



Hjelpetiltak i barnevernet - en kunnskapsstatus

Øivin Christiansen



uni Research

Hjelpetiltak i barnevernet - en kunnskapsstatus

Øivin Christiansen

Uni Research Helse,
Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU Vest)

Tittel: Hjelpetiltak i barnevernet – en kunnskapsstatus
Utgiver: Uni Research Helse, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU Vest)
Forfattere: Øivin Christiansen
Utgivelsesår 2015
ISBN 978-82-92970-90-4
Illustrasjon Colorbox
Oppdragsgiver Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir)

Nettadresse uni.no/uni-helse/rkbu-vest/
E-post post.rkbu@uni.no
Telefon + 47 55 58 86 70
Besøksadresse Krinkelkroken 1, Bergen
Postadresse Postboks 7810, 5020 Bergen

Forord

Denne kunnskapsstatusen inngår som en del av prosjektet *Forskningskunnskap om barnevernets hjelpetiltak* (Hjelpetiltaksprosjektet). Prosjektet er utført på oppdrag fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, i et samarbeid mellom Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU Vest), Uni Research Helse og NOVA, Høgskolen i Oslo og Akershus.

Kunnskapsstatusen baserer seg på en litteraturgjennomgang av forskning om virkninger av hjelpetiltak. Målet har vært å sammenstille norsk og nordisk forskningslitteratur om emnet, først og fremst forskning publisert etter 2006. Forskningspublikasjoner før dette og fra andre land er inkludert ut fra en vurdering av relevans for norsk barnevern.

Marie Louise Seeberg har stått for viktige bidrag til denne rapporten. Andre ved NOVA; Aina Winsvold og biblioteket, har gjort store deler av litteratursøket. Tusen takk til dere.

Medforskere i Hjelpetiltaksprosjektet: Elisiv Bakketeig, Dag Skilbred, Christian Madsen, Kristin Aarland og Elisabeth Backe Hansen har vært viktige medspillere. En spesiell takk til Karen J. Skaale Havnen og Toril Havik som har vært grundige lesere og gitt viktige konstruktive innspill.

Hilde Sakariassen og Monica Berge ved RKBU Vest har bidratt til ferdigstillelse av denne rapporten. Takk til dere.

Til slutt vil jeg takke Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet for oppdraget og vår kontaktperson Helene Vedeld for godt samarbeid og viktige innspill underveis.

Bergen, august 2015

Øivin Christiansen

Innhold

Sammendrag	8
Summary	11
1. Innledning	15
1.1. Bakgrunn	15
1.2. Rapportens innhold, avgrensninger og organisering	16
2. Generelt om hjelpetiltak i barnevernet	19
2.1. Hva er hjelpetiltak i følge barnevernloven?	19
2.2. Vilkår for hjelpetiltak.....	20
2.3. Hjelpetiltak er i hovedsak frivillige.....	21
2.4. Anledning til å pålegge hjelpetiltak.....	21
2.5. Plassering utenfor hjemmet som hjelpetiltak.....	23
2.6. Hjelpetiltak etter 18 år	24
2.7. Kommunale og statlige hjelpetiltak	24
2.8. Oppfølging av hjelpetiltak, - tiltaksplaner og evaluering	26
3. Hjelpetiltak - omfang og utviklingstrekk	27
3.1. Økende antall barn med tiltak	27
3.2. Flest eldre barn.....	28
3.3. Endring i tiltaksbruken.....	29
3.4. Forskjeller og likheter mellom kommuner	31
3.5. Kategorisering av hjelpetiltak	32
3.6. Oppsummering.....	33
4. Metode	35
4.1. Databaser	35
4.1.1. Søkord.....	35
4.2. Avgrensning og systematisering av referansene.....	36
5. Tiltak rettet mot barnet	38
5.1. Besøkshjem og støttekontakt	38
5.1.1. Den norske studien.....	39
5.1.2. Den svenske studien.....	40
5.2. Barnehage	42
5.2.1. Erfaringer med og synspunkter på barnehage som hjelpetiltak	42

5.3. Økonomisk hjelp	44
5.4. SFO - Skolefritidsordning	46
5.5. Bolig som hjelpetiltak	47
5.6. ART - Aggression Replacement Training	48
5.6.1. Forskning om virkninger	49
5.6.2. FamilieART	50
5.7. Oppsummering	50
6. Tiltak rettet mot foreldre og samhandling mellom foreldre og barn	52
6.1. Råd og veiledning som tiltakskategori	52
6.1.2. Forskning om råd og veiledning	52
6.2. Programmer for foreldreveiledning	52
6.3. ICDP - International Child Development Program	54
6.3.1. Evaluering av ICDP	54
6.4. Marte Meo	55
6.4.1. Forskning om virkninger	56
6.5. COS – Circle of Security	59
6.5.1. COS som forebyggende tiltak	59
6.5.2. COS som terapeutisk intervensjon	61
6.5.3. Forskning om virkninger	62
6.6. DUÅ - De utrolige årene - Webster Stratton	63
6.6.1. Norsk forskning om virkninger	63
6.6.2. Internasjonale forskningssammenstillinger	65
6.7. PMTO - Parent Management Training Oregon	66
6.7.1. Forskning om virkninger	67
6.8. TIBIR – Tidlig innsats for barn i risiko	70
6.8.1. TIBIR - foreldrerådgivning	71
6.8.2. TIBIR - foreldregrupper	72
6.9. MST - Multisystemisk terapi	73
6.9.1. Forskning om virkninger	74
6.10. FFT - Funksjonell familieterapi	80
6.10.1. Forskning om virkninger	81
6.11. Programmer som foreløpig ikke, eller i lite omfang, benyttes i Norge	82
6.11.1. Triple P	83
6.11.2. NFP – Nurse-Family Partnership	85
6.11.3. PCIT – Parent-Child Interaction Therapy	86
6.11.4. SafeCare	89
6.12. Oppsummering	90
7. Tiltak rettet mot omsorgssvikt og mishandling	92
7.1. Foreldrerettete programmer mot omsorgssvikt og mishandling	93

7.2. Forskningskunnskap om bredere innsatser mot omsorgssvikt og mishandling	94
7.2.1. Kjennetegn ved virksomme tiltak	95
8. Tiltak og programmer – tilgjengelighet og spredning	98
8.1. Rekker hjelpetiltak generelt og foreldreveilednings-program spesielt fram til de som trenger det?	98
8.1.1. Forhold som har betydning for foreldres deltakelse og engasjement i tiltak.....	99
8.2. Felleselementer på tvers av programmer.....	101
8.3. MATCH	103
9. Familie- og nettverksorienterte tiltak	105
9.1. Familie- og nettverksorienterte tiltak i Norge	105
9.1.1. Årstad familiesenter	105
9.1.2. Basisteamet i Kristiansund	106
9.1.3. Miljøterapeutteamet i barneverntjenesten i Kristiansand	107
9.1.4. VIT, Ålesund.....	108
9.1.5. LINK, Trondheim	109
9.1.6. Familie- og nettverksarbeid i statlige barneverninstitusjoner, Region Nord.....	109
9.1.7. Oppsummerende om norske familie- og nettverksorienterte tiltak	110
9.2. Familiestøttende tiltak - internasjonal forskning.....	111
9.2.1. En studie av faktorer som påvirker utbytte av familiestøttende tiltak.....	112
9.3. Dansk forskning om hjelpetiltak	114
9.3.1. Det danske "Dialogprosjektet"	114
9.3.2. Dansk effektstudie av familiebehandling og praktisk pedagogisk støtte	116
9.3.3. Effekten av forebyggende tiltak for unge	117
9.4. Familieråd	120
9.4.1. Hva kjennetegner Familieråd?.....	120
9.4.2. Norsk evaluering av familieråd	122
9.4.3. Norsk studie om familieråd/nettverksråd for langtids sosialhjelpsmottakere.....	123
9.4.4. Oppsummering av internasjonale effektstudier.....	124
9.4.5. Erfaringer med familieråd	125
9.4.6. Hvilke virkninger kan familieråd forventes å gi?	126
9.5. Oppsummering.....	127
10. Minoritetsfamilier og hjelpetiltak	129
11. Kunnskapsstatus om hjelpetiltak– hva vet vi og hvor går vi?.....	133
11.1. Hva er kunnskapsstatus om virkninger av de ulike hjelpetiltakene?.....	134
11.1.1. Tiltak rettet mot barnet.....	134
11.1.2. Tiltak rettet mot foreldre og foreldre-barn-samhandling	135
11.1.3. Familie- og nettverksorienterte tiltak.....	137
11.2. Er det sammenhenger mellom type tiltak, mottakergrupper og virkninger?.....	137
11.3. Hjelpetiltak når problemene er omfattende og komplekse	138
11.4. S sammensatte problemer og sammensatte tiltak?	139

11.5. Behov for økt kunnskap om og utvikling av hjelpetiltakene	140
Litteratur.....	143

Sammendrag

Denne kunnskapsstatusen sammenstiller forskning om virkninger av hjelpetiltak som benyttes i norsk barnevern. Kunnskapsstatusen baserer seg primært på norsk og nordisk forskning, men er supplert med andre internasjonale studier som er særlig relevante, herunder systematiske oversiktsartikler (reviews) og metastudier.

Det går et skille mellom hjelpetiltakene når det gjelder i) hvor spesifikt innhold tiltakene har, ii) om, og i hvilket omfang de har vært gjenstand for forskning, og iii) om denne forskningen er egnet til å gi svar på spørsmålet om virkninger. Hovedskillet går mellom hjelpetiltak rettet direkte mot barna som barnevernet har benyttet i en årrekke og nyere manualbaserte program hovedsakelig rettet mot foreldrene. Familie- og nettverksorienterte tiltak/prosjekt innehar i denne sammenheng en mellomposisjon.

Forskingskunnskap om virkninger av hjelpetiltakene

Tiltak rettet direkte mot barnet omfatter generelle tilbud som *barnehage*, *SFO* og *fritidsaktiviteter*. Det foreligger ingen forskning på virkninger av å benytte disse som hjelpetiltak i barnevernet. Det samme gjelder *økonomisk hjelp*, som er et av de mest brukte hjelpetiltakene. Når det gjelder *besøkshjem* og *støttekontakt* fins det enkelte relevante studier. *Tiltak rettet mot foreldre og foreldre-barn-samhandling* inkluderer først og fremst *råd og veiledning* som de senere årene har vært det mest brukte hjelpetiltaket. I likhet med *hjemkonsulent*, *miljøarbeider* og *andre hjemmebaserte tiltak* er det tiltak med varierende innhold, og som ikke har vært forsket på med tanke på å registrere virkninger. En vesentlig forutsetning for at man skal få kunnskap om virkninger av disse tiltakene, i praksis så vel som i forskning, er systematisert kunnskap om hvilke spesifikke formål de skal ha.

Manualbaserte foreldreveiledningsprogram rettet mot atferdsvansker¹ (*DUÅ*, *PMTO*, *TIBIR* og *MST*) er av de få hjelpetiltakene som har vært gjenstand for norsk effektforskning i form av randomiserte kontrollerte studier (RCT). Studiene har funnet positive effekter på ulike sider ved foreldrenes oppdragerstil og barns fungering. Effektstørrelsene er gjennomgående noe mindre enn det som er funnet i USA, hvor disse programmene har sitt utspring fra, og langtidsvirkninger av programmene er ikke utforsket.

Andre manualbaserte program som *ICDP*², *Marte Meo* og *COS* retter seg mot videre målgrupper. En norsk RCT-studie viste at *Marte Meo* særlig hadde effekt i familier der mødrene hadde symptomer på depresjon og der det var store vansker i samhandlingen foreldre-barn. *ICDP* er evaluert med positive resultater, men basert på et utvalg

¹ DUÅ: De Utrolige Årene; PMTO: Parent Management Training-Oregon; TIBIR: Tidlig innsats for barn i risiko; MST: Multisystemisk terapi.

² ICDP: International Child Development Program; COS: Circle of Security.

«vanlige» foreldre. Det foreligger foreløpig ikke nordisk forskning og heller ikke annen relevant forskning på virkninger av COS.

Felles for alle programmene som her er nevnt, er at de i følge nasjonal statistikk, utgjør en mindre del av den totale hjelpetiltaksbruken i norsk barnevern.

Familie- og nettverksorienterte tiltak er typisk etablert som egne enheter i eller i tilknytning til barneverntjenesten. De ansatte i tiltakene har vanligvis en mer avgrenset saksmengde og arbeider mer intensivt med familiene enn en saksbehandler kan gjøre. Flere av tiltakene startet som prosjekter og har vært gjenstand for evalueringer av varierende forskningsmessig kvalitet. Evalueringene er først og fremst beskrivende og viser at allmenne tilnærminger er vanligere enn spesifikk metodikk, og at det er lite spor av nettverkstilnærming. Foreldre og ungdommer opplever i all hovedsak tiltakene som hjelpsomme. *Familieråd* er også en arbeidsform som verdsettes høyt av et stort flertall av brukere. Bortsett fra økt sannsynlighet for plasseringer i slekt og nettverk sammenlignet med offentlige omsorgstiltak, er kunnskapsbasen om effekter av familieråd i barnevernet svak.

Er det sammenhenger mellom type tiltak, mottakergrupper og virkninger?

Få effektstudier gir muligheter for å registrere sammenhenger mellom typer tiltak, mottakergrupper og virkninger.

Barn med innvandrerbakgrunn mottar forholdsvis oftere barnerettete hjelpetiltak enn barn med norsk etnisk bakgrunn. Når det gjelder besøkshjem er det motsatt. Det foreligger ikke forskningsbasert kunnskap om hva som ligger bak denne tiltaksprofilen, heller ikke om virkninger eller opplevd utbytte for barn, unge eller foreldre med innvandrerbakgrunn.

Program rettet mot atferdsvansker viser størst effekt der problemene er størst i utgangspunktet, og for yngre barn sammenlignet med eldre. Familier som er sosioøkonomisk marginaliserte har generelt mindre utbytte av foreldreveiledningsprogram enn andre. De er dessuten vanskeligere å rekruttere både til programmene som sådan og til utvalg som er nødvendige for evalueringstudier. Hvordan forskningsutvalg til effektevalueringer er rekruttert, er vesentlig å merke seg. I flere effektstudier er det kun en mindre andel av utvalgene som er rekruttert gjennom barnevernet.

Hjelpetiltak når problemene er omfattende og komplekse

Det foreligger ikke norsk eller nordisk forskning som har studert innsatser spesifikt rettet mot omsorgssvikt eller mishandling, og basisen for den internasjonale forskningslitteraturens anbefalinger om hvordan intervensjoner for denne gruppen bør innrettes, er sammensatt: delvis enkeltstående empiriske studier, delvis forskningssammenstillinger og delvis mer teoretisk forståelse av omsorgssviktens

årsakssammenhenger. Forskningslitteraturen peker på flere faktorer som er av betydning når tiltak skal utformes. En vanlig forståelse er at komplekse problemer forutsetter tiltak med kombinasjoner av ulike komponenter. Noen forskere finner imidlertid at effekten av for eksempel foreldreveiledning reduseres når den kombineres med flere andre intervensjoner. En foreslått strategi for å utvikle tiltak for en sammensatt målgruppe med sammensatte problemer, er å basere den på elementer og strukturer som gjennom forskning har vist seg virksomme på tvers av ulike programmer og intervensjoner.

Behov for økt kunnskap om og utvikling av hjelpetiltakene

Sammenstilling av forskningen gir grunnlag for å peke på flere tema og områder hvor det er behov for økt kunnskap. I kunnskapsbehovene ligger det også implikasjoner for utvikling av hjelpetiltakene.

- Økt kunnskap om problemer og situasjoner som ligger til grunn for iverksetting av hjelpetiltak og hvilke endringer tiltakene skal føre til, er en forutsetning for å kunne vite hvilke resultatmål man skal vurdere hjelpetiltakene etter. Hvordan situasjoner og endringsmål beskrives av henholdsvis barnevernansatte, foreldre og barn er vesentlig. Spesielt oppmerksomhet bør rettes mot barn og familier med innvandrerbakgrunn.
- Økt innsikt i og kartlegging av tiltaksforløp, herunder hvordan tidsavgrensede og manualbaserte program inngår i slike forløp og hvordan de kombineres med tiltak rettet direkte mot barn og unge.
- Økt kunnskap om innhold og utforming av uspesifikke tiltakstyper, for eksempel råd og veiledning og besøkshjem.
- Effektevalueringer av manualbaserte programmer med vekt på at forskningsutvalgene rekrutteres fra barnevernets barn og familier.
- Systematisert kunnskap om felleselementer. Evaluering av tiltak basert på slike elementer, både når det gjelder innhold, implementering og utfall.
- Utvikling og kunnskapsgenerering når det gjelder hvordan barn og familiers nettverk kan trekkes inn og mobiliseres i hjelpetiltakene.
- Økt kunnskap om hvordan barnevernets hjelpetiltak inngår som del av et samlet tjenestetilbud til barn, ungdommer og familier.

Den foreliggende forskningsstatusen, ovennevnte kunnskapsbehov og den sammensatte praksisen barnevernets hjelpetiltak utgjør, tilsier at framtidig forskning må benytte seg av ulike forskningsdesign. Mulighet for forløpsstudier vil i mange tilfeller være avgjørende for kunnskapstilfanget.

Summary

This review sums up the current research findings on the effects of in-home services administered by the Norwegian Child Welfare Services (CWS). The review is primarily based on Norwegian and Nordic research, but relevant studies from other countries have also been included, in particular systematic reviews and meta-studies.

There is a distinction between the in-home services with regards to 1) the degree to which the content of the intervention is specified, 2) if, and to what extent the interventions have been subjected to research, and 3) if the available research is appropriate in order to demonstrate its effectiveness. The traditional in-home services are characterized by a low grade of specification, scarce research, and therefore a weak knowledge base on the effects of these services, whereas the opposite is true for the manualized programs. Family- and network interventions can be placed somewhere in the middle between traditional in-home services and manual based programs with regards to these characteristics.

Interventions that are directed towards the child include general services like kindergarten, after school care and leisure time activities. There is no research on the effects of these services when offered by the CWS. The same is the case for economic assistance, which is one of the most frequent used interventions. Regarding personal support families and support persons, a few relevant studies do exist. The most frequent in-home intervention directed towards the parents and the parent-child-interaction is advice and counselling. Like other types of in-home services these are interventions with broad aims and varying content, and none of them have been examined for potential effects. In order to examine the potential effects of all of these services, there is a need for more clearly defined aims or purposes for the interventions.

Several of the manual-based parenting programs that target conduct problems³ (IY; PMTO; TIBIR and MST) have been subject to randomized controlled trials (RCT) in Norway. These studies have reported positive effects related to different aspects of parenting style and the children's functioning. The reported effect sizes are in general lower than similar studies from USA where these programs were developed, and there has not been any investigations into the long term effects of the programs in Norway.

Other manualized programs like ICDP, Marte Meo and COS⁴ are directed towards more general target groups and less focused on conduct problems. A recent Norwegian RCT study on Marte Meo showed effects for families characterized by mothers with

³ IY: The Incredible Years; PMTO: Parent Management-Oregon; TIBIR: Tidlig innsats for barn i risiko; MST: Multisystemic Therapy.

⁴ ICDP: International Child Development Program; COS: Circle of Security.

depression symptoms and parent-child conflicts. ICDP has been positively evaluated for parents in a general sample. There does not exist any relevant research regarding the potential effects of COS.

It is worth mentioning that the use of the manualized programs only represent a minor part of the child welfare in-home interventions in Norway.

Family and network interventions are typically carried out by special service units included in or affiliated with the local CWS. Several of the interventions have been established as programs followed by evaluations and research of varying quality. The evaluations have been primarily descriptive. The social workers carrying out these interventions usually have more limited caseloads than in more traditional interventions, and work more intensively with the families. These interventions however, are typically characterized by general social work methods more than specific programs, and network methods are generally lacking. Most parents and adolescents have experienced these interventions as helpful. Family group conferences (FGC) are also highly appreciated by a great majority of the families. Apart from a strong evidence that FGC increases the likelihood for children being placed in kinship care as opposed to public placements and adoption, the knowledge base on the effects of FGC in other central child welfare issues is weak.

What is the association between the type of intervention, target groups and effects?

Few effect studies can answer the question about the potential relationship between the intervention, the target group and the effects.

Immigrant children receive welfare interventions targeted towards themselves more often than Norwegian children, whereas the opposite is true with regards to personal support families. No research has investigated why there is this difference in the intervention profile, or whether these interventions are beneficial for the children, adolescents or parents with immigrant background.

Programs targeting conduct problems have shown the greatest effects for more severe problems, and for younger children compared to older ones. Marginalized families in general have experienced lower effects from the parenting programs than others. It is also worth mentioning that recruiting marginalized families to programs as well as to evaluation research is challenging. The recruitment of the research samples is of great importance in examining effects. For several of the effect studies only a minor part of the samples have been recruited from the CWS.

Child welfare services directed towards extensive and complex problems

There is no Norwegian or Nordic research on interventions specifically targeting child neglect and abuse. The international knowledge base concerning such interventions differ substantially and rests on various sources of knowledge, for example individual studies, reviews and partly also theoretical models for explaining the course of child

maltreatment. The research literature points out several important factors in developing effective interventions. A common understanding seems to be that complex problems demand a combination of different elements. Other researchers however, have found that the effect of for example parenting programs has been reduced when being combined with other types of interventions. To develop successful interventions towards a heterogeneous target group with complex problems, one proposed strategy is to combine evidence based elements and structures from different programs and interventions.

A need for more knowledge about the child welfare in-home services and how they can be successfully developed

The research review has revealed a need for more knowledge related to several important issues and topics. Filling such knowledge gaps will have implications for the further development of successful in-home services.

- A prerequisite for further evaluation of interventions is more precise descriptions of the problems and situations causing the interventions, as well as the aims of the interventions. Descriptions from the social workers, the parents and the children are essential, and a special awareness ought to be directed towards immigrant children and families.
- Increased knowledge about and descriptions of the intervention trajectories, how time limited and manualized programs are included in this process and how such programs are combined with interventions specifically directed towards the children.
- Research on the effects of well-defined programs and interventions based on child welfare samples.
- Increased knowledge about the content of and the development of more heterogeneous interventions.
- Systematic reviews on common elements. Evaluation of interventions based on such elements, including content, implementation and outcome.
- Further development and knowledge about social network mobilization as part of the interventions.
- Increased knowledge about the child welfare in-home services and responsibilities as part of the total services for children, adolescents and families.

The present knowledge review, the above mentioned needs for further knowledge and the heterogeneous practice of the interventions of the child welfare in-home services, indicate that further research must include different types of research designs. Especially longitudinal research studies are needed to further increase the knowledge base.

1. Innledning

Denne kunnskapsstatusen har som formål å sammenstille forskningskunnskap om hjelpetiltak i barnevernet. Kunnskapsstatusen inngår som et selvstendig delprosjekt i prosjektet ”Forskingskunnskap om hjelpetiltak i barnevernet”, som er gjennomført fra 2012 til 2015 av RKBU Vest, Uni Research Helse og NOVA, HiOA på oppdrag fra Bufdir.

Kunnskapsstatusen omfatter primært forskning som har kartlagt virkninger av hjelpetiltak, og som er utført i Norge og Norden for øvrig. Men fordi det foreligger lite forskning innenfor disse kriteriene, inkluderes i noen grad også forskning av mer beskrivende art, for eksempel om kjennetegn ved tiltakene og ved mottakere av ulike hjelpetiltak. I tillegg inkluderes utvalgte studier som er gjennomført utenfor Norden, fortrinnsvis systematiske oversiktsartikler (reviews) og metastudier.

Sammen med empiriske analyser fra de øvrige delprosjektene i det pågående forskningsprosjektet, vil kunnskapsstatusen gi bidrag til et mer kunnskapsbasert arbeid med hjelpetiltak. Som en del av dette er et siktemål å identifisere hvilke tiltak, eller hvilke elementer ved tiltak, som særlig kan anbefales utviklet eller implementert i norsk barnevern. Et annet siktemål er å identifisere behov for videre forskning som kan styrke grunnlaget for slike anbefalinger.

Spørsmålene vi særlig vil rette oppmerksomheten mot i denne kunnskapsstatusen er:

- Hva er virkningene av de ulike hjelpetiltak barnevernet benytter?
- Hvilke sammenhenger er det mellom målgrupper, og tiltak og virkninger?
- Hvilke faktorer har betydning for utbytte og virkninger, og hva betyr det for styrking av eksisterende tiltak og utvikling av nye?
- Hva er det framtidige forskningsbehovene når det gjelder barnevernets hjelpetiltak?

1.1. Bakgrunn

Den eneste norske kunnskapsstatusen som er utarbeidet om barnevernets hjelpetiltak, ble publisert i 2006; NIBR-rapporten ”Hjelpetiltak i barnevernet – virker de?” (Kristofersen, Sverdrup, Haaland, & Wang Andresen, 2006). I likhet med vår rapport, baserte NIBR-rapporten seg på litteratursøk for å kunne sammenstille aktuell forskningslitteratur. I 2006 kom også Fafo-rapporten ”Bare fantasien setter grenser? Om kommunenes bruk av hjelpetiltak i barnevernet.” (Gjerustad, Grønningsæter, Kvinge, Mossige, & Vindegg, 2006). Denne rapporten baserte seg på eget datamateriale fra praksis i kommunale barneverntjenester. I vår rapport danner disse to

rapportene et bakteppe for å se hvordan forskningsfeltet har utviklet seg de senere årene.

Gjerustad og kolleger (2006) viser i sin undersøkelse at barnevernets tiltakspraksis er langt mer sammensatt enn det som gjenspeiles i den nasjonale barnevernsstatistikken. De fant for eksempel at barneverntjenesten er involvert i ulike typer nettverksarbeid gjennom samarbeid med andre tjenester og gjennom samarbeid med barnas utvidete familie og nettverk. Forskerne satt et særlig søkelys på kategorien ”andre tiltak”, som på den tiden var den største tiltakskategorien, og som fortsatt er omfattende; - nest størst, etter ”råd og veiledning” i 2012 (SSB, 2013a) (se også Øyen, Clifford, & Gustavsen, 2010). ”Andre tiltak” eksisterer som en type ”black box” i barnevernet. Gjerustad og kolleger (2006) fant at det ble benyttet en rekke forskjellige benevnelser for tiltak som er forholdsvis like, men også at det var forskjeller mellom barneverntjenester når det gjelder hva de legger i de ulike tiltakskategoriene (se Råd og veiledning).

I sin kunnskapsstatus konkluderte Kristofersen og kolleger (2006) med at det foreligger lite forskningsbasert kunnskap om virkninger av ulike hjelpetiltak. Det gjelder internasjonal forskning, men det gjelder særlig forskning i norsk og nordisk sammenheng. De påpekte det paradoksale i at de tiltakstypene som er av de mest brukte, som økonomisk stønad og besøkshjem, er de tiltakstypene vi vet minst om. Forskningsinnsatsen har i hovedsak vært rettet mot tiltak som benyttes langt sjeldnere, som for eksempel MST og PMTO. De ”tradisjonelle” hjelpetiltakene har i følge Kristofersen m.fl. ofte vært satt inn for å avhjelpe akutte problemer, og de har ofte blitt ansett for en type goder som det ikke har vært like viktig å vite virkningene av. I tråd med utgangspunktet for studien til Gjerustad m.fl. (2006), påpekte de at det foreligger lite kunnskap om innholdet i mange av tiltakskategoriene. Samlet innebærer dette at det er behov for mer inngående beskrivende forskning av de vanligste hjelpetiltakene og identifisering av hva som er relevante resultatmål før man kan etablere et forskningsdesign som gjør det mulig å måle effekter av tiltakene som implementeres.

1.2. Rapportens innhold, avgrensninger og organisering

Denne kunnskapsstatusen omhandler hjelpetiltak som barn og unge får mens de bor hjemme. Det vil si at plasseringer utenfor hjemmet, hjemlet i § 4-4 ikke omtales. Heller ikke ettervern, -hjelpetiltak til ungdom i alderen 18-23 år-, inngår i kunnskapsstatusen. Siden disse ungdommene ofte mottar tilsvarende hjelpetiltak som yngre barn, vil rapporten likevel være relevant også for ettervernstiltak. Vi viser for øvrig til den omfattende forskningsrapporten om ettervern som ble publisert i 2008 (Bakketeig & Backe-Hansen, 2008).

Samtidig er det flere av hjelpetiltakene som ikke har vært gjenstand for forskning. De er derfor heller ikke omtalt i denne rapporten. Tiltakene det gjelder er: fritidsaktiviteter, tilsyn i hjemmet, hjemkonsulent og senter for foreldre og barn.

Kunnskapsstatusen prioriterer forskning som har studert virkninger eller effekter av tiltak og programmer basert på kvantitative data og statistiske analyser. Studier som har samlet og systematisert erfaringer fra brukere (barn og foreldre) eller ansatte, er i mindre grad inkludert. Dette innebærer at kunnskapsstatusen har en begrensning sett i lys av den forståelse av et kunnskapsbasert barnevern som det ofte vises til: «*Med kunnskapsbasert barnevern mener vi at barnevernet skal basere fagutøvelsen på best mulig tilgjengelig vitenskapelig kunnskap sammen med utøverens erfaringer, kritiske og etiske vurderinger, brukernes preferanser og med kontekstuelle hensyn.*» (BLD & Bufdir, 2009). Begrensningen er gjort ut fra formålet med kunnskapsstatusen og av hensyn til rapportens omfang.

Det er flere tema som er relevant når kunnskap om barnevernets tiltak skal oppsummeres, men som denne rapporten ikke omhandler. Det gjelder tverrprofesjonelt og tverretatlig samarbeid, og det gjelder forskning om implementering av tiltak og intervensjoner. Implementering blir berørt underveis og særlig i kapittel 8, men det faller utenfor denne rapportens rammer å oppsummere implementeringsforskning.

I kapittel 2 redegjøres det for hva hjelpetiltak er, med vekt på de bestemmelser i barnevernloven og rundskriv som regulerer denne virksomheten. Kapittel 3 presenterer hvilke hjelpetiltak som barneverntjenestene bruker og hvordan omfanget og fordelingen mellom tiltakene har utviklet seg de senere årene. Disse dataene baserer seg på den nasjonale barnevernsstatistikken slik den ligger tilgjengelig på nettsidene til Statistisk Sentralbyrå (SSB).

I kapittel 4 gjør vi rede for hvordan vi har gått fram for å samle aktuell forskning om virkninger av hjelpetiltak. De påfølgende kapitlene bygger på litteratursøkene som dette kapitlet beskriver.

Tiltak som retter seg direkte mot barnet er tittelen på kapittel 5, som er det første kapitlet som formidler forskningsfunn. Mange av de tiltakene som har eksistert lengst i norsk barnevern og fortsatt er av de hyppigst brukte, inngår her. Det er imidlertid fortsatt svært lite forskning på disse tiltakene. Derfor utgjør omtalen av «Tiltak rettet mot barnet» en liten del av hele rapporten.

Kapittel 6 omhandler det som med en fellesbetegnelse er råd og veiledning til foreldre. I hovedsak er det forskning på foreldreveiledningsprogrammer som er implementert i Norge de siste 20 årene som presenteres. Det er også disse tiltakene / programmene som det foreligger mest internasjonal forskning på. Siste del av kapitlet tar for seg

foreldreveiledningsprogram som foreløpig ikke, eller i hvert fall i begrenset grad, benyttes i Norge, men som har en viss internasjonal utbredelse.

De fleste foreldreveiledningsprogrammer som omtales i kapittel 6 er primært rettet mot å forebygge eller redusere atferdsvansker hos barn og unge. I kapittel 7 omtales forskning som har studert tiltak som har et videre siktemål, eller som er rettet mot omsorgssvikt og mishandling.

Kapittel 8 fokuserer på forskning som tar for seg hvilke forhold som begrenser eller fremmer deltakelse og engasjement i hjelpetiltak generelt og foreldreveiledningsprogrammer spesielt. Kapitlet omtaler også strategier som sikter mot å øke anvendelsen av elementer som man kan finne igjen i flere tiltak med god forskningsstøtte, og som derfor vil være vesentlige for å gi hjelp som er virksom.

I Kapittel 9 oppsummeres kunnskap om familie- og nettverksorienterte tiltak, som særlig ble etablert i Norge etter 2000. Evalueringene av disse tiltakene utvides med forskning på lignende tiltak utenfor Norge. Forskning om familieråd inngår også i dette kapitlet.

Rapportens siste kapittel, kapittel 10, oppsummerer kunnskapen om virkninger av hjelpetiltak og peker på veien videre både når det gjelder hvordan hjelpetiltak kan styrkes og hvilken forskning som kan bringe hjelpetiltaksvirkomheten framover.

2. Generelt om hjelpetiltak i barnevernet

”Rett hjelp til rett tid” er et grunnleggende prinsipp bak Lov om barneverntjenester, og prinsippet ligger til grunn for lovens bestemmelser om hjelpetiltak (BLD, 2000). Da loven ble vedtatt i 1992 skulle den gi barnevernet anledning til å yte hjelp på et tidligere tidspunkt, sammenlignet med den forrige barnevernloven fra 1953 (Ofstad & Skar, 2009). I retningslinjene for hjelpetiltak heter det: *”Hensikten med denne endringen, og formålet med hjelpetiltak generelt, er å bedre foreldrenes omsorgsevne slik at det kan skapes tilfredsstillende forhold for barnet i hjemmet og slik at det er mulig å forebygge en negativ utvikling av barnets omsorgssituasjon som kan lede til senere omsorgsovertakelse.”* (BLD, 2000, Innledning).

2.1. Hva er hjelpetiltak i følge barnevernloven?

Hjelpetiltak i barnevernet er en fellesbetegnelse for en rekke forskjellige tiltak. Hjelpetiltakene er hjemlet i Barnevernlovens § 4-4. Tidligere inneholdt denne paragrafen, i annet ledd, eksempler på hjelpetiltak som kunne settes inn. Eksempelene ble fjernet 1. januar 2014 ut fra den begrunnelse at eksemplifiseringen kunne virke begrensende på barneverntjenestens valg av tiltak for det enkelte barn. Pr. april 2015 lyder § 4-4 som følger:

§ 4-4. Hjelpetiltak for barn og barnefamilier.

Barneverntjenesten skal bidra til å gi det enkelte barn gode levekår og utviklingsmuligheter ved råd, veiledning og hjelpetiltak. Hjelpetiltak skal ha som formål å bidra til positiv endring hos barnet eller i familien.

Barneverntjenesten skal, når barnet på grunn av forholdene i hjemmet eller av andre grunner har særlig behov for det, sørge for å sette i verk hjelpetiltak for barnet og familien.

Fylkesnemnda kan om nødvendig beslutte at tiltak som opphold i barnehage eller andre egnede dagtilbud, skal settes i verk ved pålegg til foreldrene. Fylkesnemnda kan gi pålegg om tilsyn når vilkårene i § 4-12 er til stede. For barn som har vist alvorlige atferdsvansker, jf. § 4-24 første ledd, eller som er i ferd med å utvikle slike alvorlige atferdsvansker, kan fylkesnemnda vedta at foreldrestøttende tiltak som har som formål å redusere barnets atferdsvansker kan gjennomføres uten barnets samtykke. Slike foreldrestøttende tiltak kan også gjennomføres uten barnets samtykke når tiltakene iverksettes som ledd i avslutningen av et institusjonsopphold med hjemmel i § 4-24. Foreldrestøttende tiltak uten barnets samtykke kan ikke opprettholdes utover seks måneder fra fylkesnemndas vedtak.

Når vilkårene i annet ledd er til stede, og dersom behovene ikke kan løses ved andre hjelpetiltak, kan barneverntjenesten også formidle plass i fosterhjem, institusjon eller omsorgssenter for mindreårige. Hvis det må forutsettes at foreldrene i lengre tid ikke vil kunne gi barnet forsvarlig omsorg, bør det likevel vurderes om det med en gang skal vedtas at barneverntjenesten skal overta omsorgen for barnet etter § 4-12 første ledd, framfor frivillig plassering etter denne paragraf.

2.2. Vilkår for hjelpetiltak

Da retningslinjer for hjelpetiltak først ble formulert i 1998, ble det understreket hvilken sentral rolle hjelpetiltakene er tiltenkt for barn som har behov for samfunnets hjelp. Det ble slått fast som barnevernlovens utgangspunkt at det er best for barn å vokse opp hos sine biologiske foreldre og at slik oppvekst anses å ha en egenverdi for barnet. Retningslinjene sier videre: *”Selv om det påvises svikt i foreldrenes omsorgsevne, og selv om svikten kan være av til dels alvorlig karakter, er utgangspunktet at problemene primært bør søkes bedret ved hjelpetiltak.”* (BLD, 2000, Innledning)

Lovteksten, forarbeidene til loven og retningslinjene indikerer at hjelpetiltakene skal ha et bredt anvendelsesområde. Det betyr at de skal imøtekomme barns behov i bred forstand og i mange situasjoner, - fra situasjoner der problemutviklingen er i et tidlig stadium til situasjoner der det er konstatert til dels alvorlig svikt i foreldrenes omsorg for barna.

Grunnvilkårene for hjelpetiltak, *”når barnet på grunn av forholdene i hjemmet eller av andre grunner har særlig behov for det”* inneholder generelle formuleringer som gir stort rom for skjønn (Ofstad & Skar, 2009). Hva menes med begrep som *”forholdene i hjemmet”*, *”andre grunner”* og *”særlige behov”*, i tillegg til *”barnets beste”* som er overordnet hensyn ved iverksettelse av barneverntiltak (§ 4-1)? For en grundig gjennomgang og drøfting av disse begrepene, viser vi til Stang (2007). Her vil vi begrense oss til å en kortere omtale.

