

OSLOMET

Ingri Vik

Hjemme hos familien: Hva er det som virker?

En oppgave om terapeuters erfaringer med et intensivt hjemmebasert tiltak i barnevernet

Sammendrag

Denne oppgaven handler om terapeuters erfaringer med å levere tiltaket «Familiepartner» i tre norske kommuner. Oppgaven er designet som en case-studie som benytter seg av et multimetodisk design. Datamaterialet er samlet inn i forbindelse med en pilotstudie som undersøker grunnlag for å gjennomføre en større RCT på tiltaket. Terapeutenes erfaringer blir sett i lys av fellesfaktorteori. Terapeutene vektlegger i stor grad at de opplever tiltaket som nyttig på grunn av elementer som kan ses i på som fellesfaktorer. De trekker særlig frem verdien av relasjonsbygging og fleksibilitet, samt å kunne delta på de arenaene familiene opptre på. Det blir brukt ulike manualbaserte metoder i tiltaket, men det er opp til hver enkelt terapeut hvilke de skal bruke når. Studien viser at «Familiepartner» i stor grad baserer seg på fellesfaktorer.

Abstract

This thesis explores therapists' experiences in delivering the "Familiepartner" initiative across three Norwegian municipalities. The study is designed as a case study employing a multimethod approach. The data was collected as part of a pilot study assessing the foundation for conducting a larger RCT on the initiative. Therapists' experiences are analyzed through the lens of common factors theory. The therapists emphasize that they perceive the initiative as beneficial due to elements that can be seen as common factors. They particularly highlight the value of relationship-building and flexibility, as well as being able to engage in the environments where the families operate. Various manual-based methods are employed within the initiative, but each therapist is free to decide which ones to use and when. The study indicates that "Familiepartner" is largely based on common factors.

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

TAKK!

Jeg vil rette en stor takk til min veileder Joakim Finne. Takk for at du alltid har svar på spørsmål og kommet med gode innspill til oppgaven. Og takk for gode innspill og støtte inn i ny jobb.

Tusen takk til Anne Grete Tøge og Eirin Pedersen som lot meg få bli med å skrive om familieparter. Det har vært utrolig spennende å lærerikt å få være så tett på et forskingsprosjekt.

Så vil jeg også takke min kjære mann, Lars Martin Vik, som har lagt til rette for at jeg kan skrive på kvelder og i helger, og tatt hånd om det meste av det praktiske i hjemmet den siste tiden. Og ikke mints takk for gjennomlesninger og innspill på oppgaven.

Takk til gode kolleger i Bjerke barneventjeneste som har støttet meg gjennom denne skriveprosessen, med gode innspill og oppløftende ord.

Takk til gode venner og familie som har kommet med både støttende ord og snacks!

OsloMet – storbyuniversitetet , Fakultet for samfunnsvitenskap
Oslo 2025

Innhold

Sammendrag	2
Abstract.....	2
1 Innledning	6
1.1 Behovet for tidlig innsats	6
1.2 Tiltak i barnevernet i dag	7
1.3 Familiebehandling.....	8
1.4 Fokuset på hjemmebaserte tiltak	9
1.5 Formålet med studien, forskningsspørsmål og avgrensning.....	10
2 Teori	11
2.1 Banduras teori om mestringstro.....	11
2.2 Bronfenbrenner utviklingsøkologiske modell.....	12
2.3 Ablons teori om potensialet til en samarbeidende problemløsning.....	12
2.4 Teorien om fellesfaktorer	13
2.5 Evidensdebatten	19
3 Design og metode	20
3.1 Forskningsdesign.....	20
3.2 Kontekst for studien.....	21
3.2.3 Familiepartnerne	23
3.3 Multimethodisk design	24
3.3.1 Innsamling av data	24
3.3.2 Analyse av kvalitativ data	26
3.3.3 Analyseprosessen.....	27
3.3.4 Analyse av kvantitativ data	30
3.4 Validitet, reliabilitet og overførbarhet.....	31
4 Resultater	32
4.1 Tilgjengelighet og fleksibilitet	32
4.2 Relasjon.....	40
4.3 Terapeutens ferdigheter	43
4.4 Nytte av tiltaket	46
5 Diskusjon	47
5.1. Relasjon som suksessfaktor	47
5.2 Bruken av verktøy og metoder i tiltaket	51
5.3 Familiepartner i debatten om evidensbasert praksis	54

6. Avslutning.....	57
Referanser.....	59
Vedlegg 1: Intervjuguide.....	66
VEDLEGG 2: INTERVJU GUIDE 2.....	67
VEDLEG 3: Intervjuguide 3.....	68
Vedlegg 4: Registreringsskjema med spørsmålsformulering.....	69

1 Innledning

I 2023 mottok omtrent 44 000 barn og unge tiltak fra barnevernet i Norge (SSB, 2024). Barneverntjenesten er underlagt barnevernsloven og skal i henhold til formålet i lovens § 1-1 *“sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse til rett tid”*. Når barnevernet mottar en bekymringsmelding, skal de vurdere om barnet lever under skadelige forhold. Dersom det avdekkes at barnet er i en slik situasjon, kan familien tilbys frivillige hjelpetiltak eller pålegges tiltak. I de mest alvorlige tilfellene kan barnevernet fatte vedtak om akutt plassering eller fremme sak for barneverns- og helsenemnda om omsorgsovertakelse. Ved medhold i saken overtar barnevernet omsorgen for barnet (Bunkholdt & Kvaran, 2023).

1.1 Behovet for tidlig innsats

Barn som har opplevd omsorgssvikt har høyere risiko for å utvikle psykiske helseproblemer, rusavhengighet og atferdsvansker senere i livet (Gilbert et al., 2009; MacMillan et al., 2001). Tidlig innsats kan være avgjørende for å forhindre mer alvorlige problemer senere i livet. Forskning på tidligere intervensjoner, inkludert metaanalyser av tidlige og preventive tiltak, viser lovende resultater (Geeraert et al., 2004). For eksempel har forebyggingstiltaket Nurse Family Partnership, rettet mot førstegangsgravide, vist seg å være effektivt i å forbedre både foreldrenes ferdigheter og barnas utvikling, noe som understreker viktigheten av målrettede, forebyggende tiltak (Olds, 2006). Selv om det har vært en økning i forebyggende tiltak i barnevernet, er det en tydelig etterspørsel etter flere tidlige og forebyggende intervensjoner (Haugen et al., 2018; Lemjan, 2015). Dette er også noe som har fått større fokus på fra offentlig hold, særlig betydningen av at forebyggende arbeid må forstås som en prosess som starter tidlig og samtidig krever langsiktig tenkning (Barne- og familiedepartementet, 2013). Barnevernet skal arbeide forebyggende, men det kan være utfordrende å prioritere da det ofte trengs ressurser til mer alvorlige saker. Det medfører at man ofte ikke får prioritert tidlig intervensjon og ender opp med «brannslukking» (Brandtzæg et al., 2010; Haugen et al., 2018).

Arne Holte (2012) argumenterer for å prioritere forebygging av psykiske helseproblemer da den samfunnsøkonomiske gevinsten av dette er meget stor. Forebygging av omsorgssvikt og tidlig intervensjon vil i denne sammenhengen være viktig. Gevinsten for enkeltindividet ved å få riktig tiltak til riktig tid vil også være stor (Geeraert et al., 2004). I barnevernet utgjør det en betydelig prisforskjell i snitt på kostnaden et plassert barn utgjør kontra et barn som ikke er plassert. Kostnaden per barn som i 2023 som var plassert kontra dem som fikk andre tiltak er over en halv million kroner (Statistisk sentralbyrå, u.å.). En omsorgsovertakelse er i mange tilfeller helt nødvendig, men det er også pekt på mange utfordringer knyttet til tiltaket og mulig skadelige effekter på barna (Havnen, 2013; Solvang, 2012).

1.2 Tiltak i barnevernet i dag

I dag er tiltaket *råd og veiledning* det tiltaket som hyppigst benyttes av barnevernstjenesten for å hjelpe barnas foreldre i situasjonen de er i. Til tross for stor variasjon i hvordan dette tiltaket leveres, er ofte samspillet mellom foreldre og barn et sentralt tema. Det er imidlertid et behov for økt kunnskap om faktorer som kan styrke dette samspillet, spesielt blant foreldre som står overfor sammensatte belastninger. Belastningene inkluderer stressfaktorer som økonomiske utfordringer og psykisk helse, som kan påvirke foreldres evne til å støtte sine barns utvikling (Bunkholdt & Kvaran, 2023; Ljones et al., 2019).

En sentral utfordring i norsk barnevern er at det foreligger begrenset forskningsbasert kunnskap om effekten av tiltak, selv om de er mye brukt (Finne & Malmberg-Heimonen, 2023). Det at det er manglende kunnskap om virkningene av tiltak er ikke ensbetydende med at de ikke virker (Christiansen, 2015). Samtidig er det i barnevernet vanskelig å tolke effekten av tiltak, da det er ofte overlappende mekanismer, vanskelig å kontrollere for variabler, og etisk utfordrende (Malmberg-Heimonen et al., 2018). Likevel er det skjedd en dreining mot mer forskning med eksperimentelt design innen velferdsforskningen. Siden 1990-tallet har det vært et økende fokus på evidensbasert praksis (EBP) (Finne & Malmberg-Heimonen, 2023; Malmberg-Heimonen & Tøge, 2022). EBP handler om å integrere de beste forskningsresultatene med egen klinisk erfaring og klientens situasjon og verdier (Straus et al., 2018). EBP må ikke forveksles med en liste over godkjente terapiformer. EBP handler like mye om en beslutningsprosess hvor man vektet best tilgjengelig forskning, klinisk ekspertise

og pasienten eller brukeren sine preferanser når man foretar beslutninger i praksis (Thyer & Pignotti, 2011).

I norsk barnevern er de tiltakene man har minst forskning på, de tiltakene som brukes mest. Dette kan være avlastning, økonomisk stønad og støttekontakt. De mer manualbaserte tiltakene har man mer forskning på, men de benyttes i mindre grad (Fauske et al., 2017). Blant tiltakene for å styrke foreldreferdigheter som er i bruk i norsk barnevern i dag er det flere evidens- og manualbaserte tiltak som Multisystemisk terapi (MST), PMTO og ICDP. Disse brukes ikke eksklusivt i barnevernstjenesten, og kan tilbys også gjennom for eksempel familievernkontor, helsestasjon og frivillige organisasjoner (Kvello, 2019; Martinsen, 2012). MST er et intensivt hjemmebasert program for ungdom med alvorlige atferdsproblemer og antisosiale utfordringer, med ukentlige møter over 3-5 måneder. Programmet har vist god effekt i Norge (Bufdir, 2024; Ogden & Halliday-Boykins, 2004; Thuve et al., 2021). Parent Management Training Oregon (PMTO) tilbyr foreldreveiledning for barn 3-12 år som har eller risikerer å utvikle atferdsproblemer. Programmet har ukentlige møter, over totalt 5-6 måneder. Det har vist gode resultater i norske studier av tiltaket (Bjørknes & Manger, 2013; Kjøbli et al., 2013; Ogden & Hagen, 2008). ICDP er et forebyggende veiledningsprogram som fokuserer på å styrke foreldrenes omsorgsrolle, tiltaket går over åtte til tolv uker. Effekten er imidlertid noe begrenset, med få påviste forskjeller fra kontrollgrupper (I. Brekke et al., 2021).

1.3 Familiebehandling

Familiebehandling vokste frem på 1950- og 60-tallet som en reaksjon på den dominerende forståelsen av psykiske problemer som individuelle fenomener. Den utfordret tanken om at psykiske problemer utelukkende angikk enkeltpersoner, og fokuserte i stedet på hvordan slike problemer kunne forstås og løses i en relasjonell kontekst, denne tenkemåten omtales som en systemisk tilnærming. Siden den gang har det utviklet seg flere tilnærminger innen familieterapi. I mange retninger innenfor familiebehandling er den «ikke-vitende» posisjon en viktig holdning i møtet med familiene, hvor familiene er eksperter på eget liv (Anderson & Goolishian, 1992). Familieterapi ser på problemer som noe som både oppstår og løses i

samspill mellom mennesker. I den forstand representerer familierterapi ikke bare en disiplin og en praksis, men også et perspektiv (Johnsen & Torsteinsson, 2012).

1.4 Fokuset på hjemmebaserte tiltak

I familiebehandling har det de senere årene vært et økende fokus på hjemmebaserte tiltak (Kvello, 2019). Det har også fått økt fokus på bruken av hjemmet som arbeidssted i tillegg til institusjoner i fagfeltet miljøterapi. Forskning på miljøterapi forteller at det å delta på hjemmebane over tid gir terapeut og familiene felles erfaringer som igjen kan skape et terapeutisk klima. Samtidig er ikke alle tiltak som foregår i hjemmet miljøterapi. Miljøterapi kan ses på som en selvstendig metode, med krav til terapeuten som utfører den (Sundet, 2016).

Det har blitt etterspurt mer kunnskap om hva disse hjemmebaserte tiltakene inneholder, og hva der er som gjør at hjemmebesøk kan skape endring (Prop. 12 S (2016-2017), s. 46). Hjemmebaserte tiltak i barnevernet kan medføre noen utfordringer rundt makt og rolle. Man befinner seg på klientens hjemmebane og står i spenninger mellom det private og det profesjonelle, hjelp og kontroll, frivillighet og tvang (Skau, 2013). I tillegg er det gjort lite forskning på hvordan de som leverer disse tiltakene opplever å jobbe i hjemmet (Kili-Valdal & Alsaker, 2024). Det er dermed et behov for mer kunnskap om hva hjemmebesøkene innebærer, hvordan terapeutene som jobber i hjemmet opplever det, og hva det er som er virkningsfullt i tiltaket. En teori om hva det er som fungerer i terapi er teorien om fellesfaktorer. Teorien foreslår at ulike terapiene er effektive på grunn av noen grunnleggende felles faktorer, heller enn ved det spesifikke ved hver terapiform (Rosenzweig, 1936).

Ett nytt hjemmebasert tiltak

I spenningsfeltet mellom omsorgsovertakelse, kostnader, barnets rett til familieliv og barnets rett til en trygg oppvekst oppstår det stadig nye intervensjoner som søker å forbedre hverdagen for barn og unge, flere av tiltakene innebærer hjemmebesøk (Kvello, 2019). Et nytt tiltak som nylig er implementert i tre barnevernstjenester i Norge er "Familiepartner". Dette er et tiltak intensivt hjemmebesøks tiltak som har som mål å

«*redusere omsorgssvikt i familier med komplekse hjelpebehov, ved å styrke foreldreferdigheter, handlefrihet, tillit til velferdstjenestene og barns trivsel*» (Tøge et al., 2023, s. 6). Tiltaket har blitt mottatt med god respons, og fra politisk hold har det vært et ønske om å implementere denne typen arbeid i flere barneverntjenester over hele landet (C. V. Brekke et al., 2024). Det er derfor et behov for å vite mer om hva slike typer intervensjoner innebærer.

1.5 Formålet med studien, forskningsspørsmål og avgrensning

Formålet med denne studien er å gi innsikt i terapeuters erfaringer med å levere hjemmebaserte tiltak, for å kunne bidra til tjenesteutvikling. Studien gir innsikt i terapeutenes erfaringer med tiltaket «Familiepartner», og kan gi verdifull innsikt dersom flere kommuner ønsker å innføre dette eller lignende tiltak. Terapeutenes erfaringer vil også kunne posisjoneres i diskusjonen om hvilke elementer ved terapi som gjør at terapi fungerer. Familiepartner er interessant å studere både fordi at det er lite forskning på terapeuters erfaringer med hjemmebaserte tiltak. Det er også interessant fordi terapeutene levere et tiltak som er en del av en pilot RCT som ønsker å finne ut om det er et effektivt tiltak, samtidig er det et tiltak som ikke har en tydelig modell, men blir omtalt som en omstrukturering av ressurser- med mulighet for at terapeutene velger metode/modell selv.

Forskningsspørsmål

Hvilke erfaringer har terapeutene med å levere et intensivt hjemmebesøktiltak i barnevernstjenesten? Og hvordan kan dette sees i lys av fellesfaktorteorien (common factor theory) og diskusjonen om evidensbasert praksis?

Avgrensning

Dataene som er innsamlet er knyttet til en pilot-RCT som skal undersøke grunnlaget for å gjennomføre en fullskala RCT. En del av datamaterialet omhandler implementeringen og aksepten av tiltaket, men denne studien vil ikke gå inn på dette.

2 Teori

Familiepartnertiltaket bygger på tre sentrale teorier: Banduras teori om mestringstro, Bronfenbrenners økologiske teori om familien som kontekst for menneskelig utvikling, og Ablons teori om potensialet i samarbeidende problemløsning (Tøge et al., 2023). Disse teoriene vil bli gjennomgått kort innledningsvis for å belyse grunnlaget for familiepartnermodellen. Deretter vil oppgaven redegjøre for teorien om fellesfaktorer. Videre vil en sentral modell for fellesfaktorer: «den terapeutiske pyramiden» bli presentert før oppgaven presenterer debatten om fellesfaktorer og evidensdebatten.

2.1 Banduras teori om mestringstro

Den kanadisk-amerikanske psykologen Albert Bandura introduserte i 1977 sin teori om mestringstro, eller "self-efficacy". Mestringstro beskrives som overbevisningen om at man har evne til å utføre handlingene som vil føre til ønskede resultater. Teorien viser til hvordan mennesker lærer av sine omgivelser og erfaringer (Bandura, 1977).

Bandura identifiserte fire hovedkilder til mestringstro. Den første kilden, *prestasjonsoppnåelser*, viser til personlige erfaringer med mestring. Positive erfaringer øker mestringstro, mens gjentatte feil, særlig tidlig i prosessen, kan svekke den. Den andre kilden, *vikarierende erfaring*, kommer fra observasjon av andres suksess. Når vi ser andre, som vi kan identifisere oss med, lykkes, øker det vår tro på at vi selv kan mestre lignende situasjoner. Den tredje kilden til mestringstro, *verbal overtalelse*, kommer fra overtalelse eller forslag fra andre. Mestringstroen som skapes på denne måten, regner han som svakere enn den som oppstår fra personlige erfaringer. Overtalelsen regnes som mest effektiv dersom den også kombineres med verktøy for å oppnå vellykket handling. Den fjerde og siste kilden til mestringstro er emosjonell opphisselse. Dette viser til hvordan våre følelser og fysiske reaksjoner i stressende situasjoner kan gi oss verdifull informasjon om vår evne til å håndtere situasjonen. Høye stressnivåer kan indikere at vi ikke mestrer situasjonen, mens en følelse av ro kan gi oss tillit til våre evner til å håndtere utfordringene (Bandura, 1977).

2.2 Bronfenbrenner utviklingsøkologiske modell

Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell er en av de mest anerkjente modellene som forklarer hvordan miljøer påvirker barns utvikling. Modellen fremhever hvordan barns utvikling påvirkes av samspillet mellom individet og de ulike miljøene rundt dem i en gjensidig prosess. Bronfenbrenner definerte fire systemer som påvirker barns utvikling, og la i senere tid til et femte system (Bronfenbrenner et al., 2005).

Det første systemet, mikrosystemet består av de miljøene som barnet har direkte kontakt med. Dette kan være familien og skolen, påvirkningen mellom disse kan gå begge veier. Det andre systemet, mesosystemet, refererer til forbindelsene mellom disse miljøene, som for eksempel forholdet mellom foreldrene og skolen. Eksosystemet inkluderer faktorer som påvirker barnet indirekte. Dette kan være foreldrenes arbeidsplass, som indirekte påvirker barnet ved å påvirke foreldres trivsel, fritid og deres synspunkter. Det fjerde systemet, makrosystemet, representerer kulturelle og samfunnsmessige faktorer som påvirker barnets utvikling og som påvirker barnet og dem rundt ved at de påvirker hvordan de andre systemene oppfører seg. Dette kan for eksempel være kulturelle verdier, politikk eller religion. Det siste systemet, kronosystemet eller tidssystemet, tar hensyn til hvordan tid og livsfaser påvirker barnet, både hvordan historiske forandringer i samfunnet påvirker barnet og hvordan personlige hendelser livshendelser som dødsfall vil påvirke barn ulikt avhengig av barnets alder (Bronfenbrenner et al., 2005).

