vært mindre aksept og forståelse for forskningen, det vil si piloteringen av det individrandomiserte designet. Forskningsdesignet kan ha blitt opplevd som ekstra ressurskrevende for tjenestene som er med i forsøket. Manglende kunnskap om effektstudier har også ført til at familiepartnerne har fulgt opp familier i kontrollgruppen i en kommune, og at kontaktpersoner har trodd at familiene var blitt «avvist fra studien» hvis deltakere kom i kontrollgruppe. Den største utfordringen for piloteringen har likevel vært at vi har rekruttert færre deltagere enn forventet – 45 istedenfor 90. Det bør merkes at dette er kjente utfordringer ved gjennomføring av RCT studier i sosialfagene.

Det er imidlertid viktig å skille mellom opplevelsen av Familiepartner fra gjennomføring av studien. Selv om vi ikke kan si noe om hvilken effekt programmet har hatt, er vår vurdering at Familiepartner er et viktig bidrag til barnevernsfeltet og at prosjektet har dannet et grunnlag for å vurdere videreføring av en RCT.

Vi anbefaler videre evaluering av Familiepartner på grunn av betydelig oppslutning om tiltaket. Dette vil kunne bidra til at barnevernstjenesten får flere tiltak som har gjennomgått en strukturert evaluering, noe den mangler i dag. Imidlertid erkjenner vi utfordringer knyttet til å gjennomføre randomiserte kontrollerte studier i førstelinjen i barnevernet. Disse utfordringene er ikke spesifikke for Familiepartner, men knyttet til mangel på kunnskap, forståelse og aksept for randomiseringsdesign i tjenesten. Slike utfordringer vil derfor være til stede for alle tiltak som evalueres med randomiserte kontrollerte studier i førstelinjen. Vi har følgelig i tillegg til forslag til en individrandomisert studie, skissert to alternative forskningsdesign for å evaluere Familiepartner: et kvasiekperiment med konstruert kontrollgruppe og en klyngerandomisert RCT. Det er fordeler og ulemper ved alle de tre forskningsdesignene. Vi anbefaler å gjøre en grundig vurdering av hvilke fordeler som er av størst betydning å ivareta, samt identifisere ulemper som kan aksepteres eller avhjelpes.

Referanser

Andersen, N. A., Caswell, D., & Larsen, F. (2017). A New approach to Helping the hard-to-place Unemployed: The promise of developing new knowledge in an interactive and collaborative process. *European Journal of Social Security*, 19(4), 335-352.

Bufdir. (2020, 14.12.2020). Hjelpetiltak i hjemmet. Hentet 13.05.2022 fra https://www.bufdir.no/barnevern/tiltak_i_barnevernet/hjelpetiltak_i_hjemmet/

Caswell, D., & Dall, T. (2019). Mutual Innovation and Learning Platforms: Using dialogue between research and practice to facilitate reflection in social work.

Finne, J. (2020). Attitudes toward and utilization of evidence-based practice among Norwegian social workers. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 17(2), 149-162.

Helsetilsynet. (2019). *Det å reise vasker øynene: Gjennomgang av 106 barnevernsaker* (Rapport fra Helsetilsynet). Oslo: Helsetilsynet.

Hüttemann, M., & Sommerfeld, P. (2008). Relating Science and Practice in Social Work: A Critical and Constructive Review of the Concept of Evidence-Based Practice. *Evidence Based and Knowledge Based Social Work—Research Methods and Approaches in Social Work Research*.

Slettebø, T. & Seim, S. (2016). Forskningssirkler som grunnlag for kompetanseutvikling i praksis og utdanning. *Tidsskriftet Norges barnevern*, 93(3-04), 184-199.

SSB. (2022). 10660: Barnevernstiltak, etter tiltak, statistikkvariabel og år. I: Statistikkbanken. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/10660/tableViewLayout1/>

Sørensen, E., & Torfing, J. (2011). Enhancing collaborative innovation in the public sector. *Administration & society*, 43(8), 842-868.

Tunestveit, M. (2021). The research circle as a strategy for developing knowledge about children's participation in child welfare services. *European Journal of Social Work*, 24(5), 815-827.

POSTADRESSE:

Arbeidsforskningsinstituttet AFI
OsloMet – storbyuniversitetet
Stensberggata 26
Postboks 4, St. Olavs Plass
0130 Oslo

TELEFON:

67 23 50 00

E-POST:

postmottak-afi@oslomet.no