”Forholdene i hjemmet” sikter i følge Stang (2007), til alle typer situasjoner og forhold i hjemmet som påvirker barnets livssituasjon. Det kan være fysiske forhold og ivaretagelse av barnets fysiske behov, eller det kan være ivaretagelse av barnas psykiske og følelsesmessige behov. Forhold ved foreldrene, som psykiske vansker og rusmisbruk faller også inn under «forhold i hjemmet», liksom vold og overgrep.

”Andre grunner” omfatter forhold ved barnet selv (Stang, 2007), som atferdsvansker, rusmiddelmisbruk, psykiske og følelsesmessige vansker og mobbing. Når det gjelder funksjonshemmede barn, peker Ofstad og Skar (2009) på at funksjonshemming i seg selv ikke gir grunnlag for hjelpetiltak, men at barnets behov må strekke seg utover det som følger av funksjonshemmingen.

Situasjoner og problemer som er nevnt over, viser at det er et viktig spørsmål hvor langt barnevernets ansvar går i forhold til alle andre tjenester som har ansvar for barn som opplever forhold som kan representere risiko for deres helse og utvikling. Det springende punktet når det gjelder om det er hjelpetiltak fra barneverntjenesten som skal iverksettes, er om barnet har et ”*særlig behov*” for hjelp (Ofstad & Skar, 2009). I dette ligger at barnet må ha et behov ut over det barn i alminnelighet har. Fortsatt dreier det seg om et skjønnsmessig vilkår, hvor hva som skal anses som særlige behov, må vurderes konkret i hvert tilfelle (Stang, 2007).

Når det gjelder det overordnede hensynet til ”*barnets beste*”, vil det mer ha betydning for valg av hjelpetiltak enn om tiltak skal iverksettes (Stang, 2007, p. 184).

Lovens vide vilkår for å iverksette hjelpetiltak innebærer at vurderingene i praksis ofte dreier seg om det konkrete barnets behov, foreldrenes / ungdommens innstilling til å motta hjelp, hvordan barneverntjenesten forstår sine oppgaver relatert til andre tjenester, tilgjengelighet av relevante tiltak og den aktuelle ressursituasjonen i barneverntjenesten (Christiansen, Havnen, & Havik, 1998; Stang, 2007).

2.3. Hjelpetiltak er i hovedsak frivillige

Hjelpetiltak, med unntak av de som hjemles i § 4-4, tredje ledd, er i prinsippet frivillige. Hove (2006) viser til forutsetningen om at tiltak ikke kan gjennomføres dersom foreldrene motsetter seg det, men forstår bestemmelsen slik at dette ikke innebærer et krav om aktivt samtykke. Ofstad og Skar (2009) peker på at frivilligheten ikke alltid vil være reell. Det vil for eksempel kunne være tilfelle når foreldrene i utgangspunktet motsetter seg hjelpetiltak, men samtykker når barneverntjenesten mener at avvisning av hjelpetiltak tilsier at vilkårene er til stede for å fremme sak om omsorgsovertakelse for fylkesnemnda.

Dersom foreldrene ikke har delt omsorg for barnet, er det vanligvis tilstrekkelig at den som har omsorgen medvirker (Hove, 2006). Dersom barnet er over 15 år, forutsettes det at barnet ikke motsetter seg tiltaket (Ofstad & Skar, 2009).

2.4. Anledning til å pålegge hjelpetiltak

I barnevernlovens § 4-4, tredje ledd er det tatt inn en bestemmelse som gir mulighet for at enkelte tiltak under visse vilkår kan vedtas som pålegg av fylkesnemnda.

Foreldre kan pålegges å benytte barnehage for barnet når det anses ”nødvendig”, i følge bestemmelsen. Vilkårene for å pålegge tilsyn er strengere og tilsvarer vilkårene for omsorgsovertakelse (§ 4-12). Pålagt tilsyn må med andre ord forstås som et alternativt tiltak når det er aktuelt å flytte barnet ut av hjemmet.

I tillegg til barnehage og tilsyn, kan vedtak om foreldrestøttende tiltak vedtas av fylkesnemnda uten barnets samtykke. Forutsetningene er at barnet har vist alvorlige atferdsvansker, slik det er beskrevet i barnevernlovens § 4-24, første ledd. Det er særlig Multisystemisk terapi (MST) som kan representere et slikt tiltak.

I praksis utgjør pålagte hjelpetiltak en svært beskjeden andel av barnevernets innsatser. I følge Raundalen - utvalget (NOU 2012:5) ble det i de tre årene 2008-2010 gjort kun 12 vedtak i fylkesnemndene om pålegg av hjelpetiltak. Raundalen-utvalget foreslo at adgangen til å pålegge hjelpetiltak bør utvides. Dette er blitt fulgt opp med i et Høringsutkast (BLD, 2014) og dernest i forslag om lovendring fremmet for Stortinget i mars 2015 (BLD, 2015).

I Høringsutkastet (BLD, 2014) presenteres flere grunner til at adgangen til å pålegge hjelpetiltak bør utvides. Det pekes på at foreldrenes manglende samtykke til hjelpetiltak medfører at barn får hjelp for sent og at pålegg kan bidra til at barnet får «rett hjelp til rett tid» og slik sikres sin grunnleggende rett til omsorg og beskyttelse mot alle former for overgrep (barnekonvensjonens § 19). Det vises også til at økt mulighet for å pålegge hjelpetiltak vil gi barnevernet flere virkemidler og bidra til å redusere behovet for omsorgsovertakelse. BLD peker også på at muligheten for å pålegge hjelpetiltak i enkelte tilfeller kan være det som skal til for at foreldre samtykker til hjelp som de ellers ville sagt nei til.

I forslaget til lovendring (BLD, 2015) skilles det mellom tre kategorier tiltak; kompensierende, omsorgsendrende og kontrollerende. Kompensierende tiltak som barnehage, besøkshjem, avlastningstiltak, fritidsaktiviteter, leksehjelp og støttekontakt kan pålegges «*når det er nødvendig for å sikre barnet tilfredsstillende omsorg eller av andre grunner*» (s.31). Kontrollerende tiltak som tilsyn, meldeplikt og urinprøver kan pålegges «*når det er nødvendig for sikre barnet tilfredsstillende omsorg*» (s.15). Samme vilkår skal gjelde for omsorgsendrende tiltak. Omsorgsendrende tiltak skal i følge forslag til lovtekst «*være faglig og etisk forsvarlige og bygge på et allment akseptert kunnskapsgrunnlag*». I høringsnotatet vises det til en rekke foreldreveiledningsprogrammer som omtales i senere i denne kunnskapsstatusen (ICDP, NFP, DUÅ, CoS, Marte Meo, PMTO, MST). Omtalen vil belyse kunnskapsgrunnlaget for tiltakene. Opphold i senter for foreldre og barn forslås også å kunne pålegges, men da må vilkårene i lovens § 4-12 være til stede.

BLD foreslår at fylkesnemnda ved forenklet behandling skal fatte vedtak om å pålegge hjelpetiltak og at vedtaket skal være for maksimalt ett år. Tidsavgrensningen gjelder imidlertid ikke for opphold i barnehage eller annet dagtilbud (BLD, 2015).

2.5. Plassering utenfor hjemmet som hjelpetiltak

Som det fremgår av § 4-4 i barnevernloven, gir bestemmelsens fjerde ledd barneverntjenesten mulighet til å benytte plassering i fosterhjem, institusjon eller omsorgssenter for mindreårige som hjelpetiltak. Vilkårene er de samme som for andre hjelpetiltak, men en plassering anses som mer intervensjonerende enn andre hjelpetiltak, og en hjelpetiltaksplassering skal derfor bare benyttes dersom barnets behov ikke kan løses ved andre hjelpetiltak. Plasseringer som hjelpetiltak ble først mulig med barnevernloven av 1992. Tidligere var en omsorgsovertakelse nødvendig, også i de tilfeller der foreldrene ønsket en slik plassering, og når den skulle være kortsiktig.

En plassering etter § 4-4, fjerde ledd innebærer at foreldrene midlertidig overlater den daglige omsorgen til fosterhjemmet eller institusjonen. Disse utøver da omsorgen på vegne av foreldrene, og ikke på vegne av barneverntjenesten, slik de gjør når det er foretatt en omsorgsovertakelse. I tråd med dette, kan foreldrene når som helst kreve at barnet flytter hjem igjen. Dersom en barneverntjenestens vurdering er at en slik hjemflytting vil være til skade for barnet, kan det fattes vedtak om at barnet ikke skal flyttes i inntil tre måneder. Se for øvrig mer om plasseringer etter § 4-4, fjerde ledd hos Stang (2007).

En landsomfattende undersøkelse fra 1998-99 viste at når barn måtte flytte hjemmefra og plasseres utenfor hjemmet av barnevernet, var § 4-4, fjerde ledd den hjemmelen som oftest ble benyttet (Christiansen & Havnen, 2003). Hvis man ved hjelp av barnevernsstatistikken ser på alle barn som på en gitt dato er plassert utenfor hjemmet av barnevernet, er de fleste under omsorg av barnevernet. Hjelpetiltaksplasseringene utgjør imidlertid en stadig større andel også blant disse. Og ser man bare på de barn og unge som er plassert i institusjon, har et flertall av disse hatt institusjonsplass som et hjelpetiltak helt siden 1996. Ved utgangen av 2012 gjaldt dette nesten to tredeler (61 %). Av de som ved utgangen av 2012 var plassert i fosterhjem, var 27 % av fosterhjems plasseringene hjemlet som hjelpetiltak (personlig meddelelse fra SSB).

Den eneste undersøkelsen som er utført om plasseringer etter § 4-4, fjerde ledd spesielt, er utført av Havik (2004) basert på data fra den forannevnte landsomfattende undersøkelsen om plassering utenfor hjemmet. Havik fant at bare en tredel av de som ble plassert etter § 4-4, fjerde ledd var flyttet hjem igjen ett år senere. Plasseringen ble med andre ord ikke kortvarig. For de fleste av barna var planen etter ett år en langsiktig plassering, og lovhjemmelen var da enten endret til § 4-12, omsorgsovertakelse, eller en slik endring var på trappene. I de sakene der en ikke planla en endring av lovhjemmel, var dette hos barneverntjenesten motivert ut fra at en fortsatt hjelpetiltaksplassering best ville bidra til at foreldrene var delaktige i plasseringen og kunne oppleve seg som ansvarlige og verdige (Havik, 2004).

I denne kunnskapsstatusen fokuserer på tiltak som iverksettes mens barnet eller den unge bor hjemme. Den går derfor ikke nærmere inn på plassering som hjelpetiltak. Barnas opplevelse av og utbytte av plassering utenfor hjemmet, vil i de fleste tilfellene være uavhengig av om plasseringen er hjemlet som frivillig hjelpetiltak eller som omsorgsovertakelse. Kunnskap om hjelpetiltaksplasseringer, må en derfor søke i forskningslitteraturen om plasseringer generelt (se for eksempel Backe-Hansen, Egelund, & Havik, 2010 når det gjelder fosterhjem).

2.6. Hjelpetiltak etter 18 år

Når ungdom mottar tiltak fra barnevernet etter fylte 18 år, betegnes det oftest som ettervern. Ut fra hva som er premissene og intensjonen med slike tiltak, er det et noe misvisende begrep. Tiltak kan videreføres eller erstattes med nye tiltak fram til ungdommen er 23 år, uavhengig av om hun/han var under omsorg eller mottok hjelpetiltak fra barnevernet da hun / han fylte 18 år (Barnevernloven § 1-3). Etter 18 år vil tiltakene hjemles i § 4-4, som hjelpetiltak, også når ungdommen fortsetter å bo i et fosterhjem eller en institusjon der hun / han bodde under barnevernets omsorg (unntaket er plasseringer etter § 4-24 som i visse tilfeller kan fortsette etter fylte 18 år).

Det har de senere årene vært et stadig økende antall unge i alderen 18-22 år som mottar tiltak fra barneverntjenesten. I løpet av 2013 var tallet vel 6 800, nærmest en fordobling siden 2003. Antallet med barneverntiltak minker imidlertid betraktelig jo eldre den unge blir. To tredeler av ettervernsungdommene er 18 eller 19 år, mens 22-åringene kun utgjør 5 % (SSB, 2014).

De vanligste tiltakene for unge over 18 år er økonomisk støtte (52 %), bolig med oppfølging (36 %) og fosterhjem (31 %) (SSB, 2014).

Når det gjelder forskningskunnskap om ettervern og hjelpetiltak for de som er over 18 år, viser vi for øvrig til rapporten til Bakketeig og Backe-Hansen (2008).

2.7. Kommunale og statlige hjelpetiltak

Hovedregelen er at hjelpetiltak for barn som bor hjemme er et kommunalt ansvar. Ved to unntak har imidlertid det statlige barnevernet fått et ansvar for hjelpetiltak. Dette går fram av et rundskriv fra 2007 som regulerer oppgavefordeling og betalingsordninger mellom statlig og kommunalt barnevern (BLD, 2007, Rundskriv Q-06/2007).

Det ene unntaket dreier seg om at statlig regional barnevernmyndighet kan påta seg å dekke utgifter til hjelpetiltak i hjemmet dersom tiltakene for barnet *"er å anse som et alternativ til plassering utenfor hjemmet"* (BLD, 2007, p. 23). Det forutsettes med andre ord at både kommunen og Bufetat vurderer at heller enn å plassere barnet utenfor hjemmet, vil det være til barnets beste å iverksette hjelpetiltak i hjemmet. Det

forutsettes at det er snakk om omfattende tiltak, og at tiltakene er av en slik faglig kvalitet at de «vil avhjelpe barnets situasjon både på kort og lang sikt» (s. 24). Kommunen kan i slike tilfeller få dekket utgifter som overstiger kommunenes egenandel ved plassering utenfor hjemmet.

Våren 2013 la Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet fram en proposisjon for Stortinget med forslag til endringer i barnevernloven (BLD, 2013). Et forslag er å avvikle ordningen med statlig refusjon for kommunale hjelpetiltak når hjelpetiltakene er et alternativ til plassering utenfor hjemmet. Begrunnelsen for dette er at ordningen er lite forutsigbar, praktiseres ulikt og at en avvikling vil klargjøre ansvarsforholdet mellom stat og kommune (BLD, 2013, p. 116).

Det andre unntaket fra hovedregelen om kommunalt ansvar for hjelpetiltak i hjemmet, gjelder at staten har ansvar for å utvikle og implementere visse hjelpetiltak for familier som har barn eller ungdom med atferdsproblemer (BLD, 2007). Det dreier seg om tiltak / programmer der det foreligger dokumentasjon, gjerne basert på effektforskning med randomiserte kontrollerte studier, på at programmene gir gode resultater på gruppenivå. Eksempel på slike metoder er: PMTO (Parent Management Training Oregon), MST (Multisystemisk Terapi), FFT (funksjonell familierapi) og ART (Aggression Replacement Training). Det understrekes at staten ønsker å stimulere til økt bruk av disse metodene, og at det derfor gjelder mindre eller ingen krav til kommunal betaling for disse tiltakene. Det er heller ikke en forutsetning at tiltakene settes inn som alternativ til plassering utenfor hjemmet. Det foreligger ikke forslag om å endre denne ordningen.

I og med at Oslo kommune har påtatt seg et helhetlig ansvar for barnevernets oppgaver, faller de utenfor ordningene som her er nevnt.

Etter at staten fra og med 2004 overtok de fylkeskommunale barnevernoppgavene, økte omfanget av statlige hjelpetiltak. Fra 2004 til 2007 var økningen på 45 %. Etter 2007 har det skjedd en årvisst reduksjon, slik at statlige hjelpetiltak ved utgangen av 2012 omfattet 835 barn, som er færre enn i 2004 (SSB, 2013b).

I forbindelse med den omfattende evalueringen av forvaltningsreformen (statlig overtakelse av fylkeskommunale barnevernoppgaver) utførte NIBR og Telemarksforskning en undersøkelse som så på samhandlingen mellom kommunalt og statlig barnevern (Myrvold et al., 2011). Undersøkelsen viser en generell fornøydhet i kommunene med statlige hjelpetiltak som MST og PMTO. Samtidig er tilbudet om slike tiltak ikke likt fordelt hvor særlig tilgangen på MST varierer geografisk i landet. Mindre kommuner med lengst avstand til spesialiserte tjenester og minst ressurser til å utvikle egne tiltak, er de som har dårligst tilgang, slår Myrvold og kolleger fast.

På den annen side opprettholdes ordningen med at staten implementerer og drifter forskningsbaserte hjelpetiltak som for eksempel MST og FFT.

2.8. Oppfølging av hjelpetiltak, - tiltaksplaner og evaluering

For hvert barn som mottar hjelpetiltak skal barneverntjenesten utarbeide en tiltaksplan, jfr. Barnevernlovens § 4-5. Tiltaksplanen skal bidra til at tiltakene blir systematisk fulgt opp, blant annet gjennom regelmessig evaluering. For at tiltaksplanen skal være et virksomt redskap, skal den utarbeides i samarbeid med barnet/ungdommen og foreldre. Tiltaksplanen skal så konkret som mulig fastsette mål for den innsatsen som skal settes inn, konkretisere innholdet i tiltakene som iverksettes, angi et tidsperspektiv for tiltakene og fastsette når og hvordan tiltaksplanen skal evalueres. Dette er nærmere beskrevet i departementets veileder om tiltaks- og omsorgsplaner (BLD, 2006).

Arbeidet med tiltaksplaner har vist seg å være en utfordring for mange av landets barneverntjenester. Riktignok er kravet om å utarbeide en tiltaksplan gradvis blitt bedre fulgt opp. Ved utgangen av 2011 hadde 83 % av barna med hjelpetiltak, tiltaksplan, mot 67 % ved utgangen av 2007 (Riksrevisjonen, 2012). Både Riksrevisjonens (2012) og Helsetilsynets (2012) rapporter viser imidlertid at det ofte er mangler knyttet til prosessen med utarbeidelse av planen, ved planenes innhold og ved at planene ikke evalueres. Riksrevisjonen undersøkte 111 tiltaksplaner fra 7 barneverntjenester, og fant at mange av planene var preget av generelle formuleringer og at nesten annenhver sak ikke var evaluert på tidspunktet som var fastsatt (Riksrevisjonen, 2012, p. 53). Helsetilsynet påpeker spesielt at barn i liten grad er delaktig i utarbeidelse og evaluering av tiltaksplanene, slik lovverket forutsetter.

Ved en lovendring i 2009, ble barneverntjenestens plikt til regelmessig evaluering av iverksatte hjelpetiltak presisert. Hensikten var at en bedre skulle følge med på om tiltakene hadde den tiltenkte effekt, om andre tiltak eventuelt måtte iverksettes, eller om barnets situasjon forble så alvorlig at en omsorgsovertakelse var nødvendig. Kommunesektorens organisasjon, KS, har i samarbeid med Oslo kommune og RKBU Vest, Uni Research Helse utarbeidet og implementert redskaper som skal bidra til mer systematisk og konkret evaluering av hjelpetiltakene (Christiansen, Thomsen, & Hellem, 2012).

3. Hjelpetiltak - omfang og utviklingstrekk

3.1. Økende antall barn med tiltak

Nesten 53.000 barn og unge (0-22 år) mottok tiltak fra barneverntjenesten i løpet av 2013. I dette tallet inngår både hjelpe- og omsorgstiltak. *Ved slutten av året*, pr. 31.12. 2013, var tallet vel 37 000 (SSB, 2014). Antallet barn og unge med tiltak har økt vedvarende gjennom mange år, fram til en liten nedgang fra 2012 til 2013. Allerede i 2005 konstaterte Kristofersen at tallene den gang tilsa at ca. ti prosent av norske barn ville motta tiltak fra barneverntjenesten innen de fyller 18 år (Kristofersen, 2005).

Norge har et mer omfattende tiltaksapparat innenfor barnevernet enn de fleste land det er naturlig å sammenligne seg med (Clifford, 2006). En av flere forklaringer på dette, er at ulike støtte- og hjelpetiltak til barn, ungdom og familier som i Norge ytes med grunnlag i barnevernlovgivningen, i de fleste andre land inngår i sosiallovgivningen og ytes av tjenester som også forvalter andre sosiale ytelser (Kristofersen et al., 2006; NOU 2000:12).

Når vi ser spesifikt på hjelpetiltak, har antall barn som mottar hjelpetiltak fra barneverntjenesten i løpet av ett år, økt med 85 % de siste 15 årene og med 27 % de siste fem årene. I løpet av 2013 var det 44 000 barn som mottok hjelpetiltak (SSB, 2014). Den sterke økningen i antall barn med hjelpetiltak kan ses som en villet konsekvens av at barneverntjenesten med barnevernloven fra 1993 skulle framstå tydeligere som en hjelpetjeneste (Bunkholdt & Sandbæk, 2008; Stang, 2007). Eventuelle negative sider ved denne økningen har i liten grad blitt løftet fram, for eksempel om en viss andel av volumøkningen utgjøres av familier som like gjerne - eller heller - burde fått bistand fra andre deler av tjenesteapparatet.

83 % av alle barn som mottok barneverntiltak, mottok altså hjelpetiltak i løpet av 2013 (SSB, 2014). I økningen av barn med hjelpetiltak, ligger også et økende antall barn som har plassering og opphold utenfor hjemmet hjemlet som hjelpetiltak. Ved utgangen av 2012 hadde 31 % av alle barn plassert i institusjoner og fosterhjem, plasseringen hjemlet som hjelpetiltak. Antallet hjelpetiltaksplasseringer har økt med ca. 50 % de siste ti årene. Denne rapporten omhandler ikke slike hjelpetiltak som innebærer annet bosted, men hjelpetiltak som gis mens barnet bor «i hjemmet». I 2013 tilsvarte det 68 % av alle barn med barneverntiltak.

Den sterke økningen i bruk av hjelpetiltak har ikke medført at færre barn er under omsorg. Ved utgangen av 2013 var vel 8 100 barn under omsorg. Det høyeste antallet noensinne, 69 % flere enn 15 år tidligere (1998) og 28 % flere enn fem år tidligere (2008). SSB påpeker at det fra 2012 til 2013 var en vekst på 5 % når det gjelder barn

under omsorg, den sterkeste veksten på fem år. Til sammenligning var det 6 % færre med hjelpetiltak enn året før (SSB, 2014).

Mange barn har flere tiltak. I undersøkelsen *Det nye barnevernet* fant en at av de barna som hadde aktive tiltak, hadde 60 % mer enn ett tiltak, og en tredel hadde minst tre tiltak (Øyen et al., 2010). SSB beregnet at 51 % mottok to eller flere hjelpetiltak ved utgangen av 2010, 14 % mottok tre hjelpetiltak samtidig og 9 % mottok fire eller flere samtidig. (BLD, 2013).

3.2. Flest eldre barn

Totalt mottok vel 3 % av alle norske barn (31 av 1 000 barn) i alderen 0-17 barneverntiltak pr 31.12.13 (SSB, 2014). Barnevernsstatistikken viser at andelen av norske barn som mottar tiltak, øker med økende alder, med en topp blant 15-åringene (40 av 1000 barn). Det har over år skjedd en viss forskyvning i alderssammensetningen. I tabell 1 sammenlignes tall fra barnevernsstatistikken ved utgangen av 2003 og utgangen av 2013, et tidsspenn på ti år.

Tabell 1. Barn med barneverntiltak ved utgangen av 2003 og 2013, antall og prosentvis fordeling på aldersgrupper (SSB)

Tiltak	2003		2013	
	antall	prosent	antall	prosent
Totalt antall barn med tiltak	27 340	100	37 214	100
0 - 2 år	1 702	6	2 690	7
3 - 5 år	4 035	15	4 985	13
6 - 12 år	10 695	39	13 847	37
13 - 17 år	8 756	32	11 848	32
18 - 22 år	2 152	8	3 844	11

Det er de aller yngste barna og de aller eldste ungdommene som utgjør en større andel av barneverns klienter i 2013 enn ti år tidligere. For barn i alderen 0-2 år økte andelen med barneverntiltak med bare ett prosentpoeng i tiårsperioden, men dette utgjør en økning på 58 % i absolutte tall. (se også Clausen & Valset, 2012; Deloitte & KS FoU, 2012). Antallet barn i aldersgruppene 3-5 år og 6-12 år har også økt, men deres andel av barneverns klientene er redusert. Andelen 13-17 åringer har holdt seg stabil. Det er ungdom i «ettervernsalderen» 18 - 22 år som har økt mest. I 2013 var det 79 % flere ungdom med tiltak i denne aldersgruppen enn ti år tidligere, og deres andel av den totale barnevernpopulasjonen økte fra åtte til elleve prosent.

3.3. Endring i tiltaksbruken

Tabell 2 (neste side) viser hvor mange barn som mottok de ulike barneverntiltakene som SSB-statistikken oppgir, ved utgangen av 2007 og ved utgangen av 2013 (SSB, 2014)⁵. Prosentangivelsene viser hvor stor andel av alle barn med barneverntiltak (både hjelpe- og omsorgstiltak) som mottok det aktuelle tiltaket på de aktuelle tidspunktene.

Vi vil her trekke fram de største endringene som har skjedd i seksårsperioden fra 2007 til 2013. Først omtaler vi tiltakene som har hatt en klart økende anvendelse, for deretter å omtale tiltakene som har en redusert anvendelse.

Ved utgangen av 2013 var råd og veiledning det mest brukte hjelpetiltaket. Hvert tredje barn med tiltak hadde dette tiltaket. Bruken av råd og veiledning har økt sterkt etter at det ble innført som ny kategori i statistikken i 2007. Den sterke økningen kan delvis forstås som en gradvis opprydding i kommunenes rapportering. Tidligere har trolig en del råd og veiledning blitt registrert under hjemkonsulent, tilsyn i hjemmet og ikke minst under «andre tiltak» (Gjerustad et al., 2006).

Også vedtak om deltakelse i ansvarsgruppe var en ny tiltakskategori i 2007. Og trolig kan en derpå følgende «opprydding» være en del av forklaringen på den markante økningen i bruken av dette tiltaket i de etterfølgende årene. Det er særlig for barn i barneskolealder ansvarsgruppe er et vanlig barnevernstiltak å benytte. Kvello (2010) benevner ansvarsgruppe som et administreringstiltak. Gjensidig informasjonsutveksling og koordinering mellom tjenester kan være betydningsfullt, men tiltaket sier lite om hvilken hjelp barnet og familien mottar.

Når det gjelder tiltak som brukes mindre i 2013 enn seks år tidligere, er «tilsyn i hjemmet» det som har en klarest reduksjon, fra 11 % til 3 %. Vi vet ikke hva denne nedgangen skyldes. Muligens kan en del tilsyn og kontroll skjule seg i den voksende råd og veiledningskategorien.

Flere av de tiltakene som gjerne omtales som kompensierende tiltak (se nedenfor), er mindre i bruk enn tidligere. Det gjelder to av de mest brukte tiltakene: besøkshjem og økonomisk hjelp, men også barnehage, støttekontakt og skolefritidsordning. Det er vanskelig å slå fast hva som kan være årsaker til redusert bruk av de nevnte tiltakene. Når det gjelder barnehage, kan noe av forklaringen ligge i en generelt bedre barnehagedekning, noe som har gjort det mindre aktuelt med vedtak fra barneverntjenesten for å få en barnehageplass. Det må imidlertid påpekes at blant barn

⁵ 2007 er brukt som sammenligning fordi det skjedde en endring av statistikkens tiltakskategorier fra dette året av. Tall fra før 2007 er dermed mindre sammenlignbare. (se for øvrig Backe-Hansen, E., Madsen, C., Kristoffersen, L. B., & Hvinden, B. (2014). *Barnevern i Norge 1990-2010: en longitudinell studie* (Vol. 9/2014). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. for utviklingstrekk over en noe lengre periode.

i alderen 3-5 år med tiltak fra barneverntjenesten i 2013, hadde halvparten barnehage som hjelpetiltak. Mindre bruk av økonomisk hjelp som hjelpetiltak kan kanskje bety en klarere grensedragning i forhold til NAV, men det fins ikke noe empirisk grunnlag for en slik hypotese.

Tabell 2. Barn med tiltak ved utgangen av årene 2007 og 2013, antall pr tiltak og prosentandel av alle barn med tiltak. (SSB)

	2007		2013	
	antall	prosent	antall	prosent
Totalt antall barn med tiltak	32 704	100	38 722	100
<i>Hjelpetiltak i hjemmet:</i>				
Vedtak om råd og veiledning	2 417	7	11 976	32
Besøkshjem / avlastningshjem	8 284	25	7 744	21
Økonomisk hjelp	7 398	23	7 265	20
Vedtak om deltakelse i ansvarsgruppe	684	2	6 655	18
Barnehage	3 813	12	3 461	9
SFO – Skolefritidsordning	3 481	11	3 094	8
Fritidsaktiviteter	2 685	8	3 046	8
Støttekontakt	3 105	9	2 302	6
Bolig med oppfølging	214	0,7	1 949	5
Hjemkonsulent / avlastning i hjemmet	1 640	5	2 115	6
Tilsyn i hjemmet	3 639	11	988	3
PMTO	459	1,4	550	1,5
Marte Meo	-	-	135	0,4
DUÅ	-	-	30	0,1
ICDP	-	-	42	0,1
FFT	-	-	95	0,3
MST	355	1	275	0,7
Utdanning / arbeid	308	0,9	276	0,7
Senter for foreldre og barn	178	0,5	165	0,4
Medisinsk undersøkelse og behandling	330	1	168	0,5
<i>Uspesifiserte tiltak:</i>				
Andre tiltak	12 797	39	7 378	20*
Andre hjemmebaserte tiltak	502	1,5	1 969	5
<i>Plasseringer utenfor hjemmet:</i>				
Fosterhjem	7 631	23	10 634	29
Barneverninstitusjon	1 375	4	1 466	4
Beredskapshjem	410	1,3	628	1,7

* Ny kategorisering av andre tiltak fra 2013 kan innebære at samme barn er talt flere ganger / innenfor flere «andre» - kategorier, og at summen og andelen derfor reelt sett er lavere.

Selv om det var en klart mindre andel barn som hadde «andre tiltak» i 2013 enn i 2007, er dette fremdeles en av de største tiltakskategoriene. Hvert femte barn med tiltak hadde «andre tiltak» i 2013. Sett sammen med ”andre hjemmebaserte tiltak” (5 %), viser statistikken at det fortsatt er en stor tiltaksvirksomhet der innholdet er ukjent. Saasen og Løkholm (2010) kartla hva som skjulte seg under «andre tiltak» i 208 saker ved 29 barneverntjenester. Det klart vanligste var ulike former for miljøarbeid i hjemmet. Andre innsatser var samtaler med foreldre og/eller barn, leksehjelp og det som mer syntes å være økonomiske hjelp til å dekke utgifter relatert til transport og fritidsaktiviteter. «Andre tiltak», slik det fremkommer i deres undersøkelse, skiller seg med andre ord ikke så mye fra de tiltakskategoriene som allerede eksisterer i statistikken. Fra og med 2013 er det innført flere nye tiltakskategorier blant annet for å redusere sekke kategorien «andre tiltak»: FFT – Funksjonell familieterapi, Webster-Stratton - De Utrolige Årene, ICDP – International Child Development Program, Marte Meo, Samtalegrupper/barnegrupper, ART, Tilsyn under samvær, Ruskontroll, Familieråd, Nettverksmøter, Individuell plan, Økonomisk hjelp til egen bolig (SSB, 2014).

3.4. Forskjeller og likheter mellom kommuner

Det er klare forskjeller mellom kommuner når det gjelder hvor stor andel av barnebefolkningen (0-17 år) som mottar tiltak fra barneverntjenesten. Mens landsgjennomsnittet ved utgangen av 2013 var 3 %, varierte andelen fra 0,6 % (Austevoll) til 8,5 % (Vadsø). Også fylkesvis er det store forskjeller: fra 2,1 (Akershus) til nesten det dobbelte; 3,9 (Finnmark) (SSB, 2014).

Er det forskjeller mellom små og store kommuner når det gjelder tiltaksbruk? Deloitte har på oppdrag fra Kommunenes organisasjon (KS) gjort en kartlegging av barnevernet i små kommuner (mindre enn 5 000 innbyggere) (Deloitte & KS FoU, 2012). Vel halvparten av landets kommuner inngår i denne kategorien. De fant bare små forskjeller mellom små og større kommuner. I de små kommunene var andelen barn med barneverntiltak noe større, og i de små kommunene har økningen de siste ti årene (fra 2001 til 2011) vært noe større enn i de øvrige kommunene (56 % økning i små kommuner og 53 % i øvrige kommuner). Ved utgangen av 2011 inngikk halvparten (52 %) av alle små kommuner i en form for interkommunalt samarbeid om barnevernsoppgaver (Deloitte & KS FoU, 2012).

Når det gjelder de største kommunene i landet, ble det i 2004 til 2006 gjort en sammenligning av barnevernet i Oslo og Bergen, blant annet når det gjaldt bruk av tiltak (Bogen, Grønningsæter, & Jensen, 2007). Hovedbildet var preget av klare likheter mellom de to store kommunene, og at forskjellene var minst like store innenfor byene som mellom dem. Intervjuer med de ansatte antydte en viss forskjell mellom byene når det gjaldt valg av tiltak. I Oslo var man mer opptatt av å utvikle

lokale tiltak tilpasset den enkelte brukers behov, mens man i Bergen i større grad benyttet seg av etablerte tiltak. Forskjellen syntes imidlertid større i måten man snakket om sin praksis på, enn i den faktiske tiltaksprofilen (Bogen et al., 2007).

3.5. Kategorisering av hjelpetiltak

I omtale av barnevernets hjelpetiltak blir det noen ganger hevdet at barnevernet mangler variasjon og bredde i sin tiltakskjede og at den står i fare for å tilpasse brukerne til tiltakene heller enn å tilpasse tiltakene til brukernes behov (BLD, 2013). Samtidig er det sagt at barnevernet disponerer ”et bredt register av hjelpetiltak” (BLD, 2013, p. 148) og at det ”bare er fantasien som setter grenser” for hvilke hjelpetiltak barnevernet kan benytte (Gjerustad et al., 2006).

En vanlig grovinndeling av hjelpetiltakene, er *endringstiltak* og *kompenserende* tiltak (Gjerustad et al., 2006). I dette ligger en generell og implisitt forståelse av hva som er de enkelte tiltakenes mål og funksjon. Kvello (2010) foreslår en inndeling av hjelpetiltak som er noe mer detaljert enn de forannevnte, og hvor det er formålene med hjelpen som ligger til grunn for inndelingen. Han kaller dem: *Administrasjonstiltak* (for eksempel ansvarsgruppe, i noen tilfeller familieråd); *Opplevelses- og avlastningstiltak* (for eksempel støttekontakt, besøkshjem, leksehjelp, SFO); *Kompenseringstiltak* (for eksempel økonomisk støtte og avlastningsbolig); *Stimuleringstiltak* (plass i barnehage og spesialpedagogisk bistand); *Endringstiltak* (evidensbaserte tiltak rettet mot psykisk helse, foreldres omsorgsutøvelse eller rusmisbruk) og *Kontrolltiltak* (tilsyn, rustesting) (Kvello, 2010, s. 379-380).

Hvilke benevnelser som er mest dekkende når man skal kategorisere hjelpetiltak, er imidlertid usikkert. Med unntak av Stang (2007) og Christiansen (2008) foreligger det svært lite forskning om hva som er formålene med hjelpetiltak. Å fremskaffe kunnskap om hjelpetiltakenes formål er derfor et av hovedformålene med forskningsprogrammet som denne kunnskapsstatusen er en del av.

I proposisjonen som foreslår utvidet adgang til å pålegge hjelpetiltak (BLD, 2015), brukes benevnelserne *kompenserende*, *omsorgsendrende* og *kontrollerende* tiltak, hvor de kompeniserende og kontrollerende tiltakene er konkretisert og avgrenset, mens de omsorgsendrende tiltakene karakteriseres ved at de «skal være faglig og etisk forsvarlige og bygge på et allment akseptert kunnskapsgrunnlag» (BLD, 2015, p. 31) (se kapittel 2.4.).

Det som ofte omtales som kompeniserende tiltak, benevnes innenfor forskningsprogrammet Det nye barnevernet som ”*velferdshjelp*” (Øyen et al., 2010) eller som hjelp til familier som først og fremst har velferdsbehov (Fauske et al., 2009). Velferdstiltak dreier seg primært om tiltak som barnehage, SFO, økonomisk hjelp og støttekontakt.

Øyen og kolleger (2010) har videre funnet det hensiktsmessig å inndele barnevernets tiltak etter en intensitetsskala fra «lav» til «høy». De har benyttet en slik inndeling for å kunne studere eventuelle sammenhenger mellom brukernes behov og tiltak de mottar. På laveste intensitetsnivå er tiltak som betegnes som «bistand» herunder blant annet økonomisk hjelp, støttekontakt, besøkshjem, barnehage, SFO og fritidsaktiviteter. Middels intensitet er tiltak under betegnelsen «veiledning», og her inngår blant annet råd og veiledning, hjemkonsulent, andre hjemmebaserte tiltak, MST, PMTO og ansvarsgruppe. Høy intensitet omfatter «fosterhjem», mens svært høy intensitet omfatter «institusjon» inkludert kollektiv og behandlingsinstitusjoner.