2.3 Ablons teori om potensialet til en samarbeidende problemløsning

Collaborative Problem Solving (CPS), eller samarbeidende problemløsning, er en modell og et tankesett som kan oppsummeres med sitatet "kids do well if they can". Tankesettet beveger seg bort fra belønning og straff som intervensjoner, da man anser det som feilaktig å anta at barna mangler motivasjonen til å oppføre seg bra. I stedet bygger ideen på at barna mangler ferdighetene som kreves for å oppføre seg bra og at de dermed trenger hjelp til å utvikle disse ferdighetene. Årsakene til manglende ferdigheter kan blant annet være omsorgssvikt i barndommen, som har påvirket hjernens utvikling, eller andre faktorer som har innvirkning på utviklingen av disse ferdighetene. CPS har som mål å lære barna å håndtere frustrasjon, fleksibilitet og problemløsning gjennom en strukturert prosess der

foreldre og barn samarbeider. I CPS ligger ansvaret hos de voksne for å identifisere hva som hindrer barnet i å oppføre seg hensiktsmessig (Pollastri et al., 2019)

2.4 Teorien om fellesfaktorer

Teorien om fellesfaktorer foreslår at alle ulike typer terapi virker gjennom noen grunnleggende elementer som de har til felles, heller enn ved spesifikke elementer ved de ulike terapiformene. Tilhengere av teorien viser til at selv om ulike terapiformer har vist seg effektive, er det ikke en metode som er konsekvent mer effektiv enn andre metoder og det er heller ikke beviselig hvorfor terapien fungerer, bare at den gjør det (Fife et al., 2014; Cuijpers, 2019; Sprenkle & Blow, 2004).

Ideen om at terapi fungerer gjennom fellesfaktorer ble først lansert av Paul Rosenzweig i 1936 i artikkelen *Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy*. Rosenzweig pekte på et kjent sitat fra Alice i eventyrland for å eksemplifisere hvordan ulike terapiretninger stilte seg mot hverandre: "*Everybody has won, and all must have prizes*" (Carroll, 1898, s. 34). Rosenzweig mente at terapeutens personlighet kunne forklare hvorfor ulike metoder ofte gir tilsvarende resultater, og at terapeutens dyktighet og evne til å mestre metodene var viktigere enn selve metodevalget. Han innrømmet imidlertid at visse metoder kan være mer effektive for spesifikke utfordringer og anbefalte at terapeuter burde ha et repertoar av teknikker som kan tilpasses hver enkelt klient (Rosenzweig, 1936).

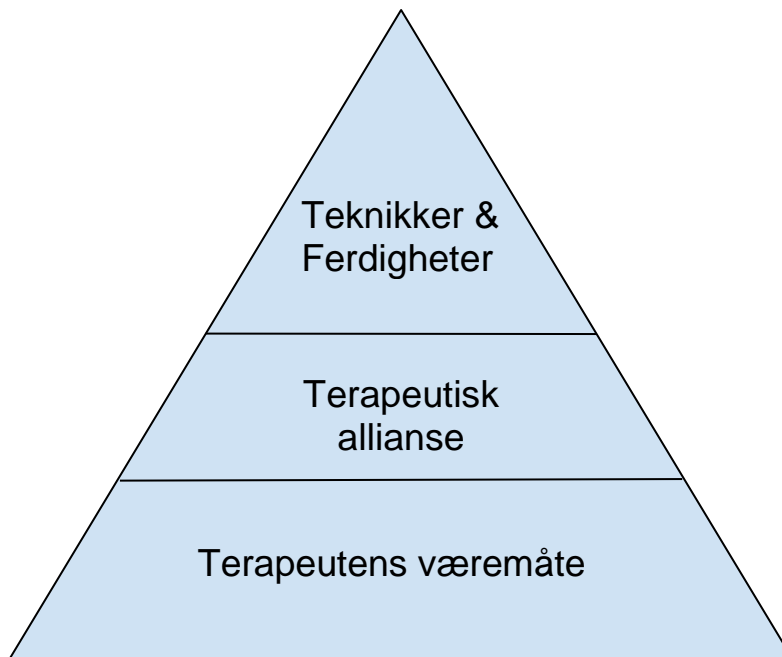
Fellesfaktorteorien har blitt møtt både med debatt og entusiasme, og blitt videreutviklet av flere (Cuijpers et al., 2019). Jerome Frank (1961) bidro til fellesfaktor teorien i sin bok *Persuasion and Healing*, hvor han beskrev hvordan psykoterapi deler fellestrekk med andre former for helbredelse. I tredje utgave av boken, skrevet sammen med hans datter (Frank & Frank, 1993), identifiserte de fire grunnleggende fellesfaktorer: 1) Et følelsesmessig ladet, tillitsfullt forhold til en hjelper; 2) et miljø som vurderes som terapeutisk, der klienten tror at fagpersonen kan stoles på; 3) en terapeut som tilbyr en troverdig begrunnelse eller et plausibelt teoretisk rammeverk for å forstå pasientens symptomer; og (4) en terapeut som tilbyr et troverdig ritual eller en prosedyre for å adressere symptomene. Wampold (2015) bygger videre på disse ideene i det han kaller en kontekstuell modell, her legger han mye

vekt på det han kaller *“the initial therapeutic relationship”* som refererer til førsteintykket klienten får av terapeuten. I dette første møtet bedømmer klienten raskt om hen kan stole på terapeuten. Dette beskrives som et kritisk punkt i terapi, da det er dette tidspunktet i forløpet hvor flest faller fra behandlingsløpet (Wampold, 2015).

2.4.1 Den terapeutiske pyramiden

En av modellene brukt for å konkretisere fellesfaktorene er den terapeutiske pyramiden. Den terapeutiske pyramiden er en metamodell som ble foreslått av Fife, Whiting, Bradford & Davis (2014). Modellen sier noe om samspillet mellom fellesfaktorene, heller enn å se faktorene hver for seg. Modellen understreker at effektiv terapi ikke bare handler om hva vi gjør som terapeuter, men også om hvem vi er, og hvordan vi ser på klienten.

Den terapeutiske pyramiden er delt inn i tre nivåer: væremåte (ways of being) nederst, terapeutisk allianse i midten, og ferdigheter og teknikker øverst. Pyramiden illustrerer hvordan effektiv bruk av ferdigheter og teknikker er avhengig av de lavere nivåene, som består av kvaliteten på terapeut-klient-alliansen, som igjen hviler på grunnmuren som er terapeutens væremåte. Effektiviteten til hvert nivå i pyramiden er avhengig av de underliggende nivåene; endringer på lavere nivåer vil påvirke effektiviteten på høyere nivåer, men det samme gjelder ikke nødvendigvis motsatt vei. Pyramiden fungerer som en påminnelse om at terapi handler om mer enn bare modeller og teknikker. Modellen oppfordrer terapeuter til å fokusere på de lavere nivåene i pyramiden når de vurderer sitt arbeid med klientene.

Modell 1: Den terapeutiske pyramiden***Teknikker og ferdigheter***

I den terapeutiske pyramiden utgjør ferdigheter og teknikker det øverste nivået. Historisk sett har familierapi lagt stor vekt på utvikling av kunnskap og ferdigheter i spesifikke metoder. Modellen forutsetter at teknisk mestring er terapeutisk når den bygger på den terapeutiske alliansen og terapeutens væremåte (Fife et al., 2014).

Wampolds (Wampold, 2001) metaanalyse viser at maksimalt 8 % av variansen i behandlingsresultater kan tilskrives det unike bidraget fra spesifikke terapimodeller og teknikker. Wampolds funn blir ofte misforstått som at det ikke er nødvendig å lære eller mestre spesifikke teknikker, og at terapeuter bare kan følge sin intuisjon og oppnå samme resultater, som terapeuter som er øvet i teknikker og bruker dem hensiktsmessig. Men dette er ikke tilfelle. Wampolds forskning viser at det er avgjørende for effektiv terapi at terapeuten tilbyr en passende tilnærming, inkludert teknikker, for å møte klientens spesifikke symptomer. For at teknikkene skal være terapeutiske, må de bygges på en sterk

terapeutisk allianse og terapeutens væremåte. Dermed er en god terapeutisk allianse og terapeutens væremåte fundamentet som gjør teknikkene effektive (Fife et al., 2014).

Terapeutisk allianse

Den terapeutiske alliansen er av mange beskrevet som den viktigste fellesfaktoren i terapi (Cuijpers et al., 2019). Alliansen viser til kvaliteten og styrken på samarbeidsforholdet mellom klient og terapeut. En positiv terapeutisk allianse er avgjørende for fremgang i terapien, uavhengig av hvilken terapimodell som benyttes (Fife et al., 2014). Innen individualpsykologi defineres terapeutisk allianse som "de følelsene og holdningene deltakerne i terapien har overfor hverandre og hvordan disse uttrykkes" (Gelso, 2014, s. 118, forfatterens oversettelse).

Den terapeutiske alliansen kan deles inn i tre deler: 1) båndet mellom terapeut og pasient, 2) enighet om målene for terapien og 3) enighet om oppgavene i terapien (Bordin, 1979). Terapeutens personlighet spiller også en viktig rolle i den terapeutiske alliansen. Selv om det terapeutiske forholdet er profesjonelt, er det tydelig at noen av komponentene er personlige. Personlige egenskaper som fleksibilitet, respekt, pålitelighet, selvsikkerhet, interesse, avslappethet, samt terapeutens empati, varme og ekthet, er faktorer som positivt påvirker den terapeutiske alliansen (Fife et al., 2014).

Terapeutens væremåte

Grunnmuren i den terapeutiske pyramiden er terapeutens væremåte, eller "ways of being." For å bygge en sterk terapeutisk allianse, og dermed kunne bruke teknikker effektivt, er terapeutens væremåte avgjørende. I den terapeutiske modellen beskrives terapeutens væremåte som de holdningene terapeuten uttrykker i øyeblikket mot klienten. Dette innebærer at klienten skal føle seg verdsatt, og at terapeutens menneskelighet spiller en viktig rolle i å skape en forbindelse med klientene (Fife et al., 2014).

Den terapeutiske pyramiden viser til Martin Bubers (1958) teorier om relasjonelle holdninger for å beskrive hva som menes med terapeutens væremåte. Buber introduserte

to grunnleggende relasjonelle holdninger: "Jeg-du" og "Jeg-det." I en "Jeg-det"-tilnærming ser man den andre som et objekt, et middel som enten hjelper eller hindrer ens egne mål. For eksempel kan en terapeut i "Jeg-det"-relasjon fokusere mer på å gjennomføre teknikker enn å møte klientens behov der og da. I kontrast, i en "Jeg-du"-tilnærming anerkjenner man den andre som et unikt individ med egne, like viktige behov, håp, frykt, og synspunkter på livet. Å være i en "Jeg-du"-relasjon innebærer å være åpen for den andres menneskelighet, noe som kan oppstå spontant, som når vi føler empati for noens lidelse, eller som et bevisst valg om å se den andres situasjon (Fife et al., 2014).

Det kan virke overflødig å minne terapeuter om å være i en «jeg-du» relasjon, samtidig kan det være lett å skifte fokus. Terapeutens væremåte kan påvirkes av mange faktorer. Personlige utfordringer kan hindre terapeuten i å se klienten klart (Corey, 2005). Makt er en annen faktor som kan være et hinder for å se klientens menneskelighet, da terapeuter ofte har en maktposisjon som kan påvirke deres syn på den andre. Personer i maktposisjoner har en tendens til å se sitt eget perspektiv som korrekt, og kan lett overse den andres syn (Buber 1958). For å operere i en "Jeg-du"-tilnærming, kreves det at terapeuten tar ansvar for å undersøke sine egne tanker og motiver, og bevisst velger å sette klientens menneskelighet først, uavhengig av egne reaksjoner (Fife et al., 2014). En annen fallgrube er at man glemmer seg litt bak sin profesjonelle rolle, noe som også kan gjøre at klientene også kan unndra seg terapeuten (Corey, 2005).

2.4.2 Fellesfaktorene i familierapi kontekst

Sprenkle & Blow (2004) peker på tre fellesfaktorer som de mener er unike for familierapi. Den første er det han kaller *relasjonell konseptualisering*, som innebærer å oversette menneskelige vanskeligheter til relasjonelle termer. Dette betyr at symptomer forstås i konteksten av sosiale nettverk, med bevissthet om den gjensidige påvirkningen som nettverket kan ha. Den relasjonelle konseptualiseringen benekter ikke biologiske eller intrapsykiske årsaker, men legger sitt hovedfokus på relasjonelle aspekter. Denne systemiske tenkningen brukes som en vanlig forklaring til familierapiens effekt.

Den andre fellesfaktoren som blir trukket frem er *det utvidede direkte behandlingssystemet*. I tillegg til å forstå vanskeligheter i sammenheng med personens nettverk, prøver mange familierapeuter å involvere flere personer enn bare klienten direkte i behandlingen. Den siste fellesfaktoren er *den utvidede terapeutiske alliansen*. Her danner *terapeuten* en allianse, ikke bare med hvert enkelt familiemedlem, men også med delsystemer og familien som helhet. Dette anses som en unik fellesfaktor for familierapi. Det er lite forskning som sier noe om allianse til flere familiemedlemmer er en fordel eller en ulempe i relasjonsbyggingen. Det som er bevist er at det å ha en balansert allianse, altså ikke sterkere med noen familiemedlemmer eller delsystemer enn andre, er viktigere enn styrken i alliansene (Sprenkle & Blow, 2004).

2.4.3 Debatten om fellesfaktorer

Siden Rosenzweigs artikkel ble publisert i 1936, har ideen om fellesfaktorer vært en sentral debatt i det psykoterapeutiske fagfeltet. Diskusjonen har hovedsakelig dreid seg om hvorvidt alle terapiformer er like effektive, om de gir tilsvarende resultater, og om effekten kan tilskrives spesifikke faktorer eller fellesfaktorer (Budd & Hughes, 2009; Cuijpers et al., 2019). Oppgaven vil videre gi en kort innføring i fellesfaktordebatten på familierapifeltet.

Debatten om fellesfaktorer nådde familierapifeltet et tiår senere enn psykoterapifeltet, og her har diskusjonen også dreid seg om hva som gjør behandlingen effektiv. I familierapifeltet har det vært en større grad av enighet om en middelvei enn i debatten på psykoterapifeltet (Fraser et al., 2012). Et argument i debatten er at perspektivet på fellesfaktorer kan forenkle og overse kompleksiteten i familierapi. Samtidig har det vært bred enighet om at alle familierapeutiske retninger må inneholde fellesfaktorer for å være effektive. Sexton, Ridley og Kleiner (2004) etterlyste en tydeligere definisjon av fellesfaktorer og kritiserte perspektivet for å mangle klare retningslinjer for praksis. Wampolds (2001, 2015) forskning understreker at faktorene er mer enn bare et sett terapeutiske elementer som er felles for alle eller de fleste psykoterapier. De former samlet sett en teoretisk modell om endringsmekanismene i psykoterapi. Wampolds metanalyse

peker på at det er signifikante forskjeller ved fellesfaktorene som gjør dem virkningsfulle i terapi.

Sprenkle og Blow (2004) beskriver en motstand i familierapifeltet mot å anerkjenne betydningen av fellesfaktorer. I de første 30 årene av familierapien var det et sterkt ønske om å distansere seg fra psykoterapi, og mange innen feltet ønsket å fremheve sin egenart og forskjeller fra andre former for terapi. Familierapien utviklet seg i starten hovedsakelig gjennom intuitiv og emosjonell appell heller, enn empirisk forskning. Sprenkle og Blow kritiserer denne "hellige" tilknytningen til spesifikke metoder, men påpeker at klienter med komplekse problemer kanskje trengte troen på unike og innovative behandlingsformer (Sprenkle & Blow, 2004).

2.5 Evidensdebatten

Et annet perspektiv på hva som fungerer i terapi er evidensbasert praksis (EBP). EBP handler om å integrere de best tilgjengelige forskningskunnskapene man har og kombinere det med klinisk ekspertise og verdiene og preferansene til klientene. EBP kommer fra medisin (Sackett, 2000) og som en motstand til klinisk praksis basert på anekdotisk kunnskap, tradisjon og ekspertkunnskap som fagfeltet var preget av tidligere (Finne & Malmberg-Heimonen, 2023). Samtidig pågår det en debatt om EBP i sosialt arbeid, hvor kritikerne av EBT mener EBT er en trussel mot tradisjonelle praksiser i sosialt arbeid (Straus & McAlister, 2000). EBP blir løftet frem i offentlige dokument som viktig for utviklingen av barnevernet og man vektlegger å forske på det som virker (Finne & Malmberg-Heimonen, 2023).

Det er to hovedmodeller for EBP: Den kritiske vurderingstilnærmingen og retningslinjetilnærmingen. Den kritiske vurderingstilnærmingen fokuserer på at sosialarbeidere skal basere arbeidet sitt på den best tilgjengelige forskningskunnskapen, egen klinisk ekspertise og klientens verdier og preferanser. Forskningskunnskapen bør være klinisk relevant. Klinisk ekspertise handler om evnen til å bruke egne kliniske evner og erfaringer for å skjønne personen man skal hjelpe. Klientens verdier handler om preferansene, bekymringene og forventningene til klientene (Straus et al., 2018).

Retningslinjetilnærmingen har mer fokus på at vurderingene til sosialarbeideren bør være basert på systematisert kunnskap fra eksperter (Finne & Malmberg-Heimonen, 2023).

Sett opp mot fellesfaktor-modellen skiller EBP seg noe. I EBP vil hva som fungerer, og som da terapeuten eller sosialarbeideren bør handle ut fra, være avhengig av siste oppdaterte forskning. Terapeuten er avhengig av å knytte de best tilgjengelige kunnskapen inn i egen praksis (Gambrill, 2006). Sentralt i EBP er troen på at hva som fungerer best vises gjennom RCT-studier, metaanalyser og systematiske oversikter (Finne & Malmberg-Heimonen, 2023). Mens i fellesfaktor gis det en forklaring på hvilke elementer som gjør at terapi fungerer.

3 Design og metode

3.1 Forskningsdesign

Et forskningsdesign gir et rammeverk for innsamling og analysering av data. Valgene vi gjør, påvirker hvilken kunnskap vi kan utlede fra studien. Denne studien benytter et casestudiedesign. En casestudie er en intensiv undersøkelse av én eller få enheter, som kan være en organisasjon, beslutninger, en diskurs eller en spesifikk hendelse. Enhetene er klart avgrensede og undersøkes gjennom intensiv analyse av ulike datakilder (Creswell & Poth, 2018). Casestudier er velegnet når forskeren ønsker en dypere forståelse av komplekse sosiale fenomener innenfor en spesifikk kontekst, da denne metoden gir innsikt i handlinger og prosesser ved å gå i dybden på et begrenset antall enheter (Andersen, 2013; Yin, 2009). I denne oppgaven behandler jeg de tre familiepartnerprosjektene i de tre prosjektkommunene som én case. Dette fordi jeg er ute etter de felles erfaringene til terapeutene, og ikke forskjellene mellom kommunene, som man ville ha gjort i en komparativ casestudie. I tillegg er utvalget lite, og det ville vært usikkert hvilke slutninger man kunne ha trukket i en komparativ analyse (Andersen, 2013).

Ulike casetyper gir ulik grad av overførbarhet (Clark et al., 2021; Flyvbjerg, 2006). En type casestudie tar for seg en ekstrem eller unik case, som undersøker noe særegent eller ekstremt sammenlignet med andre eksempler innenfor et fenomen (Yin, 2009).

Familiepartnertiltaket representerer noe relativt nytt i barneverntjenesten og er interessant å studere nettopp fordi det finnes lite forskning på hvordan terapeuter erfarer å jobbe på denne måten. Dette kan derfor regnes som en "unik" case, som gir verdifull innsikt i et lite utforsket område. Et mål med bruk av unik case er å trekke ut kunnskap. Dersom noe gjør seg gjeldende i denne casen vil det mest sannsynlig gjøre seg gjeldende i andre caser også (Flyvbjerg, 2006). Det som gjør familiepartnertiltaket unikt, er at man har gitt terapeutene friere spillerom og mer tid enn vanlig, noe som er unikt i en barnevernkontekst. Samtidig er familiepartner en del av en større trend hvor fokuset er å jobbe helhetlig, brukerorientert og relasjonelt, og det finnes andre tiltak som kan ligne. Men en utfordring med andre lignende tiltak er at de i liten grad er forsket på i en norsk kontekst, og at man derfor ikke vet om de gir effekt (Pedersen et al., 2024; Sethi et al., 2018). Derfor regner jeg familiepartner som en unik case, selv om det også finnes andre tiltak som kan ligne.