Også Gustavsen (2010) har gjort analyser basert på data fra «Det nye barnevernet». Hun fant ingen klare sammenhenger mellom brukernes behov og tiltaksintensitet, og peker på at forholdet mellom disse to faktorene er mer komplekst enn det man gjerne antar. Gustavsen mener det er nødvendig å kombinere kvalitative og kvantitative metoder dersom en vil studere hva som styrer valg av barneverntiltak og hvorvidt tiltakene som velges samsvarer med brukernes behov.

Som nevnt over, er det felles for de ulike kategoriseringene at de i liten grad baserer seg på empirisk kunnskap om hva som er de enkelte tiltakskategoriens innhold og variasjon i innhold, og heller ikke hva tiltakene konkret skal føre til.

3.6. Oppsummering

Andelen av barn i Norge som mottar tiltak fra barneverntjenesten har økt gjennom mange år. For første gang på lenge ble det i 2013 registrert en liten nedgang. Barnevernsstatistikken fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) viser flere trekk ved tiltaksbruken.

3 % av alle barn (0-17 år) i Norge hadde barneverntiltak ved utgangen av 2013. Andelen øker med økende alder, med en topp blant 15-åringene. Den største økningen har vært blant ungdom i «ettervernsalder», 18-22 år, men det har også vært en markant økning blant de aller yngste barna (0-2 år).

Vel to tredeler av alle barn med barneverntiltak hadde bare hjelpetiltak «i hjemmet». Økningen i bruk av hjelpetiltak har ikke medført at færre barn er under omsorg av barnevernet.

Over halvparten av alle barn med barneverntiltak har minst to tiltak samtidig.

Det har de siste årene skjedd endringer i hvilke hjelpetiltak som er vanligst å bruke. Vedtak om råd og veiledning er det tiltaket som er klart mest brukt og har hatt den største økningen. Hvert tredje barn med tiltak hadde råd og veiledning ved utgangen av 2013.

Besøkshjem, økonomisk hjelp og ansvarsgruppe følger videre på listen over de hjelpetiltakene som er mest benyttet. Vedtak om deltakelse i ansvarsgruppe har økt betydelig de siste årene.

Besøkshjem og økonomisk hjelp, sammen med barnehage, SFO og støttekontakt brukes mindre enn tidligere. Disse tiltakene omtales gjerne som *kompenserende* tiltak til forskjell fra endringstiltak, som for eksempel råd og veiledning. Redusert bruk av kompenserende hjelpetiltak og økt bruk av endringstiltak kan bety at barnevernet har dreid tiltaksbruken i en retning som myndighetene de siste årene har ytret ønske om. Kategoriseringen i kompenserende og endrende tiltak er imidlertid i liten grad basert på empiri. Det er derfor behov for mer kunnskap om hjelpetiltakenes faktiske innhold, formål og funksjon. Det gjelder både når de benyttes enkeltvis og i kombinasjon.

4. Metode

Denne kunnskapssammenstillingen bygger primært på forskning publisert fra og med 2006, i og med at den er ment å supplere og oppdatere kunnskapsstatusen som ble utgitt da (Kristofersen et al., 2006). I tråd med formålet for sammenstillingen, er det primært søkt etter litteratur basert på forskning i Norge og Norden for øvrig. I og med at den aktuelle nordiske forskningen er svært begrenset, er det imidlertid også søkt i internasjonale engelskspråklige databaser. Her har hensikten primært vært å fange opp oversiktsartikler, metaanalyser og andre systematiske oversikter med relevans for norske hjelpetiltak. Nedenfor redegjør vi for søkene i de aktuelle databasene. Det er også foretatt søk i Google og Google Scholar for å fange opp såkalte ”grå publikasjoner” som prosjektrapporter, konferanseinnlegg, notater og publikasjoner gitt ut på eget forlag eller internettside. Når det gjelder enkelte tiltak og programmer har vi vært i kontakt med personer som er sentrale i implementeringen av dem for å få oppdatert informasjon om anvendelse og eventuelle publikasjoner som ikke var fanget opp på annen måte.

Betegnelsen ”hjelpetiltak” er særegen for Norge. De øvrige nordiske landene har også sine særegne benevnelser, som ”forbyggende foranstaltninger” i Danmark og ”öppenvård” i Sverige. Også de ulike tiltakene som inngår blant norske hjelpetiltak har ulike betegnelser i ulike land. Dette har vi så langt som mulig forsøkt å ta høyde for i litteratursøkene. Søkene er i hovedsak foretatt av biblioteket ved Nova våren 2013, men det er foretatt supplerende søk senere, og da særlig med henblikk på å kunne inkludere nyere nordiske publikasjoner. De siste artikler som er inkludert, ble publisert mars 2015.

4.1. Databaser

Søk er foretatt i følgende databaser: ISI Web of Science, Bibsys, Libris (Sverige), Danbib (Danmark) og NORART (nordiske artikler). Nettsiden ”Ungsinn” som informerer om virksomme tiltak for barn og unges psykiske helse, er konsultert når det gjelder visse enkelttiltak.

4.1.1. Søkeord

I *ISI Web of Science* databasen ble følgende søkeord benyttet:

TS=("Parent management training*" OR "Webster stratton" OR "multisystemic treatment" OR "multisystemic therapy" OR "functional family therapy" OR "Aggression replacement training" OR "marte meo*" OR "family council" OR "family conferenc*" OR "family intervention*" OR "child welfare program*" OR "child welfare servic*") AND TS=(effort* OR effect* OR result* OR "impact evaluat*" OR

achievement* OR review* OR benefit* OR "evidence-based practic*" OR "intervention stud*"). Søket ga 972 treff

Norge

NORART:

((PMTO? OR Foreldreveiled? OR foreldreråd? OR Marte? OR MST? OR FFT? OR ART? OR webster? OR familieråd? OR veiled? OR besøksh? OR avlast? OR ?tiltak? OR familieråd? OR innsats? OR effekt? OR virkning?) AND (barnevern?)) [Nytt søk] [Andre baser]. Søket ga 81 treff

og

BIBSYS: (PMTO? OR Foreldreveiled? OR foreldreråd? OR Marte? OR MST? OR FFT? OR ART? OR webster? OR familieråd? OR veiled? OR besøksh? OR avlast? OR tiltak? OR hjelpetiltak? OR omsorgstiltak? OR støttetiltak? OR familieråd? OR innsats? OR effekt? OR virkning?) AND (barnevern?) AND (bs.aar >= "2006") AND (bs.aar <= "2012"). Søket ga 233 treff

Sverige

Søk i svenske bibliotekbasen **LIBRIS:**

("Parent management training*" OR "Webster stratton*" OR Förälder* OR "Marte Meo" OR "functional family therapy" OR "Aggression replacement training" OR "multisystemic treatment" OR familj* OR vägled* OR rådgiv* OR handled* OR åtgärd* OR omsorgsvård* OR insats* OR effekt* OR inverkan* OR verkan*) AND (barnavård* OR "barn- och ungdomsvård*"). Søket ga 89 treff (2006 – 2012)

Dessuten (Socialt Arbeite-rapporten).

Danmark

SØK i danske **DANBIB**, via NETPUNKT

SØK utført 30/10-2012: ("Parent management training?" ELLER "Webster stratton?" ELLER Foræld? ELLER "Marte Meo" ELLER "functional family therapy" ELLER "Aggression replacement training" ELLER "multisystemic treatment" ELLER familie? ELLER vejledn? ELLER rådgiv? ELLER "hjemme-hos?" ELLER indsats? ELLER effekt? ELLER resultat?) OG ("børne- og ungdomsforsorg?" ELLER børneforsorg?) Søket ga 233 treff (fra 2006 til 2012)

4.2. Avgrensning og systematisering av referansene

Ut fra formålet med denne kunnskapsstatusen var det svært mange publikasjoner som ikke var relevante. Det gjaldt en rekke enkeltstudier av ulike program og innsatser fra land utenfor Norden, i dominerende grad studier fra USA, samt studier av tiltak for

spesifikke grupper som faller inn under andre tjenester enn barnevernet, eksempelvis barn og unge med visse psykiske lidelser.

Referansene ble systematisert inn under de ulike tiltakskategoriene som anvendes i norsk barnevern. Andre referanser, som omhandlet grupper av tiltak og innsatser, ble kategorisert etter hvilke målgrupper, type problemer og tjenesteorganiseringer de forholdt seg til.

I framstillingen har vi lagt vekt på å beskrive tiltak og mottakerne av tiltakene så presist som mulig. Det gjelder også når vi omtaler virkninger av tiltak og programmer, fordi det kan være ulike varianter av tiltakene og ulike mottakergrupper i de ulike studiene. Vi har i begrenset grad oppgitt hvilke kartleggings- og måleinstrumenter som er benyttet i studiene. Vi har heller ikke oppgitt hvordan en statistisk har beregnet effektstørrelser eller hvilke verdier en har funnet når man for eksempel har benyttet Cohens d (Cohen, 1988). Vi har derimot benyttet benevnelser som små, moderate eller store effektstørrelser i tråd med hva de enkelte publikasjonene har oppgitt.

5. Tiltak rettet mot barnet

De tiltakene som omtales i dette kapitlet har det til felles at de direkte involverer barnet. Det er barnet som går i barnehage, reiser til besøkshjemmet eller følges opp i egen bolig, og så videre. Dette til forskjell fra tiltakene i neste kapittel, som har til felles en strategi der barn fortrinnsvis hjelpes gjennom veiledning og støtte til barnas foreldre og omsorgspersoner.

De fleste tiltakene i dette kapitlet har lang tradisjon i barnevernet. Noen er fortsatt av de mest brukte, mens andre benyttes langt mindre enn tidligere, jfr. kapittel 3. Økonomisk hjelp er et av de tradisjonelle tiltakene som omtales her, selv om det ikke nødvendigvis direkte berører barnet.

5.1. Besøkshjem og støttekontakt

Ved utgangen av 2013 hadde 21 % av alle barn med barneverntiltak besøkshjem. Besøkshjem var dermed det hjelpetiltaket som var nest mest benyttet (etter råd og veiledning). Fram til 2007 var imidlertid besøkshjem det mest benyttete hjelpetiltaket i norsk barnevern, men både andel og antall barn med besøkshjem har etter den tid gått svakt nedover år for år. Barn i alderen 6-12 år utgjør halvparten av alle barn med besøkshjem (SSB, 2014).

Støttekontakt er et tiltak som 6 % av alle barn med barneverntiltak mottok ved utgangen av 2013. I 1994 var denne andelen 20 %, og antallet barn med støttekontakt har gått gradvis nedover siden den gang. Selv om støttekontakt etter hvert er et mindre benyttet hjelpetiltak, er det delvis erstattet av lignende tiltak som kan være registrert under andre kategorier i statistikken, for eksempel gruppestøttekontakt, leksehjelp, fritidskontakt, eller råd og veiledning til ungdom (Gjerustad et al., 2006).

Besøkshjem og støttekontakt er to ulike tiltak, men har det til felles at de utføres av ikke-profesjonelle som lønnes etter visse satser. Omfanget av deres arbeid med et barn varierer og skal kunne tilpasses barnets behov. Soldal (2005) mener at støttekontakt er et tiltak som er lett å ty til og ofte mangler utdypende begrunnelse. Forventningene til støttekontakter kan deles inn i tre: betalt venn, aktivitør og/eller modell (Soldal, 2005). Tilsvarende vil formålet med besøkshjem kunne være å utvide barnets nettverk, gi barnet opplevelser og aktiviteter som det ellers ikke vil få oppleve, gi barnet sosial trening og erfaring med en trygg og forutsigbar familiekontekst. Besøkshjem er dessuten et tiltak som skal avlaste og støtte foreldre i foreldrerollen (jfr. Björk & Jaensson, 1998; Gjerustad et al., 2006).

Det fins imidlertid svært liten forskningsbasert kunnskap om hva som er målsettinger og formål med besøkshjem og støttekontakt. Det gjelder enten tiltakene benyttes av barneverntjenesten eller av andre tjenester og for andre målgrupper. Situasjonen i 2013 er med andre ord ikke betydelig endret siden kunnskapsstatusen fra 2006 (Kristofersen et al., 2006). Det foreligger imidlertid to nyere studier som vi her vil referere. Den ene er en norsk studie basert på et omfattende kvalitativt materiale (Larsen, 2008, 2009, 2011). Den andre studien er en svensk undersøkelse om kontaktfamilier og kontaktpersoner basert på registerdata (Brännström & Vinnerljung, 2015; Vinnerljung, Brännström, & Hjern, 2011). Kontaktfamilie og kontaktperson er svenske benevnelser på tiltak som i det store og hele tilsvarende besøkshjem og støttekontakt.

5.1.1. Den norske studien

Larsen intervjuet 21 foreldre til barn i alderen 6-12 år som hadde besøkshjem eller støttekontakt (Larsen, 2008, 2009).

To hovedspørsmål ble belyst: Hva opplever foreldrene som støttende, eventuelt belastende, når barnet får støttekontakt eller besøkshjem fra barnevernet? og; Hvordan blir foreldrenes opplevelser av mestring påvirket gjennom disse tiltakene?

Alenemødre var overrepresentert blant familiene. I Larsens studie var det 18 aleneforeldre og 3 gifte foreldre som deltok; 18 kvinner og 3 menn. 10 av alenemødrene var uten arbeid. 19 av deltakerne var norske, 2 asiatiske. Også andre undersøkelser har vist at det er en overrepresentasjon av aleneforsørgere blant familier som mottar disse tiltakene.

Hvilke virkninger beskrives?

Foreldrene formidlet at de opplevde økt mestring som foreldre ved at tiltakene ga barna positive opplevelser, trivsel og gode rollemodeller. Positivt var også å erfare andre voksnes verdsettelse av barna, trygghet og fellesskap for barna, trygghet og avlastning for foreldrene, kommunikasjon om barna med andre voksne som kjente barna, samt bekreftelse og respekt som foreldre.

På den negative siden opplevde foreldrene hjelpen de mottok som for liten og for fragmentert, herunder for lite økonomisk hjelp. For eksempel hadde foreldre erfart at barnas behov for aktiviteter ble ansett dekket gjennom besøkshjem/støttekontakt, og at foreldrene derfor ikke fikk økonomisk hjelp til aktiviteter sammen med barna: «Nå får vi ingen minner sammen». (Larsen, 2008, s 113).

Larsen intervjuet også foreldrenes 32 barn som mottok besøkshjem (14 barn) eller støttekontakt (18 barn) (Larsen, 2011). Utvalget besto av 13 jenter og 19 gutter. I artikkelen rapporterer Larsen om barnas erfaringer med hensyn til informasjon om og involvering i tiltaket de mottok. Bare seks av de 32 barna refererte til barnevernet eller barnevernansatte når det ble snakket om personene de jevnlig hadde kontakt med. De

øvrige hadde ingen kjennskap til barnevernets rolle. Imidlertid hadde halvparten av barna forklaringer på hvorfor de var sammen med en annen familie eller en annen voksen. Intervjuene med foreldrene viste at mange ikke ønsket at barna skulle vite om forbindelsen til barnevernet. Når det gjaldt aktiviteter og gjøremål barna gjorde sammen med kontaktpersonene, var barna delaktig i diskusjoner og avgjørelser. Det store flertallet av barna satte stor pris på relasjonene til kontaktpersonene og aktivitetene de fikk være med på. Larsen (2011) konkluderer med at barnas manglende kjennskap til barnevernets rolle fratru dem mulighet for forståelse og deltakelse, for eksempel når det gjelder hva som skal være formål med tiltakene.

5.1.2. Den svenske studien

Vinnerljung, Brännström og Hjerns gjennomførte en undersøkelse av hvordan det var gått med barn som hadde mottatt kontaktfamilie og kontaktperson basert på nasjonale registerdata (Vinnerljung et al., 2011). To grupper ble inkludert; barn som var henholdsvis 2-5 år og 10-13 år første gang de mottok et av de to tiltakene. Til sammen utgjorde dette nesten 15 000 barn. Ved hjelp av kobling av data fra en rekke registre, kunne forskerne kartlegge hvordan det gikk med disse barna når de ble unge voksne (for de yngste: når de var 18-28 år; for de eldste: når de var 24-35 år). Utfallene ble sammenlignet med et utvalg barn (ca. 40 000) som hadde lignende bakgrunnsforhold, men som ikke hadde mottatt kontaktperson / -familie. Utfallsmålene var blant annet plassering utenfor hjemmet, utdanning, kriminalitet, sosialhjelp og aspekter ved psykisk og fysisk helse. I en senere publikasjon (Brännström & Vinnerljung, 2015) har de særlig sett på utfallene for de som var 10-13 år da de første gang mottok de aktuelle tiltakene.

Hvilke virkninger beskrives?

Tiltakene hadde i følge analysene ikke hatt noen eller muligens en svak negativ effekt når det gjaldt å forebygge senere plassering utenfor hjemmet eller å forebygge en negativ utvikling på de ulike utfallsmålene. Barna som hadde hatt kontaktfamilie eller kontaktperson klarte seg dårligere enn barna i sammenligningsutvalget når det gjaldt utdanning, kriminalitet, sosialhjelp og helserelaterte forhold, samt at en betydelig større andel senere ble plassert utenfor hjemmet. Særlig utsatt var barn som hadde mottatt tiltaket over lengre tid, og barn som hadde mødre med lav utdanning og/eller mødre som var avhengig av sosialhjelp (Vinnerljung et al., 2011). Tilsvarende fant man i analysene publisert i 2015 (Brännström & Vinnerljung, 2015). I disse siste analysene forsøkte man gjennom simuleringer å i større grad ta høyde for mulige bakgrunnsfaktorer som ikke var fanget opp i registerdataene.

Når resultatene diskuteres, peker forskerne på at studien har klare begrensninger, først og fremst ved at den ikke inkluderer bakgrunnsfaktorer som kan ha hatt betydning for resultatene. Det gjelder bakgrunnsopplysninger om familiens og barnas fungering og

om hva som var årsak til og formål med å sette inn tiltakene. Forskerne påpeker: «Når vi ska forklara eller diskutera vad som ligger bakom resultatene hamnar vi snabbt på tunn is, eftersom vi saknar data som gör det möjligt att svara på frågorna. Vi tvingas att utgå från annan forskning, men också från vår förståelse av registerstudiers begränsningar. Resultatet blir tolkningar och ibland även spekulationer» (Vinnerljung et al., 2011, s. 36). Slike bakgrunnsdata kan ganske enkelt ikke fanges opp av registerdatastudier, påpeker Vinnerljung og kolleger. For å søke forklaringer uten tilgang på den type kvalitative data som kunne belyse årsakene, setter forfatterne opp en del hypoteser som de begrunner ut fra tidligere forskning på feltet. En slik hypotese er at besøkshjem kan øke sannsynligheten for senere plassering utenfor hjemmet, fordi et besøkshjem kan gi økt innsyn i barnets og familiens funksjonsevne. Dermed får også barnevernet mer kunnskap om forhold som tilsier at en plassering er nødvendig. Når det gjelder hvorfor det å ha en kontaktperson eller en kontaktfamilie sammenfaller med høyere grad av mange ulike problemer i ung voksen alder, er det heller ikke nødvendigvis fordi tiltaket har en negativ effekt. Tiltaket kan selvsagt være uegnet og dermed potensielt forsterke eksisterende problemer, eller problemene kan være av en størrelse og en karakter som tiltaket ikke kan løse. I lys av annen foreliggende litteratur mener forfatterne at det er mer sannsynlig at tiltaket er satt inn for sent. Forfatterne fant ingen positiv sammenheng mellom langtidstiltak og gode virkninger, og mener at det kan bety at tiltakene ikke var godt nok rettet mot å redusere negative innflytelser i de unges eller barnas omgivelser.

Det kan her nevnes at det også foreligger en slags effektevaluering av kontaktfamilie/besøkshjem fra Danmark, hvor benevnelsen er «aflastningsordning» (Knudsen & Lehmann Nielsen, 2010). Evalueringen var en del av et større prosjekt om effekter av tiltak for ungdom (se nærmere om prosjektet og evalueringsmetoden i kapittel 9). Den viste ingen signifikante positive endringer for ungdommen i løpet av undersøkelsesperioden på ett år. Når det gjaldt forhold i familien, var det heller snakk om en forverring.

Vinnerljung og hans medforfattere foreslår at hvis det, tross alle forbehold om metodiske begrensninger, er slik at kontaktfamilie og kontakthjem ikke har noen målbare positive virkninger på lang sikt, så er det kanskje like greit å innstille seg på at det er slik. Tiltakene kan likevel gi positivt utbytte på kort sikt. Slike kortsiktige virkninger kan også måles, for eksempel ved at man spør deltakerne om hvordan de opplever tiltaket (jfr. Larsens studie) eller ved å anvende standardiserte tester om foreldrenes opplevelse av stress eller barnas psykiske helse og velferd (Brännström & Vinnerljung, 2015). Alternativt kan man tenke seg en tydeligere målretting av slike tiltak. Et eksempel på en slik målretting kan ta utgangspunkt i kunnskapen om at dårlige skoleresultater blant barn med en belastet familiesituasjon øker risikoen for at de selv lever mer belastede liv som voksne. Derfor anbefaler forfatterne at man

vurderer å benytte kontaktfamilien eller kontaktpersonen til å støtte barn i nettopp denne risikogruppen i skolesituasjonen, for eksempel gjennom lesetrening (se også Forsman & Vinnerljung, 2012).

5.2. Barnehage

Barnehage er et hyppig brukt hjelpetiltak i barnevernet. Ved utgangen av 2013 hadde 3 461 barn i alderen 0-5 år dette tiltaket; ca. halvparten av alle barn med barneverntiltak i aldersgruppen 3-5 år og nesten en tredel av de i alderen 0-2 år. Samtidig er barnehage noe nesten alle barn i Norge deltar i. Barnehage er dermed, i motsetning til de fleste andre hjelpetiltak, en viktig og normal del av de aller fleste barns liv i dette landet. Det er ingen offentlige føringer for hvordan barnehageopphold skal kunne fungere som hjelpetiltak i barnevernet.

5.2.1. Erfaringer med og synspunkter på barnehage som hjelpetiltak

Det er ikke forsket på hvilket utbytte barn har av å motta barnehage som hjelpetiltak av barnevernet. De studier som foreligger, omhandler mer prosessuelle aspekter som samarbeid og kommunikasjon mellom barnehage, barneverntjeneste og foreldre. I tillegg formidles erfaringer fra disse aktørene og synspunkter på hva som kan gjøre barnehageplass til et virksomt hjelpetiltak. De aktuelle studiene oppsummeres her.

Samarbeid mellom barnehagen og barnevernet

Godt samarbeid mellom barnehage og barnevern anses som en forutsetning for at barnehage skal fungere godt som et hjelpetiltak i barnevernet (Killén, 2012). Dette samarbeidet har derfor vært gjenstand for enkelte studier.

Backe-Hansen gjennomførte i 2009 en survey om samarbeidet mellom barnehager og barneverntjenester. Studien inkluderte 563 styrere i kommunale og private barnehager i 51 kommuner (Backe-Hansen, 2009). Et av spørsmålene kartla hvor mange barnehagestyrere som hadde erfaring med opphold i barnehage som et barneverntiltak. 28 % av styrerne oppga at de inneværende år hadde barn med barnehage som hjelpetiltak. Ytterligere 43 % hadde hatt det tidligere, mens 29 % opplyste at de aldri hadde hatt det. Det var stor forskjell på private og kommunale barnehager. Mer enn dobbelt så mange kommunale som private barnehager hadde hatt barn med barnehage som hjelpetiltak, og tre ganger flere private enn kommunale hadde aldri hatt det.

Også forskningsprosjektet «Barnehagen som hjelpetiltak» hadde samarbeid som det sentrale temaet (Bratterud & Emilsen, 2013; Emilsen & Bratterud, 2013; Halvorsen, 2011; Jektvik, 2011). I sluttrapporten fra prosjektet (Bratterud & Emilsen, 2013) inngår kapitler skrevet av masterstudenter tilknyttet prosjektet, praktikere fra barnevern- og barnehagefeltet, i tillegg til tre kapitler av Bratterud og Emilsen. Den

kvantitative delen av prosjektet besto av en questbacksurvey der alle barnevernsledere i Midt-Norge ble spurt om sine erfaringer med barnehage som hjelpetiltak. Fordi kun 38 % av 63 ledere svarte, fant man det ikke forsvarlig å benytte de kvantitative dataene. Rapporten formidler imidlertid erfaringer og synspunkter som kom fram gjennom surveyens åpne spørsmål.

Målsettinger og forutsetninger

Barnevernsledernes svar på de åpne spørsmålene avtegner tre målsettinger for barn som får barnehage som hjelpetiltak: at barna skal få andre og bedre forhold til voksne enn det de har hjemme, at de skal inngå i et stimulerende miljø, og at de skal få styrket sin sosiale kompetanse. For foreldrenes del er målet at de skal få avlastning, men også støtte og råd i forhold til barna. Barnevernslederne formidler også at det er en målsetting å fange opp eventuelle problemer tidlig, slik at det kan settes inn adekvate tiltak.

Barnevernlederne vurderte barnehage som et tiltak som ofte klarer å oppfylle målsettingene. De pekte imidlertid på flere forutsetninger for at det skulle være tilfelle: at det settes inn sammen med andre tiltak som medfører endring av barnets helhetlige situasjon; at det inngås gode og tilpassede avtaler om oppfølging og samarbeid mellom barnehagen og barnevernet og at avtalene følges; at barnehagen er godt organisert (tilstrekkelig og stabilt fagutdannet personale); at barnehagen gir foreldrene råd og veiledning i forhold til sine observasjoner av barnas behov; at barnehagen ikke overkompenserer slik at alvorlig omsorgssvikt tildekkes; og at barnas særlige behov kan imøtekommes gjennom kompetent personale. Barnevernslederne opplyste at barnehage benyttes som hjelpetiltak uavhengig av barnets alder, men at de hadde erfaringer med at foreldre til de yngste barna kan være negative til tiltaket fordi det kan medføre bortfall av kontantstøtte (se også Sundnes, 2006; Sundnes, Gulbrandsen, Andenæs, & Clausen, 2004).

Det må understrekes at barnevernslederne i Bratterud og Emilsens rapport uttaler seg på et generelt grunnlag og at det ikke er foretatt noen empirisk undersøkelse på enkeltsaksnivå som kan beskrive eller gi grunnlag for å vurdere hvordan barnehage som hjelpetiltak praktiseres.

I rapporten inngår også et kapittel basert på intervju med fire foreldre om deres erfaringer med barnehage som hjelpetiltak (Jektvik, 2011). Kapitlet formidler at en god, åpen og trygg relasjon til de profesjonelle hjelperne, med dialog og respekt som viktige stikkord, synes å være avgjørende for foreldrenes positive vurdering av tiltaket. Foreldrene verdsatte at tiltaket ikke er stigmatiserende, i og med at det å gå i barnehage er det normale.

Nilsen (2013) har i sin masteroppgave intervjuet mødre til fire barn som har barnehage som hjelpetiltak, barnas konsulent i barneverntjenesten, samt personell i barnehagen. Hun fant at mødrene og barnevernkonsulentene ga ulike begrunnelser for tiltaket. Mødrene begrunnet tiltaket først og fremst ut fra eget økonomisk behov, mens barnevernskonsulentene begrunnet det først og fremst med barnas behov, som språkstimulering, samvær med jevnaldrende og struktur i hverdagen. Nilsen fant videre at barnevernsarbeiderne hadde lite egen kjennskap til barnet, men baserte seg på foreldrenes og barnehagens opplysninger.

Nilsen (2013) spør seg om barnehage anvendes som hjelpetiltak av barnevernet fordi det er lett tilgjengelig og fordi barnehageplass er et tiltak som barnevernet oftest får foreldrenes tilslutning til. Det er behov for mer kunnskap om hva barneverntjenesten og foreldre konkret ønsker å oppnå for barn som får barnehageplass som hjelpetiltak. Før en har slik kunnskap er det vanskelig å vurdere i hvilken grad barnehage gir de ønskete virkninger.

5.3. Økonomisk hjelp

Ved utgangen av 2013 mottok 7 265 barn og unge økonomisk hjelp som hjelpetiltak fra barneverntjenesten (SSB, 2014). Både det faktiske antallet og den relative andelen av barn som mottar økonomisk hjelp har blitt mindre de senere årene. Ved utgangen av 2013 mottok 20 % av barn og unge med tiltak økonomisk hjelp, mot 23 % ved utgangen av 2007 (SSB, 2014). Økonomisk hjelp er likevel stadig det tredje mest benyttete hjelpetiltaket. Det er verd å merke seg at bruken av tiltaket varierer mellom aldersgrupper. Økonomisk hjelp er vanligere jo eldre barnet / ungdommen er. Mens tiltaket ble gitt til 9 % av alle barn med barneverntiltak i alderen null til fem år, ble det gitt til 71 % av unge i alderen 18-22 år. For denne eldste aldersgruppen er økonomisk hjelp det tiltaket som er oftest benyttet (se også Øyen et al., 2010), og økonomisk hjelp er dermed det vanligste ettervernstiltaket.

I den forrige kunnskapsstatusen om hjelpetiltak (Kristofersen et al., 2006), konstaterte forfatterne at det ikke forelå norsk forskning om dette hjelpetiltaket. Situasjonen er i all hovedsak den samme i dag. I lys av den utbredte bruken av tiltaket, er dette påfallende. Det er også påfallende med tanke på at det over tid er dokumentert at familier som mottar tiltak fra barnevernet, som gruppe er blant dem som skårer lavest når det gjelder sosioøkonomiske forhold (Andenæs, 2004; Clausen & Kristofersen, 2008; Fauske et al., 2009; Kojan, 2011). Hvilken betydning økonomisk hjelp fra barnevernet har for disse familiene sammenholdt med betydningen av andre velferdsytelser, bør være av stor interesse.

Sandbæk (2002) fant i en undersøkelse fra slutten av 90-tallet at foreldre når det gjaldt tiltak fra barnevernet, særlig verdsatte økonomisk hjelp og andre tiltak som bidro til at barna deres kunne inkluderes i aktiviteter og sammenhenger med jevnaldrende. De senere årene har det imidlertid stadig oftere blitt uttrykt bekymring for at barnevernets økonomiske hjelp er en erstatning for sosialhjelp, og sånn sett at barneverntjenesten påtar seg oppgaver som primært ligger til arbeids- og velferdsforvaltningen. I sin proposisjon om endringer i barnevernloven uttaler BLD seg om denne problemstillingen og viser til at ”ansvaret for å ivareta barn som vokser opp i lavinntektsfamilier er presisert i den nye loven om sosiale tjenester” (BLD, 2013, s. 151).

I prosjektet Det Nye Barnevernet intervjuet man et utvalg på 674 foreldre som hadde kontakt med barneverntjenesten⁶ (Fauske et al., 2009). 19 % av dem mente at den økonomiske støtten de mottok fra barnevernet bidro til å bedre familiens økonomiske situasjon (Fauske et al., 2009, p. 55). Fra samme intervjumateriale konstaterer Øyen m.fl. (2010) at ”lavterskeltiltak” som økonomisk støtte og avlastning var hjelpetiltak mange familier mottok. Selv om slik hjelp imøtekom en del av de utfordringene som disse barnefamiliene opplevde til dagen, finner Øyen og medforfattere at den økonomiske hjelpen fra barneverntjenesten ikke var av en slik størrelse at det er grunnlag for å hevde at den representerer en skjult fattigkasse (Øyen et al., 2010, p. 12).

Gjerustad m.fl. (2006) så på økonomisk hjelp som barneverntiltak ut fra informasjon innhentet fra ansatte i barneverntjenester gjennom intervjuer og survey. I surveyen deltok representanter fra ca. halvparten av landets barneverntjenester, og disse ble bedt om å krysse av for hvilke tiltak de anser aktuelle i ulike situasjoner (f.eks. foreldre misbruker rusmidler, barnet viser alvorlige tilpasnings- eller atferdsvansker, barnet trenger stimulering). Uansett hvilke situasjoner som ble skissert, ble økonomisk hjelp av svært få oppgitt som aktuelt tiltak. I noen situasjoner, for eksempel når barnet trengte ulike former for stimulering, var støtte til fritidstiltak et hjelpetiltak flere ville benytte. Forskerne antyder at det kan være uklare grenser mellom tiltakskategoriene ”økonomisk hjelp” og ”fritidsaktiviteter”.

I intervjuer med ansatte i barneverntjenester fant Gjerustad m.fl. (2006) at økonomisk hjelp som tiltak ble tematisert i sammenheng med at familiene de var i kontakt med ofte slet med fattigdom og økonomiske begrensninger. På den ene siden kom det fram at det kunne oppstå forbigående vansker i samarbeidet med foreldre når foreldrene fremmet ønske om økonomisk støtte som barneverntjenesten mente de måtte adressere til sosialtjenesten (NAV). På den annen side uttrykte flere ansatte at de benyttet økonomisk støtte som tiltak for å rydde unna hindre som sto i veien for å ta tak i andre

⁶ I utvalget inngikk både undersøkelses-, hjelpetiltaks- og omsorgssaker. Ca. to tredeler var hjelpetiltakssaker.

problemer. Økonomisk hjelp ble benyttet for å avhjelpe praktiske problemer og redusere stressfaktorer i familienes hverdagsliv utover det familiene fikk sosialhjelp til.

Når det gjelder barnevernfamilienes økonomiske situasjon og hjelp fra barneverntjenesten, belyser Larsen (2009) et dilemma på grunnlag av intervju med foreldre der barnet har besøkshjem. Enkelte foreldre mente at de ikke mottok økonomisk hjelp som de ønsket for å ha råd til å gi barna gode opplevelser, fordi barneverntjenesten mente barna fikk slike opplevelser gjennom opphold i besøkshjemmet.

Oppsummert kan vi fastslå at det siden den forrige kunnskapsstatusen har vært noe økt forskningsmessig oppmerksomhet rettet mot økonomisk hjelp som hjelpetiltak. Det er likevel fortsatt liten empirisk kunnskap om hvilke konkrete formål barneverntjenesten yter økonomisk hjelp til. Vi vet ikke hvordan tiltaket samvirker med andre hjelpetiltak eller hvor hensiktsmessig foreldre, barn / unge og barneverntjenesten mener tiltaket er. Det er også behov for mer kunnskap om hvilke vurderinger som gjøres når en befinner seg i grensesnittet mellom barneverntjenestens og NAV's ansvar for økonomiske ytelser til barnefamilier og ungdom.

5.4. SFO - Skolefritidsordning

3 094 barn hadde SFO som barneverntiltak ved utgangen av 2013. Det tilsvarer 8 % av alle barn med barneverntiltak. Mens det var et stadig økende antall barn som mottok SFO som barneverntiltak fram til 2008, har antallet senere sunket noe. Av alle barn i alderen 6-12 år med barneverntiltak, mottok 22 % SFO (SSB, 2014). Det er dermed et av de oftest benyttete tiltakene (etter råd og veiledning og besøkshjem) for denne aldersgruppen. Begrenser vi oss til å se på barn med barneverntiltak i alderen 6-9 år, fikk nesten halvparten av disse SFO som hjelpetiltak. For denne aldersgruppen er SFO dermed et like vanlig barneverntiltak som barnehage er for 3-5 åringer.

Vi har ikke funnet noe forskning om SFO som barneverntiltak. Den nasjonale evalueringen av skolefritidsordningen som ble foretatt i 2001 og 2002 har imidlertid en viss relevans, i og med at et av temaene var om SFO - ordningen er et egnet tilbud til barn med særlige behov (Kvelling & Wendelborg, 2002, 2003). Forfatterne viser til at en av intensjonene med SFO er at den skal inngå i den forebyggende innsatsen overfor barn som lever under vanskelige livsvilkår og bidra til at disse barna blir inkludert på felles arenaer med andre barn.

Evalueringen benyttet både kvantitative og kvalitative data. Spørreskjema ble besvart av foreldre (855) og ansatte (163) samt representanter fra hjelpeapparat og

oppvekstledelse. 16 % av foreldrene oppga at barna deres hadde særlige behov, de fleste på grunn en funksjonshemming. Bare et lite antall hadde kontakt med barneverntjenesten. Det ble også foretatt intervjuer, deriblant med en gruppe foreldre til barn med særlige behov.

Foreldre til barn med særlige behov opplyste i spørreskjema at deres barn deltok i SFO-aktiviteter på linje med andre barn. Dette står i kontrast til uttalelser fra intervjuede foreldre som mente at det ble lagt for liten vekt på differensiering ut fra barnas behov, og at SFO derfor i hovedsak ble et oppbevaringssted for barna. De mente SFO-ansatte i for liten grad var orientert om barns behov, blant annet fordi det skortet på kommunikasjon med skolen.

I likhet med ledere av andre hjelpetjenester påpekte ledere i barnevernet at SFO i sin foreliggende form er lite egnet til å gi et godt tilbud til barn med særlige behov for tilrettelegging og oppfølging. Lederne forklarte dette med store barnegrupper i forhold til antall ansatte, liten andel ansatte med formalkompetanse og for lite struktur (Kvello & Wendelborg, 2002).

Kvello og Wendelborg viser til tall fra Grunnskolens informasjonssystem (GSI 2001-02) at bare 8,8 % av SFO-ansatte hadde førskole- eller lærerutdanning, og bare 15,7 % hadde fagbrev i barne- og ungdomsarbeid. 75,5 % var registrert som ”annet personale”. Denne sammensetningen minsker muligheten for differensiering av aktiviteter og opplegg, og for spesiell tilrettelegging for barn med særlige behov. Evalueringsdataene viste at bevisst tenkning om differensiering var lite framtrødende blant ansatte i SFO.