Ved å studere familiepartner vil en kunne "teste ut" hvordan det å ha mer tid og friere spillerom påvirker arbeidet med familiene. Fra en slik unik case kan man trekke ut informasjon som kan være nyttig for andre barneverntjenester som vurderer å implementere lignende tiltak. Casestudien kan belyse hva andre barnevernstjenester eller forebyggende tiltak kan lære av "Familiepartner"-prosjektet. For å styrke casestudier er det viktig forklare konteksten casen oppstår i og tydelig definere casen. Dette for å vise hvorfor casen er relevant for forskningsspørsmålene (Shenton, 2004).

3.2 Kontekst for studien

Datamaterialet i denne masteroppgaven er samlet inn av forskere ved Arbeidsforskningsinstituttet, OsloMet, i perioden 2021-2024, som en del av en pilot-randomisert kontrollert studie. Pilotstudien vurderer gjennomførbarheten av en fullskala RCT av tiltaket. Målet med pilotstudien er blant annet å utvikle randomiseringsprosedyrer, identifisere hensiktsmessige datakilder, beregne prøvestørrelser, og tilpasse designet og tiltaket for en fullskala RCT. Pilotstudien undersøker også akseptabiliteten for Familiepartner-intervensjonen, samt retensjon og etterlevelse. Retensjon refererer her til i hvilken grad deltakerne forblir i studien over tid, mens etterlevelse viser til hvor godt familiepartnerne følger intervensjonen som planlagt. Retensjonen ble målt ut fra familienes

respons på spørreundersøkelser, mens etterlevelse ble vurdert ved å analysere om, når og hvorfor familiene eventuelt avsluttet intervensjonen. Et sekundært mål for studien var å observere endringer over tid i familiene som deltok i tiltaket, for å vurdere om tiltaket hadde en effekt på foreldrenes omsorgspraksis og familiens bruk av velferdstjenester. Foreldrepraksis ble målt gjennom etablerte skalaer for vurdering av omsorgsstil (Pedersen et al., 2024; Tøge et al., 2023).

Intervjuene ble gjennomført på ulike tidspunkter i studieperioden. Deltakende familier ble intervjuet før, under og etter tiltaket, mens familiepartnerne deltok i både individuelle intervjuer og i to fokusgruppeintervju gjennom perioden. En semistrukturert intervjuguide ble brukt i alle intervjuene. I tillegg ble det gjennomført etnografisk feltarbeid og intervjuer med barnevernet i kommunene (Pedersen et al., 2024). Denne studien benytter seg kun av datamaterialet som omhandler familiepartnerne, inkludert intervjuer med dem og loggføringer av kontakten de hadde med familiene.

Initiativtaker til tiltaket har vært SOS-barnebyer, som har erfaringer fra et lignende tiltak i Finland. SOS-Barnebyer samarbeidet med forskerne og barnevernstjeneste om å tilpasse tiltaket til norsk barnevernskontekst. Tiltaket ble uformet med mål om å redusere mishandling av barn, redusere omsorgsovertakelser og fremme god utvikling hos barna (*Familiepartner*, u.å.; Tøge et al., 2023). (Frank & Frank, 1993) Tiltaket har blitt testet ut i tre norske kommuner. Kommunene er to byer av medium størrelse og en kommune med lavt innbyggertall (Pedersen et al., 2024).

3.2.1 Rekruttering av familiene:

Potensielle deltakere til å motta tiltaket ble screenet og rekruttert av kontaktpersoner i tre barneverntjenster i Norge. Inkluderingskriteriene for familier var at de har minst et barn under 12 år, og hadde utfordringer rundt foreldreferdigheter. Familier ble rekruttert i perioden 2. januar 2022 og ble avsluttet 2. mars 2023. Ved ønske om å delta i studien fylte deltakere ut et digitalt spørreskjema (baseline), og ble deretter randomisert (tilfeldig fordelt) med en ratio på 1:1 til en av to grupper. Intervensjonsgruppen fikk tiltaket familiepartner, mens kontrollgruppen fikk ordinær oppfølging av barnevernet. Etter undersøkelsen var gjennomført ble familiene tildelt et tall automatisk, som ikke foreldrene

fikk se, som så viste forskerne hvilken av gruppene foreldrene tilhørte. De ulike barnevernstjenestene ble informert om gruppetildelingen (Pedersen et al., 2024) .

3.2.2 Tiltakets struktur

Terapeutene fikk utdelt en håndbok med prinsipper for tiltaket. Tiltaket er delt inn i tre faser: oppstart, oppfølging og avslutning. I løpet av de første ti dagene skal det gjennomføres minst tre hjemmebesøk. Familiene får i gjennomsnitt seks timer veiledning per uke, som inkluderer hjemmebesøk og deltakelse i samarbeidsmøter med familien. Tiltaket bygger på prinsipper fra Banduras teori om mestringstro, Bronfenbrenners økologiske teori om familien som kontekst for menneskelig utvikling og Ablons teori om samarbeidende problemløsning. Fokusområdene inkluderer foreldreveiledning, hjemmebesøk, praktisk hjelp, et terapeutisk forhold mellom familiepartneren og foreldrene, samt koordinering av tjenester. I tillegg fyller familiene ut månedlige skåringskjemaer. Tiltaket benytter ingen spesifikk metode annet enn faseinndelingen og det teoretiske grunnlaget, men omtales som en reorganisering av ressurser for å tilby mer intensiv og fleksibel hjelp til familiene (Tøge et al., 2023).

3.2.3 Familiepartnerne

Terapeutene som jobbet som familiepartnerne, måtte ha relevant profesjonell bakgrunn og utdanning og må være interessert i relasjonsbasert tjenestelevering. I tillegg må de ha lang erfaring og mye kunnskap om kommunale tjenester. Terapeutene ble rekruttert og ansatt direkte av barneverntjenestene. Familiepartnerne var organisert noe ulikt i de forskjellige kommunene. Hvert kontor hadde to familiepartnerne ansatt på fulltid, som fikk støtte av en koordinator. Koordinatoren brukte halvparten av sin arbeidstid på å assistere familiepartnerne og tilrettelegge for god kommunikasjon på kontoret. I den minste og største barneverntjenesten var familiepartnerne integrert i team som tilbød forelderådgivning og ekstra støtte til familiene, med koordinatoren som teamleder. På det mellomstore kontoret var imidlertid familiepartnerne organisert som en selvstendig enhet, adskilt fra andre team, og ledet av en koordinator som ikke var en del av ledelsen ved kontoret. Det er familiepartnerne og deres erfaringer med å levere tiltaket som er beskrevet over som er denne studiens case.

3.3 Multimetodisk design

Denne oppgaven benytter seg i hovedsak av kvalitativ metode med en induktiv tilnærming for å kunne svare på problemstillingen Målet med den kvalitative tilnærmingen er å få en dypere forståelse av terapeutenes erfaringer med å levere tiltaket *familiepartner*. Kvalitativ metode er særlig nyttige i denne sammenhengen fordi de gir rom til å fange opp nyanser og kompleksiteten i terapeutenes erfaringer, noe som vanskelig kan oppnås med kvantitative målinger (Johannessen et al., 2021). Samtidig vil man risikere å få en bias hos informantene. Det kunne vært interessant å delta som observatør også, for å se at det de sier de gjør er det de gjør (Thagaard, 2018). Oppgaven benytter også kvantitative data deskriptivt for å vise til omfang av ulike variabler i møtene mellom familiepartner og familier. Bruken av multimetoder gir dermed en mer helhetlig tilnærming til forskningsspørsmålene, og gir mer dybde i forståelse, ved at vi har data på hva de har rapportert om at de har snakket om og gjort i samtaler og møter med familier og i hvor stort omfang (Bryman, 2006).

3.3.1 Innsamling av data

Intervjuene og datasettet brukt i denne studien er en del av Familiepartner-prosjektet, ledet av AFI. Forskerne i den opprinnelige studien stod for gjennomføringen av intervjuene og oppfølgingen av registreringsskjemaene som familiepartnerne fylte ut ved hver kontakt med familiene. Deltakerne ble rekruttert gjennom AFIs evaluering av Familiepartner-tiltaket, hvor terapeuter involvert i prosjektet ble kontaktet direkte. Informantene ble grundig informert om forskningsprosjektet og ga sitt samtykke til deltakelse, med rett til å trekke samtykket når som helst. Siden dette er et pilotprosjekt i tre kommuner, var det et begrenset antall informanter med erfaring fra tiltaket. I den pilot-randomiserte kontrollerte studien ble det gjennomført intervjuer med avdelingsledere, terapeuter og familier. Denne studien fokuserer imidlertid utelukkende på terapeutene, ettersom problemstillingen handler om deres erfaringer.

Både fokusgruppeintervjuer og individuelle dybdeintervjuer ble brukt for å samle inn data. Fokusgruppeintervjuer kan gi innsikt i felles holdninger og meninger blant deltakerne, stimulere til nye ideer og utvide dybden i beskrivelsene. Det kan imidlertid oppstå utfordringer knyttet til gruppedynamikk, spesielt der relasjoner er etablert på forhånd.

Dette kan føre til at enkelte deltakere påvirker hverandres meninger og svar (Frey & Fontana, 1991). Dybdeintervjuer gir derimot rom for å utforske individuelle erfaringer i større detalj (Thagaard, 2018).

Totalt ble fem av seks terapeuter intervjuet gjennom dybdeintervjuer, noe som innebærer en risiko for at enkelte erfaringer kan være utelatt. Intervjuene ble gjennomført av forskere ved AFI, og de varte mellom 50 og 75 minutter. Dataene ble tatt opp og transkribert ordrett av forskningsassistenter. I enkelte tilfeller, spesielt under fokusgruppeintervjuene, var enkelte deler av lydopptakene utydelige, og dette er notert i transkripsjonene. Jeg observerte ett av dybdeintervjuene og ett fokusgruppeintervju, noe som ga meg en dypere innsikt i hvordan dataene ble innhentet. All informasjon som kom frem under intervjuene, ble behandlet konfidensielt, og dataene ble anonymisert for å beskytte deltakernes identitet. Oppgaven inngår i et større forskningsprosjekt om hjemmebesøksprogrammet Familiepartner, ble derfor ikke nødvendig å sende inn en egen melding til Norsk senter for forskningsdata (NSD). All data er lagret på TSD for å sikre forskningsdataenes kvalitet, tilgjengelighet og etisk håndtering, i tråd med krav om lagring og deling av data til videre forskning. Jeg har fått tilgang på datamaterialet på en lokal minnepinne.

Intervjuene fulgte en forhåndsutarbeidede intervjuguider. Intervjuene ble utført semi-strukturert for å utforske fastsatte temaer samtidig som deltakerne kunne utdype sine erfaringer. Semi-strukturerte intervjuer er godt egnet til å belyse informantenes opplevelser og erfaringer (Thagaard, 2018). Fokusgruppeintervjuene muliggjorde sammenligning av erfaringer på tvers av ulike terapeuter. Utvalget på fem terapeuter anser jeg som tilstrekkelig for å gi en god forståelse av erfaringene med tiltaket, ettersom kvalitativ forskning søker å fange dybden i individuelle opplevelser. Størrelsen på utvalget er også begrenset av tilgang til terapeuter i prosjektet. For å sikre anonymitet har jeg valgt å ikke tydeliggjøre hvilke sitater som stammer fra fokusgruppeintervjuer eller fra dybdeintervjuer, da noen individuelle erfaringer kan gjøre informanter gjenkjennbare for deres kolleger.

Sekundæranalyse av data innebærer å benytte eksisterende data som er innhentet med en annen hensikt. Sekundæranalyse har de siste årene fått økt oppmerksomhet i sosialfaglig forskning, da denne metoden gir mulighet til å utforske nye og relevante spørsmål som ikke

nødvendigvis ble adressert i den opprinnelige studien, samtidig som den gir tilgang til et bredere datamateriale (Heaton, 2008). Dette innebærer både en utfordring og en mulighet. En annen utfordring er det å «ikke ha vært der» – å tolke noe gjort av andre kan påvirke forståelsen av data. Sekundæranalyse kan også øke generaliserbarheten av kvalitative funn ved å dra nytte av data som ikke ble fullt analysert i den opprinnelige studien. Ved å bruke rådata fremfor temaer eller koder fra tidligere analyser, åpner sekundæranalyse for bredere perspektiver, noe som gir forskeren mulighet til å utvikle nye teoretiske innsikter (Beck, 2019; Heaton, 2008).

3.3.2 Analyse av kvalitativ data

Selve dataanalysen av intervjuene har vært induktiv, og tematisk. Dette er en “bottom -up” prosess hvor jeg har gått fra gjentatte spesifikke erfaringer mot mer generelle mønstre. En induktiv tilnærming betyr også at analysen har tatt utgangspunkt i datamaterialet, heller en forhåndsbestemte teorier (Thagaard, 2018).

For å analysere dataene har jeg valgt tematisk analyse, som er en metode for å identifisere, analysere og tolke mønstre eller temaer i kvalitative data. Målet med tematisk analyse er ikke bare å oppsummere dataene, men også å identifisere og tolke sentrale trekk, basert på forskningsspørsmålet, som kan utvikles gjennom koding og temautvikling. Metoden er godt egnet til å utforske erfaringer (Braun & Clarke, 2021; Thagaard, 2018). Braun og Clarke (2006) tematiske analyse legger vekt på en organisk tilnærming til koding og temautvikling, de vektlegger også forskerens aktive rolle i analysen. Metoden gir systematiske prosedyrer for å generere koder, som fungerer som byggesteiner for temaene. Temaene danner et rammeverk for å organisere og rapportere forskerens observasjoner.

Braun og Clarke (2006) har utviklet en fremgangsmåte med seks steg, som gjør tematisk analyse spesielt anvendelig for forskere som er nye innenfor kvalitativ forskning, da den gir tydelige, lett forståelige trinn. For å analysere det kvalitative datamaterialet benyttet jeg NVivo, et programvareverktøy som støtter systematisk koding og analyse av tekstdata. Programmet gjorde det mulig å strukturere dataene i koder og temaer, noe som var

avgjørende for å identifisere mønstre og gjentakende temaer i datamaterialet. Videre vil jeg vise hvordan jeg fulgte hvert steg i Braun og Clarkes (2006) tematiske analyse.

3.3.3 Analyseprosessen

1. Bli kjent med dataene: Prosessen startet med at jeg leste gjennom dataene flere ganger for å bli godt kjent med innholdet. Selv om jeg allerede hadde noen ideer fra intervjuene og en deltatt på en fagdag sammen med familiepartnerne, gjorde grundig lesing det mulig å identifisere nøkkeltémaer. Dette var særlig viktig da jeg ikke har samlet og transkribert datamaterialet selv. Det var viktig for meg å bruke mye tid på denne fasen, da jeg ikke har materialet “under huden” på samme måte som om man har samlet data selv og transkribert dem. Jeg noterte meg ideer og tanker jeg fikk underveis. Tid og relasjon fremsto som viktige temaer, i tillegg til spørsmål om hva som kreves for å jobbe på denne måten, om dette er noe alle kan gjøre, eller om det krever spesifikke ferdigheter.

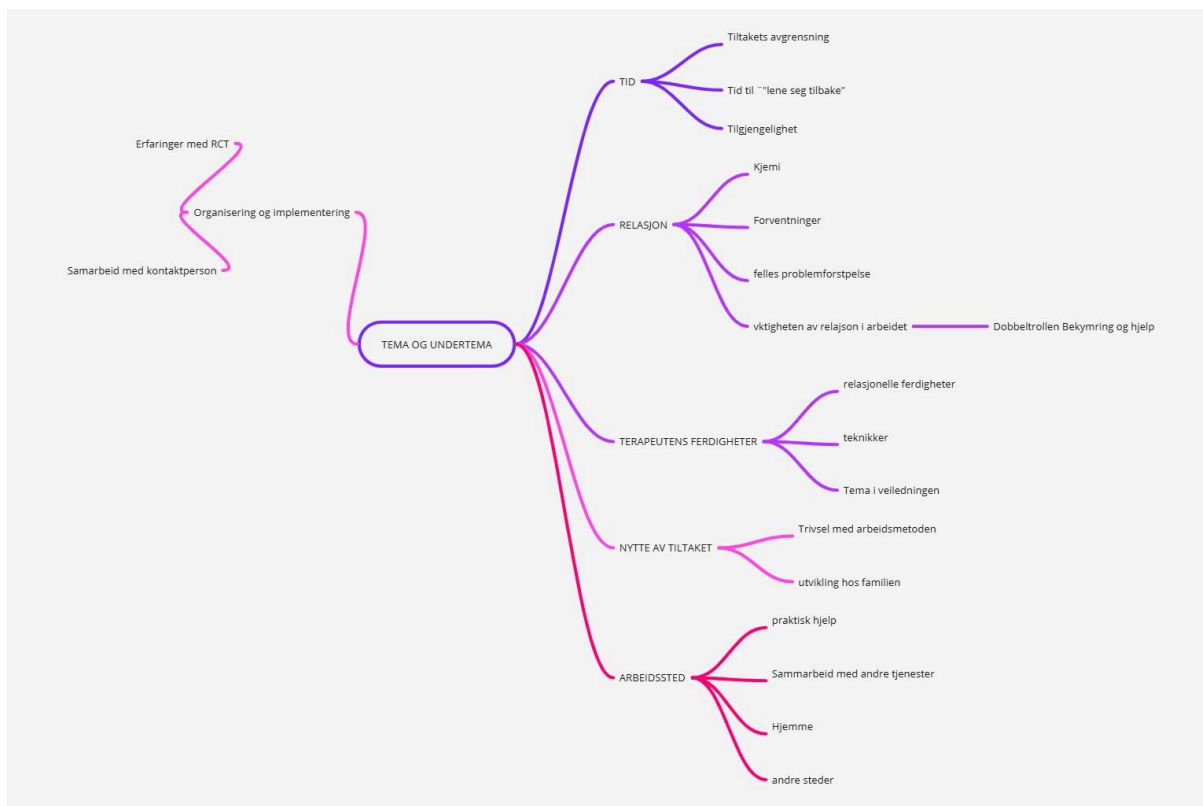
2. Generere innledende koder: I denne fasen importerte jeg de transkriberte intervjuene inn i NVivo. Her gikk jeg systematisk gjennom de transkriberte tekstene og kodet. Kodingen var datadrevet, men med forskningsspørsmålet mitt i bakhodet som også formet hva jeg kodet. Jeg kodet så mange potensielle mønstre som jeg fant. Dette var til slutt 26 koder, disse kodene var mer spesifikke enn temaene jeg kategoriserte dem i videre. Kodene hadde navn som “terapeutens arbeidstid” og “tilgjengelighet på telefon” som senere ble lagt inn i hovedtemaet “tid”. Jeg var opptatt av å kode datautdragene inkluderende, altså at jeg tok med noe av det omkringliggende relevante data, slik at konteksten ikke skulle gå tapt. Når jeg gikk gjennom teksten var det da noe som ikke ble kodet, noe som ble kodet en gang og noe som ble kodet mange ganger. Ved å jobbe med NVivo hadde jeg hele tiden god oversikt over det kodede materialet og kunne foreta justeringer på kodinger underveis. Etter at alt datamaterialet var kodet gikk jeg nøye gjennom og sørget for at kodene var forståelige for meg og at kodene, navn og innhold hang sammen.