Den nasjonale SFO-evalueringen er mer enn ti år gammel, og det kan ha skjedd endringer i SFO-ordningen etter dette. Evalueringen tyder på at SFO kan gi barn mulighet til deltakelse i aktiviteter og til samhandling med jevnaldrende, også barn som har vanskelige forhold i hjemmet. På den annen side; dersom barnet har særlige behov for oppfølging eller tilrettelagt deltakelse i SFO, synes mulighetene for å gi barnet dette å være svært begrenset.

5.5. Bolig som hjelpetiltak

I statistikken for barnevernstiltak finner vi kategoriene *økonomisk hjelp til egen bolig*, *bolig med oppfølging* og *andre boligtiltak*. Bolig med oppfølging er det vanligste av disse, men ble ved utgangen av 2013 kun mottatt av 5 % av alle som mottar barnevernstiltak (SSB, 2014). Først og fremst er det ungdom over 18 år som har boligtiltak. Av ungdom med barnevernstiltak i denne aldersgruppen mottar vel en tredel bolig med oppfølging. Med andre ord inngår boligstøtte som en viktig del av

etterverntiltakene (jfr. Bakketeig & Backe-Hansen, 2008). Blant dem i aldersgruppen 13-17 år som hadde barneverntiltak, var det vel 500 eller 5 % som hadde bolig med oppfølging.

I denne kunnskapsstatusen omtaler vi i all hovedsak hjelpetiltak for barn under 18 år. Vi vil likevel vise til den betydning boligsituasjonen har for barn som har hatt kontakt med barnevernet i oppveksten. Kunnskapen om ungdom som ”vokser ut av” barnevernet, viser at deres overgang til en tilværelse i egen bolig skjer tidligere og mer komprimert enn for ungdom flest (Stein, 2006; Storø, 2012). Blant ungdom flest er det mange som i starten flytter mellom kortvarige bosteder, og det er ikke uvanlig at de for en stund flytter hjem igjen til foreldre før de påny flytter ut (Hellevik, 2005). Hellevik, som har studert ungdom i etableringsfasen, viser at foreldrene er viktige for ungdommene etter utflytting, både fordi de representerer nære relasjoner og fordi de ofte yter økonomisk og praktisk støtte. Ungdom som har vokst opp med foreldre som ikke har maktet den ”vanlige” oppfølgingen av barna gjennom oppveksten, er i større fare for å være overlatt til seg selv i denne viktige fasen og dermed mer sårbare i forhold til å klare seg på ulike områder som ung voksen.

Et slikt bilde tilsier at treningshybler eller andre oppfølgingsordninger for ungdom i egen bolig kan være viktige tiltak for de eldste barnevernsklientene. Det finnes imidlertid ikke forskning som beskriver eller evaluerer denne tiltakstypen.

Det er nylig gjennomført en kartlegging av bostedsløse i Norge (Dyb & Johannessen, 2013). Én prosent av de vel 6 000 som var registrert som bostedsløse på slutten av 2012, var flyttet ut av barnevernets omsorg de siste seks månedene. Dette var noe færre enn forfatterne hadde forventet. I gruppen under 20 år, som totalt omfattet 66 ungdommer, var det 13 % som hadde bodd i et barneverntiltak i løpet av det siste halve året (Dyb & Johannessen, 2013).

5.6. ART - Aggression Replacement Training

ART (Aggression Replacement Training) er et manualbasert program som skal bidra til å forebygge og redusere problematferd hos barn og unge. Programmet ble utviklet i USA på 1980-tallet (Goldstein, Glick, & Gibbs, 1998), og har vært implementert i Norge de siste ti årene. Mens programmet i USA har vært rettet spesielt mot kriminalitetsbekjempelse, er det i Norge tatt i bruk innenfor både skoler og barnehager, i tillegg til spesialskoler og barnevernsinstitusjoner (Gundersen & Svartdal, 2006). ART er også en hovedkomponent i MultifunC – institusjonene, rettet mot unge som viser alvorlige atferdsvansker (Andreassen, 2003).

Tiltaket er rettet direkte mot barnet / den unge og har oppbygging av sosial kompetanse som et hovedmål. Barna møtes i grupper på 5 – 8 deltakere, sammen med to trenere som leder møtene. Programmet bygger på sosial og kognitiv læringsteori og har tre moduler: trening i sosiale ferdigheter, trening i sinnekontroll og trening i moralsk resonnering. Innenfor hver modul skal det trenes på et sett av ferdigheter. Dette skjer innenfor en fast struktur og ved hjelp av demonstrasjon, rollespill, veiledning til den enkelte, og lek. Det anbefales at en øver på alle tre modulene hver uke over en 10 ukers periode, det vil si et totalt omfang på 30 timer.

ART er anbefalt av Læringscenteret til bruk i skolen overfor elever med alvorlige atferdsvansker (Nordahl, 2003).

5.6.1. Forskning om virkninger

Det er gjennomført to evalueringsstudier av ART i Norge. Begge er utført i skolekontekst og av miljøet som har hovedansvar for implementering av ART i Norge.

Den første studien omhandlet 65 barn i alderen 11 til 17 år (49 gutter og 16 jenter) (Gundersen & Svartdal, 2006) De fleste var rekruttert fra skoler, mens 24 av de 65 var rekruttert fra spesialskoler og institusjoner. Deltakerne ble fordelt på en intervensjonsgruppe (47 barn) og en sammenligningsgruppe (18 barn). Sammenligningsgruppen fikk vanlig oppfølging. Gruppene var ikke tilfeldig sammensatt, og det var flere deltakere i intervensjonsgruppen som var rekruttert fra spesialskoler og institusjoner. Deltakerne i ART-gruppen viste signifikante endringer når det gjaldt sosial kompetanse og atferdsproblemer på ni av ti mål, mens deltakerne i sammenligningsgruppen viste positive endringer på to av de ti målene (Gundersen & Svartdal, 2006).

Den andre studien inkluderte 140 barn i alderen 4-17 år, primært rekruttert fra barnehager og grunnskoler, en mindre andel fra spesialskoler og institusjoner (Gundersen & Svartdal, 2010). Barna ble tilfeldig fordelt til en ART-gruppe eller til en kontrollgruppe som ikke mottok noe spesielt tiltak; når ART-deltakerne var samlet, hadde kontrollgruppedeltakerne vanlig undervisning / aktiviteter. Pre- og post-målinger av problematferd og sosial kompetanse viste at ART-gruppen skåret signifikant bedre på 14 av 19 mål etter gjennomført program. For kontrollgruppen var det tilsvarende resultater på to av de 19 målene. For barna som hadde deltatt i ART-gruppe, rapporterte foreldrene flere positive endringer enn lærerne. Forskerne søkte å finne ut hvorfor barna i kontrollgruppen viste noe positive endringer fra pre- til postmålingene. Deres konklusjon var at barna i noen grad hadde dratt nytte av å være i klasse / skolemiljø med ART-deltakerne, gjennom en slags smitteeffekt («diffusjon») (Gundersen & Svartdal, 2010).

Utenlandske studier

Det finnes flere utenlandske studier av ART. Mange, og de som viser mest positive resultater, er utført av metodeutviklerne selv (Kauniz & Strandberg, 2009). Men også andre forskere har funnet positive effekter. I den hittil største studien, som omfatter 1229 barn/unge, fant Barnoski og Aos (2004) at ART reduserte faren for nye straffbare forhold. Effektene var imidlertid bare signifikante der trenerne hadde fulgt ART-manualen nøye. I denne studien var oppfølgingstiden 18 måneder, men generelt mangler det studier som har undersøkt de mer langsiktige effektene av ART-programmet.

ART er vurdert som et modellprogram for forebygging av atferdsvansker av flere amerikanske myndigheter.

5.6.2. FamilieART

FamilieART er en utvidelse av ART som inkluderer signifikante voksne rundt barna for å øke muligheten for at det barna lærer i ART-gruppene, skal kunne trenes på og forankres i andre omgivelser. FamilieART gjennomføres i grupper med 3-6 familier med ni samlinger, etter at eller parallelt med at barnet deltar i en ART gruppe (N. S. Johansen, 2012).

5.7. Oppsummering

Tiltakene som er omtalt i dette kapitlet har det til felles at de direkte involverer barnet.

De fleste tiltakene har lang tradisjon i barnevernet, men som vist i kapittel 3, brukes flere av dem mindre enn tidligere. Et unntak er «bolig med oppfølging». Økt bruk av dette tiltaket reflekterer den sterke økningen av ungdom over 18 år som får hjelp av barnevernet.

Lite eller ingen forskningsbasert kunnskap er det tydeligste fellestrekket når man søker etter virkninger av de omtalte hjelpetiltakene.

Når det gjelder besøkshjem og støttekontakt, viser kvalitative studier at foreldre og barn setter pris på tiltakene ved at de gir barna positive opplevelser, støttende relasjoner, gode rollemodeller i tillegg til avlastning for foreldre. En negativ erfaring for enkelte foreldre er at når barnet har besøkshjem eller støttekontakt, opplever de manglende støtte fra barnevernet til selv å kunne gi barna gode opplevelser. Funnene indikerer at mange barn er ukjent med at barnevernet står bak tiltakene.

En svensk evaluering av besøkshjem og støttekontakt viser ingen positive effekter når det gjelder å forhindre plassering utenfor hjemmet eller å forebygge vansker som ung voksen. Studien har sine begrensninger ved at den baserer seg på registerdata, som

blant annet mangler opplysninger om hvorfor tiltakene ble iverksatt. Studien aktualiserer uansett spørsmål om hvilke forventninger man skal ha til tiltak som besøkshjem og støttekontakt, og dermed også om hva som bør være relevante utfallsmål.

Vi vet lite om barnehage og SFO som barneverntiltak. Når det gjelder barnehage, har forskningen særlig fokusert på betydningen av kommunikasjonen og samhandlingen mellom barnehage, barneverntjeneste og foreldre. Både SFO og barnehage er tilbud som benyttes av barn flest. Studier viser at disse arenaene gir barn som opplever ulike vansker, mulighet for samvær med jevnaldrende og deltakelse i positive aktiviteter. Mer spesifikt utbytte for barn med særlige behov avhenger mest sannsynlig av mulighet for spesiell tilrettelegging.

Økonomisk hjelp er fortsatt et av de mest brukte hjelpetiltakene, men er lite forskningsmessig studert. Det er fortsatt usikkert hvorvidt økonomisk hjelp fra barneverntjenesten fungerer som en erstatning for eller som et supplement til ytelser fra NAV.

ART er det eneste manualbaserte programmet spesifikt for barn som omtales i denne kunnskapsstatusen. Programmet kan vise til lovende forskningsresultater når det gjelder sosial kompetanse og atferdsvansker. Et mindretall av utvalget i de norske studiene er rekruttert gjennom barnevernet, og ART benyttes svært sjelden som hjelpetiltak (se kap.3.).

Manglende kunnskap om utbytte av de tradisjonelle tiltakene skyldes trolig lav forskningsmessig interesse og lav faglig/politisk prioritering. Men det kan også bero på vansker forbundet med å evaluere tiltakene. Vanskene oppstår fordi tiltakene benyttes for svært heterogene grupper av barn og unge og fordi enkelttiltakene har varierende innhold og varighet. Flere av tiltakene virker over lang tid og trolig sammen med andre tiltak. Begge deler gjør det vanskelig å fastslå sammenhenger mellom endringer for barnet og tiltaket.

6. Tiltak rettet mot foreldre og samhandling mellom foreldre og barn

6.1. Råd og veiledning som tiltakskategori

Vedtaket om råd og veiledning er den tiltakstypen som flest barn mottar fra barnevernet, 11 976 barn pr 31.12.13. Dette utgjør 32 % av alle barn med barneverntiltak. Råd og veiledning er mye benyttet for alle aldersgrupper, men med svakt synkende omfang jo eldre barnet er.

Råd og veiledning ble innført som tiltakskategori i barnevernsstatistikken i 2007 og bidro til at andelen barn som mottok den uspesifiserte kategorien «andre tiltak» ble redusert fra samme år. Dette indikerer at råd og veiledning har vært et mye benyttet tiltak også tidligere, men da skjult under «andre tiltak», men trolig også under kategoriene «tilsyn i hjemmet» og «hjemkonsulent / avlastning i hjemmet».

Råd og veiledningen kan være rettet mot foreldre, mot barnet eller mot familien. Det er grunn til å tro at foreldrerådgiving og – veiledning er det vanligste av disse (Gjerustad et al., 2006).

I sin undersøkelse fant Gjerustad og kolleger (2006) at barnevernansatte hadde ulike benevnelser for tiltakspersoner som hadde som hovedformål å gi endringsrettet råd og veiledning basert på en tett relasjon med familien (fortrinnsvis foreldrene). Benevnelser som ble oftest benyttet, var hjemkonsulent, miljøarbeider i hjemmet eller foreldreveileder.

6.1.2. Forskning om råd og veiledning

Det foreligger ingen forskning som eksplisitt har studert råd og veiledning som hjelpetiltak i norsk barnevern. Det fins imidlertid flere norske og nordiske undersøkelser som er relevante, fordi de har studert intervensjoner hvor råd og veiledning kan sies å være en hovedkomponent. I dette kapitlet er det fortrinnsvis forskning vedrørende foreldreveiledningsprogrammer som presenteres. De fleste programmene er godt kjent i norsk barnevern, men kapitlet omtaler også programmer som er lite i bruk og enkelte programmer som foreløpig ikke er introdusert i Norge. Når de er med her, er det fordi de har fått en viss internasjonal utbredelse, og fordi de kan vise til positive evalueringer.

6.2. Programmer for foreldreveiledning

Anvendelse av strukturerte metoder og program i klientarbeidet er av relativt ny historie innenfor en norsk førstelinje - barnevernkontekst. For alvor startet

implementering av slike programmer på slutten av 1990-tallet som en konsekvens av et statlig støttet initiativ for å søke kunnskap om, velge ut og introdusere intervensjoner for å forebygge og behandle atferdsvansker blant barn og unge. Det som i dag heter Atferdssenteret ble etablert, og de manualiserte programmene PMTO (Parent Management Training Oregon) og MST (Multisystemisk Terapi) ble introdusert i hjelpetjenestene for barn og unge. Senere er også andre programmer rettet mot atferdsvansker implementert (for eksempel ART, FFT og TIBIR). PMTO og MST er gitt en særstilling i norsk barnevern ved at implementering og oppfølging av modellene er lagt til statlig barnevernmyndighet, Bufetat.

DUÅ (De utrolige årene) ble introdusert omtrent samtidig med PMTO og MST, med de yngste barna som viser begynnende atferdsvansker, som målgruppe. Implementeringssansvaret for DUÅ programmet ligger hos Regionalt kunnskapssenter for barn og unge - RKBU Nord.

Strukturerte metoder eller klart beskrevne program eksisterte imidlertid i norsk barnevern også før de foran nevnte. Det gjaldt først og fremst ICDP (International Child Development Program) og Marte Meo videoveiledning. ICDP ble utviklet på 1980-tallet, og er i motsetning til de øvrige manualiserte metodene utviklet i Norge. Bufetat har også et ansvar for opplæring i og spredning av ICDP foreldreveiledning.

Mens MST, PMTO, FFT og ART bygger på kunnskap om hvilke prosesser og mekanismer som henholdsvis medvirker og motvirker til utvikling av atferdsvansker hos barn og unge, bygger Marte Meo og ICDP på det som ofte betegnes som ”nyere spedbarnsforskning” og på betydningen av den utviklingsstøttende samhandlingen og kommunikasjonen mellom barnet og dets nærmeste omsorgspersoner. Det samme kan også sies om COS (Circle of Security), som er en av de manualbaserte programmene som sist er introdusert i norsk barnevern. COS har først og fremst tilknytningsteori som sin teoretiske basis.

Til tross for at de manualiserte programmene er rettet mot ulike målgrupper og baserer seg på ulike teoretiske modeller, har de også en del fellestrekk. De bygger på en transaksjonsforståelse av barns utvikling, benytter seg i større eller mindre grad av en atferdsterapeutisk pedagogikk, og de gir veiledning som er konkret og handlingsorientert. (Barth, 2009). Videre har de felles siktemål om å hjelpe foreldre til å ha realistiske forventninger til barna, være sensitiv overfor barnas behov og utøve en oppdragelsesstil som er preget av positive heller enn straffende teknikker.

Vi presenterer nedenfor først de foreldreveiledningstiltakene som retter seg mot universelle eller selektive målgrupper, deretter de tiltakene og programmene som spesifikt retter seg mot indikerte grupper og da først og fremst barn og unge med begynnende eller manifesterte atferdsvansker.

6.3. ICDP - International Child Development Program

ICDP - International Child Development Program er et gruppebasert foreldreveiledningsprogram som har som mål å styrke den utviklingsstøttende interaksjonen mellom foreldre og barn (Hundeide & Armstrong, 2011). Programmet ble utviklet i Norge under ledelse av Karsten Hundeide og Henning Rye i 1985 (Sherr, Skar, Clucas, Tetzchner, & Hundeide, 2011). En grunnleggende idé i programmet er å bygge på foreldrenes ressurser gjennom å ta utgangspunkt i, identifisere og løfte fram positive elementer i foreldrenes samhandling med barnet (Hundeide & Armstrong, 2011). I følge Hundeide og Armstrong er ICDP et program som sikter mot å øke foreldrenes sensitivitet og oppmerksomhet overfor barnet, mer enn å instruere foreldre i foreldreferdigheter. ICDP bygger på forskningsbasert kunnskap om betydningen av den tidlige interaksjon mellom barnet og omsorgsgiver (Hundeide, 1996).

Programmet er bygget rundt tre dialoger og åtte tema for godt samspill: 1) Den emosjonelle dialogen: vise positive følelser for barnet; juster deg til barnet og følge dets initiativ; snakk til barnet ditt om ting det er opptatt av og prøv å få i gang en «følelsesmessig samtale»; gi ros og anerkjennelse for det barnet klarer å gjøre. 2) Den meningsskapende dialogen: hjelp barnet til å samle oppmerksomheten sin, slik at dere har felles opplevelse av det som er rundt dere; gi mening til det barnet opplever av omverdenen ved å beskrive det dere opplever sammen og ved å vise følelser og entusiasme; utdyp og gi forklaringer når du opplever noe sammen med barnet ditt. 3) Hjelp barnet til å lære regler, grenser og verdier, og hjelp barnet til å planlegge aktiviteter steg for steg og å nå mål (Sherr et al., 2011).

I åtte eller 12 gruppemøter (avhengig av målgruppe) samles foreldre eller omsorgspersoner for å dele og diskutere sine erfaringer med å praktisere de åtte samhandlingstemaene.

ICDP – programmet benyttes i dag i ca. 35 land, herunder flere utviklingsland, og implementeringen er støttet av FN og WHO og Redd Barna (Sherr, Skar, Clucas, Tetzchner, & Hundeide, 2013). I Norge er det Bufdir som er ansvarlig for implementeringen. Programmet er beregnet på alle foreldre, men er også tilpasset spesielle målgrupper. For eksempel er det satset spesielt på grupper for foreldre med minoritetsbakgrunn. Disse gruppene har to ledere, en med foreldrenes etniske bakgrunn og en med norsk etnisk bakgrunn (se <http://www.bufetat.no/foreldrerettleing/tilbod/>).

6.3.1. Evaluering av ICDP

I 2008 – 2010 ble det gjennomført en evaluering av «Program for foreldreveiledning» basert på ICDP (Sherr et al., 2011, 2013). En intervensjonsgruppe (141 foreldre), som deltok i ICDP-veiledning, og en sammenligningsgruppe (79 foreldre) uten spesiell

oppfølging, ble rekruttert gjennom helsestasjon eller barnehage. Deltakerne representerte med andre ord foreldre flest og ikke foreldre med spesielle behov. Intervensjonsgruppen besvarte et spørreskjema på første og siste gruppemøte. Sammenligningsgruppen besvarte de samme spørreskjemaene med tilsvarende tidsintervall. Barna i ICDP-gruppen var i gjennomsnitt fire år, mens barna i sammenligningsgruppen var tre år.

For deltakerne i ICDP-gruppen viste studien flere positive endringer fra oppstart til avslutning. For det første viste foreldrerapportene signifikante endringer når det gjaldt foreldrestil og holdning til barneoppdragelse. Lignende endringer ble ikke registrert i sammenligningsgruppen. For det andre rapporterte foreldrene som hadde deltatt i ICDP-veiledningen om mindre negativ opplevelse knyttet til barnas vanskeligheter, mindre uro i hjemmet og mindre opplevelse av ensomhet. I ICDP-gruppen var det signifikant flere alene-foreldre enn i sammenligningsgruppen. Sherr og kolleger tolker funnene i retning av at de positive endringene i denne gruppen kan indikere at programmet er særlig nyttig for foreldre som er alene om omsorgsoppgavene.

Sherr og medarbeidere rapporterer også fra et underutvalg i evalueringsstudien (Sherr et al., 2011), der 31 minoritetsmødre inngikk i intervensjonsgruppen. Også disse rapporterte utbytte etter avsluttet kurs, og de syntes særlig å ha fått økt forståelse og forbedret praksis når det gjaldt å snakke med barna, gi barna forklaringer og lede dem. I motsetning til hovedutvalget, var det for minoritetsmødrene også negative endringer fra oppstart til avslutning av programmet. De rapporterte om flere vansker hos barna og mindre tilfredshet med livet. En mulig forklaring på dette kan i følge forskerne være at deltakelse i ICDP-grupper hadde økt deres innsikt og bevissthet om sin egen og barnas situasjon.

Det skal bemerkes at evalueringsstudien baserer seg på foreldrerapporteringer og ikke observasjoner av foreldre, barn eller samspill dem imellom. Evalueringsstudien har som nevnt ikke evaluert ICDP-grupper for spesielt belastede foreldre eller foreldre til barn med særlige behov. Intervjuer med sju foreldre som hadde gjennomført programmet og var foreldre til barn med funksjonshemminger, viste at foreldrene hadde utbytte av ICDP gruppene på flere måter. De verdsatte at programmet ikke var belærende, at det stimulerte til empati, støtte og forståelse og økt følelse av å kunne håndtere de daglige omsorgsoppgavene (Sherr et al., 2011).

6.4. Marte Meo

Marte Meo - metoden er en veiledningsmetode som sikter mot å styrke utviklingsstøttende samhandling og kommunikasjon mellom voksne og barn (Aarts, 2008; Hafstad & Øvreeide, 2004; Skilbred, 2005). Metoden bygger ikke på et spesifikt

teoretisk grunnlag, men trekker veksler på kunnskap fra spedbarnsforskning, salutogenese, empowerment og løsningsorientert tilnærming (Skilbred, 2005).

I Norge har metoden vært benyttet til veiledning av foreldre siden ca. 1990, både innenfor barnevernet og innenfor andre tjenester for barn og familier, for eksempel helsestasjoner og BUP. De senere årene også i barnehager, skole (Holten, 2011) og i eldreomsorgen (Hyldmo, Nordhus, & Hafstad, 2004). For å være Marte Meo-veileder kreves opplæring og sertifisering.

Når Marte Meo iverksettes som hjelpetiltak av barneverntjenesten er det etter all sannsynlighet som veiledning til foreldre. Videoopptak er det sentrale virkemiddelet i metoden, både for å analysere samspill og for å gi veiledning. Dagligdagse samspillsituasjoner filmes. Veilederen analyserer opptakene, og i dialogen med foreldrene pekes det på hva som skjer i samspillet og hvilke behov barnet har når det gjelder respons og initiativ fra den voksne. I veiledningen blir det som fungerer heller enn det som ikke fungerer løftet fram.

6.4.1. Forskning om virkninger

Norsk forskning

Kristofersen og kolleger (2006) konstaterte at forskning om Marte Meo - metoden var svært begrenset, både i og utenfor Norge. Noe mer forskning foreligger i dag.

Vik og Rohde (Vik, 2010; Vik & Hafting, 2009; Vik & Rohde, 2014) gjennomførte en norsk kvalitativ undersøkelse basert på intervjuer med 27 mødre og videoopptak av deres foreldre-barn interaksjon foretatt før og etter Marte Meo veiledning. Mødrene viste postnatal depresjon eller depressive symptomer. Mødrene rapporterte at den viktigste virkningen av veiledningen, var at de fikk hjelp til å se seg selv og barnet fra utsiden; «from the outside looking in». Gjennom videoopptakene og veiledningen ble de observante på barnas mange initiativ til kontakt. De ble oppmerksom på at de selv ikke var konstant deprimerte og at de mestret morsrollen bedre og var mer betydningsfulle for barna sine enn de trodde. På den måten bidro Marte Meo veiledningen til økt selvtillit og trygghet i morsrollen og reduserte depresjonssymptomer (Vik, 2010; Vik & Hafting, 2009).

En norsk effektstudie av Marte Meo ble publisert våren 2015 (Høivik et al., 2015). Studien inkluderte 132 familier med barn opp til to år rekruttert i løpet av en periode på vel fire år fram til høsten 2012. I tråd med RCT-designet ble familiene tilfeldig fordelt til intervensjonsgruppen som fikk åtte Marte Meo - konsultasjoner (75 familier) eller til kontrollgruppen som fikk vanlig oppfølging (57 familier). Vanlig oppfølging tilsvarte den oppfølgingen som gjelder barn opp til to år ved helsestasjonene. Også intervensjonsgruppen mottok denne oppfølgingen og begge grupper kunne motta andre tjenester. Familier ble rekruttert av helse- og sosialarbeidere i kommunene med

utgangspunkt i at de og/eller foreldrene mente det var problemer i foreldre-barn interaksjonen. Mens de profesjonelle som rekrutterte deltakere mente at depressive symptomer hos mødrene var den viktigste henvisningsgrunnen (60-70 %), mente foreldrene at oppdragelsesproblemer var den viktigste grunnen til deltakelse (33 %). Fem av familiene hadde kontakt med barneverntjenesten. 83 % av barna bodde med begge foreldrene, men bare to fedre deltok i studien. 63 % av mødrene hadde høyere utdanning.

For å måle effekter benyttet man skåringer av videoopptak og foreldrerapporteringer før, etter og seks måneder etter avsluttet veiledning. Ettermålingene viste signifikant mer positiv endring når det gjaldt samhandling og kommunikasjon for de som mottok Marte Meo veiledning. Denne forskjellen vedvarte imidlertid ikke etter seks måneder. På to andre utfallsmål kunne man imidlertid registrere signifikante effekter ved seks måneders oppfølging. Det gjaldt barnas sosiale og følelsesmessige utvikling og foreldrenes depresjonssymptomer, slik foreldrene rapporterte dem.

Forskerne fant at Marte Meo særlig hadde effekt for mødre med depresjonssymptomer, samtidig som de understreker at de i utvalget ikke hadde mødre med som led av alvorlig depresjon. Som ved evaluering av andre programmer, fant de at de som hadde størst vansker i utgangspunktet hadde største utbytte av intervensjonen. I dette tilfelle gjaldt det familiene med størst samhandlingsvansker. Et viktig poeng å merke seg, er at man ikke fant noen effekt for familier der relasjonen foreldre – barn var relativt velfungerende fra starten av. På den bakgrunn mener de at Marte Meo ikke bør anbefales som et bredt forebyggende tiltak, men som et tiltak for familier hvor en har konstatert samhandlingsvansker (Høivik et al., 2015).

Studier fra Sverige

En svensk effektstudie av Marte Meo er publisert av Neander og Engström (2009) (se også Neander, 2011). 101 familier ved fire familiesentre innenfor barne- og ungdomspsykiatri eller barnevern, deltok i studien. Studien hadde ingen kontrollgruppe. Familiene hadde til sammen 118 barn mellom null og 12 år, i snitt tre år. Foreldre og barn ble kartlagt ved inntak, etter seks måneder og etter 18 måneder. Foreldrene fylte ut standardiserte kartleggingsinstrumenter, blant annet om foreldrenes tilknytningsmønster og psykiske helse, deres opplevelse av stress og sosial støtte, og om barnas styrker og svakheter (SDQ).

Gjennomsnittlig varte Marte Meo - veiledningen ti måneder. På alle kartleggingsområdene ble det registrert positive effekter seks måneder etter oppstart. Etter 18 måneder hadde den positive utviklingen forsterket seg. Endringene var større for mødrene enn for fedrene (Neander & Engström, 2009).

En annen svensk studie har evaluert en intervensjon hvor Marte Meo - veiledning kombineres med jevnlig samordningsmøter mellom skole og foreldre; en type ansvarsgruppemøter for barn som viser begynnende atferdsvansker (alderen 4-12 år) (Axberg, Hansson, Broberg, & Wirtberg, 2006). Marte Meo-veiledningen ble primært gitt til barnets kontaktlærer, men ble også tilbudt barnets foreldre. Samordningsmøtene ble ledet av en koordinator og besto av barnets foreldre, lærere, ekstrapersonale på skolen og eventuelt andre for barnet viktige personer. Møtene hadde en reflekterende struktur som sikret at alle deltakere fikk innta både fortellende og lyttende posisjoner. En viktig intensjon med samordningsmøtene var å åpne opp for andre og mer konstruktive fortellinger om barna. Et strukturerende ledd var utarbeiding og evaluering av konkrete utviklingsmål for barna.

Når foreldrene hadde samtykket til å være med på dette konkrete samarbeidet, ble det foretatt en kartlegging av barnets fungering basert på både foreldre og læreres vurdering. Etter et første samordningsmøte startet Marte Meo - veiledningen. Mens veiledningen pågikk ble det med jevne mellomrom avholdt samordningsmøter. Gjennomsnittlig ble det avholdt sju samordningsmøter og foretatt ni videopptak med seks tilbakemeldingssesjoner.

Evalueringen av intervensjonen hadde et kvasieksperimentelt design: i tillegg til de 33 barna som inngikk i intervensjonsutvalget ble det etablert et ikke-randomisert sammenligningsutvalg med 16 barn. Disse fikk vanlige tjenester og tiltak for barn med begynnende atferdsvansker. Kartlegging ble foretatt like før og to år etter oppstart av intervensjonen, først og fremst ved hjelp av ASEBAS's foreldrerapportering (CBCL) og lærerrapportering (TRF). Det ble registrert en signifikant reduksjon i symptomer på eksteraliserende atferd både hjemme og på skolen for de som mottok intervensjonen, men ikke for sammenligningsutvalget. Selv om studien hadde svakheter (se s.386), trekker forskerne fram at det ikke var frafall blant deltakerne i intervensjonen, noe som tilsier at den er praktisk gjennomførbar. De fremholder at en styrke ved intervensjonen er at den var så sterkt forankret i skolesystemet, samtidig som den styrket samarbeid og kommunikasjon mellom skole og hjem (Axberg et al., 2006).

Metastudie av videobasert foreldreveiledning

Marte Meo er ikke den eneste foreldreveiledningsmetoden som benytter videoanalyse og -tilbakemelding som vesentlig element. Fukkink (2008) har foretatt en metaanalyse av 29 studier av «video feedback family programs». Barna i familiene var i snitt to år gamle. Intervensjonen varte gjennomsnittlig i et halvt år og omfattet 15 konsultasjoner, men variasjonen var stor. Foreldreatferd sto i fokus for de fleste programmene, men det var også programmer som vektla og kartla foreldres holdninger og tilknytningen mellom foreldre og barn.

Metaanalysen viste signifikante positive effekter både med hensyn til foreldreatferd, foreldrenes holdninger til barna og barnas atferd. Et interessant funn, som i følge forfatterne er i overensstemmelse med andre studier, er indikasjonene på at kortere og mer intensive program er mer effektive enn de som har lengre varighet. Et annet viktig funn fra metastudien er at de gjennomgående positive effektene var klart mindre for familier tilhørende det de kaller høyrisikogrupper. Fukking (2008) peker på at videre forskning bør sikte mot å identifisere mer spesifikt hvilke foreldre-barn – funksjoner som påvirkes positivt av videobaserte veiledningsprogram, og på hvilke områder og for hvem blant høyrisikogruppene det er behov for å komplimentere programmene med andre typer hjelp.

6.5. COS – Circle of Security

COS – Circle of Security er betegnelsen på en type program som tilbys familier der det er behov for å styrke tilknytningen mellom barn og foreldre. Fra et felles miljø og samarbeid mellom programutviklerne har COS-tiltaket utviklet seg til to versjoner; COS Virginia og COS International (Ulvund & Eng, 2013). Begge versjonene tilbyr COS både som et forebyggende tiltak og som et terapeutisk tiltak:

Circle of Security (COS) Virginia - Gruppemodell

Circle of Security (COS) Virginia - Familiemodell

Circle of Security (COS) International - Parenting

Circle of Security (COS) International - Intervention

Alle fire tiltakene er implementert i Norge. Spebarnsnettverket ved RBUP Øst og Sør står bak implementeringen av COS Virginia-modellen i Norge. Når det gjelder COS International er det i Norge psykologene Stig Torsteinson og Ida Brandtzæg som står for opplæring og distribusjon.

Siden COS-programmene har vært benyttet i Norge i kortere tid enn de øvrige programmene som omtales i dette kapitlet, presenterer vi programmene noe mer omfattende enn de øvrige programmene.

6.5.1. COS som forebyggende tiltak

De forebyggende variantene innenfor COS International og COS Virginia gis primært som gruppetilbud. Formålet er å formidle kunnskap om og øke omsorgspersonenes forståelse for barns atferds- og reaksjonsmønstre og deres sensitivitet for barnas tilknytningsatferd. Videre er det et mål å hjelpe foreldrene til å bli bevisst egne utfordringer når det gjelder å imøtekomme barnas tilknytningsrelaterte behov.

I motsetning til de to terapeutiske programvariantene forutsetter ikke de to forebyggende programmene at det foretas noen kartlegging ved oppstart.

COS Virginia Gruppemodellen presenteres som et selektivt forebyggende program for foreldre som opplever særlige utfordringer i samhandlingen med barna. Foster- og adoptivforeldre anses som potensielle målgrupper ut fra deres ansvar for barn som har opplevd ett eller flere brudd i forhold til sine omsorgspersoner (Ulvund & Eng, 2013).

4-10 foreldre samles til 12 samlinger; først 10 ukentlige samlinger, deretter to «booster-sessions» (oppfriskningssamlinger) med en måneds mellomrom. Programmet har en fastlagt struktur med egne tema og målsetninger for hver samling, og det benyttes et filmmateriale utarbeidet for programmet. I gruppesamlingene får foreldrene kunnskap om tilknytning mellom foreldre og barn og trening i å observere og forstå barnas signaler og hvordan de kan møte barnas behov. Det legges vekt på at foreldrene skal utforske sine forestillinger om barnet og seg selv og gjennom det hjelpes til å fremme trygg tilknytning dem imellom.

Det legges vekt på å skape et trygt læringsmiljø i gruppene ved at gruppelederne modellerer COS-prinsippene i møte med foreldrene og med det representerer en trygg base for dem, på linje med det foreldrene skal være for sine barn.

For å kunne tilby Virginia Gruppemodellen kreves det en omfattende opplæring over 1 til 2 år. Gruppelederne skal opplæres i observasjon og skåring av samspill mellom foreldre og barn ut fra videoopptak, de skal delta i fem dagers opplæring i gruppemodellen, og de skal motta jevnlig veiledning parallelt med at de gjennomfører to gruppeforløp.

COS International Parenting kan anses som en selektiv gruppeintervensjon for foreldre som opplever utfordringer i samhandlingen med barna sine, men kan også tilbys som et mer universalforebyggende tiltak til brede foreldregrupper gjennom for eksempel helsestasjoner, skolehelsetjenesten og barnehager. Målgruppen er foreldre med barn i alderen 0-10 år. Intervensjonen kan også tilbys individuelt (Brandtzæg, Smith, & Torsteinson, 2011).

Programmet har i likhet med Virginia Gruppemodellen som siktemål å lære foreldre hva barn trenger for å utvikle en trygg tilknytning, samt å hjelpe foreldrene til å bli bevisst egne utfordringer når det gjelder å imøtekomme barnas tilkynningsrelaterte behov. Foreldrene hjelpes til å tolke barnets følelsesmessige uttrykk og til å skifte fokus fra å håndtere barnets atferd til å styrke relasjonen til barnet. Det er utarbeidet et videomateriale som benyttes i åtte gruppemøter etter en fastlagt progresjon sammen med den grafiske framstillingen av COS - sirkelen (Trygghetssirkelen).

For å gjennomføre COS Parenting grupper kreves det deltakelse i et fire dagers opplæringsprogram. For øvrig er det ikke krav, men tilbud om oppfølging eller veiledning.

6.5.2. COS som terapeutisk intervensjon

COS International Intervention

er primært en gruppebasert intervensjon, men den kan også gis individuelt. Målgruppen er foreldre til barn i alderen 0-6 år som har eller står i fare for å utvikle tilknytningsvansker (Brandtzæg et al., 2011; Drugli, 2011).

I forkant av selve tiltaket gjennomføres en tilknytningsrelatert kartlegging. Kartleggingen skjer gjennom observasjoner av samspill og tilknytningsatferd ved bruk av forskningsbaserte metoder («Still face» og «Fremmedsituasjonen»). I tillegg gjennomføres det et strukturert COS-intervju av foreldrene som omhandler foreldrenes egne tilknytningserfaringer og deres opplevelser og refleksjoner vedrørende relasjonen til eget barn.

Selve gruppeintervensjonen omfatter 20 ukentlige møter i grupper med 5 til 6 foreldre. To terapeuter leder gruppen etter en utarbeidet manual som inneholder både undervisningsmessige og terapeutiske elementer. Kartleggingen legger grunnlag for å etablere en individuelt tilpasset tilnærming for hver enkelt foreldre-barn dyade. Oppmerksomhet rettes både mot foreldrenes atferd og deres forståelse av sitt barn, og mot at deres barn har behov for selvstendighet så vel som avhengighet. Foreldrene hjelpes også til å bli oppmerksom på hvordan viss atferd hos dem selv eller barnet ofte kan grunne i en ubevisst angst eller usikkerhet. Avslutningsvis benyttes videoopptak til å fokusere på endringsprosessen gjennom tiltaket.