3. Lete etter temaer: Når alle dataene var initielt kodet og samlet, begynte jeg å vurdere hvordan ulike koder hang sammen og hvordan de kunne kombineres for å lage overordnede tema. I denne fasen var det svært nyttig å bruke Nvivo til å lage et hierarki av tema og

undertema. Jeg brukte også tankekart for å gjøre det mer visuelt og for å kunne se sammenhengen mellom ulike temaer. I denne prosessen var det noen koder som ble forkastet og andre som midlertidig ble gruppert som diverse til jeg igjen fant passende temaer. Noen dannet undertemaer. Dette var en prosess som gikk frem og tilbake og både tema og undertema ble justert flere ganger. Jeg satt så igjen med 7 overordnede temaer; *organisering i barnevernstjenesten, arbeidsbelastning, tid, relasjon, terapeutens ferdigheter, nytte av tiltaket & arbeidssted.*

4. Gjennomgå temaer: I denne fasen gikk jeg gjennom hvert tema og vurderte om de fungerte i forhold til de kodede utdragene. Her vurderte jeg både intern homogenitet, at dataene i hvert tema hang sammen og ekstern heterogenitet, at det var tydelige skillelinjer mellom temaene. Jeg vurderte også gyldigheten til de enkelte temaene i forhold til datasettet. Dette sjekket jeg opp mot hva forskerne i studien hadde gjort av funn og ved gjennomlesning. Jeg lagde et tematisk kart se figur 2, hvor tema til venstre, ikke ble ansett som relevante for å besvare min problemstilling. Disse var mer knyttet opp mot opplevelser med RCT studien og implementering i barnevernstjenesten enn møtet med familiene som jeg avgrenset oppgaven mot. Jeg visste ut fra intervjuguiden at det ville være noen deler av terapeutenes erfaringer som ikke ville være like relevante for min oppgave. Jeg leste også gjennom hele datasettet på nytt for å se om det var noe data som var blitt oversett i tidligere kode trinn. Det var noen sitater som var nødvendig å ta inn som ikke var fanget opp i den første runden. Behovet for re-koding er noe som er å forvente i en slik organisk prosess. Gjennomlesningen og re-kodingen på dette tidspunktet sikrer at alle funn blir tatt med i prosessen videre.

Figur 2: Tematisk kart



5. Definere og navngi temaer: Etter å ha gjennomgått temaene, finjusterte jeg spesifikasjonene for hvert enkelt tema og definerte tydelige navn og beskrivelser. På denne måten kunne jeg lage en helhetlig fortelling basert på de funnene analysen avdekket. Jeg definerte essensen av hvert enkelt tema, og vurderte hvordan de passet inn i det overordnede bildet som var erfaringer terapeutene hadde med tiltaket. Jeg vurderte hvert tema i forhold til hverandre, for å unngå overlapp. I denne fasen ble "Arbeidssted" og "tid" slått sammen til en overordnet kategori som ble kalt "fleksibilitet og tilgjengelighet". Likevel er det temaer som henger tett sammen, og det vil være sterke bindinger mellom temaene. Her begynte også prosessen med å gi temaene og undertemaene sine endelige navn, men også dette har blitt noe justert i oppgavens slutfase.

6. Skrive rapporten: Til slutt gjenstod det å skrive rapporten. Hensikten med tematisk analyse i oppgaveskriving er å formidle den komplekse historien i dataene på en måte som overbeviser leseren. Fremstillingen skal være kortfattet, sammenhengende og logisk – samtidig som den unngår repetisjon og gir tilstrekkelige bevis for funnene. I skriveprosessen

ble jeg oppmerksom på at det var lett å velge mange utdrag fra det familiepartnerne hadde sagt, fordi jeg syntes de var så interessante. Samtidig førte dette til at lesbarheten i teksten ble svekket, og jeg måtte korte ned og sammenfatte. Jeg ble også oppmerksom på at funnene mine henger tett sammen, og har forsøkt etter beste evne å skille dem tydelig fra hverandre.

3.3.4 Analyse av kvantitativ data

Denne oppgaven benytter seg også av kvantitativ data samlet inn fra terapeutene. Etter hvert møte har terapeutene fylt ut et registrerings skjema. Her har de registrert møtets form, innhold og varighet. Oppgaven har benyttet data på hvem som var med i møter, hvor møtet var og hva møtene inneholdt. Registrerings skjemaet hadde 21 kategorier for tema for møtet. En utfordring med slike kategorier er at terapeutene må gjøre en tolkning av hva møtet har handlet om. Og samtidig gjør en vurdering av hvor stor del av møtet som handlet om hvilke tema. Jeg har måttet tolke sekundært hva de har lagt inn i de ulike kategoriene. Dette medfører risiko for å tolke materialet feil, eller unøyaktig (Clark et al., 2021). Det kan også ha vært feilregistreringer i dataene. Derfor bruker jeg de kvantitative dataene deskriptivt og har fokus på å se større linjer i dataene. Eksempler på dette er hvor møtene har vært, hva har vært de mest hyppige temaene på møtene og hvem som har vært til stede på møtene.

For å analysere dataene brukte jeg Excel til å lage pivot-tabeller for å få ut ønsket informasjon. På kategorien sted for møtet, kunne terapeutene skrive annet, for så å spesifisere sted. Dette resulterte i totalt 356 registreringer fordelt på 115 kategorier. Mange av beskrivelsene inkluderte flere steder, som for eksempel "sykkeltur, kafebesøk," og flere av kategoriene var overlappende, som "gå tur" og "gikk tur." Jeg slo sammen de kategoriene som var hensiktsmessige å kombinere, og delte opp de som nevnte flere steder i samme beskrivelse. Dette resulterte i 54 kategorier. Deretter reduserte jeg videre til 13 kategorier. Det vil fortsatt være noe overlapp da det for eksempel var en kategori med 20 svar som het "kjørte til bhg, samtale i bil" ble lagt under kjøring og ikke under for eksempel praktisk hjelp som kjøringen også kan ha vært.

3.4 Validitet, reliabilitet og overførbarhet

Validitet handler om gyldigheten av resultater og hvordan disse blir tolket (Thagaard, 2018). Datagrunnlaget for denne studien består av 5 av 6 terapeuter i tiltaket, noe som gir et solid datagrunnlag for å besvare spørsmålet om hvordan det er å være terapeut i dette tiltaket. Min bakgrunn som ansatt i kommunalt barnevern gir meg et innenfraperspektiv, noe som kan påvirke hvordan jeg tolker dataene. For å styrke validiteten har jeg vært åpen om fremgangsmåten i den induktive tilnærmingen. Bruken av et multimetodedesign bidrar også til å styrke validiteten, da dette gir meg en mulighet til å sjekke om det som sies, også gjenspeiles i det som rapporteres underveis (innenfor rammen av de spørsmålene det er rapportert på).

Som forsker har jeg hatt en distansert rolle i datainnsamlingen, noe som gir meg en viss objektivitet i analysen. Samtidig er jeg bevisst på at min forståelse kan ha påvirket hvordan jeg tolket dataene, særlig ettersom jeg har deltatt på noen av samlingene med terapeutene. Min erfaring fra barneverntjenesten påvirker også hvordan jeg oppfatter det terapeutene forteller. Jeg har derfor vært nøye med å skille mine egne erfaringer fra analysearbeidet for å sikre en så nøytral tolkning som mulig (Thagaard, 2018). I intervjuene ble det stilt enkelte ledende spørsmål, noe som kan ha påvirket intervjuobjektens svar. Dette har jeg vært bevisst på i min analyse.

Funnene fra studien vil trolig til en viss grad kunne overføres til lignende tiltak. Flere av terapeutene i studien har tidligere jobbet i barnevernet og kjenner til andre tiltak og arbeidsmåter derfra. Deres perspektiv på hvordan det er å jobbe i tiltaket vil antagelig også være relevant for andre terapeuter som jobber på samme måte, gitt de samme rammene. Samtidig viser studien at terapeutens arbeidserfaring påvirker hvordan de opplever tiltaket, noe som kan føre til individuelle forskjeller i hvordan tiltaket oppleves.

Når det gjelder reliabilitet, må jeg lene meg på de vurderingene forskerne som har innhentet dataene har gjort. Jeg kan derfor ikke beskrive i detalj hvordan dataene ble innhentet, annet enn å vise til følgeforskningsstudien. Men ved at jeg benytter data som

andre har innhentet, har jeg forsøkt å være kritisk til mulige skjevheter i datainnsamlingen (Beck, 2019).

4 Resultater

4.1 Tilgjengelighet og fleksibilitet

Tiltaket er utformet på en måte som gjør at det er stor fleksibilitet for hvordan terapeutene praktiserer arbeidet sitt. Terapeutene beskriver at den største delen av møtene foregår utenfor kontoret, gjerne i hjemmet til familiene, men også på kafe eller ute på turer. De er også med på forskjellige samarbeidsmøter, og hjelper til praktisk for eksempel ved å kjøre eller hjelpe foreldrene å få orden på økonomien deres.

Dette viser også de kvantitative dataene. Tabell 1 viser at 27% av møtene foregikk på kontoret, mens resten foregikk enten hjemme, annet sted eller over telefon. 30 % av møtene var ikke registrert som «annet». Tabell 2 viser hvor terapeutene har registrert at møte foregikk, når det ikke var hjemme. Den stor variasjon over hvor møtene har vært og hva de har handlet om. Terapeutene har deltatt på møter på skole og barnehage (75), og hatt mange møter på uformelle steder: Møter i bil, dette kan også inkludere også praktisk hjelp som å hente og levere på skole og barnehage (71), kafe (48) og tur (39). I tillegg har de fulgt familiene i møter med kommune/barnevern/helse og hjulpet med praktiske oppgaver.

Tabell 1: Fordeling av møtested

Hvor møtet var	Prosent
Annet	30%
Hjem	33%
Kontoret	27%
Telefon	10%
Totalt	100%

Tabell 2: Møtestedet annet spesifisert

Annet, spesifisert	Antall møter
Skole/SFO/Barnehage	75
Kjøring	71
Kafe	48
Tur	39
Andre kommunale tjenester	24
Oppfølging av andre barnevernstiltak	21
Praktisk	17
Helsetilbud inkl. psykisk helse	15
Familievernkontor	12
Annet	12
Fritidsaktiviteter	11
Ute	8
Politirelatert	3

Terapeutene forteller at familiene ofte virker mer åpne når de møtes i hjemmet. Gjennom disse hjemmebesøkene får terapeutene et mer realistisk bilde av hva utfordringene egentlig består i. En av terapeutene uttrykte dette ved å si:

“Og det med at du, som familien også sier: det er jo fint at dere kan komme hjem. For det er jo der vi er. Det er jo der det skjer ting. Det er der kanskje det blir konflikter. Og da er det noe med å se det, og så kunne veilede ut ifra det.”

Ved å være til stede i hjemmet får terapeutene en større forståelse av familienes hverdag og utfordringer. De beskriver at de både kan observere og intervenere på en måte som er nært knyttet til de faktiske situasjonene. De opplever at familiene gjerne er mer åpne når de kan møtes på andre arenaer som for eksempel på kafe eller på tur. Terapeutene forteller at ikke alle familiene har vært motiverte for å motta hjelp. Da har terapeutene i noen tilfeller, hvor bekymringen ikke har vært like stor, fortalt at de har fokusert på å være tilgjengelig på telefon for å bygge tillit ved at de tar telefonen når den ringer og er fleksible til å møte opp raskt etter at familien ytret et behov. Terapeutene rapporterer at de har vært overrasket

over hvordan de opplevde familiene, ut fra hva de ble forespeilet dem på forhånd fra barneverntjenesten. Det nye bildet av familien knytter terapeutene tett opp mot å se familien på hjemmebane og andre arenaer. Terapeutene forklarer at de noen ganger opplever utfordringene som mindre alvorlige enn det barneverntjenesten har rapportert, mens andre ganger blir de overrasket over hvor alvorlig situasjonen faktisk er. En av terapeutene beskriver en familie som et eksempel, der det føltes som om de skreller av lag på lag av utfordringer som barneverntjenesten tidligere ikke hadde fått innblikk i.

Et annet viktig funn er at terapeutene er overbevist om at flere av familiene ikke er i stand til å møte opp på kontoret på grunn av praktiske eller helsemessige utfordringer. Eksempler som trekkes frem er familier uten bil, som bor langt unna, eller foreldre med angst som hindrer dem i å forlate hjemmet.

Terapeutene forteller at den økte tiden de har til rådighet, gjør at de kan være mer tilgjengelige og responsive overfor familiene. De kan svare raskt på telefonen og stikke innom familiene når behovene oppstår. Dette funnet viser seg også i det kvantitative dataene, som viser at det er en stor variasjon om hvor og hva møtene inneholder. Denne tilgjengeligheten skaper, ifølge terapeutene, tillit hos familiene og muliggjør en mer helhetlig tilnærming til deres behov. Denne fleksibiliteten er spesielt viktig i begynnelsen av arbeidet med en ny familie. Terapeutene bemerker imidlertid at de etter hvert må stramme inn kontakten når de får flere saker. Likevel, denne opprinnelige tilgjengeligheten opplever de at hjelper dem med å etablere en posisjon for å starte arbeidet effektivt. Terapeutene trekker frem at fleksibiliteten i å kunne møte familiene der de er, har vært en stor fordel. For eksempel har de muligheten til å ringe en mor og si *“Vet du hva? Nå står vi utenfor, og vi tar den rusprøven selv om du er pjusk”*. Ved å ha rommet til å møte foreldrene i større grad utenfor kontoret har de mulighet til å sørge for at for eksempel rusprøver blir tatt, noe som kan ha en stor betydning for eksempel gjennomføring av samvær. Flere trekker frem at fleksibiliteten de viser overfor foreldrene kan være tillitsbyggende.

Terapeutene har fått tilbakemeldinger fra familiene om at tilnærmingen, med mer tid til å bli kjent og tilbringe tid sammen, skiller seg fra andre typer arbeid i barneverntjenesten. I

oppstartsfasen besøker de ofte familiene flere ganger i uken. En av terapeutene forteller dette:

“Ja, og vi får jo kanskje til, ja, vi kan ha treffpunkter når familien ønsker å ha treffpunkter, mot de andre, eller når du har ordinært tiltak så er det kanskje en gang i uka, eller en gang annenhver uke, at man møtes. Men så tror jeg det er kjempeviktig skifte det som skjer de første månedene. At: «nå er vi her på deres premisser, og snakker om det som dere vil.» Og gir de tilbake litt eierskap, i motsetning, eller det får man ikke gjort i den andre”

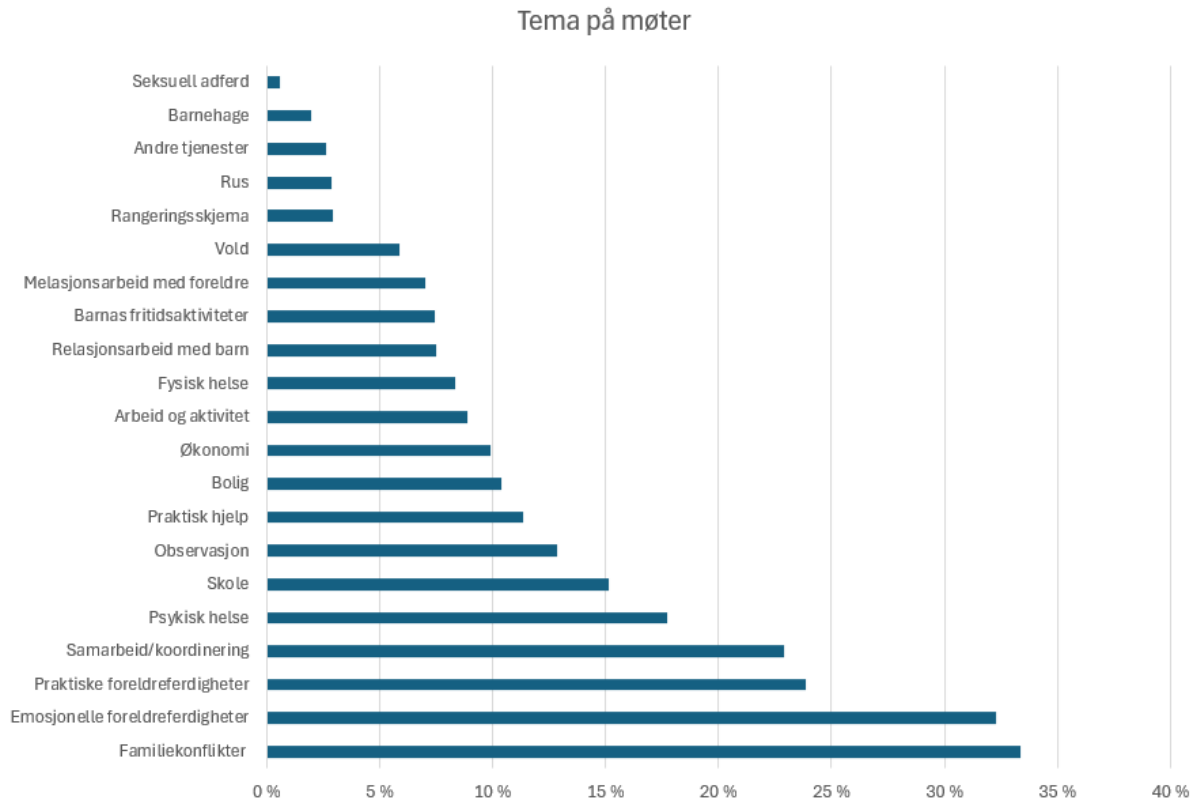
Dette sitatet fremhever viktigheten av denne tidsbruken og fleksibiliteten i arbeidet senere i prosessen. Det understreker også terapeutenes evne til å tilpasse seg familiens behov og skape et miljø der familiene føler eierskap til prosessen. Dette er en viktig faktor for å bygge sterkere forbindelser og fremme positive endringer.

Tabell 3: Deltakere i møtet

Hvem var til stede i tillegg til familiepartner	I prosent
Mor	52%
Far	26%
Barn	24%
Familiepartner	16%
Andre	23%

Ut fra det familiepartnerene har rapportert ser vi at det er mor som har vært til stede i størstedelen av møtene, i 52 % av møtene var det mor som var til stede, mens far og barn var ca like mye med i møtene. Dataene sier ikke noe om både mor og far var i bildet fra start.

Tabell 4: Tema på møter



Praktisk hjelp og samarbeid med andre instanser

I tiltaket er det fokus på å jobbe fleksibelt, som kan innebære å gi praktisk hjelp samt å organisere og være med i møter med andre instanser.

Terapeutene forteller at de ofte deltar på samarbeidsmøter med aktører som NAV, skolen og barnehagen. Tabell 2 og 4 viser også at en stor del av møtene som har vært samarbeid/koordinering. De forklarer at dette gir dem et bredere perspektiv på hva utfordringene i familien egentlig består av, samtidig som de fungerer som støtte for foreldrene. I noen tilfeller klarer ikke foreldrene å delta på møtene selv, og da møter terapeutene på deres sted. Terapeutene orienterer foreldrene både før og etter møtene,

med mål om at foreldrene gradvis skal klare å møte selvstendig i slike møter. I andre tilfeller er det familiene selv som ber terapeutene om å delta på møtene for å støtte dem.