For å lede COS Intervention kreves det et opplæringskurs over 10 uker samt veiledning i 1,5 år før sertifisering.

COS Virginia Familiemodell har langt på vei samme målgruppe og formål som COS Intervention, men Familiemodellen tilbys enkeltfamilier, ikke i gruppe (Hoffman, Marvin, Cooper, & Powell, 2006). I omtalen av tiltaket legges det vekt på at det kan være særlig nyttig for adoptiv- og fosterforeldre i tillegg til omsorgspersoner generelt (Ulvund & Eng, 2012).

Det foretas innledningsvis en kartlegging gjennom intervju og observasjon knyttet til «Fremmedsituasjonen». Selve behandlingen foregår over minimum ett år og starter med en generell innføring og bevisstgjøring blant annet ved hjelp av standardisert filmmateriell. Det videre forløpet tilpasses den individuelle familien. Videoopptak av samspill er et viktig virkemiddel.

For å benytte Familiemodellen kreves det en opplæring som blant annet omhandler atferdsobservasjon. Videre forutsettes det veiledning på arbeidet med minimum to familier basert på filmopptak før sertifisering.

I alle COS-modellene vektlegges det at gruppeledere og terapeuter skal etablere en trygg base for læring og utforskning i tråd med en tilknytningsteoretisk forståelse. På denne måten demonstrerer de COS-prinsippene i sin egen samhandling med foreldrene.

6.5.3. Forskning om virkninger

Det finnes ingen forskning om bruk av COS i norsk sammenheng, og forskningen på COS internasjonalt er begrenset (Mercer, 2015). Tre studier foreligger, alle fra USA, og de har tatt for seg tre ulike varianter av COS. Studien til Cassidy og medarbeidere (Cassidy et al., 2010) omfattet 20 mødre i fengsel med nyfødte barn. Mødrene hadde alle vært rusmisbrukere. De gjennomgikk en 15 måneders versjon av den opprinnelige COS manualen. Også Hoffmann og medarbeidere (2006) sin studie hadde denne manualen som utgangspunkt. Her studerte man samhandlingen mellom 65 foreldre og deres barn i førskolealder. De deltok i COS grupper som hadde 20 ukentlige møter. Begge disse studiene hadde et pre-post design ved at en samlet inn data ved oppstart og avslutning av tiltaket, og begge registrerte en økt andel av barn med trygg tilknytning etter intervensjonen.

De to nevnte studiene hadde ingen sammenligningsgruppe, noe som gjør det vanskelig å vurdere om endringene er resultat av tiltaket. I en senere studie av Cassidy og medarbeidere (2011) deltok 220 nyfødte barn og deres mødre som ble fordelt på en intervensjons- og en sammenligningsgruppe. Barna hadde et irritabelt temperament og mødrene en anstrengt økonomi. Tiltaket som ble undersøkt var en kortversjon av COS: ”COS Intervention, HV4”. Kortversjonen besto av tre hjemmebesøk, etterfulgt av et fjerde hvor en gjennomgikk og samtalte om videoer som var tatt opp ved de tre hjemmebesøkene. Sammenligningsgruppen fikk samme intervensjon, med unntak av det fjerde hjemmebesøk med video – feedback. Studien fant ingen hovedeffekt av behandlingen, men i familier hvor barna ved oppstart skåret høyt på irritabilitet, var det ved avslutning en signifikant større andel med trygg tilknytning i intervensjonsgruppen enn i sammenligningsgruppen (Cassidy et al., 2011).

COS modellen har på kort tid fått stor oppmerksomhet i Norge med mange terapeuter under opplæring. Ungsinn - databasen kategoriserer COS tiltakene som ”sannsynlig virksomme” (se <http://www.ungsinn.no/?x=0&y=0&s=COS>). Dette ut fra at tiltakene er godt fundert i tilknytningsteori, at det finnes gode beskrivelser av mål og metoder, samtidig som det mangler forskning om virkninger av COS. Norsk forskning om COS er viktig for å få kunnskap om hvordan modellen fungerer i en norsk kontekst. Videre er det viktig å studere utbyttet av henholdsvis gruppe- og individualversjonen av COS.

Det er også behov for kunnskap om hvilke barn og familier de ulike versjonene er egnet for, for eksempel når det gjelder barnas alder og familiens problembelastning. I den forbindelse skal det nevnes at det i Tyskland gjennomføres en RTC-studie av COS for psykisk syke mødre (se <http://www.controlled-trials.com/ISRCTN88988596>).

6.6. DUÅ - De utrolige årene - Webster Stratton

De utrolige årene (DUÅ) består av en programpakke mer enn et enkelt tiltak. Programmene har som formål å forebygge eller behandle atferdsvansker hos barn i alderen 3 -12 år (se: <http://dua.uit.no>). Programmene er utviklet i USA av Carolyn Webster-Stratton (Webster-Stratton, 2000) og gjennomføres av sertifiserte terapeuter ut fra manualer. I Norge ledes implementering av DUÅ-programmene fra Regionalt kunnskapssenter for barn og unge Nord (RKBU Nord), UiT Norges arktiske universitet i samarbeid med RKBU Vest og RKBU Midt-Norge.

I Norge drives det foreldregrupper, hvor programmet har ulike varianter spesifisert for ulike aldersgrupper. I tillegg kommer et barneprogram (Dinosaurusskolen i smågrupper), et program for ansatte i skoler og barnehager og et elevprogram (Dinosaurusskolen i klasserommet/barnehagen). Programmene tilbys både i 1. og 2. linjetjenesten.

I *foreldregruppene* benytter man korte videoklipp som viser vanlige samspillfrekvenser mellom foreldre og barn. Disse danner utgangspunkt for rollespill og samtaler om erfaringer og prinsipper for samspill. Foreldrene får hjemmeoppgaver mellom samlingene. Foreldregruppene varer fra 12 til 22 uker avhengig av problembelastningen.

Barna til foreldrene som deltar på foreldregrupper kan delta på DUÅs *Dinosauruskole* i smågruppe. Temaene i foreldre- og barnegrupper er tilpasset hverandre, og målet med Dinosauruskolen er å styrke barnas sosiale kompetanse, deres regulering av sinne og frustrasjon, samt å styrke deres selvbilde og opplevelser av mestring (se:<http://dua.uit.no/>).

6.6.1. Norsk forskning om virkninger

Ved universitetene i Tromsø og Trondheim har det vært gjennomført forskning på DUÅ i lengre tid, først og fremst gjennom en longitudinell studie hvor en har fulgt en gruppe barn og deres familie over år for å få indikasjoner på hvilke virkninger deltakelse i DUÅ har hatt for dem (Larsson et al., 2009). De siste dataene er innhentet fem til seks år etter at familiene deltok i behandlingen (Drugli, Larsson, Fossum, & Mørch, 2010). Dette er den første nordiske effektstudien av DUÅ.

I studien ble familiene tilfeldig fordelt (randomisert) til tre grupper. Den ene gruppen mottok foreldretreningsprogrammet, den andre gruppen mottok både foreldretreningsprogrammet og barneprogrammet (Dinosaurskolen), mens den tredje gruppen var en venteliste-/kontrollgruppe. Totalt var utvalget 127 barn i alderen 4-8 år. Alle var henvist til BUP og alle barna hadde diagnosen opposisjonell atferdsforstyrrelse (ODD) ved oppstart. Nesten hvert femte barn hadde diagnosen atferdsvansker (CD). Opplysninger om foreldrene viste at de skilte seg ut fra foreldre til barn som mottar tiltak fra barnevernet ved at flere hadde høyere utdanning og at flere av barna levde sammen med begge foreldrene.

Opplysninger om barna og foreldrene ble samlet inn like før, rett etter og ett år etter deltakelse i DUÅ-programmet, først og fremst gjennom at foreldre besvarte ulike standardiserte spørsmålsbatterier. Etter gruppedeltakelsen registrerte man klare endringer når det gjaldt foreldrepraksis (Larsson et al., 2009) for begge intervensjonsgruppene sammenlignet med kontrollgruppen. Det dreide seg om økt bruk av positiv oppdragelsespraksis og redusert bruk av inkonsekvent og streng oppdragelsespraksis. Foreldrene rapporterte også signifikant mindre stress. De positive endringene var opprettholdt ett år etter gruppedeltakelsen. Mens alle barna hadde diagnosen ODD ved oppstart, gjaldt dette bare for en tredel ett år senere (Larsson et al., 2009), selv om de fleste barna fortsatt viste symptomer på ODD i følge Hobbel & Drugli (2013). Det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppen som bare deltok i foreldretreningsprogrammet og gruppen der barna i tillegg deltok i Dinosaurskolen (Larsson et al., 2009).

Det ble i en delstudie sett på om deltakelse i Foreldretreningsprogrammet hadde noen effekt på barnets adferd i barnehagen eller på skolen (Drugli & Larsson, 2006). Ett år etter programavslutning kunne det ikke registreres signifikant reduksjon av aggressiv atferd eller økning i prososial adferd hos barnet på disse arenaene (Drugli, Larsson, & Clifford, 2007). Forskerne påpeker at funnene indikerer at atferdsvansker som viser seg i barnehage og skole må avhjelpes med målrettede tiltak på disse arenaene og gjennom samarbeid mellom lærere, foreldre og terapeuter.

I en annen delstudie som inkluderte foreldre og barn som hadde mottatt aktiv DUÅ-veiledning, viser Fossum og medarbeider (Fossum, Handegård, Drugli, & Mørch, 2010) at barn som hadde ADHD hadde mindre langsiktig utbytte av DUÅ. Det samme gjaldt for barn / familier som hadde kontakt med barnevernet (Mørch & Drugli, 2011).

For å studere langtidsvirkninger ble det gjennomført en oppfølgingsstudie av de som hadde gjennomført DUÅ-programmet 5-6 år etter programavslutning (Drugli et al., 2010). Man ville undersøke om effektene ble opprettholdt etter så lang tid, og hvilke faktorer som samvarierte med langtidseffektene. Av de 99 barna som hadde hatt DUÅ-veiledning, var det bare 54 som deltok i oppfølgingsstudien. Frafallet skyldtes først og

fremst at foreldrene ikke ønsket å delta, eller var vanskelig å oppnå kontakt med. Resultatene viste sammenheng mellom en fortsatt ODD-diagnose og det å være jente og det å bo med en enslig mor. Det var videre sammenheng mellom fortsatt ODD-diagnose og høye skårer på eksterne problemer og med mødre med symptomer på depresjoner og fortsatt opplevelse av foreldrestress etter programslutt.

Drugli og medarbeidere konkluderer med at en bred kartlegging av barn og familie, både før og etter behandling, er viktig for å fange opp de som trenger en mer bredere sammensatt hjelp (Drugli et al., 2010).

I en ny artikkel (Fossum et al., 2014) har forskere sammenlignet resultater fra DUÅ - forskningen med resultater fra en norsk studie av PMTO. Denne studien står omtalt under norsk forskning på PMTO.

6.6.2. Internasjonale forskningssammenstillinger

Vi vil vise til to forskningsoversikter (reviewer) som inkluderer studier av De Utrolige Årene.

I en Cochrane-review har Furlong og medarbeidere (2012) gjennomgått forskning vedrørende effekter av gruppebaserte programmer som har til hensikt å redusere atferdsvansker hos barn under 12 år. 13 studier ble funnet å tilfredsstillende inklusjonskriteriene, hvor forskningsmessig kvalitet sto sentralt. Ni av de 13 studiene omhandlet DUÅ programmer, herunder den norske DUÅ-studien (Larsson, 2009) som er redegjort for over.

Oppsummert fant forskerne at programmene var effektive både overfor barns atferdsvansker, foreldres psykiske vansker og foreldres opplevelse av stress i omsorgsrollen. De understreket imidlertid at studiene de hadde inkludert, ikke hadde målt langsiktige effekter av programmene.

I en Campell review har Piquero og medforfattere (2008) studert: "Effects of early family/parenting programs on antisocial behaviour and delinquency". Forskerne søkte etter studier som hadde evaluert program rettet mot foreldre/familier med barn under seks år som viser atferdsvansker. I denne forskningsoversikten var det et inklusjonskrav at studiene benyttet en RCT-design og innhentet data om barnas atferd både før og etter intervensjonen. 55 studier ble inkludert, hvorav vel en tredel omhandlet DUÅ eller hadde DUÅ som et vesentlig element i programmet. Sju av studiene inngikk også i den forannevnte forskningsoversikten (Furlong et al., 2012). Fem studier omhandlet Triple P - Parent Positive Program og fem andre studier programmet som går under navnet PCIT - Parent-Child Interaction Therapy (se omtale av Triple P og PCIT mot slutten av dette kapittelet). Ingen av studiene var fra Norden, alle utenom to var fra anglo-amerikanske land.

Forfatterne gjennomførte en meta-studie og konkluderte med at tidlig foreldre - /familie- treningsprogram er effektive når det gjelder å redusere atferdsvansker hos små barn. De fant også indikasjoner på at slike program kan gi utbytte på andre områder, for eksempel når det gjelder skoleprestasjoner. Samtidig anbefaler de å benytte programmene i kombinasjon med andre tiltak.

Det kan være viktig å notere seg at forskerne fant signifikante forskjeller mellom studiene når det gjaldt størrelsen på effekter. Tendensen var at eldre studier viste større effekter enn nye, studier med små utvalg større effekter enn studier med store utvalg, studier gjennomført i USA større effekter enn studier gjennomført i andre land. Slike observasjoner understreker betydningen av å følge også etablerte og dokumenterte tiltak med ny forskning og være observant på hvilket utbytte tiltak som er utviklet i andre land gir i den lokale/nasjonale konteksten.

6.7. PMTO - Parent Management Training Oregon

Parent Management Training-Oregonmodellen (PMTO) er en behandlingsmodell beregnet for foreldre og foresatte til barn i alderen 3-12 år med alvorlige atferdsvansker (Askeland, 2010; Solholm, Askeland, & Christiansen, 2005). Programmet bygger på forståelsen av at manglende foreldreferdigheter eller uhensiktsmessig oppdragelsespraksis fører til et negativt preget samspill mellom foreldre og barn, som igjen bidrar til at barns atferdsproblemer oppstår eller forsterkes (Ogden, 2010) og videre til ytterligere negativt preget samspill mellom foreldre og barn. Et viktig mål med PMTO- modellen er derfor å gjenopprette en positiv foreldre - barn relasjon. PMT-Oregon modellen ble utviklet allerede på 1960-tallet. De første norske terapeutene var ferdig utdannet i 2001 (Solholm et al., 2005).

Veileder og foreldre møtes ukentlig over en periode på 20-30 uker. I familier med to foreldre tilstrebes det at begge foreldre deltar i veiledningen. Barnet kan være med i enkelttimer, men det skjer relativt sjelden. I den norske studien (se nedenfor) var det gjennomsnittlige antall møter: 26 for mødre, 14 for fedre og 2 for barna (Ogden & Amlund Hagen, 2008).

Veiledningsprogrammet følger fastlagte tema og har en planlagt progresjon. Kjernekomponentene tar utgangspunkt i forskningsbasert kunnskap om hva som motvirker antisosial atferd hos barn og unge: positiv involvering, oppmuntring av ferdigheter, problemløsning, tilsyn og grensesetting (Ogden, 2010). Foreldre og veileder formulerer og evaluerer spesifikke mål, og møtene veksler mellom diskusjon av erfaringer og øvelse på ferdigheter. Foreldrene følges opp med telefonsamtale mellom møtene.

6.7.1. Forskning om virkninger

PMTO karakteriseres ofte i den internasjonale forskningslitteraturen som veldokumentert når det gjelder å bidra til å redusere antisosiale symptomer hos barn (Eyberg, Nelson, & Boggs, 2008). Selv om Eyberg og medarbeidere i 2008 presenterte en oppdatert forskningsoversikt om "Evidence-Based Psychosocial Treatments for Children and Adolescents With Disruptive Behavior", viser de til to studier fra 1980-tallet når de dokumenter positive resultater av PMTO undersøkt av uavhengige forskere (ikke programskapere) (Eyberg et al., 2008). Ogden (2010) viser i sin doktoravhandling til at studier av PMTO-metoden først og fremst har vist positive resultater for barn i alderen 3-8 år, mens utbytte for eldre barn var "mindre oppmuntrende" (s. 94). Samtidig viser Ogden til nyere studier (publisert mellom 2000 og 2009) som dokumenterer reduserte vansker og bedre skolerresultater for barna. I disse studiene er programskaperne involvert.

Norsk evalueringsstudie

En randomisert effektstudie (RCT) er gjennomført i Norge, basert på 112 barn i alderen 4 til 12 år, geografisk spredt i landet (Amlund Hagen, Ogden, & Bjørnebekk, 2011; Ogden & Amlund Hagen, 2008). Barna og familiene deres var klienter enten i barnevernet eller BUP da de i tidsrommet 2001 til 2005 ble rekruttert til studien. De 112 barna (90 gutter og 22 jenter) ble tilfeldig fordelt til PMTO (59) eller andre behandlingstiltak (53) (andre behandlingstiltak var familierapi, Marte Meo, atferdsterapi eller en mer eklektisk terapiform). Barna og foreldrene deres ble kartlagt med en rekke standardiserte kartleggingsinstrumenter ved oppstart av behandling, ved avslutning, og ett år etter avsluttet behandling. Ved avslutning besto utvalget av 97 barn.

Når forskerne sammenlignet PMTO-gruppen etter behandling med før behandling og med sammenligningsgruppen, fant de flere positive effekter av PMTO behandlingen (Ogden & Amlund Hagen, 2008). Foreldrene rapporterte om mindre problematferd, spesielt eksternaliserende atferd. Lærerne rapporterte om signifikant høyere sosial kompetanse, og mindre eksternaliserende problematferd for barna som var yngre enn åtte år. For barna som var åtte år eller eldre, var det ingen forskjell mellom gruppene. Basert på videoopptak ble foreldrenes foreldreferdigheter vurdert. Av de ulike foreldreferdighetene man så på, var det «grensesetting» som PMTO foreldrene mestret bedre etter behandling enn foreldrene i sammenligningsgruppen. Analysene viste videre at foreldrenes bedre grensesettingsferdigheter hadde betydning først og fremst for barnas samarbeidsevner og lydighet, men også for deres eksternaliserende problemer. Det var ingen forskjell mellom gruppene når det gjaldt "positiv involvering". Når det gjaldt "problemløsning", skåret foreldrene i sammenligningsgruppen høyere (mer positivt) enn PMTO-foreldrene etter behandling (Ogden & Amlund Hagen, 2008). Den største forskjellen mellom gruppene som ble

registrert, var at PMTO-foreldrene var betydelig mer tilfreds med behandlingen, enn kontrollgruppen (Ogden, 2010).

Ett år etter endt behandling deltok 75 av familiene i en oppfølgingsstudie. (Amlund Hagen et al., 2011). Oppfølgingsstudien viste positive effekter av PMTO i to-foreldre-familier, men ikke i familier med aleneforeldre. To-foreldre-familiene i PMTO-gruppen rapporterte større reduksjon av problematferd hos barna enn kontrollfamiliene, og det var en sammenheng mellom bedre grensesettingsferdigheter hos foreldrene og reduksjonen i problematferd. Ett år etter behandlingsslutt rapporterte lærerne bedre sosial kompetanse for PMTO-barn enn for kontrollgruppens barn. PMTO syntes å ha bedre effekt for de yngste barna (under åtte år) enn de eldre barn (over åtte år).

Den norske evalueringstudien av PMTO demonstrerer at spørsmålet om et tiltaks effekt ikke kan besvares med ja eller nei. Studien viser positive resultater for noen målgrupper og noen områder, færre eller ingen effekter for andre.

Forskerne oppsummerer at det totalt sett ble registrert små eller moderate effekter (Amlund Hagen et al., 2011; Ogden, 2010) og mindre effekter enn i amerikanske studier. Ogden (2010) peker på at endringene for de som mottar PMTO i seg selv er tilnærmet like store som i de amerikanske studiene. Det som skiller de norske og de amerikanske studiene, er at også den norske sammenligningsgruppen erfarte positive endringer, noe som kan ha sammenheng med at det generelle tilbudet til barn er bedre utbygd og av høyere kvalitet i Norge enn i USA (Ogden, 2010, p. 141). En mulig forklaring på at en ikke fant større utbytte av PMTO enn av vanlig praksis for barna over åtte, kan i følge Ogden og Amlund Hagen (2008), muligens henge sammen med at de eldre barna mer enn de yngre i større grad påvirkes av andre enn foreldrene. Man bør derfor overveie om disse barna bør være mer involvert i behandlingen.

To masteroppgaver som har benyttet data fra evaluering av PMTO veiledning, skal også kort nevnes. Johansen (2010) fant mindre utbytte av tiltaket når barnas mødre eller barnet selv hadde høyere grad av angst og/eller depresjon. Tømmerås (2012), på sin side, viste at sosioøkonomisk status hadde betydning for utbyttet av PMTO-veiledningen. Det var en sammenheng mellom foreldrenes dårligere råd og dårligere utbytte.

Sammenligning av effekter av PMTO og DUÅ

Med basis i data fra evalueringen av PMTO (Ogden og Amlund, 2008) og av De Utrolige årene (DUÅ) (Larsson et al., 2009), er det foretatt en sammenligning av resultater fra de to programmene (Fossum et al., 2014). Programmene bygger langt på vei på et felles teorigrunnlag og begge har til formål å redusere aggressiv atferd hos små barn gjennom et strukturert foreldreveiledningsprogram. En hovedforskjell er at

PMTO er individrettet, mens DUÅ er gruppebasert foreldreveiledning. I sammenligningsstudien ønsket man primært å undersøke hvorvidt programmene ulike format (individuell/gruppe) virket inn på deres effekter.

Fra de to respektive utvalgene valgte man ut deltakere som matchet hverandre best mulig i forhold til barnets alder, visse sosiodemografiske faktorer og foreldrenes skåring av barna på CBCL's mål på eksternaliserende vansker før behandlingsstart.

Analysene viste, slik vi har referert foran, at begge programmene viste reduksjoner i barnas eksternaliserende vansker fra før til etter gjennomført program, basert på foreldrenes CBCL-rapportering. Den innbyrdes sammenligning viste ikke signifikante forskjeller på noen underskalaer. Heller ikke når man tok hensyn til andre risikofaktorer kunne det registreres noen forskjeller. En svakhet ved denne sammenligningsstudien er at man kun har benyttet et mål på endring (CBCL).

Relatert til praksis, trekker forskerne den slutning at valg av individuell eller gruppebasert foreldreveiledning kan bero på hva som passer foreldrene best og på hva som er praktisk mulig å få til. De peker for eksempel på at mens det kan være vanskelig å rekruttere tilstrekkelig antall deltakere til gruppeveiledning i spredtbygde strøk, kan slike grupper være ressurseffektive i større lokalsamfunn (Fossum et al., 2014).

PMTO for minoritetsfamilier

Bjørknes har sammen med Manger og Jakobsen (Bjørknes, 2011; 2013) evaluert et forsøk med gruppebasert PMTO veiledning for mødre i etniske minoritetsfamilier; en gruppe for somaliske og en for pakistanske mødre i to bydeler i Oslo. Tiltaket besto av 18 ukentlige gruppemøter à to timer med 8 til 12 mødre i hver gruppe. Hensikten med evalueringen var blant annet å undersøke i hvilken grad PMTO-veiledning er egnet for innvandrerfamilier. Den norske evalueringstudien nevnt foran, var ikke egnet til å registrere dette, i og med at 94 % av deltakerne i denne studien var norske og de øvrige 6 % var fra andre vestlige land (Ogden & Amlund Hagen, 2008).

De 96 barna som inngikk i studien var mellom tre og ni år. For å bli inkludert, måtte de vise tegn til atferdsvansker. Mødrene ble tilfeldig fordelt mellom PMTO-deltakelse (intervensjonsgruppen: 50) og venteliste (kontrollgruppen: 46).

Bjørknes og Manger (2013) fant at mødrene som deltok i PMTO-gruppene i stor grad rapporterte liknende utbytte som foreldrene i den nasjonale studien. Ved veiledningens avslutning rapporterte de mer positiv involvering og mindre bruk av røff disiplin. Både mødrene i PMTO-gruppen og i kontrollgruppen oppga reduksjon i atferdsvansker hos barnet, men signifikant større reduksjon i PMTO-gruppen. Bjørknes og Manger (2013) omtaler effektstørrelsene som små eller moderate. Studien viste at reduserte atferdsvansker lot seg forklare ved at PMTO-mødrene hadde redusert bruken av røff

grensesetting og økt sin positive involvering overfor barnet (Bjørknes, Kjøbli, Manger, & Jakobsen, 2012).

Også lærere og barnehageansatte deltok i studien. Deres svar viste ingen målbar effekt i form av mindre atferdsvansker og mer sosial kompetanse hos barna fra start til avslutning av behandlingen.

En erfaring fra PMTO-gruppene for innvandrermodre, var betydningen av å benytte alternative rekrutteringsformer (Bjørknes, 2011; Bjørknes, Jakobsen, & Nærde, 2011). Svært få ble rekruttert til de nevnte gruppene gjennom det ordinære tjenesteapparatet, mens åpne foreldremøter i nærmiljøet og bruk av LINK-arbeidere ga flere deltakere. Oppfølging av gruppemøtene var også en utfordring. Evalueringen viste at en tredel av mødrene hadde deltatt på mindre enn halvparten av gruppemøtene. De to tredelene som hadde deltatt på mer enn halvparten, rapporterte om større positive endringer enn hele PMTO-gruppen som sådan.

Andre PMTO studier

Jakobsen og Solholm (2009) har evaluert et PMTO-kurs for fosterforeldre. Kurset besto av grupper med ni samlinger. Evalueringen benyttet et randomisert kontrollgruppe-design. Funnene viste mindre atferdsvansker og økte sosiale ferdigheter for barn med høy risiko for atferdsvansker. Man registrerte fortsatt, men noe redusert effekt ett år etter avsluttet kurs. For barn med mindre risiko for atferdsvansker, ble det ikke registrert samme positive resultater.

PMTO er implementert både i Danmark og Island. Fra Island foreligger en studie av implementeringen (Sigmarsdóttir & Guðmundsdóttir, 2013), mens det i Danmark arbeides med en effektstudie⁷. I Sverige har man utviklet et program, «Komet», som har teori og prinsipper til felles med PMTO og De Utrolige Årene (Kling, Sundell, Melin, & Forster, 2006).

6.8. TIBIR – Tidlig innsats for barn i risiko

TIBIR – Tidlig innsats for barn i risiko har sin basis i det teoretiske fundamentet og prinsippene som kjennetegner PMTO (Kjøbli & Ogden, 2012; Mørch, 2013). Utformingen av TIBIR bygger på erfaringer fra implementering av PMTO i Norge, samt kunnskap om og erfaringer fra flerfasetterte programmer som De utrolige årene (se 6.7.) og Triple P (se 6.11.1.). TIBIR er utviklet med tanke på å kunne tilpasses i det

⁷ Se: http://www.sfi.dk/sogeresultat_visning-7351.aspx?PID=18906&ID=3615

kommunale tjenesteapparatet. Det er Atferdssenteret som har utviklet og som administrerer programmet⁸.

Programmet består av seks intervensjoner / tiltak:

1. Foreldrerådgivning; rådgivning rettet mot foreldre til barn med begynnende atferdsproblemer.
2. Konsultasjon; veiledning til ansatte i barnehager og skoler som jobber direkte med barn med atferdsvansker.
3. Foreldregrupper; en PMTO-basert gruppeveiledning for foreldre til barn med begynnende atferdsproblemer.
4. Kartlegging; opplæring av fagansatte i å identifisere og kartlegge begynnende atferdsvansker slik at den enkelte kan få individuelt tilpasset tiltak.
5. Sosial ferdighetstrening; rettet direkte mot barna.
6. PMTO-behandling.

Målgruppen for TIBIR er familier med i barn i alderen 3-12 år der barnet har eller står i fare for å utvikle atferdsvansker.

Det foreligger forskning om virkninger av foreldregruppe- og foreldrerådgivningstiltakene. Vi presenterer disse tiltakene spesielt, og viser til Atferdssenterets nettsider for informasjon om de øvrige TIBIR tiltakene (se fotnote forrige side).

6.8.1. TIBIR - foreldrerådgivning

Foreldrerådgivningen er en kortvarig intervensjon tilrettelagt for å kunne utføres av fagpersoner i ordinære stillinger innenfor helsestasjon, PPT, skole, barnehage eller barnevern. Tiltaket gjennomføres ved at foreldreveilederen gjennomfører 3-5 møter med familien. I møtene fokuseres det på situasjoner som foreldrene opplever som utfordrende og på relevante foreldreferdigheter. Metodene er samtale, modellering, rollespill, hjemmeoppgaver og systematisk tilbakemelding (jfr. PMTO) (foruten Atferdssenterets nettside, se Mørch, 2013).

Rådgiverne gjennomgår et ni dagers opplæringsprogram og følges opp etter et halvt år. Det er PMTO-terapeuter som står for opplæringen

Forskning om virkninger

Det er gjennomført en randomisert kontrollert effektstudie av TIBIR foreldrerådgivning (Kjøbli & Ogden, 2012). 216 barn i alderen 3- 12 år spredt rundt i landet inngikk i studien. De ble rekruttert med utgangspunkt i at foreldrene søkte hjelp i forhold til

⁸ Se: <http://www.atferdssenteret.no/tidlig-innsats-for-barn-i-risiko-tibir/category162.html>

barnas utfordrende atferd. Gjennomsnittsalderen på barna var sju år, og ca en tredel var jenter. 56 % av barna skåret over en klinisk grense for atferdsforstyrrelser på kartleggingsverktøyet Eyberg Child Behavior Inventory.

Barna og foreldrene ble fordelt tilfeldig (108 i hver gruppe) til foreldrerådgivningen eller til vanlige tjenester. "Vanlige tjenester" skulle ikke være tiltak basert på de samme prinsippene som PMTO, og en tredel av familiene i denne gruppen fikk ingen tiltak (Kjøbli & Ogden, 2012, p. 620). De øvrige fikk i hovedsak vanlig rådgivning fra ansatte ved helsestasjon, PPT eller barnevern.

Man samlet inn informasjon fra foreldre og barnehage / skole, før og etter tiltaket (pre-post- test). Funnene viste effekter av foreldrerådgivningen som er ganske parallelle til de man fant i den nasjonale studien av PMTO-behandling (se 6.7.1.). Sammenlignet med de som fikk vanlige tjenester, rapporterte foreldrene som fikk TIBIR rådgivning om større reduksjon (små til moderate effekter) når det gjaldt barnas atferdsvansker og angst / depresjon hos barna, og større økning i sosial kompetanse. De største effektene var på foreldreferdigheter når det gjaldt økt positiv involvering og mindre streng oppdragelse. Studien fant ikke at tiltaket hadde noen signifikant effekt for barnets fungering i skole/barnehage (Kjøbli & Ogden, 2012).

6.8.2. TIBIR - foreldregrupper

I foreldregruppene samles opp til 16 foreldre (8 foreldrepar) sammen med to gruppeledere. De møtes til 12 samlinger av 2,5 timer. På møtene gjennomgås temaer etter en fast progresjon, i hovedsak som i individuell PMTO - veiledning. Man benytter introduksjoner, rollespill, dialoger, øving i mindre grupper og erfaringsutveksling. Det er også utarbeidet skriftlig materiell for foreldrene, og foreldrene gis hjemmeoppgaver (Fossum, 2013).

Forskning om virkninger

Det er gjennomført en randomisert kontrollert effektstudie av foreldregruppene (Kjøbli, Hukkelberg, & Ogden, 2013). 137 barn og deres foreldre deltok i studien. Barna var i alderen 2-12 år, gjennomsnittet var 8 år. Vel en tredel (37 %) var jenter. Familiene ble rekruttert på grunnlag av at de hadde kontaktet med en av hjelpetjenestene fordi barnet enten hadde atferdsproblemer eller sto i fare for å utvikle det. 56 % av barna skåret over cutoff-grensen for atferdsproblemer, basert på et anerkjent screeninginstrument. Familiene ble tilfeldig fordelt til foreldregrupper (72) eller til sammenligningsgruppen (65). Sammenligningsgruppen fikk vanlige tjenester, og fikk tilbud om TIBIR foreldregrupper etter at datainnsamlingen var sluttført.

Forskerne samlet inn data ved oppstart, ved avslutning og seks måneder etter at foreldregruppene hadde avsluttet. Studien dokumenterte flere positive effekter av foreldregruppene, effekter som vedvarte et halvt år etter avslutning (Kjøbli et al.,

2013). I likhet med andre intervensjoner basert på PMTO, var utbyttet størst når det gjaldt visse foreldreferdigheter, først og fremst økt grad av positiv og redusert grad av streng oppdragelsespraksis. Foreldrene som deltok i gruppene rapporterte om signifikant større reduksjon av eksternaliserte vansker enn foreldrene i sammenligningsgruppen. Det var tilsvarende effekter i foreldrenes rapporterte mentale belastninger. En viktig begrensning ved disse funnene, er at halvparten av sammenligningsgruppen i realiteten ikke fikk ”vanlig tjenester”, men derimot var uten tiltak eller tjenester i intervensjonsperioden.

Fra skoler og barnehager ble det rapportert om økt sosial kompetanse hos barna ved avslutning av gruppene, men denne effekten hadde opphørt seks måneder senere. Over tid var det ingen endringer i barnas fungering på skolen som følge av foreldrenes deltakelse i foreldregrupper. Forskerne viser til at mangel på skolerelaterte virkninger synes å være et gjennomgående funn fra studier av foreldreveiledning, og at det derfor er viktig å vurdere å supplere foreldreveiledning med veiledning til de ansatte i skoler og barnehager (Kjølbi et al., 2013, p. 119).

Sett i forhold til barneverntjenestens brukere, er det viktig å merke seg at flertallet av deltakerne i TIBIR-foreldregruppe-studien kom fra ”middel eller øvre – middelklasse” (Kjølbi et al., 2013, p. 119).

De TIBIR-tiltakene som er forskningsmessig evaluert, viser alt i alt lovende resultater. En viktig positiv side ved tiltakene, er at de representerer mer kortvarige og mindre ressurskrevende innsatser enn for eksempel ordinær PMTO-behandling, samtidig som de synes å kunne ha tilsvarende virkninger. Hvorvidt de er egnet for familier med mange belastninger og høyt stressnivå, er imidlertid et åpent spørsmål.

6.9. MST - Multisystemisk terapi

Multisystemisk terapi (MST) er et strukturert familie- og nærmiljøbasert behandlingsopplegg som i Norge tilbys av det statlige barnevernet (Bufetat). Programmet ble utviklet på 1970-tallet i USA med kriminelle ungdommer som målgruppe. Senere er MST blitt benyttet overfor ulike målgrupper, for eksempel ungdom med atferdsvansker, rusproblemer eller psykiske vansker (Löfholm, Olsson, Sundell, & Hansson, 2009).

MST bygger på en sosialøkologisk og familiesystemisk forståelse og på forskning på årsaker og mekanismer til alvorlige atferdsvansker hos barn og unge. Familien og foreldrene står i fokus for behandlingen, men som det ligger i begrepet «multisystemisk», retter intervensjonen seg også mot andre viktige systemer som ungdommen er en del av, slik som skolen og vennsrelasjoner til jevnaldrende. For

å redusere ungdommens atferdsvansker og styrke deres prososiale fungering, er innsatsen, i følge Atferdssenterets hjemmeside, rettet mot å:

- Styrke familiens samhold og omsorg for hverandre
- Styrke foreldrenes oppdragelsespraksis
- Gjenopprette kontakt med positive venner og øke ungdommens deltakelse i positive fritidsaktiviteter
- Hindre kontakt med negative miljøer, ut fra kunnskap om at atferdsproblemer "smitter"
- Bedre ungdommens prestasjoner i skolen eller arbeidslivet
- Styrke kontakten mellom familien og omgivelsene, dvs. det sosiale nettverket, skolen, fritidsaktiviteter og det offentlige tjenestetilbudet
- Sette familien i stand til å løse framtidige problemer

Behandlingen:

MST behandlingen er organisert i team på tre-fire terapeuter. Hvert team følger opp tre til seks familier samtidig. Pr. april 2015 var det 19 MST-team i Norge (<http://www.bufetat.no/finnkontor/?County=0&Town=0&type=m>).

Arbeidet skjer først og fremst i familiens hjem, men også på skolen eller i nabolaget. Behandlingen er tidsavgrenset til 3-5 måneder, og i denne perioden er MST-temaet tilgjengelig 24 timer i døgnet, sju dager i uka. Det legges opp til daglig kontakt enten ansikt-til-ansikt eller pr. telefon. Behandlingen skal skreddersys for den enkelte familie, det settes opp konkrete mål for arbeidet og avtales hvordan målene skal nås.

Det legges vekt på at terapeutene skal følge de prinsippene som er grunnlaget for MST-behandlingen. For å sikre dette foregår det en monitorering bestående av at familiene kontaktes en gang pr måned og bes om å besvare et fast sett med spørsmål om behandlingen (Ogden, 2010).