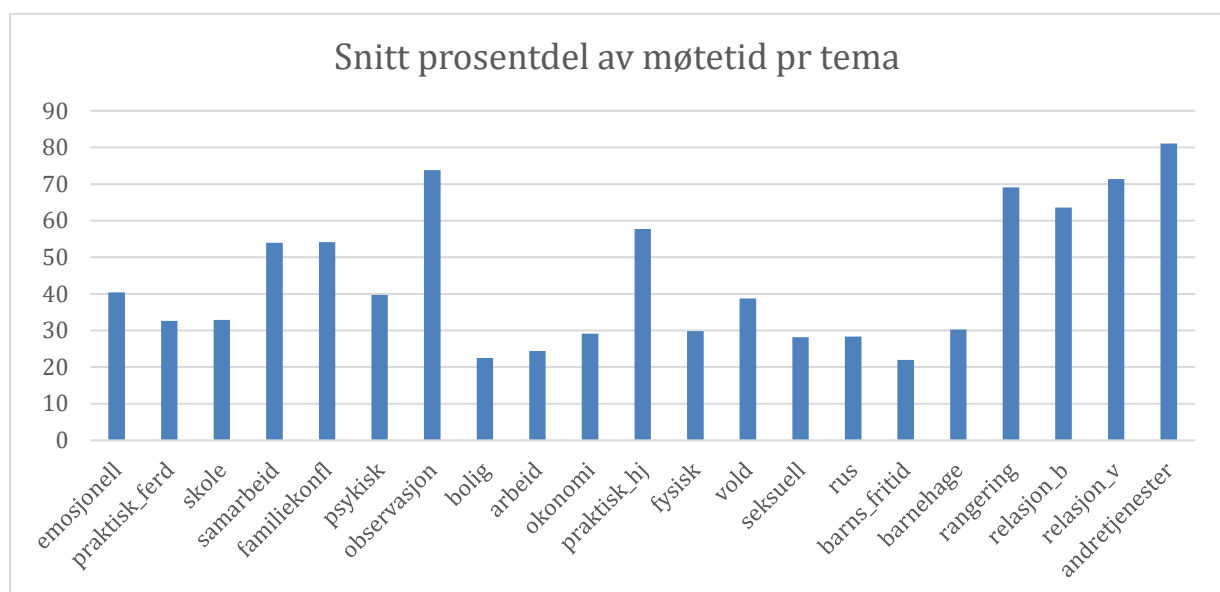
I familiepartner-modellen legges det stor vekt på å være tilgjengelig for familien og tilby praktisk hjelp, spesielt i startfasen. Tabell 4 viser at det er 13 % av møtene som har inneholdt praktisk hjelp. Tabell 5 viser at når praktisk hjelp var en del av møtet, bestod ca 55% av møte av praktisk hjelp. Terapeutene beskriver denne hjelpen som et tiltak som både bygger tillit og gir foreldrene en følelse av at prosessen er deres egen. Den praktiske hjelpen kan inkludere alt fra kjøring til og fra barnehagen, rydde opp i økonomien, til å hjelpe familien med å få kontakt med andre instanser. Av det som ble rapportert i registreringskjemaet var mye av den praktiske hjelpen utenfor hjemmet handling, og kjøring til og fra skole/barnehage. Flere av terapeutene har opplevd at de kan være med å "rydde unna" ting som stresser familiene, for så å komme i posisjon til å veilede på det som er barnevernets bekymring. Det kan være faktorer som helse, psykisk helse og økonomi. Dette kan være bakenforliggende årsaker, som gjør det vanskelig å veilede på for eksempel vold. En av terapeutene forteller at hun hjalp en å ringe til NAV boligkontoret, og at forelderen etterpå fikk startlån og kunne kjøpe noe eget. En forteller dette:

"altså, det er jo de færreste foreldre som utøver vold mot enten partneren sin eller barna sine fordi de har drit lyst. Det er ikke så mange sosiopater der ute som man skulle tro. Og veldig mange av, og det er en årsakssammenheng ofte, med stress, som er forbundet med alle de tingene som familiepartner skal jobbe med i starten uansett»

En av familiepartnerne forteller om at den praktiske hjelpen som ytes i tiltaket kanskje kan bli sett på som et kompensierende tiltak, altså at det dekker over for foreldrenes fungering. Noe som hun opplever at man ikke skal benytte seg av i særlig grad i barneverntjenesten. Terapeuten forteller at barneverntjenesten bruker veiledning som hovedtiltak, og at man gjerne avslutter i familier som ikke tar imot veiledning. Terapeuten forteller at det nå har blitt tydelig for henne at familiene som ikke klarer å ta imot veiledningen, gjerne har mye

stress av sosioøkonomisk karakter som gjør at de ikke klarer å nyttiggjøre seg av veiledningen. Hun forteller at når man får ryddet ting unna, så kommer man i posisjon til å veilede. Og at det i perioden familiepartner er inne kanskje kompenseres for manglende foreldreferdigheter, men at det jobbes med å utruste foreldrene til å bli mer selvstendige på sikt.

Tabell 5: Når et tema er en del av møtet, hvor stor del tar det av møtet



Tid til å “lene seg tilbake”

I håndboken for familiepartner er de tre første månedene en startfase og det er vektlagt at man i denne fasen skal vektlegge å bli kjent med familiene, tiltaket har også en lengre varighet og mer tid per familie enn det som er vanlig i barnevernstiltak. Terapeutene uttrykker at det å kunne bruke tid på å la familiene komme med egne tema og ikke umiddelbart sette i gang med tiltaksplanen, er en styrke. Særlig i møte med familier som kommer rett fra en undersøkelse, som kun er inne en kort tid før de vedtar om familien er i behov av tiltak eller ei, er det verdifullt å føle at noen har mer tid til å lytte. En av terapeutene hadde dette å si om å lene seg tilbake.

“Vi ser effekten av å ikke mene så mye i starten. Som vi gjorde litt med en mor også, jeg synes nesten vi holdt på å miste henne. Da ble vi bremset av leder: «Bare len dere

tilbake, bare vær der.» Og nå ser vi endring, hvor hun er virkelig, begynner å bli klar for veiledning og spør etter hjelp, og stiller spørsmål. Så det har effekt av å bare, ja, lytte til.”

Dette sitatet viser hvordan terapeuten opplevde det å ta seg tid i begynnelsen av prosessen. Det å gi rom for familiene til å uttrykke seg og å lytte aktivt kan føre til mer engasjement fra familiene over tid. Terapeutene erkjenner at denne metoden krever tålmodighet fra alle involverte, inkludert barneverntjenesten og familiene selv. Flere påpeker at det kan lett oppstå et inntrykk av at det ikke skjer noe konkret når en del av arbeidsmåten er å gå på turer og kaffebesøk. Terapeutene innrømmer at de selv også kan bli utålmodige, men understreker viktigheten av denne tålmodigheten for å bygge relasjoner. Flere trekker frem at det at de har tid til å være mer i familien, gjør at barna blir tryggere på dem, noe som gjør det enklere for dem å snakke om vanskelige temaer også.

Tiltakets avgrensninger i tidsbruk

Tiltaket er utformet som et intensivt tiltak. Terapeutene følger familiene svært tett opp i ni måneder. Tiltaket kan forlenges med tre måneder med behov, men etter det skal familiepartner tiltaket avsluttes. Flere trekker frem at dette gjør det forutsigbart for familien og for terapeuten selv. De forteller at er at familien skal være selvstendig innen den tid, Men at det i noen tilfeller har tatt lengre tid å komme i posisjon enn det de hadde sett for seg.

En annen avgrensning i tiltaket er terapeutenes arbeidstid. Terapeutene jobber alle innenfor en fleksitidsordning i kommunen, med kjernetid og muligheten til å jobbe lengre og så “flekse” en annen dag. Det er ikke lagt inn faste dager hvor terapeutene skal eller bør jobbe lengre. Det er forskjell i hvor fleksible de er utenfor kjernetid. Noen av dem har mulighet til å jobbe flere kvelder i uken, samt helg, mens andre har ikke muligheten til å jobbe så fleksibelt. Det er også forskjellig hvordan de forholder seg til å ta telefoner utenom arbeidstid. Noen opplever at det er nødvendig å kunne ta telefonen “når som helst” for å kunne følge opp familiene tett, mens andre opplever at det ikke er det. Noen forteller at det passer dem godt å kunne jobbe flere ettermiddager, hvor de da kan avspasere på et annet

tidspunkt, mens andre opplever at det må mer spesielle situasjoner til for at de skal jobbe ut over ordinær arbeidstid. En av terapeutene forteller om en mor som uttrykte frustrasjon over at all møtevirksomhet skulle skje på dagtid når hun var på jobb, når hun ikke har en arbeidsgiver som kan tilrettelegge for det. Tiltakets utforming legger opp til at det meste skal skje på dagtid da dette er den normale arbeidstiden i barnevernet, dette er interessant når flere av deltakerne er i jobb. Terapeutene forklarer at det er en variasjon blant familiene; noen foreldre er i arbeid, andre er det ikke. Det er også tilfeller hvor noen foreldre har blitt sykmeldt i perioder hvor interaksjonen med barnevernstjenesten har vært omfattende.

4.2 Relasjon

Viktigheten av relasjon for å arbeide med bekymringen

Relasjonsbygging er fremhevet av terapeutene som et av de viktigste elementene i deres arbeid og som en nødvendig forutsetning for å kunne utføre jobben effektivt. De deler at det å ha tid, være tilgjengelig og fleksibel styrker denne prosessen. En av terapeutene hadde dette å si om viktigheten av relasjon:

“For relasjonen har blitt viktigere, kanskje, for meg, enn når jeg jobbet som kontaktperson. Det var kanskje ikke like opptatt av det. Men nå føler jeg at den relasjonen er ganske avgjørende for hvilken vei vi klarer å komme.”

Terapeutene opplever at relasjonen de bygger med familiene skaper en gjensidig forståelse, hvor de opplever at mange av familiene forstår at terapeutene ønsker dem det beste. De har tid til å begynne med mindre følsomme temaer, samtidig som de alltid har med seg bekymringen i møte med familiene. Denne innledende relasjonen danner grunnlaget for terapeutene når de begynner med veiledning. På dette stadiet har terapeutene allerede et klarere bilde av hva som vil fungere for familiene og hvordan. En av terapeutene deler et eksempel på hvordan hun kunne utfordre en av deltakerne:

“Også kan vi faktisk si til denne mammaen, at: «Vet du, jeg kjenner deg såpas godt, at jeg vet at du takler denne utfordringen, så det er derfor jeg gjør det.» Så kan en smile og le litt av det. Men jeg tror ikke du kunne gjort det på samme måte når du ikke har den relasjonen, eller det fundamentet som vi får til med de tre månedene oppstartsfasen.”

Dette sitatet illustrerer hvordan den sterke relasjonen som er bygget i løpet av de innledende månedene, gir terapeutene muligheten til å utfordre familiene på en trygg og støttende måte. Det viser hvordan terapeutene bruker sin relasjonelle kunnskap til å tilpasse sin tilnærming, med hensyn til familiens unike behov og styrker.

Foreldrenes forventninger

Familieterapeutene forteller at foreldrenes forventninger har innvirkning på hvordan de får bygget relasjon. Flere av terapeutene forteller at foreldrenes tidligere erfaringer med barneverntjenesten kan gjøre det utrygt å ta imot tiltaket. De beskriver hvordan foreldrene ofte være kan redde for å slippe dem inn i livet sitt. Terapeutene forteller at det kan være spesielt vanskelig å komme i posisjon til å veilede i familier som har vært lenge i systemet. Noen terapeuter får også inntrykk av at enkelte familier ikke opplever at de har behov for hjelpen som tilbys, og kanskje har de sagt ja til tiltaket fordi de følte seg presset til det. En av terapeutene påpeker at det er stor kontrast mellom tiltaket og undersøkelsen i barneverntjenesten som noen av familiene nylig har vært gjennom. Hun forteller at inntrykket de har fra før fra barnevernstjenesten har vært:

“Få treffpunkter, raske konklusjoner. Ganske tydelige ut fra kort tid, tenker jeg. Som gjør jo at mange føler seg litt trampet på. Og ikke har man heller tid til å på en måte snakke med foreldrene rundt det man ser og vurderer og hører, hva foreldrene tenker rundt det, og gå i dialog rundt det. De rammene ligger ikke på den korte undersøkelsestiden heller. “

Noen av terapeutene undret seg over om tiltaket hadde passet bedre som et forebyggende tiltak utenfor barneverntjenesten, men var usikker på om de familien ville hatt nytte av det der. Terapeutene forteller også at navnet *familiepartner* er noe de opplever kan være til fordel. "Partner" bygger tillit på en annen måte enn kontaktperson. Det gir et bilde av at man er på lag og sammen om å møte utfordringene. Terapeutene forteller at de i noen tilfeller har måttet jobbe med foreldrenes forventninger knyttet til at de tenker at terapeutene skal fikse alt for dem, men at de skal gjøre det sammen og utruste foreldrene.

Å bygge relasjon med familiene i team

Et viktig funn er hvordan relasjonsbyggingen har foregått i de tilfellene hvor de har arbeidet i team. Terapeutene forteller at det i mange tilfeller har vært nytt og nyttig å jobbe relasjonelt i familiene i teamet. Teamarbeid har variert noe avhengig av blant annet saksmengde og fravær, for eksempel på grunn av studier eller sykdom. Terapeutene beskriver også hvordan teamarbeidet har vært avgjørende for å håndtere arbeidsbelastningen og sikre grundighet i arbeidet.

Teamarbeidet blir både løftet frem som en styrke og en utfordring i relasjonsarbeidet. Utfordringer kan oppstå innad i teamet dersom teammedlemmene jobber eller tenker ulikt, men samtidig blir dette sett på som en styrke, da det gir familien flere perspektiver å dra nytte av. Det kan bli tendenser til at en får mer praktisk ansvar, og et mer veiledningsansvar. Terapeutene nevner også at de noen ganger har vært strategiske i relasjonsbyggingen, hvor de har sett det nødvendig at én terapeut har tatt rollen som "bad guy", slik at den andre kunne bygge en sterkere relasjon som de senere kunne videreutvikle. I tillegg gir teamarbeidet dem muligheten til å dele opp hjemmebesøkene, der én terapeut kan tilbringe tid med barna mens den andre snakker med de voksne. Dette bidrar til at de opplever at hjemmebesøkene blir meningsfulle for alle involverte.

Kjemi

Et annet interessant funn i studien er at relasjonsbygging ikke bare handler om tilgjengelighet og fleksibilitet, men også om kjemi. Det vil si, det personlige forholdet

mellom terapeut og familie, og hvordan deres individuelle personligheter samhandler. De forteller at hvem man møter og hvem man er selv, har en rolle i å forme denne kjemien. Samtidig gis det uttrykk for at kjemi kan jobbes frem. En av terapeutene uttrykte dette:

“Men så tenker jeg, kjemi handler jo noen ganger om det med å være på tilbudssiden overfor et annet menneske, hvis man er var på hvem de er, prøver å bli kjent med dem, bjude litt på seg selv, så er det større sjanse for at det blir kjemi, enn hvis man sitter der og skal veilede.”

Dette sitatet antyder at kjemi ikke nødvendigvis er en umiddelbar 'gnist' som er til stede fra starten, men snarere noe som kan utvikles og styrkes over tid. Ved å være oppmerksom på familiens behov, prøve å bli kjent med dem, og være villige til å dele litt av seg selv, forteller terapeutene at de øker sjansen for å få kjemi. Terapeutene erkjenner imidlertid at det er noen familier de har en naturlig bedre kjemi med enn andre.

4.3 Terapeutens ferdigheter

Flere terapeuter nevner at faktorer som tid og fleksibilitet muliggjør et relasjonelt arbeid med familiene. Samtidig understreker terapeutene det at dette arbeidet krever betydelige relasjonelle ferdigheter fra terapeutens side. I et av fokusgruppeintervjuene blir det snakket om hva som kreves av terapeuten for å jobbe så tett og relasjonelt i familiepartnerprosjektet, om det bare trengtes relasjonelle ferdigheter eller noe mer.

“Satt litt på spissen, så oppleves det kanskje litt som om hvem som helst kan gjøre det. Hvis du tenker at du har en grei relasjonell kompetanse. Hvis du har en form for oppskrift som går på hyppighet på kontakt og sånne ting. Det er ingen verktøy eller veiledningsmetoder. Det blir veldig opp til hver enkelt. Og det er ikke sikkert at det er noe negativt. Men kanskje litt uvant.”

Likevel understrekes det at det ikke bare handler om å være sosialarbeider eller barnevernspedagog. Man må også være dyktig i å etablere og vedlikeholde relasjoner med familiene. En av terapeutene fortalte på spørsmål om det var sånn at hvem som helst kunne gjøre dette, svarer terapeutene at det ikke er sånn. De forteller at det blant annet er veldig

viktig med erfaringen fra barnevernstjenesten fra før. Flere forteller at de gjerne skulle hatt mer kunnskap og for eksempel vært psykolog, eller at de er opptatt av å hele tiden lære seg mer innenfor feltet. Tabell 4 viste at de temaene som gikk mest igjen i møtene var familiekonflikt, emosjonelle og praktiske foreldreferdigheter.

Å sjonglere relasjonsbygging og bekymringer

Terapeutene beskriver en interessant dynamikk når det gjelder terapeutenes rolle i forhold til familiene. Terapeutene opplever at det kan være utfordrende å balansere mellom å være tett på familiene og samtidig formidle bekymring. De forteller at det krever at de er tydelige, ærlige og redelige i sin kommunikasjon. Det blir nevnt at det er krevende å opprettholde bekymringen samtidig som man streber etter å opprettholde relasjonen, spesielt med familier der man har jobbet hardt for å bygge en sterk relasjon. Terapeutene beskriver dette som en dobbeltrolle, hvor de på den ene siden skal bygge tillit og relasjon, mens de på den andre siden bærer med seg barnevernets bekymring og et element av kontroll. En terapeut uttrykte det slik:

“Jeg tenker du skulle være ganske trygg i deg selv for å gå så tett på relasjonelt i familier. Skulle få god tillit, jobbe mye med relasjon, by på seg selv, tørre å være sårbar, fortelle at: «åh, dette ble vanskelig for meg, jeg ble usikker når du sa, det og det, ikke sant? Det merket du usikkert, hvordan var det for deg?» Og så tenker jeg at man må by veldig på seg selv og likevel skulle kunne formidle alvorlighetsgrad, at barnet ditt kan ikke ha det sånn som det.”

Dette sitatet fremhever terapeutens behov for å være trygg i seg selv for å kunne bygge sterke relasjoner med familiene, samtidig som de formidler alvorlige bekymringer.

Terapeutene forteller at det er krevende, men også givende å jobbe på denne måten. Dette sitatet bekrefter utfordringene med å balansere mellom å gi omsorg og formidle bekymringer, spesielt når terapeutene har blitt godt kjent med familiene.

Teknikker og ferdigheter:

Terapeutene i studien innehar en variert verktøykasse av teknikker, metoder og ferdigheter. Blant disse nevnes COS-P, Tuning into Kids, Brøsetmodellen, ICDP og sinnemestring som noen av de metodene terapeutene har erfaring med. Noen av terapeutene uttrykker overraskelse over at de ikke ble bedt om å følge en ny modell i dette tiltaket slik de først hadde antatt. Noen av dem uttrykte savn etter strukturen en konkret modell gir. En terapeut deler sine tidligere erfaringer med å bruke COS-P:

” Og den strukturen, jeg har jo likt å følge den mange ganger, i hvert fall når man har mulighet til å tilpasse den, men at det har ligget som et bakteppe, for når det ikke er noen struktur, når man tar det litt sånn ... Jeg kan bli usikker på hva vi egentlig driver med”

Dette sitatet indikerer at metoder kan gi en følelse av trygghet for terapeuten; de gir en ramme og en måte å "måle" familiens utvikling på. Uten en slik strukturert tilnærming, kan terapeutene føle at de hopper fra det ene til det andre. Likevel, andre uttrykte at det ikke nødvendigvis er et enten-eller-scenario, at man har kunnskapen til å velge det riktige verktøyet når man kommer inn i arbeidsfasen.

Det er en viss uklarhet blant terapeutene om de kan bli kjent med familiene først, for så å bruke en egnet metode som de føler seg trygge på, kontra om de oppfatter at de ikke kan bruke en bestemt metode. Det ser ut til at de allikevel trekker på sin kunnskap fra ulike metoder i arbeidet med familiene, men at dette i varierende grad er knyttet opp mot et metodeforløp. Flere nevner at de savner en metode, at de opplever at de med en metode kunne jobbet mer strukturert og at de har endt opp med å bruke en metode eller elementer fra en metode de kjente til fra før. Dette antyder et ønske om mer struktur i tilnærmingen til arbeidet, men også en evne til å tilpasse og bruke tidligere erfaringer når det er hensiktsmessig.

4.4 Nytte av tiltaket

Familiepartnerne opplever at tiltaket har hatt ulik innvirkning på familiene, avhengig av hvor mye innpass de har fått hos dem. De forteller om familier hvor de har fått lite innpass, og hvor familiene kanskje ikke helt forstod hvorfor de skulle ha tiltaket, i noen tilfeller var det også så høy bekymring at man ikke fikk jobbet mye før det ble fattet vedtak om å flytte barna og fremmet sak om omsorgsovertakelse. Familiepartnerene forteller for det meste om at de erfarer at familiene har god nytte av tiltaket:

“Det som har overrasket meg, imponert meg mest, er hvor selvstendig de har blitt. Til å begynne med så hadde de ikke oversikt over hvor mye lån de hadde, hvor mye de skyldte her og der, åpnet ikke posten engang, ingenting. Til å nå ringe og si at: «Du, vi var på NAV i går og ordnet.»”

En annen bemerkning handler om betydningen av foreldreutvikling for barnas beste. Flere påpeker at de ser at barna forandrer seg når foreldrene forandrer seg, i noen tilfeller trenger ikke foreldrene så mye veiledning, etter at de har ryddet unna en del av det stresset de har stått i, så blir det også bedre for barnet. Samtidig har noen av familiepartnerene en anerkjennelse av at selv om tiltaket er forebyggende og kartleggende, er det ikke alle som er klare til å stå på egne bein etter et år med familiepartner, men man har likevel sett betydelig fremgang, og man har i stor grad kartlagt godt slik at man kobler på riktige instanser videre.

Til slutt vil jeg trekke frem at familiepartnerne viser stor tro på å jobbe på denne måten. Det sies at denne arbeidsmåten er “løsningen på alt”. Og at familiepartnerene antar at det er mange andre som kunne tenke seg å jobbe på denne måten. En av dem forteller at det er høy turnover på kontaktpersonstillinger, men at det er mer stabilt på familieveileder deler av tjenesten. Dette blir trukket frem som en lignende arbeidsform som mange tror at familieveiledere kunne tenkt seg å jobbe med.

5 Diskusjon

5.1. Relasjon som suksessfaktor

Relasjon trekkes frem av terapeutene som avgjørende for å få til endring hos familiene de hjalp. Terapeutene forklarte at relasjon førte til at familiene har mer tillit til dem, slik at de er mer åpne for å bli utfordret. Det at familiene forstår at terapeutene vil dem vel, trekkes frem som viktig. Dette vises også igjen i litteraturen om fellesfaktorer. En av Frank og Franks fire sentrale fellesfaktorer for hva som virker i terapi er et følelsesmessig ladet, tillitsfullt forhold til en hjelper (1993).

I den terapeutiske pyramiden sees terapeutisk allianse som en viktig byggestein, som igjen er avhengig av terapeutens væremåte. Relasjonsbyggingen er altså avhengig av terapeutens væremåte og de er begge viktige faktorer for effektiv terapi (Fife et al., 2014).

Familiepartnerne trekker frem det å ha tid til å «lene seg tilbake» som en virkningsfull faktor i arbeidet. Det har vært fokus i tiltaket på at de, særlig i den første fasen, ikke skal komme med så mange innspill, men fokusere på relasjonsbygging. Denne tilbakelelte holdningen eller ikke vitende-posisjonen, forstår jeg som en del av terapeutens væremåte. Som er holdningen terapeuten uttrykker i øyeblikket mot klienten som innebærer at klienten føler seg verdsatt og som åpner for å få frem ekspertisen familien selv har på sitt eget liv (Anderson & Goolishian, 1992; Fife et al., 2014).

Terapeutene gir uttrykk for at det har vært uvant å ikke mene så mye i begynnelsen, og de har noen ganger trengt påminnelser for å holde på den tilbakelelte holdningen. Dette viser at væremåten også er et bevisst valg og ikke bare en spontan holdning (Fife et al., 2014).

Martin Buber (1958) understreker at det er flere ting som kan spille negativt inn på terapeutens væremåte. Makt er en av disse faktorene. Makten kan fremme en tendens til å se sitt eget perspektiv som korrekt, og dermed betrakte den andre som et middel for å

oppnå målet, slik at det blir en «jeg-det» relasjon. Her dukker det opp et spenningsfelt i måten tiltaket er bygd opp. Terapeuten er både terapeut, men og ansatt i barnevernet, og må «holde på bekymringen» som en terapeut omtalte det som. Terapeutene forteller at noen i både familiene som har hatt langvarig kontakt med barnevernet og de som nylig har gjennomgått en tre-måneders undersøkelse, har hatt negative erfaringer som påvirker deres oppfatning av tiltaket Familiepartner. Førsteintrykket kan ses på som en fellesfaktor, som kan avgjøre om det som skjer videre i terapien blir virkningsfullt. Førsetintrykket er og et kritisk punkt i terapi, hvor mange faller av etter først møtet (Wampold, 2015). Opplevelsen foreldrene har barneverntjenesten kan påvirke deres førsteintrykk av terapeuten. I de tilfellene hvor man ikke har kommet forbi førsteintrykket, har det ifølge terapeutene vært vanskelig å komme i posisjon til å gi et effektivt tiltak. I dette tiltaket har man tatt seg tid til å vente litt på de familiene som ikke har ønsket hjelpen, men vært tilgjengelig for familien når de tar kontakt. Dette kan også forsås inn som en del av terapeutens væremåte, og en måte å gi fra seg noe av makten i forholdet, ved at familiene får bestemme når de ønsker tiltaket. Kjemi ble også fremhevet som en faktor som kunne gjøre relasjonsbyggingen lettere. En av familiepartnerne påpekte at god kjemi kanskje også kan være noe man aktivt jobber for å skape, mens det i andre tilfeller kan oppstå naturlig.

Fleksibilitetens og tilgjengelighetens rolle i den terapeutiske alliansen

Den terapeutiske alliansen handler om arbeidsforholdet mellom klient og terapeut (Fife et al., 2014). Funnene kan tyde på at det i mange tilfeller har vært gode terapeutiske allianser mellom terapeuter og familier. Terapeutene har løftet frem at fleksibiliteten i tiltaket har vært viktig i relasjonsarbeidet med familiene. Fleksibiliteten kan sees på som en døråpner for, og en brikke i den terapeutiske alliansen. Fleksibilitet er en del av rammene for tiltaket familiepartner, men er samtidig en personlig egenskap som positivt påvirker den terapeutiske alliansen (Fife et al., 2014). Tiltakets rammer fordrer at terapeuten klarer å tre inn i en fleksibel rolle. I miljøterapi stilles det krav til at terapeuten byr på seg selv, noe vi ser at også terapeutene i studien har måttet gjøre. Innen miljøterapi-retningen vil ikke det å bry seg og være anerkjennende være en innlært teknikk. Men det handler om iboende

kvaliteter hos terapeuten som person og hvor vidt terapeuten byr på seg selv og er genuin i relasjonen (Lindeman & Lorås, 2024). Det hadde vært interessant å se om personer som søker seg til en slik stilling, som i dette tiltaket, er mer fleksible og håndterer det bedre enn andre, eller om terapeuter flest klarer å håndtere en arbeidsmetode som i stor grad handler om å lene seg tilbake og følge familiens signaler fremfor å følge manualer.

Terapeutene trekker frem at den praktiske hjelpen og fleksibiliteten i hvor man møtes, særlig i hjemmet, har hatt stor betydning i arbeidet. Når terapeutene fritt kunne velge møteplass, ble kun 27 % av møtene holdt på kontoret, mens 63 % foregikk i hjemmet eller andre steder, og de resterende 10 % av kontakten ble gjennomført over telefon. Hva er det som skjer når stedet og hjelpen endres bort fra råd og veiledning på et barnevernskontor? Det å kunne gjøre møtene mer uformelle og tillitsvekkende. Det å skape et miljø hvor klienten opplever tillit til terapeuten. I tillegg vil det å delta på hjemmebane over tid gi terapeut og familiene felles erfaringer kunne gi et terapeutisk klima, eller et terapeutisk miljø, som kan gjøre at man kan bygge en terapeutisk allianse (Frank & Frank, 1993; R. Sundet, 2016).

Terapeutenes erfaringer med den praktiske hjelpen de har gitt, har vært at det har ryddet unna stress og bekymringer som familien har hatt, og at dette har gitt rom til å jobbe med andre ting. De sammensatte utfordringene foreldrene har hatt, kan ha påvirket foreldrenes evne til å støtte barnas utvikling (Ljones et al., 2019). I tillegg kan det ha bidratt til at familiene føler at prosessen er deres egen. I egenrapporteringen til terapeutene ser man at 13 % av møtene inkluderte praktisk hjelp. Slik jeg tolker det, har man som terapeutene også har vært inne på, lagt bort tiltaksplaner og begynt med å lage noen felles mål. Enighet om mål i terapien er viktig del av en terapeutisk allianse (Bordin, 1979). I noen tilfeller opplevde terapeutene at etter å ha ryddet unna ting som stresset familien, hadde familiene ikke like stort behov for veiledning. I andre tilfeller kom man i en bedre posisjon til å veilede når relasjonen var bygget opp. Dette kan tale for at den terapeutiske alliansen er det som har vært virkningsfullt i tiltaket, ikke nødvendigvis den spesifikke praktiske hjelpen eller

møtestedet, men at man har ved å være på familiens arena og på deres premisser laget en terapeutisk allianse ved å bli enig om målene. Den terapeutiske alliansen vil ifølge fellesfaktorteorien være noe av det som gir tiltaket mest effekt (Cuijpers et al., 2019). Samtidig kan det se ut til at et forebyggende tiltak i barneverntjenesten kan ha noen hindre for å bygge en terapeutisk allianse, og at det fordrer noe ekstra innsats fra terapeutens side for å bygge denne relasjonen. Om det er praktisk hjelp eller noe annet vil ifølge fellesfaktoren være av mindre viktighet, da det underliggende er at innsatsen bygger terapeutisk allianse.

Fleksibiliteten trekkes frem som en virkningsfull faktor, som jeg har forstått som en åpner til terapeutisk allianse. Hvor fleksible terapeutene var utenfor kontortid, både med tanke på møter og telefonkontakt, varierte. Det kan stilles spørsmål ved om deltakerne i studien i realiteten har fått to ulike tiltak – noen med en terapeut som er tilgjengelig 24/7 og noen med en terapeut som er ledig innenfor kontortid.

Fellesfaktorer i familiebehandling

Noen av funnene kan forstås i lys av fellesfaktorer som er spesifikke for familierapi, og at disse er virkningsfulle i tiltaket. Det å møte flere i familien og familiens nettverk vil kunne bygge utvidet terapeutisk allianse. Den utvidede terapeutiske alliansen har dermed blitt bygget i samarbeid mellom to terapeuter og familien som helhet og enkeltpersoner. For at dette skal være virkningsfullt er det viktig å balansere relasjonsbyggingen (Sexton et al., 2004). Det at terapeutene forteller at de har vært strategiske i møte med familiene på hvordan de går inn som team kan være en måte de har balansert relasjonene i den utvidede terapeutiske alliansen. I de kvantitative dataene kommer det frem at mor har deltatt i samtalerne dobbelt så ofte som far og barn, men uten detaljert informasjon om familiesammensetningen er dette usikre tall. En risiko med en utvidet allianse er at terapeuten kan komme til å bygge en tettere relasjon med én part, noe som kan være en utfordring her, da mor ofte er den som er mest til stede. Det kommer ikke frem av intervjuene om dette har vært en utfordring for terapeutene.

Terapeutene erfarer at det har vært nyttig å samarbeide med andre instanser for å få fremgang. De kvantitative dataene og det terapeutene selv forteller, viser at terapeutene og familiene har samarbeidet med mange instanser. Skole, barnehage og SFO har vært de arenaene hvor terapeutene har rapportert at de har hatt flest møter. Det har også vært en stor andel møter med andre kommunale instanser. Dataene går ikke i dybden på hva disse møtene har inneholdt, terapeutene har forklart at de har hatt ulike roller i disse møtene med de ulike familiene, alt etter hva familiene har hatt behov for. Samarbeidet med andre instanser rundt familien og barnet kan forstås som det «utvidede direkte behandlingssystemet» (Sexton et al., 2004). Terapeutene uttrykte at de får en større forståelse av situasjonen ved å delta i ulike møter, og det kan tenkes at ved å utvide behandlingssystemet til å inkludere mer enn bare barnet eller familien, øker sjansene for å lykkes. Familiepartnerne gav også uttrykk for at de så endring hos barna når foreldrene endret seg, noe som kan forstås ut fra den systemiske tankegangen i familiebehandling i det utvidede direkte behandlingssystemet, hvor man ikke ser utfordringene som individuelle, men som en del av et system som også bare kan endres gjennom det utvidede direkte behandlingssystemet.

5.2 Bruken av verktøy og metoder i tiltaket

Verktøy og metoder er en del av fellesfaktorteorien, men alene forklarer de ikke effekten av terapi. For at verktøy og metoder skal ha terapeutisk effekt, må de være relevante for situasjonen og tilpasses familienes spesifikke behov. Terapeutens faglige skjønn blir derfor avgjørende for å identifisere hvilke teknikker og metoder som passer til de ulike tilfellene (Fife et al., 2014). Familiepartner-metoden omtales som en omstrukturering av ressurser fremfor en konkret metodikk (Tøge et al., 2023). Likevel legger den vekt på en faseinndeling som en stor del av tilnærmingen, med en startfase på tre måneder, en arbeidsfase på tre til seks måneder, og en avslutningsfase på tre måneder. Tiltaket er mest intensivt i starten, med mer fokus på praktisk hjelp i den fasen, men gir ingen føringer for hvilke verktøy terapeutene skal bruke. Familiepartner har heller ikke en manual med konkrete instruksjoner for intervensjoner; i stedet bygger tiltaket på teorier som Banduras mestringstro, Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell og Ablons teorier om barn og læring. Dette gir

et teoretisk rammeverk, men ingen detaljerte instruksjoner for hvordan terapeuten konkret skal arbeide med familiene.

Denne åpne tilnærmingen gir terapeutene frihet til å velge metoder, men kan også skape usikkerhet rundt hva som forventes. Funnene viser at flere terapeuter etterlyser tydeligere rammer, for eksempel i form av en manual. Samtidig viser resultatene at terapeutene aktivt benytter metoder i arbeidet sitt, ofte modeller de allerede kjenner, som COS-P, Tuning into Kids og ICDP. Når enkelte terapeuter savner en spesifikk metode, kan det tolkes som et tegn på at teknikker og ferdigheter kanskje har større betydning enn det fellesfaktorteorien antyder. Eller så kan det skyldes at repertoaret av verktøy hos terapeutene ikke var stort nok til å fullt ut utnytte fellesfaktorene? I intervjuene var fokuset imidlertid først og fremst på relasjon, med mindre vekt på hvilke metoder som ble brukt. Dette kan ha vært et bevisst eller ubevisst valg fra intervjuernes side for å fremheve møtenes innhold og relasjonens betydning.

En fordel med den åpne strukturen er at terapeutene kan benytte et bredt spekter av metoder, tilpasset hver families behov. Flere informanter uttrykte at denne fleksibiliteten gjør at de føler seg bedre rustet til å hjelpe enn i tidligere stillinger i barnevernet. Samtidig kan fleksibiliteten gjøre det vanskelig å sikre konsistent kvalitet og måle effekt på tvers av terapeuter, da tiltaket gir rom for betydelig variasjon (Malmberg-Heimonen & Tøge, 2022). Terapeutens bakgrunn kan påvirke hvilke teknikker de anvender og dermed også resultatene familiene opplever. Dette gjør det utfordrende å isolere hva som bidrar mest til tiltakets effekt – er det fellesfaktorer som terapeutisk allianse eller spesifikke teknikker? Det er også mulig at terapeutene har benyttet seg av miljøterapi som terapiform, men det har jeg ikke data nok som kan bekrefte eller avkrefte det. Det vil i så fall resonere med fokuset på relasjonsarbeid. Terapeutene legger stor vekt på at relasjonen er en vesentlig faktor for effekten av tiltaket. I lys av fellesfaktorteorien er fellesfaktorer avgjørende for vellykket terapi, men de kan ikke ses isolert fra metoder og verktøy. Det er samspillet mellom disse elementene som skaper terapeutiske resultater. Å unnlate bruk av spesifikke metoder kan

også hindre at fellesfaktorene utnyttes fullt ut, siden teknikkene, ifølge fellesfaktorteorien, bør understøtte de relasjonelle aspektene i terapien (Fife et al., 2014; Wampold, 2015).

Terapeutene uttrykte at det noen ganger opplevdes som at hvem som helst med god relasjonskompetansen kunne utført dette arbeidet. Samtidig ble det påpekt at erfaring fra barnevernet var svært nyttig, og at det var krevende å være så tett på familien og samtidig formidle tydelige bekymringer underveis. Kanskje relasjonsbiten ikke har vært krevende, men det å stå i en dobbeltrolle som hjelper og kontrollør? Dersom det stemmer kan en tenke seg at et tiltak løsrevet fra barnevernet kunne hatt god effekt – da man ikke står i dobbeltrollen (Skau, 2013). Samtidig kommer da spørsmålet om frivillighet inn – vil familiene ha hjelp, eller deltar de fordi de må? Da er man igjen avhengig av dobbeltrollen for å få til tiltaket. I Familiepartner får terapeutene også anledning til å arbeide på familienes hjemmebane og på ulike arenaer i deres liv, noe som gir en utvidet dimensjon til den terapeutiske alliansen ved å inkludere miljøfaktorer som påvirker familien. Denne tilgangen til flere kontekster gjør det mulig å intervensere i det utvidede behandlingssystemet, som i mange tilfeller kan være ressurskrevende å realisere innenfor rammene av ordinær barnevernoppfølging. Ved å arbeide i familiens naturlige omgivelser og delta i samhandling med deres nettverk, får terapeutene rom til å bygge en mer helhetlig og relasjonell terapeutisk allianse som mulig kan øke effekten av tiltaket.

Terapeutene er som tidligere nevnt utvalgt med bakgrunn i sin kompetanse og erfaring, uten at det har vært krav til at de alle må beherske en eller flere spesifikke metoder. Størstedelen av temaer i møte med foreldrene var praktiske foreldreferdigheter, emosjonelle foreldreferdigheter og konflikter- i tillegg til en stor variasjon i andre temaer- fra vold til seksuelle temaer. Det hadde vært interessant og visst enda mer om terapeutenes utgangspunkt- er det deres kompetanse og interessefelt også førende for temaene i møtene? Selv om terapeutene legger stor vekt på betydningen av relasjonen, er det tydelig at de bringer med seg en omfattende faglig bakgrunn, noe som blir sett på som en forutsetning for å kunne veilede familiene på de temaene de møter i tiltaket. Utvalgskriteriene for familiepartnerne reflekterer dette, da det stilles krav om betydelig

fagkunnskap for å kunne håndtere de ofte komplekse utfordringene som er knyttet til barnevernsarbeid. Temaene som behandles i familienes oppfølging, som emosjonelle og praktiske foreldreferdigheter, krever både faglig kompetanse og erfaring for å kunne gi konstruktiv veiledning. Selv om man kan se det som at fellesfaktorene er virkningsfulle i tiltaket, betyr ikke det at det er bare å møte opp og være hos familiene. Det er tydelig at terapeutene har hatt nytte av tidligere erfaring. Og at det er et poeng at terapeutene har mye kompetanse innen slikt arbeid. Derfor kan de benytte verktøyene mer effektivt (Fife et al., 2014; Wampold, 2015).

Relasjonen trekkes frem som en nøkkelfaktor for å oppnå endring i arbeidet med familiene. Relasjonelle ferdigheter er både noe man kan ha naturlig, men som også utvikles gjennom studier og yrkeserfaring. Ved rekrutteringen av familiepartnere har man allerede satt en standard som antyder at ikke hvem som helst kan lykkes med dette endringsarbeidet. Familiepartnerne følger ingen spesifikk metode, men står fritt til å velge og tilpasse til den enkelte familie, noe som også ligger på det øverste nivået i den terapeutiske pyramiden. Familiepartnerprosjektet kan dermed se ut til å være en tilnærming som baserer seg på fellesfaktorer i arbeidet med familiene.

5.3 Familiepartner i debatten om evidensbasert praksis

Familiepartnertiltaket kan plasseres inn i en større faglig debatt som handler om EBP i barnevern. I EBP er det sentralt å kunne påvise at tiltaket er effektivt, med RCT som gullstandard. EBT er ofte assosiert med manualer, men trenger ikke være det (Addis et al., 1999), derfor trenger ikke det at familiepartner ikke har manualer bety at det ikke kan være EBP. Samtidig vil det at det ikke har manualer kunne gjøre det vanskelig å måle tiltaket, da terapeutene får bruke de metodene de ønsker.