6.9.1. Forskning om virkninger

Norsk evalueringsstudie

Det er gjennomført én randomisert kontrollert studie (RCT) av MST i Norge (Ogden & Amlund Hagen, 2006; Ogden & Halliday-Boykins, 2004). Dette er en av få slike studier som er utført utenfor USA, og en av målsettingene ved studien var nettopp å undersøke om en kunne oppnå tilsvarende positive behandlingsresultater for ungdom med alvorlige atferdsvansker i Norge som det man hadde oppnådd i USA. I studien så man på behandlingsresultater ved avslutning av terapiene (Ogden & Halliday-Boykins, 2004) og ved oppfølging to år etter oppstart (Ogden & Amlund Hagen, 2006).

Utvalget på 100 ungdommer (37 jenter og 67 gutter) ble rekruttert fra barneverntjenester i fire av de første fylkene der MST ble implementert, ut fra visse

inklusions- og eksklusjonskriterier (se Ogden & Halliday-Boykins, 2004, p. 74). Ungdommene var i alderen 12-17 år, gjennomsnittlig 15 år. 95 % var født og oppvokst i Norge. Ungdommene var henvist til barnevernet på grunn av alvorlige atferdsvansker, først og fremst rømming, skulk og rusmisbruk, men også lovbrudd, trusler om selvskading og vold i hjemmet.

Ungdommene ble tilfeldig fordelt til MST-behandling eller til en kontrollgruppe. Kontrollgruppen fikk de tiltak barneverntjenesten ville satt inn dersom MST ikke fantes; plassering i institusjon eller ulike former for oppfølging i hjemmet / hjemmebaserte tiltak (Ogden, 2010).

I oppfølgingsundersøkelsen som ble gjennomført to år etter inntak, deltok 75 ungdommer. De øvrige 25 unge fra det opprinnelige utvalget ble utelatt fordi de var rekruttert til forskningen fra et fylke som ikke hadde fulgt rutinene for å kontrollere behandlingsintegritet.

Ut fra hvem som er målgruppen for MST, var plassering utenfor hjemmet et aktuelt resultatmål. Av de som bodde hjemme ved inntak var det signifikant flere som hadde bodd hjemme de siste seks månedene i MST gruppen. Ved oppfølging to år etter var det fortsatt en signifikant forskjell mellom gruppene, men nærmere analyser viste at dette gjaldt for de eldste ungdommene (over 17 år) og ikke for de yngste (under 17), og at det gjaldt for gutter, men ikke for jenter.

På oppfølgingstidspunktet ble det registrert en signifikant nedgang når det gjaldt problematferd (totalskåre) både for MST- og kontrollgruppen. Nedgangen var imidlertid signifikant større for MST-gruppen enn for kontrollgruppen, basert på rapportering fra både foreldre og lærere. Noe overraskende var de største virkningene knyttet til internalisert atferd. Ungdommenes rapporter indikerte signifikante effekter for MST-gruppen når det gjaldt nedgang i kriminalitet og antisosial atferd, mens det både for MST- og kontrollgruppen var en signifikant nedgang når det gjaldt total problematferd.

Et annet mål på endring var andelen av ungdommene som skåret innenfor normalområdet når foreldrene vurderte deres problematferd henholdsvis ved inntak, etter avsluttet behandling og etter to år. I MST-gruppen økte denne andelen fra 9 % ved inntak til 38 % ved avsluttet behandling og til 54 % ved toårs oppfølgingen. For kontrollgruppen var tilsvarende andeler: 14 %, 21 % og 39 %.

Selv om sistnevnte mål på endringer viste størst endringer for MST gruppen, var det også positive endringer for ungdommene som mottok vanlige barneverntiltak. Dette ble også registrert på andre resultatmål. En konsekvens av dette var at en registrerte mindre relative effekter (effektene for MST-gruppen sammenlignet med effektene for kontrollgruppen) i denne norske studien enn i studier fra USA. Forskerne relaterer

dette til at de tilbud som gis i det ordinære tjenesteapparatet er mer omfattende og behandlingsrettet i Norge enn i USA, jfr. effektevalueringen av PMTO omtalt foran.

To andre funn er også verd å trekke fram fra denne MST-studien. For det første viste analyser at det var forskjeller i effekter når en sammenlignet ulike MST-team. De som hadde størst behandlingsintegritet hadde også best resultater, noe som underbygger betydningen av å være tro mot programmets behandlingsprotokoll (Ogden, 2010). For det andre viste studien at ved oppfølgingstidspunktet gikk bare halvparten av utvalget regelmessig på skolen. Én ting er at dette skapte problem når det gjaldt å få læreropplysninger til forskningen. Viktigere er at det viser at det er nødvendig med økt oppmerksomhet på skolegang og utdanning for ungdom i barnevernet.

I sin vurdering av MST for Ungsinn.no peker Kornør (2014) på flere metodiske begrensninger ved den norske MST-studien. I denne kunnskapsstatusen går vi ikke nærmere inn på disse, men henviser til artikkelen på http://www.ungsinn.no/post_tiltak/mst/.

Kjønnsforskjeller?

Basert på data om de 62 ungdommene i ovennevnte studie som mottok MST, supplert med data om 55 andre MST-ungdommer, ble det gjennomført en studie hvor en sammenlignet gutter og jenter når det gjaldt bakgrunnsopplysninger og utbytte av behandlingen (Ogden & Amlund Hagen, 2009). I det totale utvalget på 117 ungdommer, var 41 jenter. Når det gjaldt opplysninger om ungdommene ved inntak, var jentene gjennomgående like problembelastet som guttene. Problemprofilen var noe ulik ved at jentene i større grad var henvist på grunn av skulk og rømming, mens guttene oftere var henvist med bakgrunn i lovbrudd og vold. Det var dessuten signifikant flere gutter enn jenter som hadde startet sin «problemkarriere» før de var fylt 10 år.

Når det gjaldt utbytte av MST, målt ved endringer på ulike mål for problematferd ved behandlingsslutt, var det i all hovedsak ingen signifikante forskjeller mellom jenter og gutter.

Hvilke familier mottar MST?

Ved hjelp av SSB's barnevernsstatistikk sammenholdt med andre registerdata, har Clausen (2010) sammenlignet levekår for familier som har mottatt MST til og med 2006, med familier med barn i samme alderskategori, som har mottatt alle andre typer tiltak.

Analysene viser at foreldre til ungdom som har fått MST i gjennomsnitt har høyere utdanning og høyere inntekt enn andre barnevernforeldre. Det var videre en mindre andel som mottok sosialhjelp og en mindre andel av foreldrene som var døde. Forskjellene ville i følge Clausen vært enda større dersom enn sammenlignet MST-

familiene med familiene til ungdom som er blitt plassert på institusjon. Clausen drøfter hva disse forskjellene kan skyldes, og peker først og fremst på inklusjons- og eksklusjonskriteriene i MST som blant annet går ut på at ungdommen må bo hos voksne som er tilstrekkelig involvert og motivert til at MST kan gjennomføres. Han peker på at det kan være utfordrende å finne alternative tiltak for ungdom som har betydelige vansker, men som faller utenfor MST, og at de som faller utenfor inklusjonskriteriene til MST, trolig er av de gruppene i barnevernet med størst behov for hjelp.

Svenske og danske studier av MST

Også i Sverige er det gjennomført en RCT-studie av MST. I studien inngår 156 ungdommer mellom 12 og 17 år som ble tilfeldig trukket til MST eller til ulike typer tradisjonelle tiltak (Löfholm et al., 2009). MST-ungdommene var fordelt på seks MST-team. I studien ble det benyttet elleve ulike måleinstrument for å beskrive ungdommenes psykiske helse, normbrytende atferd, rusbruk, sosial kompetanse, forhold til venner, familierelasjoner, opplevelse av sammenheng samt foreldrenes psykiske helse.

På de fleste av de nevnte områdene skjedde det en forbedring i løpet av perioden fra inntak til to år senere. Det var imidlertid ingen statistisk signifikante forskjeller mellom de to ulike gruppene. Med andre ord var endringen like stor for de som mottok tradisjonelle tiltak som for de som mottok MST.

Situasjonen for de 156 ungdommene i denne studien ble videre undersøkt etter fem år ved bruk av ulike registerdata (Socialstyrelsen, 2014). Analysene viste ingen forskjeller mellom MST og tradisjonelle innsatser når det gjaldt hvorvidt de hadde etterfølgende tiltak, hadde blitt plassert utenfor hjemmet, var dømt for kriminelle handlinger eller hadde hatt kontakter med tjenester for psykisk helse eller rusmisbruk.

I Danmark er det også gjennomført en effektstudie av MST (Greve & Thastum, 2008). Studien omfatter 359 unge, men er uten sammenligningsgruppe. Ungdommene er fulgt over en varierende tidslengde, men de fleste utfallsmål er hentet fra kartlegging seks måneder etter avsluttet behandling.

Basert på en konstruert beregning av problematferd/ikke problematferd, rapporterer studien om ca 50 % reduksjon i antall unge som viser problematferd når det gjelder kriminalitet, misbruk og skole / arbeidssituasjon. Eksempelvis ble andelen unge med manglende skoletilbud eller et omfattende ubegrunnet fravær fra skolen redusert med 40-50 %. Det påpekes imidlertid at hver fjerde ungdom ikke fulgte et skoletilbud verken ved oppstart eller seks måneder etter behandling.

Basert på standardiserte måleinstrumenter fant man tydelige positive endringer i foreldrenes vurdering av samspillet i familien. Også ungdommene rapporterte

forbedringer i samspillet, men mindre enn foreldrene. Man fant også behandlingseffekt når det gjaldt foreldrenes opplevelse av å mestre oppdragerrollen.

Opplevelse av MST

I en dansk kvalitativ undersøkelse har man intervjuet 26 foreldre, 13 unge og 11 MST-terapeuter om hvordan de har opplevd behandlingsforløpet (S. Bengtsson & Nemli, 2006). De fleste foreldrene (20 av 26) var positive eller svært positive til MST-behandlingen. De knyttet i stor grad sitt opplevde utbytte til erfaringene de hadde med terapeutene, ved at deres beskrivelser av MST i stor grad var beskrivelser av terapeutene (s.116). Foreldre som hadde opplevd situasjonen som mest «håpløs» i forkant, var de som var mest tilfredse. Foreldre som opplevde MST mest positivt, la vekt på at ungdommene ble involvert og at ansvaret for problemene dermed ikke bare ble lagt på dem. Forskerne merket seg at de som var mindre tilfredse, var de som kjente noe til MST fra før og som hadde høye forventninger til utbyttet.

Tilsvarende formidlet ungdommene som var positive til MST-behandlingen, at de verdsatte å ikke bare være problemet, men også en del av løsningen. Totalt sett fordelte de 13 ungdommene seg temmelig likt mellom å være positive, nøytrale eller negative til MST. De positive opplevde terapeuten som en upartisk tredjeperson, mens de negative mente terapeuten var fjern og lite tilgjengelig.

Forskerne fant at MST-terapeutene representerte to ulike perspektiver på familiene de jobbet med. Noen terapeuter hadde et mer snevert perspektiv hvor de så situasjonen i familien som en maktkamp, og der oppgaven for MST var å bidra til at de voksne kom i en klarere maktposisjon. De øvrige terapeutene så familien som et system fastlåst i en situasjon som verken ungdommen eller de voksne var tilfredse med, og hvor oppgaven var sammen å finne fram til et familiesystem som var trygt for alle.

Internasjonale metastudier

Internasjonalt er det flere offentlige råd og institusjoner som har anbefalt MST som et program for å redusere og forebygge utvikling av unge gutter og jenters kriminelle eller antisosiale atferd (se MST's egen hjemmeside: <http://mstservices.com/proven-results/worldwide-recognition>)

Det foreligger enkelte metastudier av MST eller metastudier av flere program der MST er ett av programmene. I en metastudie fra 2009 (Drake, Aos, & Miller, 2009) studerte man program som ble benyttet i staten Washington i USA for å redusere tilbakefall til kriminalitet. Programmets kostand-nytte effekt ble også estimert. MST ble inkludert på basis av ti studier. Metaanalysen viste at MST hadde en reduksjon i kriminalitet på 7,7 %. FFT (Funksjonell Familieterapi) og MTFC (Multidimensional Treatment Foster Care) viste større utfall med en reduksjon i kriminalitet på henholdsvis 18,1 % og 17,9

%. Prosentangivelsene angir hvor mye mindre tilbakefall det var i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen.

Curtis og kolleger publiserte i 2004 en metaanalyse basert på sju studier (elleve publikasjoner) som inkluderte til sammen vel 700 unge (Curtis, Ronan, & Bourdin, 2004). Samlet viste MST moderate effektstørrelser sammenlignet med kontrollgruppene. Det var størst effekter når det gjaldt familierelasjoner, mindre effekter på individuelle mål og ingen signifikante effekter når det gjaldt vennerelasjoner. Studier som var gjort under kontrollerte forhold viste større effekter enn studier som omhandlet MST i vanlig klinisk praksis.

I 2005 publiserte Littell og medarbeidere en metastudie som inkluderte åtte studier; seks amerikanske, en kanadisk studie samt den norske studien (Littell, Popa, & Forsythe, 2005). Metaanalysene viste at ungdommer i familier som hadde mottatt MST, ble plassert utenfor hjemmet sjeldnere enn ungdommer i kontrollgruppene. De hadde også lavere nivå av kriminalitet, atferdsvansker og følelsesmessige vansker. Felles for alle disse utfallene var imidlertid at forskjellene mellom MST- gruppene og kontrollgruppene ikke var statistisk signifikante. Dermed var det i følge Littell m.fl. ikke grunnlag for å fastslå at MST er et mer effektivt tiltak enn andre tiltak. Funnene og tolkningene av dem, utløste en diskusjon knyttet til gjennomføring av metaanalyser, blant annet om hvilke type studier som skal inkluderes, hvordan analysene skal gjennomføres og hvilken betydning metodeintegritet har for funnene (se bl.a. Ogden, 2010). Det de fleste er enige om er at grunnlaget for metastudier av MST har vært for spinkelt, og at det så langt har begrenset mulighetene for å dra konklusjoner om metodens effektivitet.

Den nyeste metaanalysen av MST ble publisert i 2014 av nederlandske forskere (van der Stouwe, Asscher, Stams, Deković, & van der Laan, 2014). I deres analyse ble 22 studier med til sammen 4066 ungdommer, inkludert. Til forskjell fra Curtis og Littell omfattet analysen også upubliserte studier og studier som benyttet kvasi-eksperimentelt design (ikke bare RCT). På den annen side avgrenset de utvalget ved å utelukke studier som inkluderte ungdom rekruttert på grunn av mishandling og omsorgssvikt.

Van der Stouwe og medarbeiderne (2014) kommenterer sine funn med at de ligger mellom meta-analysene til Curtis m.fl. (2004) og Littell m.fl. (2005) når det gjelder virkninger. De fant små, men signifikante effekter på flere utfallsmål. Det gjaldt kriminalitet (selvrapportert eller registrerte nye lovbrudd), psykopatologi, rusmisbruk, vennerelasjoner og plassering utenfor hjemmet (både innen barnevern og kriminalomsorg). Små effektstørrelser gjaldt også for enkelte familiefaktorer som foreldreferdigheter og foreldrenes psykiske helse. Meta-analysen viste at det var flere faktorer som hadde modererende innflytelse på funnene. Relatert til målgruppen, var

effektene størst for ungdom under 15 år, for ungdom med majoritetsetnisk bakgrunn og for de ungdommene som hadde mest omfattende problemer i utgangspunktet. Relatert til innholdet i behandlingen, var effektene mindre når kontrollgruppen mottok innsatser som var «multimodale», det vil si at behandlingen benyttet ulike behandlingsformer og rettet seg mot flere av ungdommenes arenaer, slik MST gjør.

I kontrast til Littell m.fl. fant van der Stouwe og medarbeidere (2014) at kvaliteten på den enkelte studie og om studien var utført av forskere som hadde interesser i implementering av MST, ikke innvirket på resultatene. På den annen side hadde det betydning om studien var gjennomført i USA eller i et annet land. Dermed bekrefter metaanalysen at effektforskjellene mellom MST og andre tiltak som benyttes for den aktuelle målgruppen, er mindre utenfor USA.

6.10. FFT - Funksjonell familieterapi

FFT - Funksjonell familieterapi er en behandlingsmetode som ble introdusert i Norge i 2007, i kjølvannet av metoder som MST og PMTO. I USA har FFT vært i bruk siden slutten av 1960-tallet, utviklet av Alexander og Parsons (Mørkrid & Christensen, 2007) og i Sverige siden slutten av 1990-tallet (Hansson, 2001). For tiden eksisterer det fire FFT-team i Bufetat; i Sandvika, Skien, Stavanger og Sør-Trøndelag.

Målgruppen for FFT er barn og unge i alderen 11 til 18 år som viser alvorlige atferdsvansker, med andre ord langt på vei tilsvarende målgruppe som MST. Mørkrid og Christensen (2007) peker på at de to programmene supplerer hverandre, og at FFT representerer et alternativ når atferdsvanskene ikke er alvorlige nok i forhold til inntakskriteriene i MST. En studie fra Sverige bekrefter en slik differensiering. Studien fant at ungdom og mødre i familier som mottok MST og MTFC (Multidimensional Treatment Foster Care) hadde større symptomtyngde enn de som mottok FFT (Gustle, Hansson, Sundell, Lundh, & Lofholm, 2007).

Om programmet

FFT vektlegger ungdommens kontekst som vesentlig for hvilken atferd ungdommen viser, - at atferden påvirkes av ungdommene selv, deres familier, venner skole og nærmiljø (Sexton & Alexander, 2005). FFT er et familieterapeutisk tiltak hvor først og fremst relasjoner og samhandling i familien står i fokus. Rasjonalet er at endringer i familiesamhandlingen vil kunne ha ringvirkninger til ungdommens fungering i skole, med venner og i nærmiljøet.

FFT har tre faser: motivasjons- og involveringsfasen, atferdsendringsfasen og generaliseringsfasen. I første fase prioriteres etablering av en relasjon til familien og et klima for godt samarbeid. Positive reformuleringer og reduksjon av negativitet og

gjensidige beskyldninger står sentralt. Det arbeides med å skape realistiske forventninger og kartlegging av risiko- og beskyttende faktorer. I den andre fasen arbeides det med atferdsendringer ut fra en felles handlingsplan og et utvalg av metodiske fremgangsmåter. Arbeidet rettes mot kommunikasjon, forhandlinger, problemløsning og konflikthåndtering samt trening i foreldreferdigheter. I den tredje og siste fasen, generaliseringsfasen, er målet å opprettholde positive endringer og overføre dem fra familien til andre situasjoner der problemene har vist seg. Videre er målet å fokusere på forbindelser til ressurser i familiens nærmiljø.

Mens det innenfor MST er mulig å involvere ungdommen direkte, er ungdommens deltakelse en forutsetning i FFT. FFT-behandlingen strekker seg over en periode på 3-6 måneder og omfatter 10–30 terapitimer.

6.10.1. Forskning om virkninger

FFT i Norge skal evalueres gjennom en randomisert kontrollert studie (RCT) som startet våren 2013 og skal vare i fire år (<http://www.controlled-trials.com/ISRCTN58861782/>). Studien skal omfatte 250 familier, der halvparten mottar FFT, mens de øvrige familiene mottar vanlig familiebehandling.

En svensk studie av FFT ble publisert i 2004 (Hansson, Johansson, Drott-Englén, & Benderix, 2004). Her studerte man utbytte av FFT for 45 ungdommer og deres familier. Blant annet undersøkte man hvor stor andel av ungdommene som begikk nye kriminelle handlinger i løpet av en periode på 18 måneder etter at kontakten med FFT-temaet ble opprettet. Tilbakefallsprosenten var på 35 %, og den var mindre for de som hadde fullført programmet enn for de som hadde avbrutt det. I en «matchet» sammenligningsgruppe på 17 ungdommer var det etter tilsvarende tidsperiode 65 % som hadde hatt nye kriminelle episoder.

For FFT-gruppen fant man også signifikant bedring når det gjaldt familieklima og familiefungering, bedring når det gjaldt psykisk helse hos ungdommene og reduksjon av psykiatriske symptom hos foreldrene, samt økt optimisme og framtidstro hos familiemedlemmene. En hadde imidlertid ikke noen sammenligningsgruppe for disse målene.

Den svenske studien er en av få studier av FFT som er gjennomført utenfor USA. I en rekke studier fra USA har man funnet positive effekter av FFT for unge som har begått kriminalitet, for eksempel vold og for unge med rusproblemer (se f.eks. Carr, 2009). Enkelte studier har vist at programmet også har hatt positiv innvirkning på innsøkte ungdommers søsken, når det gjelder atferd, kriminalitet og behov for plassering utenfor hjemmet. I USA er FFT (sammen med bl.a. MST) ett av elleve offentlig anbefalte volds- og rusforebyggende programmer (Blueprint Programs) (Greenberg, Kusche, & Mihalic, 1998).

Det skal bemerkes at de fleste studiene av FFT som refereres i forskningslitteraturen, er gjennomført før 1990. Så langt finnes det ingen systematisk sammenstilling av effektene av FFT (Littell, Winsvold, Bjørndal, & Hammarstrøm, 2009).

Betydningen av metodeintegritet

Hvor viktig er det at FFT gjennomføres med høy metodeintegritet, det vil si; i tråd med programmets retningslinjer og prosedyrer? Dette undersøkte Sexton og Turner (2010) basert på data fra en FFT- studie i staten Washington, USA. Bakgrunnen var at FFT, i likhet med mange andre behandlingsprogrammer, er utviklet og først utprøvd i en kontekst der behandlerne og forskerne har stor kontroll over hvordan behandlingen gjennomføres og sikrer at klientene er innenfor inklusjonskriteriene. Slik kontroll forsvinner oftest når programmene skal implementeres i en klinisk hverdag i første- og andrelinjen. I den amerikanske studien fant forskerne først at det ikke var noen signifikant forskjell mellom de som mottok FFT og kontrollgruppen (som mottok vanlige tjenester) når det gjaldt tilbakefall på kriminalitet ett år etter avsluttet behandling. Ved å kontrollere for metodeintegritet, fant de imidlertid at forskjellen var signifikant, med langt mindre tilbakefall for de som hadde mottatt behandling som i stor grad var utført i tråd med programmet enn for de som mottok behandling med liten metodeintegritet. De siste hadde også dårligere resultater enn kontrollgruppen (vanlige tjenester). Metodeintegritet syntes å være særlig viktig for de ungdommene og familiene som i utgangspunktet var i størst risiko. I lys av ønsket om en bredest mulig implementering av programmer som FFT, peker forskerne på at det i fremtidig forskning vil være viktig å finne ut hvor mye opplæring, vedlikeholdstrening og kontroll av metodeintegritet som er nødvendig for at et program skal ha virkning.

6.11. Programmer som foreløpig ikke, eller i lite omfang, benyttes i Norge

Selv om det i løpet av de siste 15 årene er implementert stadig nye programmer for foreldreveiledning og familiestøtte i Norge, er det fortsatt programmer som er relativt mye benyttet internasjonalt, men som ikke er implementert i Norge, i hvert fall ikke i større skala. En sannsynlig årsak er at de har andre eller videre formål enn å forebygge og redusere atferdsvansker, noe som var det prioriterte problemområdet da man for alvor satset på implementering av manualbaserte programmer i norsk barnevern (Zeiner et al., 1998).

Programmene vi omtaler nedenfor blir presentert fordi de ofte trekkes fram i internasjonale sammenstillinger og metaanalyser, med andre ord fordi det foreligger evalueringsstudier av dem som har et visst omfang og en viss kvalitet. I tillegg er de valgt fordi programmene målgrupper er familier med sammensatte vansker og/eller

familier med økt risiko for omsorgssvikt og mishandling. Det skal samtidig nevnes at den klare forebyggende profilen til flere av programmene, tilsier at de vel så gjerne kan implementeres innenfor andre tjenester enn barneverntjenesten. Dette er en avveining som også gjelder flere av programmene som allerede er presentert i dette kapitlet, og en spørsmålstilling som vil bli tatt opp igjen i rapportens oppsummerende diskusjon.

6.11.1. Triple P

Triple P er et manualbasert program for foreldrestøtte utviklet i Australia. Programmets mål er å forebygge eller redusere u hensiktsmessig foreldre praksis, styrke foreldrenes kunnskap og kompetanse og deres trygghet i forelderrollen, skape en positiv relasjon mellom foreldre og barn og med det forebygge eller redusere barns atferdsvansker (Sanders, 2008). De senere årene er programmet også blitt benyttet spesifikt overfor familier der omsorgssvikt/mishandling er en aktuell problemstilling (Sanders & Pidgeon, 2011). Programmet bygger på sosial læringsteori, atferdsterapeutiske prinsipper og kunnskap om beskyttelses- og risikofaktorer i barns utvikling.

Triple P er et "multimodulprogram". I det ligger at programmet har fem varianter tilpasset ulike målgruppers behov og ulike grader av problematikk. (Sanders, 2008 og <http://www.triplep.net>).

Nivå 1 (Universal Triple P) har til hensikt å spre informasjon til foreldre om barns utvikling og om hvilke signal som betyr at man bør søke hjelp. Informasjonen gis gjennom massemedia, skoler og allmenne helsetjenester.

Nivå 2 (Selected Triple P) innbefatter informasjon om et spesifikt tema. Informasjonen blir gitt av veilederen gjennom 1-2 korte individuelle konsultasjoner eller gjennom møter/seminarer for en større gruppe foreldre, for eksempel i regi av helsestasjon.

Nivå 3 (Primary Care Triple P) er rettet mot foreldre når det er knyttet begynnende bekymring til barnets utvikling eller atferd. Foreldrene gis inntil fire konsultasjoner av ca. 20 minutters varighet. Etter å ha fått beskrevet situasjonen, jobber man med ferdighetstrening og "foreldretips-ark".

Nivå 4 (Standard Triple P) er en mer intensiv intervensjon som gis enten individuelt eller i gruppe til foreldre som har barn med alvorlige atferdsvansker. Individuelt er tilbudet ti konsultasjoner som innbefatter observasjoner og hjemmebesøk. Man benytter filmer som viser positive foreldrestrategier, ferdighetstrening og hjemmeoppgaver. Gruppevarianten har oftest åtte samlinger kombinert med telefonkontakt.

Nivå 5 (Enhanced Triple P) er utformet for foreldre hvor barnet har alvorlige problemer og det i tillegg er andre problemer i familien som svekker foreldrefunksjonen. Intervensjonen er en forsterket utgave av nivå 4 og suppleres med elementer som tilsvarer familiens behov. Følelsesregulering, stressmestring og konflikthåndtering er aktuelle tema for veiledning, observasjon og trening.

Pathway Triple P er en utvidet variant av nivå 4, og er spesielt innrettet for familier hvor det er risiko for omsorgssvikt eller mishandling (Sanders & Pidgeon, 2011). Den kombinerer gruppesamlinger, hjemmeoppgaver og konsultasjoner pr. telefon. I tillegg til de sentrale tema i Triple P – programmet, arbeides det spesielt med foreldrenes attribusjoner når det gjelder deres reaksjoner på barnas atferd og med deres sinnemestring.

Forskning om virkninger

Triple P er etterhvert tatt i bruk i 25 land og er av de foreldreveiledningsprogrammene som har vært gjenstand for mest forskning. Majoriteten av studiene omhandler nivå 4 og 5 – variantene av Triple P, men det fins også studier av nivå 1-3. Det er også gjennomført flere meta-analyser. De Graaf og kolleger samlet studier av Triple P nivå 4 -intervensjoner og fant at disse viste effekter både når det gjaldt foreldrestil og foreldrekompetanse (de Graaf, Speetjens, Smit, de Wolff, & Tavecchio, 2008b) og når det gjaldt atferdsvansker hos barna (de Graaf, Speetjens, Smit, de Wolff, & Tavecchio, 2008a). Virkninger ble funnet også ved oppfølging opp til ett år etter programslutt. Nowak og Heinrichs (2008) kom til lignende konklusjoner. De studerte alle variantene av Triple P, og fant at de mest intensive viste størst effekter. Dette mener de delvis kan forklares ved at familiene som mottok Triple P nivå 4 eller 5 hadde størst problemer ved programstart, og dermed større potensiale for utbytte.

En rekke artikler som omtaler program rettet mot å forebygge eller redusere omsorgssvikt og mishandling, eller mot barnevernpopulasjonen generelt, peker på Triple P som et av programmene som har best forskningsstøtte (se f.eks. Barlow & McMillan, 2010; Barth, 2009; Johnson et al., 2008).

Metaanalyser baserer seg nødvendigvis på enkeltstudier av Triple P. Selv om flere av studiene har et eksperimentelt design, er det reist enkelte kritiske spørsmål til forskningen. Wilson og medarbeidere (Wilson et al., 2012) analyserte 33 evalueringsstudier av Triple-P, som alle hadde barns fungering som utfallsmål. De pekte på at i 31 av studiene mottok ikke sammenligningsgruppen noen aktiv hjelp, og at det i de to studiene der sammenligningsgruppen mottok hjelp, var det ingen signifikante forskjeller mellom gruppene. De var også kritisk til at forfatterne av studiene i 32 av 33 tilfeller hadde tilknytning til Triple P-programmet, enten som eiere eller som medansvarlig for implementering og administrering av programmet.

Tilsvarende innvendinger mot forskningen på Triple P er framholdt i metaanalysen foretatt av Thomas og Zimmer-Gembeck (2007).

I nordisk sammenheng er Triple P prøvd ut som et foreldreveiledningstilbud ved 18 barnehager i Uppsala (Fängström & Sarkadi, 2012). Det var pedagoger i barnehagene som sto for veiledningen, og foreldrene som deltok var godt fornøyd med veiledningen og med at den ble gitt i barnehagen. 758 foreldre, fordelt på intervensjons- og kontrollgruppe besvarte spørreskjema 6, 12 og 18 måneder etter veiledningen. De ble registrert positive resultater av Triple P - veiledningen på flere områder knyttet til barnas og foreldrenes fungering, i følge foreldrenes rapporteringer. Størst var endringene der det var store atferdsvansker, spesielt autoritær oppdragerstil og betydelige depresjonssymptomer hos foreldrene.

Triple P er spesielt interessant ved sin multimodale oppbygging, der det er mulig å tilby ulike varianter av programmet tilpasset hvor omfattende problematikken er for de ulike mottakerne.

6.11.2. NFP – Nurse-Family Partnership

Det er bred enighet om at tidlig intervensjon er vesentlig for å forebygge omsorgssvikt, mishandling og skadelige utviklingsbetingelser for barn. Nurse-Family Partnership er et program som har tatt konsekvensen av dette ved at det tilbys kvinner allerede under graviditeten. Programmet er utviklet i USA og er bredt implementert der, senere også i Canada, Australia, Nederland og Storbritannia (se <http://www.nursefamilypartnership.org/>).

Siden 2014 er det arbeidet med å tilrettelegge for utprøving av NFP i Norge. Våren 2015 er det inngått avtale mellom lisensinnehaverne og Bufdir, og det er planlagt at de første familiene skal rekrutteres til programmet innen utgangen av året (personlig meddelelse fra Bufdir, april 2015).

Programmet er rettet mot førstegangsfødende mødre med lav inntekt. De fleste steder har en særlig sats på å tilby programmet i områder som skårer lavt på levekårsvariabler og overfor kvinner som blir gravide i tenåringsalderen (se bl.a. Olds, 2008).

Programmet har tre hovedmål: i) Å styrke kvinnen i å ivareta egen helse under graviditeten; ii) Å ivareta barnets helse, utvikling og trygghet ved å styrke foreldrenes sensitive omsorg; iii) Å bygge opp under foreldrenes personlige utvikling med vekt på planlegging av fremtidige graviditeter, utdanningsmuligheter og deltakelse i arbeidslivet. I tillegg er det et mål å bedre familiens livsvilkår ved at de knyttes til aktuelle offentlige tjenester og utvikler støttende relasjoner i slekt og nettverk.

Så tidlig som mulig i svangerskapet knyttes kvinnen og eventuell partner til programmet og kontakten med den spesialopplærte sykepleieren fortsetter til barnet er fylt to år. Hyppigheten av hjemmebesøkene varierer noe gjennom graviditeten og reguleres etter foreldrenes behov. I de amerikanske studiene referer man til 6-9 hjemmebesøk under graviditeten og 21-26 fra fødsel til barnet fyller to år (Olds, 2008). Fra Nederland er det rapportert om 10 besøk under graviditeten og 20 besøk både første og andre leveår, totalt ca. 50 hjemmebesøk (Mejdoubi et al., 2013).

Forskning om virkninger

Internasjonalt fins det en rekke «home-visiting programmes», det vil si program som inkluderer oppfølging av utsatte grupper ved hjemmebesøk av helsepersonell. Nurse-Family Partnership er imidlertid det programmet som har vært gjenstand for mest og grundigst forskning, og det er ett av få slike programmer som kan vise til langvarige effekter når det gjelder redusert fare for omsorgssvikt og mishandling (MacMillan et al., 2009). En av de longitudinelle studiene av NFP har fulgt barna til mødre som mottok programmet fram til barna fylte 19 år og planlegger oppfølging til de fyller 27 år (Eckenrode, Campa, Luckey, & et al., 2010). På tidligere oppfølgingstidspunkter har denne studien, i likhet med andre studier av NFP, blant annet vist sammenhenger mellom deltakelse i programmet og mindre behov hos mødre for å oppsøke legevakt for barnet, større økonomisk uavhengighet for familien, og færre tilfeller av mishandling. Da barna var blitt 15 år og 19 år, hadde de færre registreringer for kriminalitet enn kontrollgruppen. Ved 19 år gjaldt denne forskjellen imidlertid bare for jenter og ikke gutter.

Studien viste at utbytte av NPF når det gjaldt forebygging av omsorgssvikt og mishandling, var mindre i familier med vold i parforholdet. I denne sammenhengen er de første resultatene fra utprøving av NPF i Nederland av interesse, fordi man her har sett spesielt på forekomst av familievold (Mejdoubi et al., 2013). Studien fulgte familiene til barnet var to år og viste at familiene som mottok NPF rapporterte færre tilfeller av partnervold enn familier som mottok vanlig oppfølging (uten hjemmebesøk). Videre analyser vil vise om mindre vold i familien sammenfaller med mindre forekomst av omsorgssvikt og mishandling.

6.11.3. PCIT – Parent-Child Interaction Therapy

PCIT er et foreldreveiledningsprogram som skiller seg fra de fleste andre ved at barnet deltar i veiledningen og ved at veiledningen til foreldre skjer direkte «på øret» mens foreldre og barn leker sammen.

PCIT er utviklet som et program for å redusere atferdsvansker hos små barn. Senere er det også tatt i bruk overfor andre vansker, som internaliserte vansker, tilknytningsvansker og risiko for mishandling (Cooley, Veldorale-Griffin, Petren, & Mullis, 2014).

Programmet baserer seg på sosial læringsteori og tilknytningsteori og benytter elementer fra leketerapi. Målgruppen er familier med barn i alderen 2-7 år. Programmet gjennomføres ved ukentlige konsultasjoner og varigheten varierer fra 14 til 20 uker. Foreldre og barn gjennomfører lekesequenser av ulike slag. Terapeuten befinner seg bak et enveis-speil og gir veiledning til mor/far via ørepluggen hun/han har på seg. Veiledningen viser til ferdigheter som forut er introdusert for foreldrene, det gis positive kommentarer, vennlige korreksjoner og eventuelt forslag til hva forelderen kan si til barnet (Bjørseth & Wormdal, 2005). Både innledningsvis, underveis og etter behandling benyttes standardiserte måleinstrumenter knyttet til barnets atferd og til samhandlingen mellom foreldre og barn slik den observeres på videoopptak.

PCIT har to atskilte faser. Den første, CDI (Child-Directed Interaction) har som overordnet mål å styrke tilknytningen mellom foreldre og barn. Foreldrene trenes til å gi ros, reflektere barnets utsagn, følge barnets aktiviteter (imitere), beskrive det barnet gjør og vise entusiasme gjennom bekreftelse og støtte. CDI legger grunnlaget for neste fase, PDI (Parent-Directed Interaction) hvor hovedmålet er at foreldrene skal utvikle gode former for grensesetting, ikke minst ved å gi klare beskjeder på en ikke-aggressiv måte og tilpasset barnets utvikling (Herschell, Calzada, Eyberg, & McNeil, 2002). I begge fasene er det lagt opp til at man fortsetter treningen til målene og ferdighetene er oppnådd. Foreldrene får hjemmeoppgaver mellom konsultasjonene hvor de hver dag skal trene minst fem minutter på de aktuelle ferdighetene.

PCIT er i stadig større omfang tatt i bruk i arbeidet med familier som er i kontakt med barnevernet. Det gjelder særlig i USA og Australia (Kennedy, Kim, Tripodi, Brown, & Gowdy, 2014; Thomas & Zimmer-Gembeck, 2007). Overfor familier i kontakt med barnevernet, ofte betegnet som «high-risk families», er det gjort ulike tilpasninger av programmet. For eksempel har man utvidet målgruppen til familier med barn opp til 12 år, det er utarbeidet en «hands-off» - versjon hvor det særlig legges vekt på å benytte ikke-fysiske alternativer for grensesetting, og det er i forkant av veiledningen gjennomført motivasjonssekvenser som skal bidra til redusert frafall (Chaffin et al., 2004; Cooley et al., 2014).

I Norge har PCIT vært benyttet siden 2001 (Bjørseth & Wormdal, 2005), men i betydelig mindre omfang enn program med en nasjonal og offentlig implementeringsstrategi, som for eksempel DUÅ og PMTO. Den første opplæringen innenfor barnevernet fant sted i 2009, og våren 2015 er PCIT i bruk ved seks barneverntjenester. Bruken av PCIT er noe større innenfor BUP (personlig meddelelse fra Åse Bjørseth). Det er gjennomført en randomisert kontrollert studie av PCIT i Norge (omtalt i Bjørseth, McNeil, & Wichstrøm, 2015), men resultatene er enda ikke publiserte.

Forskning om virkninger

Metaanalyser av PCIT rapporterer at programmet generelt oppnår signifikante effekter på de områdene programmet særlig er rettet inn mot. Thomas og Zimmer-Gembeck (2007) gjennomførte en metaanalyse av studier fra 1984 til 2004, som hadde evaluert PCIT eller Triple P. 13 av 24 studier omhandlet PCIT. Basert på foreldrerapporter viste PCIT signifikant reduksjon i eksternaliserte atferdsvansker hos barnet og redusert opplevd stress hos foreldrene selv. Videre var det effekter når det gjaldt økt observert positiv foreldreatferd og økt sensitivitet i forhold til barnet. PCIT viste gjennomgående større effekter enn Triple P, men dette varierte noe avhengig av hvilke varianter av programmene som ble studert. Thomas og Zimmer-Gembeck framhever visse svakheter med studiene; i stor grad foretatt i spesialiserte kliniske setting og ikke i det vanlige tjenesteapparatet, deltakernes sosioøkonomiske forhold var ukjente eller de tilsa at det var få med lavere sosioøkonomisk status, og dessuten: studiene var typisk pre-post studier og kunne derfor si lite om virkninger over tid.

En nyere metaanalyse er gjennomført av Cooley og medarbeidere (2014), og inkluderer 11 studier fra 2004 til og med 2011. Mange av dem var mindre studier, og utvalgene var mer heterogene enn i studiene Thomas og Zimmer-Gembeck analyserte. De tilsa imidlertid at praksis hadde utviklet seg fra den forrige metaanalysen, ved at PCIT i større grad var utprøvd i ordinære praksissettinger og med større innslag av typiske risikogrupper. Som i den første metaanalysen (Thomas og Zimmer-Gembeck, 2007) gikk funnene samlet i favør av PCIT. Cooley m.fl. antar at den større grad av variasjon i funnene som de fant i sin metaanalyse, nettopp avspeiler at det var en mer sammensatt gruppe familier som inngikk i utvalgene (Cooley et al., 2014). De er derfor opptatt at nye studier må ha mer avklarte målgrupper slik at man i større grad kan identifisere hvem PCIT er nyttig for og under hvilke omstendigheter.

Kennedy og medarbeidere (2014) har foretatt en metaanalyse av seks studier hvor deltakerne i PCIT-programmet var familier hvor det hadde forekommet fysisk mishandling eller familier med potensiell risiko for mishandling. To av studiene (Chaffin, Funderburk, Bard, Valle, & Gurwitch, 2011; Chaffin et al., 2004) undersøkte om det i løpet av vel to år etter gjennomført program, forekom nye meldinger om mishandling. PCIT-deltakerne hadde signifikant færre nye meldinger enn kontrollgruppen som hadde mottatt annen veiledning. På utfallsmål som foreldrestress og potensiale for fysisk mishandling var det små effekter. Kennedy og medarbeidere (2014) peker på at det generelt er problematisk å tolke funn knyttet til mishandlingsrisiko når utvalgene består delvis av familier hvor mishandling har funnet sted og delvis av familier som faller inn under visse risikokjennetegn (se kapittel 7).

6.11.4. SafeCare

SafeCare (SC) er et manualisert foreldretreningsprogram basert på sosial læringsteori og sosialøkologisk forståelse (Guastafarro, Lutzker, Graham, Shanley, & Whitaker, 2012). Programmet retter seg spesielt mot omsorgssvikt i familier med barn opp til 5 år, men er også benyttet for større barn. I USA programmet har vært i bruk siden slutten av 1970-tallet, og det er etter hvert implementert også i andre land, som Storbritannia (Gardner, Hodson, Churchill, & Cotmore, 2014). Programmet retter seg mot å utvikle foreldreferdigheter knyttet til tre omsorgsområder: 1) positiv samhandling mellom foreldre og barn med vekt på gode rutiner knyttet til vanlige daglige situasjoner enkeltvis og tilpasset barnets alder; 2) sikkerhet i hjemmet med vekt på å identifisere spesifikke farer som barnet kan være utsatt for i hjemmet; og 3) barnets helse, med oppmerksomhet både mot hvordan sykdom kan forebygges og hvordan en kan identifisere sykdom hos barnet og søke helsehjelp.

Intervensjonen skjer ved ukentlige hjemmebesøk over en periode på 20 til 24 uker. For hvert tema gjennomføres det først en systematisk kartlegging, deretter foreldretrening og til slutt en ny kartlegging for å kunne registrere endringer. (Guastafarro et al., 2012). Hjemmebesøkerne kan ha ulik utdanningsbakgrunn, men de må gjennom et opplæringsprogram for å bli sertifisert, og de blir veiledet av en coach i arbeidet sitt.

Forskning om virkninger

I en av de siste studiene av SC (Chaffin, Hecht, Bard, Silovsky, & Beasley, 2012) undersøkte man om deltakelse i SC kunne redusere tilfeller av omsorgssvikt og mishandling (maltreatment), målt ved nye meldinger til barnevernet. Studien ble gjennomført i Oklahoma, USA hvor SafeCare er implementert i vid skala. Familier fra seks ulike regioner i staten ble rekruttert og tilfeldig fordelt til SC eller «vanlig praksis». I motsetning til mange andre studier, var hjelpen til kontrollgruppen klarere definert, ved at også de mottok hjemmebesøk, med omtrent samme varighet (seks måneder), hyppighet og målsettinger som SC, men mindre strukturert og uten bruk av SC-moduler. Begge de to gruppene ble videre delt i to, hvor hjemmebesøkerne i den ene undergruppen, - men ikke i den andre -, fikk systematisk oppfølging (coaching). Dermed ble studien gjennomført med fire undergrupper; SafeCare med og uten coaching, vanlig hjemmebesøkspraksis med og uten coaching (Chaffin et al., 2012).

Alle de 2174 familiene som deltok var registrert i barnevernet for omsorgssvikt / mishandling og hadde minst ett barn i alderen 0-12 år. Forskerne registrerte nye meldinger til barnevernet over en sjuårsperiode etter programslutt. De fant signifikant færre nye meldinger for deltakerne i SafeCare-programmet enn for deltakerne som mottok vanlig hjemmebesøkspraksis. Forskerne beregnet at SC kunne forebygge 64 til 104 nye tilfeller (meldinger) av mishandling pr. 1000. Strukturert oppfølging

(coaching) hadde en positiv effekt både for gjennomføring av SC og for vanlig hjemmebesøkspraksis.

Styrken til denne studien er at den ble gjennomført i vanlig barnevernpraksis med et stort utvalg av familier der alle hadde hatt registrerte barnevernssaker som omhandlet omsorgssvikt eller mishandling (Chaffin et al., 2012; Goldman Fraser et al., 2013).

6.12. Oppsummering

Vedtak om råd og veiledning er barnevernets mest brukte hjelpetiltak. Sammen med hjemkonsulent, miljøarbeider og andre tiltak med ulike benevnelser utgjør dette et vidt spekter av virksomheter, men som har det til felles at veiledning til foreldre er en hovedingrediens. Det foreligger ingen forskning om disse tiltakskategoriene eksplisitt. I kapittel 9 refereres imidlertid evalueringer av familie- og nettverksorienterte tiltak hvor foreldreveiledning inngår. I dette kapitlet har vi lagt mest vekt på å presentere forskning om programmer som er implementert i Norge i de siste 15-20 årene.

Programmene ICDP, Marte Meo og COS har til felles at de baserer seg på kunnskap om betydningen av den utviklingsstøttende foreldre-barn-samhandlingen og/eller tilknytningsteori. Videre har ingen av dem klart definerte målgrupper, men benyttes mest for foreldre med yngre / små barn. COS finnes i flere varianter og gis både i grupper og individuelt. Det mangler relevant forskning om virkninger av COS, og med den interessen som er for COS i norsk barnevern, er det behov for norske studier. En nylig publisert norsk RCT-studie viste at Marte Meo særlig hadde effekt for de familier der samhandlingsvanskene var størst og for familier der mødrene hadde symptomer på depresjon.

Programmene DUÅ, PMTO, TIBIR, MST og FFT har noe ulik teoretisk basis, men sosial læringsteori og sosialt interaksjonsperspektiv står sentralt. Forebygging og reduksjon av atferdsvansker hos barn og unge har vært en felles målsetting for programmene. Disse programmene (med unntak av TIBIR, som er en norsk variant), er blant de tiltakene som det er foretatt mest forskning på internasjonalt. DUÅ, PMTO, TIBIR og MST har også vært gjenstand for norske RCT-studier.

De ulike programmene kan vise til ulike resultater på ulike mål og må derfor vurderes hver for seg. Vi vil likevel trekke fram noen fellestrekk fra studiene av disse programmene.

Programmene har sitt utspring i USA, men har vist seg mulig å overføre og tilpasse norske forhold, selv om ingen av dem har fått en bred anvendelse som hjelpetiltak i barnevernet, i følge barnevernsstatistikken.

Alle programmene kan vise til positive resultater fra norske effektevalueringer når det gjelder foreldrenes oppdragerstil og når det gjelder barnas fungering slik det ble rapportert av foreldrene og til dels av lærere. Effektstørrelsene man har funnet har gjennomgående vært moderate eller små. Et vanlig mønster er at effektene er størst for dem som har størst problemer i utgangspunktet, at de er større for små barn enn for eldre barn, og at effektene blir mindre over tid.

Barn/unge som mottar «vanlige tiltak» viste også positive endringer, men noe mindre enn de som hadde mottatt programmene, på visse variabler. De relative effektene (intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen som fikk «vanlige» tiltak for målgruppen) av program som MST og PMTO er mindre enn det man har funnet i amerikanske studier. Det skyldes trolig bedre kvalitet på det ordinære tiltaksapparatet i Norge enn i USA.

De norske studiene av MST og PMTO baserer seg henholdsvis helt og delvis på utvalg rekruttert fra barnevernet. I andre RCT-studier var en mindre (DUÅ og Marte Meo) eller ukjent (TIBIR) andel av familiene i kontakt med barneverntjenesten. Det er indikasjoner på at de mer marginaliserte familiene er vanskeligere å inkludere både i programmene og i evalueringsstudiene, og at de har mindre utbytte enn andre familier.

Det er i liten grad foretatt robuste langtids oppfølgingsstudier av programmene, og det er etter hvert flere år siden RCT-studiene (PMTO og MST) ble gjennomført. Dette gjenspeiler trolig hvor ressurskrevende slike studier er.

Vi har i dette kapitlet også presentert program som ikke er introdusert i Norge (TripleP og SafeCare), som er i ferd med å bli introdusert (NFP) eller er introdusert, men brukes i begrenset grad i barnevernet (PCIT). Felles for disse er at de har en viss internasjonal utbredelse og har vært gjenstand for effektforskning. NFP (Nurse-Family Partnership) skiller seg ut ved at intervensjonen retter seg mot familier i risikozonen og settes inn allerede under svangerskapet og varer helt fram til barnet er to år. TripleP har det særtrekk at det er multimodalt, det vil si at det har ulike varianter som er tilpasset hvor langt i problemutvikling de ulike målgruppene er. Alle programmene retter seg mot et bredere spekter av omsorgsbetingelser enn det som er forbundet med risiko for atferdsvansker. De er med det relevante for tema i neste kapittel.

7. Tiltak rettet mot omsorgssvikt og mishandling

Flere av programmene som ble presentert i kapittel 6 har, i tillegg til å skulle redusere atferdsvansker, som eksplisitt formål å forebygge eller redusere omsorgssvikt og mishandling. Det gjelder særlig programmene som så langt ikke, eller kun i liten grad, er implementert i Norge: Triple P, Nurse-Family Partnership, PCIT og SafeCare. Også andre program som vi har presentert, kan trolig ha en viss forebyggende effekt i forhold til omsorgssvikt og mishandling ved at de retter innsatsen mot faktorer som typisk er assosiert med denne typen problemer, for eksempel negativt pregete samspill mellom foreldre og barn (se Barth, 2009).

I det følgende vil vi presentere forskningsbasert kunnskap om tiltak som har som uttalt mål å redusere omsorgssvikt og mishandling (child abuse and neglect). Først omtales to systematiske sammenstillinger av foreldreprogrammer. Den videre presentasjonen baserer seg på sammenstillinger av kunnskap om et bredere spekter av tiltak, med andre ord tiltak som ikke har entydige anbefalinger (manualer) når det gjelder varighet, intensitet og tema for behandlingen. Samlet er litteraturen om tiltak rettet mot omsorgssvikt og mishandling sammensatt og uoversiktlig. Med henblikk på hvilken relevans litteraturen har for hjelpetiltak i norsk barnevern, er det blant annet viktig å være oppmerksom på⁹.

- om sammenstillingen/metaanalysen omhandler kun foreldrerettete program eller (også) tiltak sammensatt av andre komponenter /tilnæringsmåter.
- om det dreier seg om programmer og tiltak på universelt, selektivt eller indikert nivå (primær, sekundær eller tertiær forebyggende). En rekke kunnskapsoversikter omhandler kun universelle og/eller selektive tiltak og dermed ikke det som kan anses som individrettete hjelpetiltak, (eks. Geeraert, Van den Noortgate, Grietens, & Onghena, 2004; Glad, Øverlien, & Øverlien, 2010; Mikton & Butchart, 2009; Moran & Ghate, 2005).
- om programmene /tiltakene er rettet mot spesifikke former for mishandling (eksempelvis fysisk mishandling), mot omsorgssvikt (neglect), eller mot mishandling og omsorgssvikt generelt. Ofte er dette uklart, og en del publikasjoner benytter heller betegnelsen «tiltak rettet mot å redusere risiko for plassering utenfor hjemmet».
- hvilke utfallsmål som benyttes/omtales. Er det faktisk forekomst av omsorgssvikt eller mishandling, eller er det mål på faktorer som typisk

⁹ Se for øvrig Ezell, M., Spath, R., Zeira, A., Canali, C., Fernandez, E., Thoburn, J., et al. (2011). An international classification system for child welfare programs. *Children and Youth Services Review*, 33(10), 1847-1854.

assosieres med slike alvorlige problemer, eksempelvis oppdragerstil, rusmisbruk, plassering utenfor hjemmet?

7.1. Foreldrerettete programmer mot omsorgssvikt og mishandling

Den engelske forskeren Jane Barlow står bak flere sammenstillinger om intervensjoner som er rettet mot mishandling og omsorgssvikt (abuse and neglect). Blant annet har hun sammen med kolleger foretatt en Cochrane-review av individ- og gruppebaserte foreldreprogram (Barlow, Johnston, Kendrick, Polnay, & Stewart-Brown, 2006). Blant programmene som inngikk i oversikten var både De utrolige årene og PCIT. Kun sju studier tilfredstilte inklusjonskriteriene, som blant annet var at studiene måtte benytte kontrollgrupper og ha utfallsmål som indikerte eller var sterkt assosiert med omsorgssvikt eller mishandling. Av de sju studiene var det bare tre av studiene som benyttet objektive mål på mishandling. En av disse studiene fant at de som mottok intervensjonen (Parent-child interaction therapy (PCIT) hadde signifikant færre nye meldinger om fysisk mishandling enn de som tilhørte kontrollgruppen. Barlow og kolleger (2006) påpeker at de fleste studiene, i likhet med den nevnte studien, fokuserte på fysisk mishandling. Programeffekter overfor omsorgssvikt er med andre ord lite undersøkt, og forfatterne mener derfor det er usikkert i hvilken grad funnene i sammenstillingen er relevante for omsorgssviktssaker.

Når det gjelder utfallsmål som mer indirekte relaterer seg til omsorgssvikt eller mishandling, oppsummerer Barlow og hennes medforskere at studiene samlet rapporterer små til middels store effekter. Forfatterne mener at sammenstillingen tilsier at foreldreprogram bør inneholde flere komponenter. Læring av hvordan en kan mestre barns utfordrende atferd bør suppleres med komponenter som retter seg mot å fremme foreldre-barn samspillet i vid forstand og å øke foreldres stressmestring og velvære mer generelt.

Barlow og kolleger peker på at selv i de studiene som tilfredstilte inklusjonskriteriene, er det vanskelig å vite om det faktisk er utøvd omsorgssvikt/mishandling i familiene som inngår i studiene, eller om det heller dreier seg om familier med særlig risiko for dette. Slike spørsmål om utvalg og målgruppe gjelder i enda større grad i andre oversiktsartikler. For eksempel fant Lundahl og kolleger (Lundahl, Nimer, & Parsons, 2006) det mulig å inkludere 23 studier i sin meta-analyse av foreldretreningsprogrammer rettet mot å forebygge mishandling. I svært få av de 23 studiene besto utvalget av familier hvor mishandling var bekreftet. En av de få var en studie av SafeCare (Gershater-Molko, Lutzker, & Wesch, 2003). Lundahl og medforskere konkluderer med at foreldretreningsprogrammene har effekt

for de som fullfører programmene, i hvert fall like i etterkant av programslutt (pre-post-studier). Farene for mishandling synes å reduseres ved at foreldrene rapporterer mer positive holdninger og bedre forståelse for barnas følelser og intensjoner, økt forståelse for hva en kan forvente av barnet og endret innstilling til bruk av fysisk avstraffelse. Foreldrenes opplevelse av egen velvære synes også å øke, noe som antas å redusere faren for mishandling.

Metaanalysene gjorde det også mulig å undersøke hvilke elementer som var viktige for at programmene skulle ha ønsket effekt (og dermed hvilke elementer som er viktige når en skal utvikle nye programmer). Forskerne fant at kombinasjoner av gruppe- og individbaserte sesjoner var viktig for å påvirke både foreldres holdninger til barna og deres foreldreatferd. Det samme gjaldt kombinasjoner av sesjoner i hjemmet og på kontoret. En kombinasjon av rent atferdsorienterte tilnærminger og tilnærminger som vektla holdninger og kommunikasjon var også viktig. For å endre foreldrenes oppfatninger og tolkninger av barna, var det av betydning at programmet hadde lengre varighet og flere sesjoner enn det som var nødvendig kun for en umiddelbar endring av foreldreatferd (Lundahl et al., 2006).

Lundahl og kolleger peker på at omsorgssvikt og mishandling må forstås som resultater av et komplekst samspill mellom en rekke faktorer på ulike nivåer, og at det derfor er viktig å se foreldreprogrammer som ett av flere virkemidler for å redusere faren for at barn skal utsettes for slike skadelige omsorgsbetingelser. En slik forståelse finner en også i forskningssammenstillingen Macmillan og kolleger (2009) har gjort om intervensjoner rettet mot omsorgssvikt og mishandling. De konkluderer med at det ikke foreligger empirisk grunnlag for å hevde at ett enkelt program er virksomt når det gjelder å forhindre at omsorgssvikt eller mishandling gjentar seg. De fremholder videre at kunnskapen tilsier at en grundig undersøkelse av den enkelte familie og det enkelte barn er nødvendig for å kunne iverksette hensiktsmessige intervensjoner.

7.2. Forskningskunnskap om bredere innsatser mot omsorgssvikt og mishandling

I tråd med en forståelse av at omsorgssvikt og mishandling er resultat av et samspill mellom en rekke ulike faktorer og en erkjennelse av at en derfor må ha realistiske forventninger til hva foreldreveiledningsprogrammer alene kan utrette, har flere forskere studert intervensjoner i videre forstand. Dette er delvis gjort ved systematisk gjennomgang av forskningslitteratur om intervensjoner (Moran, Ghate, & van der Merwe, 2004), og delvis ved en kombinasjon av prosjektevalueringer, teoretisk kunnskap om omsorgssviktens etiologi (årsakssammenhenger) og tidligere publiserte litteraturgjennomganger (Moran, 2009; Pecora et al., 2014; Thoburn, 2010). Selv om

noe av denne litteraturen mer er konsentrert om tiltak på selektivt og ikke på indikert nivå (f.eks. Moran et al., 2004), vil de fleste momentene ha gyldighet også for individrettete tiltak som hjelpetiltak i norsk barnevern.

7.2.1. Kjennetegn ved virksomme tiltak

Her oppsummerer vi faktorer som, i følge nevnte litteratur, er vesentlig for virksom tiltakspraksis.

Langsiktighet og «timing»

Det må tas høyde for at barna og familiene vil ha behov for kontakt og oppfølging med hjelpetjenester over lengre tid. Det er vesentlig at foreldre og barn etablerer en tillitsfull relasjon til tjenesten, herunder å unngå stadig utskifting av personale. Samtidig er det nødvendig at det ikke skapes unødig avhengighet og hjelpeløshet.

Både Thoburn (2010) og Pecora m.fl. (2014) mener det er forskningsmessig grunnlag for å anbefale at familier med komplekse vansker og fare for at barn utsettes for omsorgssvikt, får hjelp som kombinerer kortvarige, intensive programbaserte intervensjoner med langsiktig, mindre intensiv, men likevel målrettet støtte. Hjelp som planlegges og innrettes slik kan forhindre et forløp med henleggelse/avslutninger etterfulgt av nye meldinger/kartlegginger og reetablering av kontakt.

Tilgjengelighet og fleksibilitet

Det pekes på at mange av de aktuelle foreldrene har betydelig skepsis til hjelpeapparatet generelt og til barnevernet spesielt. Tjenester og tiltak bør derfor rette oppmerksomhet mot hvordan man når fram til foreldre, engasjerer dem og legger til rette for at de skal kunne benytte tilbudet fullt ut. Flere faktorer har betydning i den sammenheng:

Flere veier inn

Å sikre en forbindelse mellom tilbud rettet til familier flest eller til utsatte grupper og individrettete tiltak (indikerte tiltak) for de mest utsatte blir trukket fram av flere. Ved å knytte indikerte tiltak opp mot mer generelle tilbud, vil tiltakene kunne oppleves som mindre diskriminerende og stemplende (Moran & Ghate, 2005). Thoburn (2010) viser til positive erfaringer med å ha ansatte i en slags «brobygger-funksjon» for å kunne nå fram til de som man mener særlig trenger mer individuell hjelp.

I tråd med dette, fremholdes det at det bør være «flere veier inn» i tiltakene. I tillegg til den formelle veien gjennom barnevernmyndighetene eller veien gjennom generelle tiltak, bør det være mulig å ta direkte kontakt med tiltakene.

Inkludere og tilrettelegge for fedres deltakelse

Målrettet innsats for å inkludere fedre i tiltakene kan være nødvendig. Det kan dreie seg om tidspunkt for konsultasjoner og satsing på å øke andelen mannlig ansatte i

tiltakene. Det er behov for mer forskning for å komme med mer konkrete anbefalinger på dette området, for eksempel hvorvidt det er hensiktsmessig med egne sesjoner spesielt for fedre.

Kultur og etnisitet

Hjelp til familier og foreldre er i hovedsak utformet med grunnlag i vestlige verdier, familie- og oppdragelsesforståelser. Det fordrer oppmerksomhet om hva dette betyr i møte med familier tilhørende kulturelle minoriteter, samtidig som det er viktig å ikke forholde seg til stereotypiske oppfatninger av etniske grupper. Ansatte med tilsvarende etnisk bakgrunn som foreldre er en styrke for de fleste tiltak.

Flerkomponenttiltak

I tråd med kompleksiteten i familiens situasjon og langsiktigheten i hjelpen, bør tiltakene rette seg mot ulike faktorer på ulike nivå. Det innebærer at innsatsene bør rette seg inn mot både foreldre, barn og familien som helhet. Det betyr samtidig at innsatsene bør ha ulike komponenter, som foreldretrening, - veiledning, mer terapeutiske innsatser, praktisk hjelp relatert til forhold som skaper stress i hverdagen og innsatser med vekt på sosial støtte.

I flerkomponentpoenget ligger også å vurdere nytten av å gi hjelp til foreldre i grupper versus individuelt. Hvorvidt gruppeformatet er best egner, henger sammen med hvilke tema som er på dagsorden og hvorvidt foreldre vil dra nytte av det sosiale aspektet ved å være sammen med andre i lignende situasjoner. En individrettet tilnærming er bedre egnet når det dreier seg om alvorlige problemer eller når foreldre ikke er klar for å delta i grupper. Arbeid i hjemmet vil ofte være en viktig komponent i arbeidet med enkeltfamilier.

Med basis i teori

Tiltakene bør ha utgangspunkt i en teoretisk ramme for hvordan barnas og familiens situasjon skal forstås og hvordan endring kan finne sted. Moran og Ghate (2005) peker på at tiltaksmenyen bør innbefatte atferdsorienterte intervensjoner som fokuserer på spesifikke foreldreferdigheter og kognitive intervensjoner med siktemål å endre foreldres holdninger til og oppfatninger av seg selv, barnet og samhandlingen dem imellom. Thoburn (2010) på sin side, peker på at det er vesentlig med intervensjoner som bygger på tilknytningsteoretisk forståelse i arbeid med familier der det er fare for omsorgssvikt. Hun viser til de fire fokusområdene Howe (2005) trekker fram: styrke foreldres sensitivitet og tilgjengelighet overfor barnet; endre foreldres indre arbeidsmodell gjennom økt innsikt og vekt på refleksiv kapasitet; tilby økt sosial støtte til foreldre; og styrke foreldres psykiske helse og velferd.

Konkrete mål

Tiltakene bør rettes både mot konkrete og målbare mål og mot mer overordnede mål. Det må være tydelige hvor en vil gå og hvordan en kommer dit.

Forskerne som har systematisert kunnskap om viktige elementer i tiltak for barn og familier hvor det forekommer omsorgssvikt og hvor det kan være aktuelt å plassere barnet utenfor hjemmet, understreker viktigheten av å ha realistiske forventninger til hvilke effekter denne typen individrettete tiltak kan ha, uten at man også tar tak i sosiale ulikheter i videre forstand (Moran et al., 2004; Thoburn, 2010).

8. Tiltak og programmer – tilgjengelighet og spredning

8.1. Rekker hjelpetiltak generelt og foreldreveiledningsprogram spesielt fram til de som trenger det?

Et spørsmål som opptar mange praktikere og forskere som arbeider med psykososial forebygging og behandling, er om tiltak og program faktisk når fram til de som trenger det mest. Bakgrunnen er en erfaring av at det er enkelte grupper av barn og foreldre som enten er «hard to reach» (jfr. Barrett, 2008) og dermed ikke inkluderes i tiltakene tilbyderne mener de trenger, eller som faller ut av tiltakene for tidlig og dermed ikke oppnår det ønskete utbytte av tiltakene. Man er bekymret for at de som er vanskelige å engasjere i tiltakene, ofte er de som har størst behov for hjelp.

Denne utfordringen er særlig omtalt i forhold til selektive tiltak, - tiltak rettet mot utsatte grupper (Cortis, Katz, & Patulny, 2009; Doherty, Hall, & Kinder, 2003), men den er også aktuell når det gjelder indikerte tiltak, - som individrettete hjelpetiltak, inkludert foreldreveiledning (Damashek, Doughty, Ware, & Silovsky, 2011; Girvin, DePanfilis, & Daining, 2007). Det er flere studier og forskningssammenstillinger som omhandler hvilke familier og foreldre som typisk er vanskelig å rekruttere og engasjere, hvilke hindringer for deltakelse som eksisterer og hvilke strategier som bør benyttes for å redusere hindringene.

Problemstillingen har også vært aktualisert i norsk barnevern knyttet til spørsmål om barns rett til hjelp er godt nok ivaretatt og gjennom forslag om å utvide muligheten for å pålegge foreldre tiltak (BLD, 2015; NOU 2012:5; Stang, 2007) (se kap. 2.4.). Problemstillingene knyttet til barns rett til hjelp og hvor langt foreldre skal kunne motsette seg hjelp til barnet, følges ikke opp her. Fokus her er mer eksplisitt på hvordan foreldre kan engasjeres i tiltaksarbeidet.

Doherty m.fl. (2003) mener en kan snakke om tre grupper «hard-to-reach» - foreldre. i) de som er «særlig utsatte» ved at de på ulike måter er sosialt, økonomisk og / eller kulturelt marginaliserte; ii) de som er «usynlige» fordi de faller utenfor hjelpeapparatets eller tiltakenes oppmerksomhet, for eksempel fordi deres situasjon ikke matcher innholdet eller utformingen av eksisterende tiltak; iii) de som oppleves «utilgjengelige» fordi de ikke ønsker hjelp eller motsetter seg å delta i den type tiltak som hjelperne mener de trenger. Det er imidlertid også ytret motforestillinger mot å benytte en benevnelse som «hard-to-reach» fordi man med den risikerer å ensidig fokusere på hindringer hos de potensielle brukerne, mens man mister fokus på hindringer knyttet til tiltakene/programmene og måten disse praktiseres. «Hard-to-reach» fungerer med andre ord som en tjeneste-/ansatt- konstruksjon, mens personer

som betegnelsen inkluderer trolig heller ville snakke om tiltak som er «hard-to reach», for eksempel ved at tiltakene er lite tilgjengelige, alt for spesialiserte, truende eller stigmatiserende (Doherty et al., 2003). Flere peker på hvor viktig det er å ha en helhetlig og økologisk forståelse av hvilke faktorer og sammenhenger mellom faktorer som skaper barrierer for å nyttiggjøre seg tiltak (f.eks. Gordon, Oliveros, Hawes, Iwamoto, & Rayford, 2012; McCurdy & Daro, 2001; Platt, 2012; Spielberger, Rich, Winje, & Scannell, 2010; Staudt, 2007).

8.1.1. Forhold som har betydning for foreldres deltakelse og engasjement i tiltak

Det er et begrenset forskningsmessig grunnlag for å identifisere hvilke faktorer som har betydning for deltakelse og engasjement i tiltak rettet mot utsatte barn og familier (Staudt, 2007). Imidlertid har Whittaker og Cowley i artikkelen «An Effective Programme is not Enough: A Review of Factors Associated with Poor Attendance and Engagement with Parenting Support Programmes» (Whittaker & Cowley, 2012) foretatt en «review of reviews», en gjennomgang av forskningssammenstillinger som omhandler foreldrestøttende intervensjoner rettet mot psykososiale forhold. Fra de 23 inkluderte sammenstillingene er funn som omhandler foreldrenes deltakelse og engasjement i programmene tematisk systematisert. Det kan reises spørsmål ved det empiriske grunnlaget i enkelte av sammenstillingene. Vi vil likevel her benytte Whittaker og Cowleys tematisering, supplert med funn fra andre undersøkelser.

Whittaker og Cowley (2012) knytter manglende deltakelse, tendens til å avslutte for tidlig og manglende engasjement i foreldreprogram til forhold relatert til foreldrene og deres livssituasjon på den ene siden, og til forhold relatert til programdesign på den andre siden.

Forhold relatert til foreldrene og deres livssituasjon

Foreldre som opplever omfattende belastninger på flere områder i livet og/eller generelt høyt stressnivå har ofte vansker med å ta del i foreldreveiledningsprogram, og de har mindre utbytte av det enn andre (Moran et al., 2004; Tømmerås, 2012) (se kapittelet om PMTO). Vedvarende økonomiske vansker, psykiske vansker og rusavhengighet er forhold som har betydning. Funnene er imidlertid ikke entydige. Enkelte studier viser for eksempel at mødre med depresjon hadde høyere deltakelse enn mødre uten (Damashek et al., 2011; Girvin et al., 2007). Funnene peker mot at det trolig er samspillet mellom ulike faktorer som er avgjørende for deltakelse og engasjement i programmene.

Andre forhold er knyttet til hvordan foreldrene oppfatter programmene. Erfaringer fra samhandling med hjelpetjenester generelt og med barnevernet eller lignende programmer spesielt, har betydning (McCurdy & Daro, 2001; Spielberger et al., 2010). Det har også i hvilken grad foreldrene betrakter seg selv som en viktig del av barnas

problemer eller ikke, og hvordan de vurderer et mulig utbytte av programmet opp mot omkostningene ved å delta. Slike perseptuelle aspekter har betydning for foreldrenes «readiness to change» (Damashek et al., 2011; McCurdy & Daro, 2001). Generelt viser forskningen at foreldreprogrammerer synes å appellere mer til foreldre med høyere utdanning.

Også praktiske forhold ved familiens situasjon har betydning, for eksempel store avstander, vansker med transport eller manglende barnepass. Manglende mulighet for mor og far å delta sammen er en hindring Whittaker og Cowley (2012) fant, og som er påpekt av flere andre (se særlig Gordon et al., 2012). Ofte er det ikke tatt tilstrekkelig hensyn til tilgjengelighet og tilpassing til fedre. En mulig konsekvens av dette er at mødre bringer hjem verdier, tenkesett og foreldrepraksis som kolliderer med det som har vært rådende i familien, og at dette skaper konflikter. Foreldrenes videre nettverk er også viktig i denne sammenheng, ut fra en generell kunnskap om at familie og venner er de viktigste støttespillerne i forhold til å mestre vanskelige livssituasjoner. Med støtte i forskningslitteraturen peker Whittaker og Cowley (2012) på at et ofte oversett «implementeringsaspekt» er å gjennomtenke hvordan foreldreprogrammene knyttes an til foreldrenes sosiale nettverk.

Forhold relatert til tiltakene / programmene

Når det gjelder tiltakene eller programmene er det igjen et samspill av faktorer knyttet til både innhold og organisering som spiller inn, i følge Whittaker og Cowley (2012). Faktorene kjenner vi delvis igjen fra omtalen av tiltak rettet mot omsorgssvikt og mishandling (se kapittel 7).

For de som skal henvise til eller rekruttere til et program, er det vesentlig at programmet har klare mål og et tydelig innhold som er underbygd av en gjennomtenkt teoretisk basis. Det gjør det lettere å kunne gi en konkret og realistisk presentasjon av programmet.

Programmer som har et gruppeformat vil for enkelte være truende, og derfor et hinder i rekruttering. For andre kan gruppeformatet appellere. Foreldre som opplever ulike grader av sosial isolasjon vil gjennomføre fordi programmet gir mulighet for kontakt med og støtte fra andre foreldre. Muligheten for kontakt og støtte styrkes ved program som er lokalisert i mer kollektive møteplasser. Generelt er det indikasjoner på at vellykkete foreldreprogram er opptatt av å utvide foreldrenes sosiale nettverk.

Foreldres engasjement og oppfølging av programmet øker når programmet legger opp til egenaktivitet som underbygger den enkeltes opplevelse av selververd, handlingskompetanse og selvtillit.

I tråd med hva som tidligere er poengtert om tiltak rettet mot omsorgssvikt og mishandling (kapittel 7), peker Whittaker og Cowley (2012) på at det for spesielt

utsatte grupper er viktig at programmet baserer seg på en økologisk forståelse, omfatter flere ulike tilnæringsmåter og praktiserer en viss fleksibilitet når det gjelder komponenter som benyttes. Det påpekes imidlertid at det mangler kunnskap om hvilke komponenter og hvilke sammensettinger av komponenter som best fremmer foreldreengasjementet.

De som tilbyr programmene må arbeide tett sammen med dem som skal rekruttere til tiltaket. Oftest vil det være fordelaktig å ha flere ulike henvisningsmåter og «-ruter». Betydningen av «linking»; at personer i mer allmenne tjenester gjør det ekstra som skal til for å geleide aktuelle deltakere inn i programmer og mer spesialiserte tiltak (Butler, McArthur, Thomson, & Winkworth, 2012; Doherty et al., 2003).

Forhold relatert til de ansattes utførelse av rolle og oppgaver

Mens noen forskningssammenstillinger fremhever tiltakenes innhold og organisering, peker andre i særlig grad på de som utfører tiltakene og programmene og på deres kompetanse og ferdigheter i samhandling med brukerne (McCurdy & Daro, 2001; Platt, 2012; Staudt, 2007). Staudt (2007) viser for eksempel til at de ansatte: i) må være oppmerksom på praktiske problemer og andre stressende faktorer; ii) få fram foreldrenes syn på problemet, deres ønskemål, forventninger til hjelpen og deres tidligere og nåværende erfaring med profesjonelle; iii) forklare hva programmet inneholder og hva som forventes av både bruker og praktiserer selv; iv) være oppmerksom på forskjeller knyttet til klasse eller etnisitet og andre forhold som kan påvirke relasjonen (for eksempel om foreldrene direkte eller indirekte er pålagt å delta); v) etterspørre viktige andre personer som kan støtte foreldrene og involvere dem; og vi) sjekke ut hva som kan gjøre deltakelse og oppfølging vanskelig og søke etter løsninger på disse hindringene.

Et overordnet poeng er at barrierer på et område tenderer til å forsterke betydningen av barrierer på andre områder.

8.2. Felleselementer på tvers av programmer

Denne kunnskapsstatusen reflekterer at det de siste 15-20 årene er introdusert en rekke intervensjoner/programmer som er relevante for barnevernet og som dermed i større eller mindre grad kan supplere barnevernets hjelpetiltaksmeny. Samtidig; jo flere programmer som er relevante, jo viktigere blir spørsmålet om hvilket program man skal velge stilt overfor et enkelt barn og barnets familie. I og med at de ulike programmene retter seg mot ulike problemtilstander, ulike stadier i en problemutvikling og ulike aldersgrupper, er det ikke vilkårlig hvilket program en velger for et gitt barn og barnets familie. Spørsmålet om hva som er rett program aktualiserer imidlertid flere og videre problemstillinger: Hvilke og hvor mange

programmer skal den lokale barneverntjenesten satse på? Hvor mange program er det realistisk å kunne ha tilgjengelig i den lokale «tiltaksmenyen»? Hvor mange barn og familier vil inngå i de ulike programmene målgrupper og dermed være potensielle brukere av programmene?