På den ene siden kan det å måle tiltaket si noe om hva som skjer når erfarne barnevernsansatte får tid og rom til å praktisere det de mener er godt barnevernsarbeid. Dette kan ses på som en måte å møte kritikerne av EBP på. EBP blir kritisert for å true sosialfaglig skjønn og tradisjonelle praksiser. Men i Familiepartner får man rom til å bruke skjønn og de praksisene man ønsker. Dette kan sees i sammenheng med en av

tilnærmingene innenfor EBP: den kritiske vurderingstilnærmingen. Denne retningen ligner det Sackett et al. (2001) beskrev det hvor sosialarbeideren selv skal vurdere den best tilgjengelige forskningskunnskapen, klientens verdier og preferanser, samt sosialarbeiderens kliniske ekspertise. Resultatene i denne studien har ikke vist tydelig at terapeutene har vurdert ulike kunnskapskilder for å komme fram til best mulig intervensjon for familiene, slik det blir beskrevet i den kritiske vurderingstilnærmingen. Annen forskning støtter også opp om at norske sosialarbeidere i mindre grad benytter forskning i praksis (Finne et al., 2022). Den kritiske vurderingstilnærmingen stiller høyere krav til vurdering av forskning enn kun å velge den metoden man tror fungerer, her er det en mer helhetlig prosess hvor man vurderer klientene opp mot tilgjengelig kunnskap (Finne & Malmberg-Heimonen, 2023). Jeg finner ikke i dataene at dette har vært en del av terapeutenes arbeidsmetoder. Tvert imot har det kommet til uttrykk et ønske om at prosjektet skal gi dem manualer å jobbe etter, noe som leder oss mot den andre retningen innen EBP.

Resultatene indikerer at terapeutene benytter metoder de allerede har kjennskap til og vet er evidensbaserte. Både PMTO, ICDP og andre metoder har blitt effektstudert i Norge og regnes av flere som evidensbaserte (Kvelling, 2019; Martinsen, 2012). Kritikken mot retningslinjetilnærmingen er at man ikke har en kritisk tilnærming til kunnskap og til de unike faktorene ved klientene (Finne & Malmberg-Heimonen, 2023). Denne utfordringen kan også være til stede i Familiepartner, ved at man risikerer å benytte metoder som har vist god effekt i studier, men som ikke nødvendigvis passer som tilnærming for den familien man møter. Problemet er også at det er svært vanskelig å måle effekten av disse modellene (Malmberg-Heimonen & Tøge, 2022). Samtidig vil fellesfaktorteorien argumentere for at det ikke utgjør en signifikant forskjell hvilken metode som brukes, så lenge terapeutens væremåte er slik at man får bygget en terapeutisk allianse. Terapeutenes arbeid heller noe mot retningslinjetilnærmingen i EBP, der sosialarbeideren i større grad støtter seg på vurderinger og retningslinjer fra eksperter enn den kritiske vurderingstilnærmingen. Dette da terapeutene bruker metoder de har med seg fra tidligere arbeid. Samtidig kan resultatene indikere at terapeutene lener seg mer mot en slags fellesfaktorteori hvor

bygging av relasjon er sentralt. Et alternativ er at terapeutene (eller noen av terapeutene) i prosjektet ikke har vært opptatt av hvilke metoder som er mest evidensbaserte, men at de har drevet tradisjonelt sosialt arbeid med bruk av eget profesjonelt skjønn. Eventuelt har de gjort en blanding av EBP, erfaringsbasert praksis og metoder støttet av forskning (men uten en kritisk vurdering av om metoden passer i den konkrete saken). Dersom dette er tilfelle, samsvarer det med annen forskning som har vist at sosialarbeidere i en spesifikk studie (30 stk.) skiller lite mellom de tre praksisene (Finne, 2020).

Implikasjoner for en større RCT

Dersom RCT-piloten viser at Familiepartner har god effekt, og en større RCT-studie bekrefter dette, kan man få et tiltak som er evaluert etter gullstandarden innen forskning, men uten at man benytter seg av evidensbasert metodikk i tiltaket. Med det mener jeg at man ikke systematisk vurderer hvilke verktøy og metoder som skal brukes i hver familie etter EBP-tankegang. Det vil da være opp til RCT-en å drøfte hva effekten kan skyldes – strukturen på tiltaket eller terapeutenes bruk av metoder – eller helt andre ting. Familiepartner som tiltak reiser også spørsmål om hvorvidt fellesfaktorteori utgjør en underliggende byggestein. Tiltaket legger stor vekt på terapeutens rolle, relasjonen mellom terapeut og familie, og den terapeutiske alliansen, fremfor spesifikke, manualbaserte teknikker. En kommende RCT-studie kan kanskje dokumentere at tiltaket er mer effektivt enn andre, men sett fra et fellesfaktorperspektiv kan det hevdes at tiltakets effektivitet først og fremst ligger i vektleggingen av faktorer som terapeutens væremåte og den terapeutiske alliansen med familien.

Spørsmålet blir da om man vil kunne måle effekten av tiltaket og fastslå hva som er virkningsfullt. Det kan være utfordrende å forske på et tiltak der terapeutene benytter ulike metoder. Hva er det som gir effekt? Fellesfaktorene eller metodene? En mulighet kan være å undersøke om det er en sammenheng mellom hvilken terapeut som har familier som opplever størst bedring. Dersom det viser seg at enkelte terapeuter konsekvent oppnår bedre resultater, kan man lage en hypotese om at de spesifikke metodene de bruker gir effekt. Samtidig vil det være vanskelig å utelukke at terapeuten også drar nytte av

fellesfaktorer, eller at det er faktorer ved klienten som bidrar til effekten. Terapeutenes måte å levere tiltaket på fremstår i oppgavens funn som avgjørende, hvor væremåte og terapeutisk allianse er sentrale byggesteiner. Måten vi måler tiltaket på avhengig av terapeutenes rapportering. Kanskje ville observasjon av tiltaket ha avdekket andre aspekter?

6. Avslutning

Denne studien har vist at terapeutene trekker frem faktorer som har likhetstrekk med fellesfaktorer når de skal forklare hva som er virkningsfullt med tiltaket. Tiltaket i seg selv kan sees på som et fellesfaktortiltak. Det at man i tiltaket har god tid til å følge opp familien, og være der de er, er noe som løftes frem som virkningsfullt. Dette kan skape en god terapeutisk allianse, som er grunnleggende for å få til endring ifølge fellesfaktorteorien. Det denne studien ikke sier noe om er hvor vidt tiltaket skiller seg fra andre hjemmebaserte tiltak som har fokus på å jobbe helhetlig, brukerorientert og relasjonelt. Det ville vært spennende å forske på om det at man her har lengre tiltak og mindre krav til fremgang være noe som gir mer effekt enn andre lignende tiltak som er mer intensive?

Et annet viktig funn er at terapeutene har brukt ulike terapeutiske metoder i møte med familier. Noen mer enn andre. Samtidig har terapeutene gitt uttrykk for et ønske om mer manualbaserte tilnærminger i tiltaket. Det blir interessant å se resultatene fra pilotstudien som måler effekten av tiltaket, og kanskje fullskala RCT om det blir iverksatt. Dersom studien viser at det er ulik effekt ut fra hvilken terapeut de har, kan det indikere at metode kan spille en rolle. Men om det er lik effekt hos de ulike terapeutene, kan det styrke teorien om at det er fellesfaktorene som gir effekt i tiltaket, og at det ikke er så viktig hvilken metode de bruker.

Familiepartnertiltaket er et ressurskrevende tiltak, da det innebærer tett oppfølging over en intensiv periode på opptil ett år. En viktig motivasjon for å starte tiltaket har vært å være forebyggende for omsorgsovertagelser. Kostnadsforskjellen mellom barn med hjelpetiltak

og barn med omsorgstiltak er betydelig, og mange barnevernstjenester bruker store ressurser på akuttarbeid. Derfor er det viktig at man forsker nærmere på om det gir effekt å ha så intensiv oppfølging av terapeut over tid. Denne studien sier ikke noe om effekt, men viser at i at terapeutene har stor tro på at tiltaket er virkningsfullt. Tiltaket virker å resonere med deres profesjon, og hvordan de ønsker å jobbe – noe som er verdt å ta med seg videre, i et barnevern som sliter med høy turnover.

Referanser

- Addis, M. E., Wade, W. A., & Hatgis, C. (1999). Barriers to dissemination of evidence-based practices: Addressing practitioners' concerns about manual-based psychotherapies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(4), 430–441.
<https://doi.org/10.1093/clipsy.6.4.430>
- Anderson, H., & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. I *Therapy as social construction* (s. 25–39). Sage Publications, Inc.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Barnevernsloven. (2023). Lov om barnevern (LOV-2023-06-09-30). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2021-06-18-97>
- Barne- og familiedepartementet. (2013). *Forebyggende innsats for barn og unge* (No. Q-16/2013). [Rundskriv]. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/forebyggende-innsats-for-barn-og-unge/id735078/>
- Beck, C. T. (med Beck, C. T.). (2019). *Secondary Qualitative Data Analysis in the Health and Social Sciences* (1st utg.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315098753>
- Bjørknes, R., & Manger, T. (2013). Can Parent Training Alter Parent Practice and Reduce Conduct Problems in Ethnic Minority Children? A Randomized Controlled Trial. *Prevention Science*, 14(1), 52–63. <https://doi.org/10.1007/s11121-012-0299-9>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 16(3), 252–260.
<https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Brandtzæg, B. A., Håkonsen, L., & Lunder, T. Er. (2010). *Kostnadsutviklingen i det kommunale barnevernet* (No. 270/2010). KS FoU.
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). Can I use TA? Should I use TA? Should I not use TA? Comparing reflexive thematic analysis and other pattern-based qualitative analytic approaches. *Counselling and Psychotherapy Research*, 21(1), 37–47.
<https://doi.org/10.1002/capr.12360>

- Brekke, C. V., Haualand, A., & Haraldsen, S. (2024, februar 12). *Familiepartner: Vil teste unikt prosjekt i barnevernet flere steder i Norge*. NRK.
https://www.nrk.no/buskerud/familiepartner_-_vil-teste-unikt-prosjekt-i-barnevernet-flere-steder-i-norge-1.16751380
- Brekke, I., Eia, Elena Skjønberg, Smith, Robert, Holt, Tonje, Røsand, Gun-mette, Aarø, Leif Edvard, Sand, Maren Helland, Røysamb, E., Grimstad, I., & Aase, H. (2021). *Evaluering av International Child Development Programme*. Folkehelseinstituttet.
- Bryman, A. (2006). Integrating quantitative and qualitative research: How is it done? *Qualitative Research*, 6(1), 97–113. <https://doi.org/10.1177/1468794106058877>
- Buber, M. (1958). *I and Thou*. Charles Scribner's Sons.
- Bufdir. (2024, mai 22). *Role of the Norwegian child welfare services*. Bufdir.
<https://www.bufdir.no/en/child-welfare-services/role/>
- Bunkholdt, V., & Kvaran, I. (2023). *Kunnskap og kompetanse i barnevernsarbeid* (3. utgave.). Gyldendal.
- Carroll, L. (1898). New York. *Alice's Adventures in Wonderland*. The Macmillan company.
- Christiansen, Ø. (2015). *Hjelpetiltak i barnevernet- en kunnskapsstatus*. Uni Research Helse, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU Vest).
- Clark, T., Foster, L., Sloan, L., & Bryman, A. (2021). *Bryman's social research methods* (Sixth edition.). University Press.
- Corey, G. (2005). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. (7. utgave). Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2019). The Role of Common Factors in Psychotherapy Outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15(1), 207–231.
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424>
- Familiepartner*. (u.å.). SOS-barnebyer. Hentet 15. august 2024, fra <https://www.sos-barnebyer.no/vart-arbeid/her-jobber-vi/vart-arbeid-i-norge/familiepartner/>
- Fauske, H., Kvaran, I., & Lichtwarck, W. (2017). Hjelpetiltak i barnevernet. *Fontene Forskning*, 10.
<https://www.buyandread.com/next/reader.htm?pub=fonteneforskning&date=20171212&page=45>

- Fife, S. T., Whiting, J. B., Bradford, K., & Davis, S. (2014). The Therapeutic Pyramid: A Common Factors Synthesis of Techniques, Alliance, and Way of Being. *Journal of Marital and Family Therapy, 40*(1), 20–33. <https://doi.org/10.1111/jmft.12041>
- 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. <https://doi.org/10.1080/26408066.2019.1689879>
- Finne, J., Ekeland, T.-J., & Malmberg-Heimonen, I. (2022). Social workers use of knowledge in an evidence-based framework: A mixed methods study. *European Journal of Social Work, 25*(3), 443–456. <https://doi.org/10.1080/13691457.2020.1783214>
- Finne, J., & Malmberg-Heimonen, I. (2023). Evidensbasert praksis – et veiskille i sosialt arbeid. *Tidsskrift for velferdsforskning, 26*(1), 1–14. <https://doi.org/10.18261/tfv.26.1.1>
- Flyvbjerg, B. (2006). Five Misunderstandings About Case-Study Research—Bent Flyvbjerg, 2006. *Qualitative Inquiry, 12*(2), 219–245.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*. JHU Press.
- Frey, J. H., & Fontana, A. (1991). The group interview in social research. *The Social Science Journal, 28*(2), 175–187. [https://doi.org/10.1016/0362-3319\(91\)90003-M](https://doi.org/10.1016/0362-3319(91)90003-M)
- Geeraert, L., Van den Noortgate, W., Grietens, H., & Onghena, P. (2004). The effects of early prevention programs for families with young children at risk for physical child abuse and neglect: A meta-analysis. *Child Maltreatment, 9*(3), 277–291. <https://doi.org/10.1177/1077559504264265>
- Gelso, C. (2014). A tripartite model of the therapeutic relationship: Theory, research, and practice. *Psychotherapy Research, 24*(2), 117–131. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.845920>
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet (London, England), 373*(9657), 68–81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7)

- Haugen, G. M. D., Paulsen, V., & Caspersen, J. (2018). Barnevernets forebyggende arbeid mot vold i minoritetsfamilier. *Tidsskriftet Norges Barnevern*, 95(1), 04–17.
<https://doi.org/10.18261/issn.1891-1838-2018-01-02>
- Havnen, K. J. S. (2013). Er plassering alltid bra? – Barnevernets moglege skadelege effektar på barn. *Tidsskriftet Norges Barnevern*, 90(3), 132–145.
<https://doi.org/10.18261/ISSN1891-1838-2013-03-02>
- Heaton, J. (2008). Sekundäranalyse qualitativer Daten: Ein ÜberblickSecondary Analysis of Qualitative Data. An Overview. *Historical Social Research*, 33, 3345.
<https://doi.org/10.12759/HSR.33.2008.3.33-45>
- Holte, A. (2012). Ti prinsipper for forebygging av psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(7). <https://psykologtidsskriftet.no/oppsummert/2012/07/ti-prinsipper-forebygging-av-psykiske-lidelser>
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (6. utgave Asbjørn Johannessen, Per Arne Tufte og Line Christoffersen.). Abstrakt forlag. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_pliktmonografi_000016149
- Johnsen, A., & Torsteinsson, V. W. (2012). *Lærebok i familieterapi*. Universitetsforl. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2012112606118
- Kili-Valdal, S., & Alsaker, F. (2024). På hjemmebane – fordeler og utfordringer med hjemmebaserte tiltak i barneverntjenesten. *Fokus på familien*, 52(3), 195–213.
<https://doi.org/10.18261/fokus.52.3.3>
- Kjøbli, J., Hukkelberg, S., & Ogden, T. (2013). A randomized trial of group parent training: Reducing child conduct problems in real-world settings. *Behaviour Research and Therapy*, 51(3), 113–121. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.11.006>
- Kvello, Ø. (2019). Foreldrestyrkende programmer. I L. Lorås. & O. Ness. I L. Lorås & O. Ness (Red.), *Håndbok i familieterapi* (1. utg., s. 447–483). Fagbokforlaget.
- Lemjan, K. H. (2015). Hvilke utfordringer står vi overfor i møtet med de sårbare barna og deres familier? - Eksempler fra praksis og drøfting av tiltak for et mer helhetlig barnevern. *Tidsskriftet Norges Barnevern*, 92(4), 254–266.
<https://doi.org/10.18261/ISSN1891-1838-2015-04-02>

- Lindeman, S. K., & Lorås, L. (2024). *Håndbok i relasjonelt arbeid*. Fagbokforlaget.
https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_pliktmonografi_000030072
- Ljones, E. H., Hollekim, R., & Christiansen, Ø. (2019). Råd og veiledning som tiltak i barneverntjenesten. *Tidsskriftet Norges Barnevern*, *96*(3), 152–170.
<https://doi.org/10.18261/ISSN.1891-1838-2019-03-03>
- MacMillan, H. L., Fleming, J. E., Streiner, D. L., Lin, E., Boyle, M. H., Jamieson, E., Duku, E. K., Walsh, C. A., Wong, M. Y.-Y., & Beardslee, W. R. (2001). Childhood Abuse and Lifetime Psychopathology in a Community Sample. *American Journal of Psychiatry*, *158*(11), 1878–1883. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1878>
- Malmberg-Heimonen, I., & Tøge, A. G. (2022). Behandlingskontrast i eksperimenter innen velferd og utdanning. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, *63*(4), 278–289.
<https://doi.org/10.18261/tfs.63.4.3>
- Malmberg-Heimonen, I., Tøge, A. G., & Fossetøl, K. (2018). Program theory within policy-initiated evaluations: The Norwegian low-income family study. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, *15*(4), 337–350.
<https://doi.org/10.1080/23761407.2018.1455161>
- Martinsen, J. T. (2012). Et kritisk blikk på evidensbaseringen i det statlige barnevernet: – Hva virker og hvorfor? *Tidsskriftet Norges Barnevern*, *89*(1–2), 58–69.
<https://doi.org/10.18261/ISSN1891-1838-2012-01-02-06>
- Ogden, T., & Hagen, K. A. (2008). Treatment effectiveness of parent management training in Norway: A randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*(4), 607–621. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.4.607>
- Ogden, T., & Halliday-Boykins, C. A. (2004). Multisystemic Treatment of Antisocial Adolescents in Norway: Replication of Clinical Outcomes Outside of the US. *Child and Adolescent Mental Health*, *9*(2), 77–83. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2004.00085.x>
- Olds, D. L. (2006). The nurse–family partnership: An evidence-based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal: Infancy and Early Childhood*, *27*(1), 5–25.
<https://doi.org/10.1002/imhj.20077>

- Pedersen, E., Malmberg-Heimonen, I., Finne, J., Pontoppidan, M., Dion, J., Tømmerås, T., & Tøge, A. G. (2024). Family Partner: Study protocol for a pilot randomised study of a home-visitation intervention in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health, 52*(6), 761–768. <https://doi.org/10.1177/14034948231189773>
- Rosenzweig, S. (1936). SOME IMPLICIT COMMON FACTORS IN DIVERSE METHODS OF PSYCHOTHERAPY. *American Journal of Orthopsychiatry, 6*(3), 412–415. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Haynes, R. B., & Livingstone, C. (2001). Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM, 2nd Edition. *Journal of Intensive Care Medicine, 16*(3), 155–156. <https://doi.org/10.1177/088506660101600307>
- Sethi, D., Yon, Y., Parekh, N., Anderson, T., Huber, J., Rakovac, I., & Meinck, F. (2018). *European status report on preventing child maltreatment*. World Health Organization. <https://ora.ox.ac.uk/objects/uuid:a7889414-9f08-4835-960c-bf6c5ec2013c>
- Sexton, T. L., Ridley, C. R., & Kleiner, A. J. (2004). Beyond Common Factors: Multilevel-Process Models of Therapeutic Change in Marriage and Family Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 30*(2), 131–149. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2004.tb01229.x>
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for Ensuring Trustworthiness in Qualitative Research Projects. *Education for Information, 22*(2), 63–75. <https://doi.org/10.3233/EFI-2004-22201>
- Skau, G. M. (2013). *Mellom makt og hjelp: Om det flertydige forholdet mellom klient og hjelper* (4. utg.). Universitetsforl.
- Solvang, B. (2012). Omsorgsovertakelser, usikre plasseringsalternativer og barns beste. *Tidsskriftet Norges Barnevern, 89*(3), 206–208. <https://doi.org/10.18261/ISSN1891-1838-2012-03-07>
- SSB. (2024, juli 4). *Barnevern*. SSB. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/barne-og-familievern/statistikk/barnevern>

- Straus, S. E., Glasziou, P., Richardson, W. S., & Haynes, R. B. (2018). *Evidence-Based Medicine E-Book: How to Practice and Teach EBM*. Elsevier.
<http://ebookcentral.proquest.com/lib/hioa/detail.action?docID=5434815>
- Straus, S. E., & McAlister, F. A. (2000). Evidence-based medicine: A commentary on common criticisms. *CMAJ*, *163*(7), 837–841.
- Sundet, R. (2016). Ambulant arbeid: En psykoterapeutisk arbeidsform inspirert av miljøterapi. I A. Olkowska & B. Landmark (Red.), *Miljøterapi: Prinsipper, perspektiver og praksis*. Fagbokforlaget.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Fagbokforl.
- Thuve, E., Aamnes, D., & Melinder, A. (2021). En pilotstudie av MST-CAN i Norge. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, *58*(1). <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2021/01/en-pilotstudie-av-mst-can-i-norge>
- Thyer, B. A., & Pignotti, M. (2011). Evidence-based practices do not exist. *Clinical Social Work Journal*, *39*(4), 328–333. <https://doi.org/10.1007/s10615-011-0358-x>
- Tøge, A. G., Pedersen, E., & Finne, J. (2023). Familiepartner – Midtveisrapport. I 32 [Working paper]. Arbeidsforskningsinstituttet, OsloMet-storbyuniversitetet.
<https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/11250/3074358>
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. L. Erlbaum Associates.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, *14*(3), 270–277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Yin, R. K. (2009). *Case Study Research: Design and Methods*. SAGE.

Vedlegg 1: Intervjuguide 1

Intervjuguide Familiepartner

Familier

Om å bli med i Familiepartner:

Fortell litt om deg selv – alder, utdanning/job, interesser? Fortell om familie/barn.

Hvem fortalte deg først om studien? Hvorfor ville du bli med i Familiepartner?

Cirka hvor mange besøk fra familiepartner har du hatt?

Dine erfaringer med programmet

Hva hjelper Familiepartner deg med? Gi gjerne eksempler

Hva hjelper de deg ikke med?

Er Familiepartneren med på møter du må på?

Er det forskjell på hjelpen du får fra Familiepartner, og hjelpen du får fra kontaktperson/har mottatt tidligere fra Barnevernet?

Er det noen hjelp du kunne trenge fra barnevernet som du ikke får i dag?

Besøk fra familiepartner:

Er besøkene for ofte/ikke ofte nok?

Hvor lenge varer vanligvis et besøk?

Hvem bestemmer hva dere snakker om/jobber med?

Skjer det ofte at besøkene blir utsatt eller avlyst? Av hvem?

Har du hatt lyst til å slutte? Skulle det vart lengre?

Om forskningen:

Hvordan synes det du er å svare på spørreskjemaer?

Tidsbruk, spørsmålene, formuleringer etc.

Er det noe vi kunne sagt eller forklart bedre?

Til slutt:

Er det noen av dine erfaringer du ikke har blitt spurt om, men som du synes det er viktig at vi får vite om?

Har du noen spørsmål om forskningsprosjektet?

Vedlegg 2: intervjuguide 2

Thematic interview guide – Family Partners

Arbeidet med å revidere programmet – hvordan jobber dere med tilpasninger/revisjoner av programmet?

Arbeidsbelastning – hvordan er arbeidsbelastningen? Arbeidets lengde, tidspunkt for arbeid. Er det noen uforutsette belastninger/fordeler ved å være NFP-sykepleier?

Samarbeid og oppfølging fra Barnevernstjenesten og SOS – styrker og utfordringer ved samarbeidet rundt programmet

Samarbeid i teamet – hvordan fungerer samarbeidet? Er team-strukturen viktig for arbeidet? Utfordringer ved team-arbeidet?

Oppfølging og veiledning – hvordan fungerer veiledning/oppfølging? Tilstrekkelig, eller er det noe som mangler?

Rekruttering av målgruppe – hvordan går rekrutteringen? Hvilke fremgangsmåter har dere benyttet?

Deltakerne – beskriv inkluderte familier. Variasjon i utfordringer/risiko/ressurser?

Opplæring – hvordan er deres erfaringer med opplæringsmodulene dere har vært gjennom? Tilstrekkelig opplæring? Nok tid?

Hva jobber dere mest med ute hos familiene? Hovedproblematikk? Er det noen områder av programmet som er mer relevante?

Samarbeid med omkringliggende etater – hvem samarbeider dere med? Hvordan fungerer samarbeidet? Er samarbeid/koordinering en stor del av jobben?

Arbeidsform – fungerer denne måten å jobbe på i en norsk kontekst?

Hva bidrar familiepartner med? – hva bidrar programmet med som man ikke finner i andre deler av tjenestene?

Vedlegg 3: Intervjuguide 3

Intervjuguide – rekruttering

Introduksjon og roller

- Si litt om hvem du er, og hva du gjør
- Din rolle i Familiepartner
- Hva synes du om tiltaket så langt?

Familiepartner modellen

- Vurdering av metoden (relevans for barnevernet)
- Hva er bra med Familiepartner?
- Hva funker dårlig med Familiepartner?
- Hva er forskjellen på Familiepartner og andre hjemmebaserte tiltak i barneverntjenesten?
- Familiens erfaringer – hva tror dere de er?

Kartlegging av holdninger og kjennskap til kunnskapsbasering

- Har du kjennskap til evidensbasert sosialt arbeid?
- Har du kjennskap til hva en randomisert kontrollert studie er?
- Hvis ja, hva er fordelene med denne metoden? Og ulempene?

Erfaringer med rekruttering

- Vet du hvordan rekrutteringen til Familiepartner foregår?
- Hva er din rolle i rekrutteringen til Familiepartner?
- Kan du beskrive utfordringene med rekruttering til Familiepartner?
- Kan du beskrive hva som har hjulpet i rekrutteringen til Familiepartner?

Nå vil vi snakke litt om noen av utfordringene vi har sett:

- Utfordringer med hvem som er målgruppen?
- Ikke nok kapasitet hos Familiepartner?
- Ikke nok familier til å rekruttere?

Kontrollgruppen

- Hvilke typer tiltak får kontrollgruppen?
- Er det stor forskjell mellom hva kontrollgruppen får, og hva tiltaksgruppen får?
- Smitteeffekter mellom gruppene?

Veien videre

- Ønsker du å fortsette med Familiepartnere?
- Hadde du endret noe i intervensjonen?
- Hvordan kan vi øke rekruttering ved storskala RCT?

Vedlegg 4: Registreringskjema med spørsmålsformulering

Møte med familie - registreringskjema

Oppgi kommunen du jobber for

- Larvik
- Lillehammer
- Øvre Eiker

Familienummer

Anne Grete (tlf: 93651644) har familienummer hvis du ikke husker det i farten.

Har du hatt SMS-kontakt med familien i dag?

- Ja
- Nei

Har du/dere hatt møte med familien i dag?

- Ja
- Nei

Har dere hatt samarbeidsmøter uten familien til stede?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Nei» er valgt i spørsmålet «Har du/dere hatt møte med familien i dag?»

- Ja
- Nei

Hvem var tilstede på samarbeidsmøtet?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har dere hatt samarbeidsmøter uten familien til stede?»

Ikke konkrete navn

Ble møtet avlyst?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Nei» er valgt i spørsmålet «Har du/dere hatt møte med familien i dag?»

- Ja
- Nei - var ikke avtalt å møtes

Hvem avlyste

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Ble møtet avlyst?»

- Jeg (oss)
- Familien

Hvor møtte du familien?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har du/dere hatt møte med familien i dag?»

- Hjemme
- På kontoret
- Telefon/video
- Annet sted

Hvor?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Annet sted» er valgt i spørsmålet «Hvor møtte du familien?»

Hvem ringte?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Telefon/video» er valgt i spørsmålet «Hvor møtte du familien?»

- Jeg ringte familien

Noen i familien ringte meg

Hvem er til stede?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har du/dere hatt møte med familien i dag?»

Mor
Far
Barn
Den andre familiepartneren
Andre personer

Hvem?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Andre personer» er valgt i spørsmålet «Hvem er til stede?»

Ikke skriv konkret navn. Heller bruk rolle (bestafar, nabo osv.)

Hvor mange minutter varte møtet?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har du/dere hatt møte med familien i dag?»

Hvis du ikke husker helt presis, angi ca. hvor lenge. KUN HELE TALL

Hva var tema for møtet?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har du/dere hatt møte med familien i dag?»

Kryss av for områdene som passer

Emosjonelle foreldreferdigheter (tilknytning, samspill, forståelse av barnet, oppdragelsesmetoder, omsorg etc)
Praktiske foreldreferdigheter (rutiner, grensesetting, utstyr, mat, klær, etc).
Skole (samtale og veiledning om skole)
Samarbeid/koordinering (møter med samarbeidende tjenester, samarbeidsmøter, nettverksmøter, planlegge kommende møter med familien, koordinering rundt samvær)
Familiekonflikter (mellom foreldre, om samvær, økonomi, mellom foreldre og barn, søsken og øvrige familie)
Psykisk helse (veiledning og samtale om psykisk helse)
Observasjon (av familiens hverdagsliv, fungering, kroppsspråk, relasjoner eller på andre arenaer).
Bolig (boligkvalitet, ny bolig og boligsøknad)
Arbeid og aktivitet (arbeidsevne, arbeidstid og arbeidssøking)
Økonomi (budsjett, sparing, inntekt og forbruk)
Praktisk hjelp (kjøre til aktivitet, lekser, rydde etc.)
Fysisk helse (veiledning og samtale om fysisk helse)
Vold (fysisk, psykisk, seksuell, materiell, latent, mot barn eller mot partner, vitne til vold)
Seksuell atferd (egen eller andres, veiledning på seksuelle temaer)
Rus (alkohol, tobakk, narkotika)
Barnas fritidsaktiviteter (samtale og veiledning rundt barnas aktivitet)
Barnehage (samtale og veiledning om barnehage)
Rangeringsskjema (med foreldre og barn)
Relasjonsarbeid med barn (lek, samtale og aktivitet med barna)
Relasjonsarbeid med foreldrene (småprat, aktiviteter, kafe-besøk, turgåing).
Andre tjenester

Hvor mye av møtet ble brukt til å emosjonelle foreldreferdigheter? (forsåelse av barnet, oppdragelsesmetoder, omsorg etc)

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Emosjonelle foreldreferdigheter (tilknytning, samspill, forståelse av barnet, oppdragelsesmetoder, omsorg etc)» er valgt i spørsmålet «Hva var tema for møtet?»

Angi ca. hvor stor andel (i prosent) som ble brukt til dette formålet

- 10%
- 20%
- 30%
- 40%
- 50%
- 60%
- 70%
- 80%
- 90%
- 100%

Hvor mye av møtet ble brukt til praktiske foreldreferdigheter? (rutiner, grensesetting, utstyr, mat, klær, etc).

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Praktiske foreldreferdigheter (rutiner, grensesetting, utstyr, mat, klær, etc)» er valgt i spørsmålet «Hva var tema for møtet?»

Angi ca. hvor stor andel (i prosent) som ble brukt til dette formålet

- 10%
- 20%
- 30%
- 40%
- 50%
- 60%
- 70%
- 80%
- 90%
- 100%

Hvor mye av møtet ble brukt til å diskutere/vurdere skole (samtale og veiledning om skole)

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Skole (samtale og veiledning om skole)» er valgt i spørsmålet «Hva var tema for møtet?»

Angi ca. hvor stor andel (i prosent) som ble brukt til dette formålet

- 10%
- 20%
- 30%
- 40%
- 50%
- 60%
- 70%
- 80%
- 90%

100%

Hvor mye av møtet ble brukt til koordinering / samarbeid?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Samarbeid/koordinering (møter med samarbeidende tjenester, samarbeidsmøter, nettverksmøter, planlegge kommende møter med familien, koordinering rundt samvær)» er valgt i spørsmålet «Hva var tema for møtet?»
 Angi ca. hvor stor andel (i prosent) som ble brukt til dette formålet

- 10%
- 20%
- 30%
- 40%
- 50%
- 60%
- 70%
- 80%
- 90%
- 100%

Hvor mye av møtet ble brukt til å diskutere/vurdere familiekonflikter? (mellom foreldre, om samvær, økonomi, mellom foreldre og barn, søsken og øvrige familie)

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Familiekonflikter (mellom foreldre, om samvær, økonomi, mellom foreldre og barn, søsken og øvrige familie)» er valgt i spørsmålet «Hva var tema for møtet?»
 Angi ca. hvor stor andel (i prosent) som ble brukt til dette formålet

- 10%
- 20%
- 30%
- 40%
- 50%
- 60%
- 70%
- 80%
- 90%
- 100%

Hvor mye av møtet ble brukt til å diskutere/vurdere psykisk helse? veiledning og samtale om psykisk helse)

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Psykisk helse (veiledning og samtale om psykisk helse)» er valgt i spørsmålet «Hva var tema for møtet?»
 Angi ca. hvor stor andel (i prosent) som ble brukt til dette formålet

- 10%
- 20%
- 30%
- 40%
- 50%
- 60%
- 70%
- 80%

90%
100%

Hvor mye av møtet ble brukt til observasjon? (av familiens hverdagsliv, fungering, kroppsspråk, relasjoner eller på andre arenaer).

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Observasjon (av familiens hverdagsliv, fungering, kroppsspråk, relasjoner eller på andre arenaer)» er valgt i spørsmålet «Hva var tema for møtet?»

Angi ca. hvor stor andel (i prosent) som ble brukt til dette formålet

10%
20%
30%
40%
50%
60%
70%
80%
90%
100%

Hvor mye av møtet ble brukt til å diskutere/vurdere familiens boligsituasjon? (boligkvalitet, ny bolig og boligsøknad)

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Bolig (boligkvalitet, ny bolig og boligsøknad)» er valgt i spørsmålet «Hva var tema for møtet?»

Angi ca. hvor stor andel (i prosent) som ble brukt til dette formålet

10%
20%
30%
40%
50%
60%
70%
80%
90%
100%

Hvor mye av møtet ble brukt til å diskutere/vurdere foreldrenes arbeidssituasjon? (arbeidsevne, arbeidstid og arbeidssøking)

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Arbeid og aktivitet (arbeidsevne, arbeidstid og arbeidssøking)» er valgt i spørsmålet «Hva var tema for møtet?»

Angi ca. hvor stor andel (i prosent) som ble brukt til dette formålet

10%
20%
30%
40%
50%
60%

70%
80%
90%
100%

Hvor mye av møtet ble brukt til å diskutere/vurdere familiens økonomiske situasjon? (budsjett, sparing, inntekt og forbruk)

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Økonomi (budsjett, sparing, inntekt og forbruk)» er valgt i spørsmålet «Hva var tema for møtet?»

Angi ca. hvor stor andel (i prosent) som ble brukt til dette formålet

10%
20%
30%
40%
50%
60%
70%
80%
90%
100%

Hvor mye av møtet ble brukt til praktisk hjelp? (kjøre til aktivitet, lekser, rydde etc.)

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Praktisk hjelp (kjøre til aktivitet, lekser, rydde etc.)» er valgt i spørsmålet «Hva var tema for møtet?»

Angi ca. hvor stor andel (i prosent) som ble brukt til dette formålet

10%
20%
30%
40%
50%
60%
70%
80%
90%
100%

Hvor mye av møtet ble brukt til å diskutere/vurdere fysisk helse? (veiledning og samtale om fysisk helse)

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Fysisk helse (veiledning og samtale om fysisk helse)» er valgt i spørsmålet «Hva var tema for møtet?»

Angi ca. hvor stor andel (i prosent) som ble brukt til dette formålet

10%
20%
30%
40%
50%

60%
70%
80%
90%
100%

Hvor mye av møtet ble brukt til å diskutere/vurdere vold? (fysisk, psykisk, seksuell, materiell, latent, mot barn eller mot partner, vitne til vold)

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Vold (fysisk, psykisk, seksuell, materiell, latent, mot barn eller mot partner, vitne til vold)» er valgt i spørsmålet «Hva var tema for møtet?»

Angi ca. hvor stor andel (i prosent) som ble brukt til dette formålet

10%
20%
30%
40%
50%
60%
70%
80%
90%
100%

Hvor mye av møtet ble brukt til å diskutere/vurdere seksuell atferd? (egen eller andres, veiledning på seksuelle temaer)

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Seksuell atferd (egen eller andres, veiledning på seksuelle temaer)» er valgt i spørsmålet «Hva var tema for møtet?»

Angi ca. hvor stor andel (i prosent) som ble brukt til dette formålet

10%
20%
30%
40%
50%
60%
70%
80%
90%
100%

Hvor mye av møtet ble brukt til å diskutere/vurdere rus? (alkohol, tobakk, narkotika)

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Rus (alkohol, tobakk, narkotika)» er valgt i spørsmålet «Hva var tema for møtet?»

Angi ca. hvor stor andel (i prosent) som ble brukt til dette formålet

10%
20%
30%
40%

50%
60%
70%
80%
90%
100%

Hvor mye av møtet ble brukt til å diskutere/vurdere barns fritidsaktiviteter? (samtale og veiledning rundt barnas aktivitet)

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Barnas fritidsaktiviteter (samtale og veiledning rundt barnas aktivitet)» er valgt i spørsmålet «Hva var tema for møtet?»

Angi ca. hvor stor andel (i prosent) som ble brukt til dette formålet

10%
20%
30%
40%
50%
60%
70%
80%
90%
100%

Hvor mye av møtet ble brukt til å diskutere/vurdere barns barnehagesituasjon? (samtale og veiledning om barnehage)

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Barnehage (samtale og veiledning om barnehage)» er valgt i spørsmålet «Hva var tema for møtet?»

Angi ca. hvor stor andel (i prosent) som ble brukt til dette formålet

10%
20%
30%
40%
50%
60%
70%
80%
90%
100%

Hvor mye av møtet ble brukt til rangeringsskjema? (med foreldre og barn)

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Rangeringsskjema (med foreldre og barn)» er valgt i spørsmålet «Hva var tema for møtet?»

Angi ca. hvor stor andel (i prosent) som ble brukt til dette formålet

10%
20%
30%

40%
50%
60%
70%
80%
90%
100%

Hvor mye av møtet ble brukt til relasjonsarbeid med barn? (lek, samtale og aktivitet med barna)

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Relasjonsarbeid med barn (lek, samtale og aktivitet med barna)» er valgt i spørsmålet «Hva var tema for møtet?»

Angi ca. hvor stor andel (i prosent) som ble brukt til dette formålet

10%
20%
30%
40%
50%
60%
70%
80%
90%
100%

Hvor mye av møtet ble brukt til relasjonsarbeid med foreldrene (småprat, aktiviteter, kafe-besøk, turgåing).

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Relasjonsarbeid med foreldrene (småprat, aktiviteter, kafe-besøk, turgåing).» er valgt i spørsmålet «Hva var tema for møtet?»

Angi ca. hvor stor andel (i prosent) som ble brukt til dette formålet

10%
20%
30%
40%
50%
60%
70%
80%
90%
100%

Andre tjenester

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Andre tjenester» er valgt i spørsmålet «Hva var tema for møtet?»

Angi ca. hvor stor andel (i prosent) som ble brukt til dette formålet

10%
20%

30%
40%
50%
60%
70%
80%
90%
100%

Ble temaer som ikke er nevnt her behandlet i møtet?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har du/ dere hatt møte med familien i dag?»

Ja
Nei

Hvilke temaer?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Ble temaer som ikke er nevnt her behandlet i møtet?»

Hvor mye av møtet ble brukt til å diskutere/vurdere dette temaet?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Ble temaer som ikke er nevnt her behandlet i møtet?»

Angi ca. hvor stor andel (i prosent) som ble brukt til dette formålet

10%
20%
30%
40%
50%
60%
70%
80%
90%
100%

Generert: 2024-10-16 09:41:35.