Innenfor en enkelt kommune, men også innenfor et større geografisk område, kan det være utfordrende å til enhver tid ha tilgjengelig et spekter av spesifikke program for et spekter av spesifikke målgrupper. Utfordringene er relatert til flere forutsetninger som må være til stede. Først og fremst må det til enhver tid være ansatte som har gjennomgått den foreskrevne opplæringen og kan praktisere programmene. Dette forutsetter igjen enten minimal turn-over eller kontinuerlig opplæring av nye. Videre; god programkvalitet forutsetter at programmene gjennomføres i henhold til manualen, noe som ofte innebærer å knytte praksisen til et system for å sikre programintegritet og deltakelse i vedlikeholdstrening. Programkvalitet forutsetter dermed at terapeuten fortløpende kan praktisere det aktuelle programmet, at hun/han har ledig kapasitet når familier med behov for programmet står klare. I praksis forutsetter dette visse rammebetingelser, ikke minst at terapeutene har en begrenset saksmengde.

Imidlertid har det vist seg i praksis at det har vært et like stort problem å rekruttere et forventet antall brukere som det har vært å ha tilstrekkelig ledig kapasitet. Det kan være flere grunner til at færre søker seg til eller blir henvist til programmene, for eksempel kan det henges sammen med måten programmene er implementert på (se kap.8.1.). Men ofte henvises det til at mange brukere faller utenfor målgruppekriteriene, gjerne omtalt som manglende «match» mellom brukernes behov og programmene innhold. Det vises til at programmene som regel er innrettet mot én type vansker, mens brukerne ofte har komplekse og sammensatte vansker (komorbiditet). I neste omgang vil dette medføre at det reises spørsmål ved programmene relevans og at videre utbredelse og implementering av programmene innskrenkes.

«Spredningsvansker» for programmer og intervensjoner som har god forskningsmessig støtte, er ikke noe særnorsk fenomen, men noe som er påpekt også av forskere internasjonalt (Barth et al., 2012; Barth & Liggett-Creel, 2014; Chorpita, Bernstein, & Daleiden, 2011; Garland, Hawley, Brookman-Frazee, & Hurlburt, 2008). Det er heller ikke noe som utelukkende gjelder på barnevernfeltet, men for eksempel også sosialt arbeid forøvrig og psykisk helsevern. Flere av de nevnte forskerne mener at begrenset spredning og anvendelse betyr at man bør satse på en annen og supplerende strategi for å gi utsatte barn, ungdommer og deres familier best mulig hjelp. En slik alternativ strategi kan være å systematisk identifisere og systematisk ta i bruk komponenter som gjennom forskning har vist seg å være virksomme på tvers av ulike program og tiltak. Begrepet felleskomponenter (common components) (Kaminski, Valle, Filene, & Boyle, 2008) brukes for å betegne dette som er «felles», men også begrep som

felleselementer (Barth et al., 2012) eller fellesfaktorer (Cameron, 2014), om enn ikke for akkurat det samme.

Fellesfaktorer er et begrep som er benyttet i lengre tid innen psykoterapiforskning. Fellesfaktorer, ofte benevnt som uspesifikke faktorer, er faktorer som har vist seg å ha betydning for positivt utbytte på tvers av ulike terapeutiske intervensjoner. De omhandler mer generelle forhold ved praktikerens, klienten og ikke minst ved samhandlingen og relasjonen mellom dem. Det gjelder for eksempel praktikerens personlige kvaliteter, den terapeutiske alliansen, klientens motivasjon, håp og engasjement. Det er for å ta rede på om disse faktorene er til stede i intervensjonen, tilbakemeldingssystemet KOR har vært tatt i bruk i flere tjenester, herunder barnevernet (Anker, 2010; Duncan, Sparks, & Miller, 2004; Slettebø & Askeland, 2013).

Felleselementer er spesielle framgangsmåter/ teknikker/moduler som man finner igjen i intervensjoner som har vist seg effektive. Hvis et element for eksempel går igjen i intervensjoner som viser effekt og sjelden forekommer i intervensjoner som ikke viser effekt, tyder det på at det er snakk om et viktig element i effektive intervensjoner (Chorpita, Daleiden, & Weisz, 2005). Eksempler på felleselementer kan være: positiv forsterkning, rollespill, å identifisere delmål og evaluere fremgang i forhold til delmålene. Det er viktig å merke seg at de som anbefaler en praksis basert på felleselementer, understreker at dette ikke kan skje ved at det overlates til den enkelte å utvikle sin personlige miks av elementer. Både veiledning og systematisk evaluering er nødvendig for å sikre at praksisen faktisk tar de virksomme elementene i bruk (Barth & Lee, 2014).

Fra miljøer som har utviklet og/eller implementerer spesifikke programmer innvendes det gjerne mot «fellesstrategien» at deres program har unike programelementer som er avgjørende for et godt resultat. Videre at programintegritet er vesentlig, det vil si å gjennomføre med den sammensetting av programelementer som manualen beskriver (se nærmere om denne diskusjonen i Ogden, 2010).

Status i norsk barnevern, hvor det etter hvert er introdusert en rekke programmer, men med til dels begrenset eller forbigående anvendelse, tilsier at felleselement-strategien bør utforskes nærmere. Dette går vi ikke nærmere inn på, men vil kort presentere et eksempel på denne tilnærmingen, relatert til psykiske vansker hos barn og unge.

8.3. MATCH

En viktig grunn til satsingen på felleselementer er, som nevnt, erfaringen med at barn, unge og deres omsorgspersoner ofte har vansker som er sammensatte og komplekse

(komorbidet) heller enn avgrensede og entydige. Intervensjonen MATCH har tatt høyde for dette. MATCH står for The Modular Approach to Therapy for Children with Anxiety, Depression, or Conduct Problems (Weisz, Chorpita, Palinkas, & et al., 2012). Intervensjonen baserer seg på elementer fra etablerte tiltak med forskningsstøtte rettet mot henholdsvis angst, depresjon og atferdsvansker. Disse elementene utgjør en meny av moduler som en anvender etter hva som passer det enkelte barns behov og i den rekkefølge som terapeuten finner mest hensiktsmessig i det aktuelle tilfelle, for eksempel ut fra vansker som oppstår underveis. Studier har vist at MATCH gir bedre utbytte enn de diagnosespesifikke manualbaserte intervensjonene (Weisz et al., 2012). Atferdssenteret er nå i ferd med å implementere MATCH i Norge.

9. Familie- og nettverksorienterte tiltak

Foran har vi omtalt programmer som har foreldreveiledning som kjernekomponent og som er mer eller mindre manualbaserte. Både nasjonalt og internasjonalt finnes det en rekke intervensjoner og tiltak som har fellestrekk med disse, men som skiller seg fra dem ved at de ikke representerer ett definert program. Delvis benytter de seg eklektisk av flere av de forannevnte manualbaserte programmene, og delvis benytter de mindre spesifikke metoder relatert til sosialt arbeid, familierapeutisk arbeid, nettverksmetodikk med mer. Flere av tiltakene er rettet direkte mot barna/ungdommene i tillegg til foreldre og foresatte. Flere har blitt etablert for å representere et alternativ for barn og unge som står i fare for å bli plassert utenfor hjemmet. I praksis er tiltakene rettet mot målgrupper som er lite spesifikt definerte. Mer overordnet kan de omtales som familie- og nettverksorienterte tiltak.

I Norge har flere slike tiltak oppstått de siste 10-15 årene. Flere av dem har vært en del av det statlige barnevernets (Bufetats) hjemmebaserte tiltak/hjelpetiltak i hjemmet. Noen av dem eksisterer fortsatt, mens andre har blitt nedlagt eller omdefinert etter en prosjektperiode. Her omtales familie- og nettverksorienterte tiltak som har vært gjenstand for evalueringsstudier. Omfanget og den metodiske kvaliteten på evalueringene varierer.

Etter omtalen av de norske tiltakene, gis en oppsummering av forskning på lignende tiltak internasjonalt. Det dreier seg i stor grad om tiltak som i Storbritannia går under betegnelsen "family support services", mens "family preservation services" er en betegnelse som i særlig grad er benyttet i USA.

9.1. Familie- og nettverksorienterte tiltak i Norge

9.1.1. Årstad familiesenter

Årstad familiesenter ble opprettet som et samarbeid mellom Bufetat og Bergen kommune og skulle rette seg mot familier med behov for omfattende hjelp, henvist fra barneverntjenesten. Målgruppen var familier med barn fra null til 18 år, med hovedvekt på barn under 12 år. Styrking av foreldrekompetanse og familiesamspill skulle være en kjerneoppgave. Blant de ansatte var det blant annet sertifiserte PMTO-terapeuter og Marte Meo-terapeuter. Senteret skulle også kunne tilby miljøarbeid i hjemmet, systemisk familierapi og nettverksarbeid (Moldestad, 2008).

I 2005 -2008 ble prosjektet "Hjemmebaserte tiltak – utvikling og implementering av et evalueringsdesign" gjennomført i regi av Barnevernets Utviklingscenter på Vestlandet (Christiansen & Moldestad, 2008). Sammen med de ansatte ved Årstad familiesenter

utviklet de et evalueringsdesign som ble implementert i senterets daglige arbeid. I tillegg ble det gjennomført en evalueringsstudie av senteret, som foreldrene til 70 barn i 41 familier samtykket til å delta i. Datagrunnlaget for evalueringen ble noe mangelfullt, da terapeutene ved familiesenteret i varierende grad benyttet skjema og prosedyrer slik det var lagt opp til. Likevel gir analysene av det foreliggende materiale verdifull informasjon om familiesenterets innsats. Funnene viste at brukerne av familiesenteret i hovedsak var familier som over tid hadde levd med problemer og belastninger på flere områder, og at flere kjennetegn ved familiene tilsa at situasjonen deres var alvorlig. Den dominerende arbeidsformen ved familiesenteret var samtaler med mor, og den vanligste metodiske tilnærmingen var systemisk familieterapi. Nettverksorientert metodikk ble lite brukt, og det var begrenset kontakt med andre instanser enn barneverntjenesten. Metoder som PMTO og Marte Meo ble ikke anvendt i den grad en skulle antatt, sett ut fra at samspillproblematikk var et så prioritert område. Intervju med foreldre viste at terapeutene ved familiesenteret hadde prioritert, og svært ofte lyktes med, å etablere en tillitsfull relasjon til foreldrene. Både foreldre og barneverntjenester uttrykte at familiesenteret hadde arbeidet med det de ønsket hjelp til (Christiansen & Moldestad, 2008).

Summen av de ulike endringsfunnene ga indikasjoner på at familiesenterets innsats hadde gitt positivt utbytte for et flertall av familiene i utvalget. Det var imidlertid ikke empirisk grunnlag for å vurdere hvor omfattende endringene hadde vært (Christiansen & Moldestad, 2008, s. 107, 115).

9.1.2. Basisteamet i Kristiansund

Basisteamet i Kristiansund kommune er et tilbud til barn i 5-10 klasse og deres familier.

Teamet består av familie- og miljøterapeuter og deres innsats skal rettes mot barn som står i fare for å utvikle atferds- eller rusproblemer, med målsetting om at de skal fungere bedre i skole, hjem og fritid og oppleve bedre livskvalitet. Ved opprettelse av teamet var det også et siktemål at basisteamets innsats skulle begrense omfanget av plasseringer utenfor hjemmet.

Teamet ble opprettet gjennom å samordne stillingsressurser fra barneverntjeneste, helsesøstertjeneste, psykisk helsevern og skole. Tiltaket er administrativt plassert ved en av ungdomsskolene i byen og representerer således ikke et rent barneverntiltak.

Basisteamet jobber med familien ved å tilby råd og veiledning både til foreldre og til barna/ungdommene, familiesamtaler og miljøterapeutisk arbeid i hjemmet, oppfølging av fritidsaktiviteter og kontakt med skole. Basisteamet er tilgjengelig også utenfor arbeidstid. I følge Sandvik (2007), som har studert Basisteamet i sin masteroppgave, bygger tiltaket sin faglige tilnærming på sentrale prinsipper i MST-behandlingen.

Datamaterialet i Sandviks undersøkelse besto av intervju med 5 ungdommer, 5 mødre og 5 ansatte i basisteamet. Mødrene syntes å være ambivalente både i forhold til egen rolle og i forhold til hjelpen de fikk. Ungdommene syntes imidlertid i følge Sandvik å være mer positive og aksepterte i større grad den ”innblanding” som miljøarbeiderne i Basisteamet sto for. Alle ungdommene hadde opplevd at situasjonen hadde forandret seg til det bedre på ett eller flere områder etter kontakten med Basisteamet. Det var imidlertid mange forskjellige forklaringer på hvorfor situasjonen hadde endret seg, og materialet ga ikke grunnlag for å hevde at denne utviklingen kun kom som et resultat av miljøarbeidernes innsats (Sandvik, 2007).

Selv om basisteamets arbeid har paralleller til MST, skiller det seg fra MST ved at Basisteamets kontakt med familien er av lengre varighet, at ungdommen er mer direkte involvert og at arbeidsformen i mindre grad følger en klar framgangsmåte. Sandvik (2007) peker på at det for Basisteamet som et kommunalt tiltak, er hensiktsmessig å ha en videre målgruppe enn MST og kunne komme tidligere inn i problemutviklingen.

9.1.3. Miljøterapeutteamet i barneverntjenesten i Kristiansand

Uten at det finnes noen konkret oversikt, synes det å være flere kommuner som øremerker stillinger i barneverntjenesten til direkte tiltaksarbeid, omtalt eksempelvis som familieveiledere, miljøarbeidere eller miljøterapeuter. Til nå har denne måten å organisere og yte hjelpetiltak på vært lite evaluert, med evalueringen av miljøarbeiderteamet i Kristiansand (Angel & Grønningsæter, 2013) som et unntak.

Miljøterapeutteamet i barneverntjenesten i Kristiansand skal gi målrettet og tidsavgrenset hjelp til familier som har behov for hjelpetiltak fra barneverntjenestene. To årsverk fordelt på tre personer utgjør temaet, og temaet inngår i barneverntjenestens Tiltaksteam. Teamets kontakt med familien skulle avgrenses til en periode på tre måneder. En skulle jobbe metodisk ut fra hva miljøterapeut, kurator og familien mente ville være det beste, benytte nettverksbasert tilnærming og legge vekt på samarbeid med andre instanser.

Evalueringen besto av fokusgruppeintervjuer med fem ansatte i barneverntjenesten som hadde henvist familier til teamet, fokusgruppeintervju med de tre miljøterapeutene og individuelle intervju med ansatte hos samarbeidende instanser.

Saksbehandlerne opplevde at teamets innsats bidro til positive endringer i familiene og til at barneverntjenesten fikk belyst saken ytterligere. Samtidig viste intervjuene at det var uklart hvilke metoder miljøarbeiderteamet benyttet og dermed hvilke aktiviteter som inngår i deres handlingsrepertoar.

Verken teamet selv eller andre informanter viste til at det ble arbeidet nettverksbasert. Tilnærmingene var i all hovedsak familie- og individbaserte. Evalueringen viste også at miljøterapeutenes arbeid med familiene varte betydelig lenger enn tre måneder.

Evalueringen anbefaler å revurdere denne tidsbegrensningen. Evalueringen anbefaler videre at det etableres et system for systematisk evaluering av miljøterapeutenes arbeid (Angel & Grønningsæter, 2013).

9.1.4. VIT, Ålesund

VIT (Vekst - Ivaretagelse - Trivsel) er et hjemme- og nettverksbasert tiltak i Ålesund kommune som har som mål å bedre barns sosiale fungering, og å fremme positive ferdigheter i hjem, skole, fritid og nærmiljø. Målgruppen er barn i alderen åtte til 16 år som viser ”risikoatferd” og hvor det har oppstått samhandlingsvansker i familien. VIT legger til grunn en forståelse av at det ikke er barnet som er vanskelig, men at barnet har det vanskelig. Basert på Bronfenbrenners sosialøkologiske modell tar VIT sikte på en bred innfallsvinkel og på at arbeidet knyttes til flere arenaer barnet befinner seg på (Tjelflaat & Ulset, 2008).

Hver familie samarbeider tett med en VIT-veileder i inntil seks måneder, med mulighet for forlengelse. Det meste av arbeidet skjer i hjemmet eller i barnets nærmiljø, for eksempel ved å trekke inn skole, slekt eller venner. Mellom avtalene kan det være arbeid med avtalte oppgaver. I veiledningen vektlegges å bygge på positive ressurser og det som fungerer i familien og å arbeide med kommunikasjon og samspill.

Evaluering av VIT er utført av Barnevernets utviklingscenter i Midt-Norge (Tjelflaat & Ulset, 2008). Datamaterialet omfattet 41 familier og besto av kartleggingskjemaer og spørreskjemaer utfylt av barn, foreldre, saksbehandlere, lærere og veiledere. I tillegg ble det gjennomført dybdeintervjuer med åtte familier.

Evalueringen viste at VIT var et meget godt tiltak når det gjaldt veiledning knyttet til interne forhold i familiene. Veiledningen hadde ført til positive endringer i kommunikasjonen, samhandlingen og samarbeidet i de fleste av familiene. VIT sine bidrag knyttet til temaer utenom det interne i familien, fremsto mer utydelig, særlig i forhold til barnas skoleproblemer hvor flere foreldre hadde ønsket seg mer hjelp. Etter ”utskrivning” fra VIT, rapporterte flere familier at de opplevde at avslutningen fra VIT var for brå, og at de hadde problemer med å vedlikeholde kunnskapen i hverdagen. Evalueringen anbefalte et oppfølgingssystem som inkluderte kontakt med veileder en tid etter avslutning. Videre anbefalte man at VIT bør vurdere å etablere en tydeligere strategi for involvering av det private nettverket, primært for å støtte og avlaste enslige foreldre både under og etter veiledningen (Tjelflaat & Ulset, 2008). Evalueringen konkluderer med at VIT er et nyttig bidrag i det kunnskapsbaserte barnevernet; det er etterprøvbart og har overføringsverdi til andre kommuner (Tjelflaat & Ulset, 2008, p. 3).

9.1.5. LINK, Trondheim

LINK er et hjemmebasert tiltak i Trondheim kommune for ungdom som har flyttet hjem fra fosterhjem eller institusjon og for ungdom som er i risikozonen for å bli plassert. Ungdommene kan komme til LINKs lokaler tre ganger i uken og deltar på en helgetur i måneden. LINK skal gi hjelp og støtte til ungdommene på tre arenaer: overfor relasjoner til jevnaldrende, overfor skolen og overfor hjemmet. Det metodiske grunnlag er basert på en helhetlig innsats på de tre arenaene med basis i miljøterapi og familierapi. Arbeidsforskningsinstituttet evaluerte LINK i 2009 (Neumann, 2010). Datagrunnlaget for evalueringen er feltarbeid samt intervjuer med 18 ungdommer, 6 foresatte, 12 ansatte og 12 andre (f.eks. lærere, saksbehandlere).

På grunnlag av intervjuer med tidligere ungdommer ved LINK og ansatte konkluderer Neumann med at det går bra med mange av de ungdommene som har vært på LINK. Ingen av ungdommene falt ut av tiltaket i skoleåret 2008/2009 og heller ingen foreløpig i 2009/2010. Mange av ungdommene ønsket å være på LINK enda ett år, og flere av de som har sluttet på LINK har fortsatt kontakt med miljøterapeutene i tiltaket. Evalueringens konklusjon er at LINK er et svært vellykket tiltak når det gjelder arbeid med ungdommene i forhold til jevnaldrende og overfor familiene, men at LINK fortsatt har utfordringer når det gjelder samarbeid med skolen. Neumann skriver at tiltaket treffer brukeren der han eller hun er, og at brukerens livssituasjon blir bedre/oppleves bedre. Med bakgrunn i evalueringens begrensede utvalg og korte oppfølgingsperiode er det imidlertid ikke mulig å svare på hvor lenge de positive virkningene vil holde seg (Neumann, 2010, s. 71-72).

9.1.6. Familie- og nettverksarbeid i statlige barneverninstitusjoner, Region Nord

De statlige barneverninstitusjonene i Bufetat region Nord har hatt egne familie- og nettverksavdelinger. Disse skulle være et supplement til MST -team og MultifunC institusjonen i regionen, relatert til at det i en region med store geografiske avstander er behov for flere enheter som jobber med bredere målgrupper. Familie- og nettverksavdelingens arbeid med familiene representerte et alternativ når problemene ble så store at plassering var aktuelt. I tillegg arbeidet avdelingene med familien underveis og etter institusjonsoppholdet.

RKBU Nord foretok i 2012 en kartlegging av disse avdelingene gjennom en questbackundersøkelse blant 45 medarbeidere i familie- og nettverksteam samt lederne ved de 11 aktuelle institusjonene. I tillegg ble det gjennomført ni fokusgruppeintervjuer med totalt 43 medarbeidere (Fossum, 2012; Jenssen, 2012).

Kartleggingen viste at det fantes mye spesifikk metodekompetanse blant de ansatte, samtidig som kartleggingen ikke spesifiserer hvor mange avdelinger som innehadde hvilken kompetanse. Totalt sett dreide seg om sertifiserte behandlere i ART, PMTO,

MST og FFT. I tillegg hadde flere ansatte gjennomgått opplæring innenfor disse metodene samt ICDP, De Utrolige Årene, Marte Meo, kognitiv atferdsterapi og psykodynamisk behandling (Fossum, 2012).

Fokusgruppeintervjuene viste at de forskningsbaserte programmene sjelden ble benyttet i rendyrket form. De ansatte var opptatt av at deres arbeid måtte tilpasses den enkelte familie og familiens problematikk; at de benyttet elementer fra de forskningsbaserte programmene, men tilpasset sin metodikk til den aktuelle familien (Jenssen, 2012). Istedenfor de spesifikke programmene/metodene, henviste de ansatte til mer generelle tilnærminger og teoretiske referanser, som samtaleterapi, systemisk eller psykodynamisk teori, narrativ tilnærming, miljøterapi og nettverkstenking.

Hovedtilnærmingen i arbeidet var støtte til foreldrene, og det ble formidlet at barnas/de unges stemme var lite fremtredende i deres praksis.

Rapportene viser ikke til resultater av arbeidet ved familie- og nettverksavdelingene utover at de ansatte i fokusgruppeintervjuene pekte på positive erfaringer når det gjaldt å etablere et samarbeid med familiene. Ved samtlige avdelinger pekte man på de store avstandene som en utfordring, og som en begrensning for hvor mange møter de kunne ha med familiene (Jenssen, 2012).

9.1.7. Oppsummerende om norske familie- og nettverksorienterte tiltak

De refererte evalueringene har varierende forskningsmessig kvalitet. De fleste baserer seg på intervjudata, og det er i liten grad benyttet mål på endringer utover det som ble formidlet muntlig fra brukere og samarbeidspartnere. Evalueringene gir likevel viktige innblikk i hvilke type intervensjoner tiltakene representerer.

De familie- og nettverksorienterte tiltakene varierer noe når det gjelder målgruppe og organisering. Når det gjelder arbeidsformer er det imidlertid flere fellestrekk, og det mest fremtredende er at tiltakene ikke benytter en entydig metodisk tilnærming. Selv om flere av tiltakene hadde ansatte med kompetanse på program og metoder som har forskningsstøtte, blir disse i liten grad benyttet i tråd med metodenes prosedyrer og faser. Isteden inngår elementer fra ulike metoder i en eklektisk tilnærming som har paralleller til mer generelle arbeidsformer som familiebehandling, miljøterapeutisk arbeid og sosialt arbeid med familier og barn. Dette begrunnes ofte med at hjelpen må tilpasses den enkelte bruker. Det blir imidlertid med dette uklart hva som er det konkrete innholdet i den tilpassete innsatsen.

Et fortrinn for de omtalte tiltakene, sammenlignet med det som har vært vanlig praksis i barnevernet, er at de ansatte har en begrenset saksmengde slik at de kan arbeide mer intensivt og fleksibelt med familiene og barna. Varigheten av kontakten med familiene varierer, men den synes gjennomgående å være mer langvarig enn det som er typisk

for de manualbaserte programmene. Intensjoner om å gjøre kontakten tidsavgrenset til for eksempel tre eller seks måneder, følges sjelden i praksis, og det er vanskelig å se hvilken ”dosering” av de familie- og nettverksorienterte tiltakene som kan anbefales.

Støtte og veiledning til foreldre og arbeid med kommunikasjon og samhandling i familien er dominerende, og det arbeides i liten grad aktivt med privat eller formelt nettverk. Dette gjelder også for tiltak som vektlegger nettverkstilnærming i sin selvpresentasjon. Manglende samarbeid med skole påpekes i flere av evalueringene. Med unntak av de tiltakene som var spesielt innrettet mot ungdom, er det uklart hvilken posisjon og involvering som var tildelt barna i tiltakene.

Evalueringene rapporterer gjennomgående høy brukertilfredshet med tiltakene, og det empiriske materialet viser at tillitsfulle relasjoner mellom ansatte og brukere både er vektlagt og oppnådd. I den grad det er etterspurt, rapporterte brukerne positive endringer og bedre trivsel. Det er imidlertid ikke mulig å trekke noen konklusjoner med hensyn til hvor store virkninger de familie- og nettverksorienterte har for barn, unge og familier i særlig utsatte situasjoner.

9.2. Familiestøttende tiltak - internasjonal forskning

Den norske satsingen på familie- og nettverksorienterte tiltak kan sees i sammenheng med en internasjonal trend som går tilbake til 1970-tallet. På den tiden ble det utviklet en rekke ”family preservation services” i USA, med påfølgende utspredelse til andre angloamerikanske land (i Storbritannia ofte under betegnelsen ”family support services”) og til enkelte andre europeiske land, for eksempel Nederland (Veerman, de Kemp, ten Brink, Slot, & Scholte, 2003). Selv om tiltakene er ulike, deler de målsettingen om å forebygge plasseringer utenfor hjemmet når risikoen for slike plasseringer aktualiseres. Andre fellestrekk er at de er kortvarige og intensive, og at terapeutene/sosialarbeiderne arbeider med få familier samtidig (Bagdasaryan, 2005). De ansatte skal være lett tilgjengelige, ha fleksibel arbeidstid, og kunne utføre det meste av arbeidet sitt i familienes hjem. Tiltakene er særlig orientert mot å styrke foreldrekompentansen og relasjonene i familien, og arbeidet kjennetegnes ofte av at en kombinerer innsatser av terapeutisk og praktisk art. I det videre omtales de som familiestøttende tiltak.

I USA har familiestøttende tiltak vært fulgt relativt tett forskningsmessig, mens dette har vært mindre fremtredende i andre land (Biehal, 2005). Mye av forskningen er av beskrivende art, og der det er forsket på endringer og effekter, er det oppsummeringsmessig manglende grunnlag for å fastslå at tiltakene har bedre effekt enn ”vanlig praksis”. Dette gjelder ikke minst i forhold til målsettingen om å forebygge plasseringer, der effekten av de intensive tiltakene ikke er signifikant større

enn effekten av ordinære tiltak (Lindsey, Sacha, & Doh, 2002; Littell & Schuerman, 2002). Flere forskere reiser spørsmål ved relevansen av plassering som effektmål, blant annet fordi plasseringer skjer relativt sjelden og fordi flere evalueringer har vist at de fleste som mottar de familiestøttende tiltakene, ikke befinner seg i en reell risiko for å bli flyttet hjemmefra (Forrester et al., 2008). Biehal (2005) peker dessuten på at bruk av plassering kan være påvirket av fagligpolitiske føringer like mye som endringer i barnas livssituasjon.

Det hevdes at en heller bør operere med mer fleksible inntaks- og utfallsmål og med mål som er knyttet til barnas og familienes situasjon og fungering (Biehal, 2005; Fernandez, 2007; Puyenbroeck et al., 2009). Studier som har benyttet slike resultatmål varierer i sine konklusjoner. En metastudie av 27 forskjellige program i USA (Dagenais, Bégin, Bouchard, & Fortin, 2004) konkluderte med positivt utbytte av programmene, både for familiens og barnets fungering. Om endringene ville forebygge omsorgssvikt på sikt, eller om de var større en hva tradisjonelle tiltak ville medføre, var riktignok vanskelig å fastslå. Forskningen viser videre at det er langt vanskeligere å oppnå resultater for høyrisikofamilier med problemer på mange områder enn for familier med problemer på færre områder. Programmene oppnådde best resultater med familier der hovedproblematikken var ungdommenes atferdsvansker og eventuelt kriminalitet, og der familien var i en akutt krise (Berry, Scottey, & Brook, 2000; Biehal, 2005; Dagenais et al., 2004; Forrester et al., 2008; Lindsey et al., 2002). Som i de nevnte norske studiene, rapporterer også internasjonale studier at foreldre og ungdom opplever tiltakene som positive og hjelpsomme (Biehal, 2005, 2008).

9.2.1. En studie av faktorer som påvirker utbytte av familiestøttende tiltak

Forskningen om familiestøttende tiltak i barnevernet lider i følge flere forskere av at den er for ”grovkornet”. Bagdasaryan (2005) peker på at det generelle spørsmålet om disse tiltakene har effekt, må erstattes av spørsmål som; under hvilke forhold og med hvilket innhold er familiestøttende tiltak virksomme, og for hvilke grupper barn og familier? (s.615). I tråd med en slik tilnærming var Biehal (2008) opptatt av å fremskaffe mer kunnskap om hvilke faktorer som henholdsvis bidrar til eller motvirker positive endringer i familien og hvordan disse faktorene innvirker på hverandre. Selv om dette er en enkeltstudie, refereres den her fordi den studerer en type praksis som er mer lik norsk barnevern enn den praksis som er gjenstand for mange av studiene fra USA.

I studien sammenlignes virkninger av et ”specialist family support team” med ”mainstream social work teams”. Målgruppen for teamet var eldre barn og ungdommer med alvorlige problemer, og som var i risiko for å bli plassert utenfor hjemmet.

Spesialistteamene skilte seg fra de vanlige teamene først og fremst ved at deres innsats var mer intensiv og mer kortvarig. Gjennomsnittlig hadde teamene kontakt med familiene i fem måneder. Innenfor et tidsintervall på seks måneder hadde de i gjennomsnitt ansikt til ansikt kontakt i 33 timer, motsvarende elleve timer for de som praktiserte vanlig sosialt arbeid.

I studien inngikk 209 barn i alderen 11 – 16 år hvorav 144 ble henvist til spesialistteamet. Ved hjelp av ulike datakilder, herunder anvendelse av flere validerte tester, ble barna og familiene kartlagt ved oppstart og ca. seks måneder etter avsluttet kontakt (Biehal, 2008). På oppfølgingstidspunktet forelå det opplysninger om 62 % av utvalget.

Den overordnede konklusjonen var at det ikke var noen signifikante forskjeller i effektene mellom de som mottok programmet og de som mottok vanlig praksis. Det var imidlertid positive resultater for begge grupper på alle endringsmål; barnets psykiske helse og livskvalitet, generell og spesifikk familiefungering, foreldres psykiske helse og opplevelse av egen situasjon. Som i flere andre studier var det de som hadde de mest alvorlige problemene ved inntak, som hadde de mest positive endringene (regression to the mean).

Når Biehal (2008) rapporterer hvilke faktorer som har hatt betydning for utbyttet, baserer hun seg både på kvantitative kartleggingsdata og kvalitative dybdeintervjuer med ungdom, foreldre og sosialarbeidere i 50 saker på oppfølgingstidspunktet. Når det gjelder faktorer knyttet til familiene, ble motivasjon og optimisme (readiness to change) trukket fram som vesentlige positive bidrag til endringer. I negativ retning trakk langvarige og omfattende vansker, for eksempel i form av samlivsvansker, vold i familien og psykiske vansker hos foreldrene. Det påpekes at slike problemer ikke ble adressert i tiltakene, og Biehal spør om dette kan ha betydning for de langvarige virkningene av innsatsen, noe studien ikke kunne besvare.

Når det gjelder faktorer knyttet til programmet/innsatsen som hadde sammenheng med positivt utbytte, ble følgende rapportert: at innsatsen var rettet direkte både mot foreldrenes atferd og ungdommenes egen atferd, at det ble arbeidet med relasjonen mellom den unge og foreldre med fokus på kommunikasjon og at en benyttet en økologisk tilnærming hvor en intervenserte også på andre av ungdommens arenaer som skole og prososiale fritidsaktiviteter.

Den terapeutiske alliansen var også en vesentlig faktor. I familier der en ikke lyktes med å etablere en slik allianse, førte innsatsen ikke til positive endringer. Motsatt virket en relasjon preget av positiv oppmerksomhet og empati til en konstruktiv arbeidsallianse mellom foreldre, ungdom og sosialarbeideren. Analyser fant at det både for foreldrene og barna var sammenhenger mellom opplevelse av å bli forstått og

involvert og rapportert motivasjon eller optimisme. Biehal påpeker at retningen på disse sammenhengene er uklare. Det kan være at motivasjon og optimisme er et resultat av en god relasjon, men det kan også være at motivasjon og optimisme bidrar til en god relasjon og en konstruktiv allianse (Biehal, 2008).

9.3. Dansk forskning om hjelpetiltak

I perioden 2008 -2013 ble det i Danmark gjennomført flere forsknings- og utviklingsprosjekter med søkelys på de «forebyggende foranstaltninger» som kommunene yter til utsatte barn og unge med basis i Lov om social service¹⁰. Fordi formålet med og innholdet i disse foranstaltningene har klare likheter med hjelpetiltak i norsk barnevern, presenterer vi utvalgte forskningsfunn fra særlig relevante prosjekter her. Selv om studiene som gjengis har klare metodiske svakheter og resultatene dermed begrenset generaliseringsverdi, viser de eksempler på hvordan man forskningsmessig kan nærme seg spørsmål om hvilke virkninger hjelpetiltak har.

9.3.1. Det danske ”Dialogprosjektet”

Prosjektet ”Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse” hadde til hensikt å øke kompetansen og kvaliteten i de forebyggende foranstaltningene (Lausten, 2010; Lausten, Hansen, & Jensen, 2013). Gjennom samarbeid mellom forskere og praktikere ville man beskrive kommunenes bruk av tiltak som alternativ til plassering utenfor hjemmet, samle forskningsbasert og lokal kunnskap om tiltakene, og supplert med egen forskning utvikle eksempler på god praksis som kommunene kan ta i bruk. I fem rapporter presenteres tiltakene fordelt på fem aldersgrupper: 1) 0-4-år, 2) 5-9-år, 3) 10-13-år, 4) 14-17-år og 5) 18-22-år. En siste rapport (Lausten et al., 2013) oppsummerer prosjektet.

23 tiltak fra 10 kommuner ble valgt ut og skulle representere en type ”best practice”. Det er uklart hvilke kriterier som ble benyttet i utvelgelsen, ut over at man ønsket en spredning når det gjaldt metodikk og alder på barna.

De 23 tiltakene var i hovedsak sammensatte innsatser, ofte samlet i barne- eller familiesentre. De var delvis familierettete og delvis individuelt rettet mot barn og unge, og ble gjennomført i og delvis utenfor hjemmet (se Lausten et al., 2010). Spesifikke metoder eller program forekom i liten grad, men f.eks. Marte Meo og ICDP ble benyttet sammen med andre innsatser i enkelte tilfeller. Tiltakene ble gruppert i kategoriene ”familiebehandling”, ”skoletilbud”, ”fritidstilbud” og ”kontaktperson til familien, barnet eller den unge”.

¹⁰ se <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=167849>

Metoder og utfallsmål for måling av tiltakenes virkninger

Når man skulle måle effekter av tiltakene, benyttet man de ulike tiltakene som henholdsvis hverandres intervensjons- og kontrollgruppe. Det vil si at resultater knyttet til ett tiltak ble sammenlignet med resultatene fra alle de andre tiltakene i prosjektet.

Det var utarbeidet et spørreskjema som skulle besvares av saksbehandler og ”behandler” på to tidspunkt. Det første tidspunktet var da barna og familiene startet i tiltaket, og det andre var ved avslutning. Spørreskjemaet inkluderte screeningsredskapet SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire), og var for øvrig basert på dimensjonene i den engelske utredningsmodellen «Framework for the Assessment of Children in Need and their Families» (The Common Assessment Framework).¹¹ I prosjektet «Det nye barnevernet» har denne utredningsmodellen vært utgangspunkt for intervjuene som ble gjort med foreldre i kontakt med barnevernet (Fauske et al., 2009). Med dette utgangspunktet konstruerte man effektindikatorer knyttet til fem tema: ”familie og nettverk”, ”helse og fritid”, ”trivsel og utvikling”, ”skole og utdanning” og ”misbruk og kriminalitet”.

Det ble samlet inn data vedrørende 562 barn. Analysene viste at barnas fungering og problemtyngde var på linje med barn som blir plassert utenfor hjemmet. Blant annet skårte ca. to tredeler av barna utenfor normalområdet på SDQ. Familiene var også sosialt utsatte, men foreldrene noe bedre stilt når det gjelder utdanning, arbeid og nettverk enn foreldre til plasserte barn.

Hvilke virkninger beskrives?

I den avsluttende rapporten (Lausten et al., 2013) rapporteres effekter av tiltak, fordelt på aldersgruppene, ulike tiltak og ulike effektindikatorer. Dette gir et komplekst design og et begrenset datagrunnlag innenfor enkeltkombinasjoner av de forskjellige variablene. Dette, sammen med at tidsrommet fra før- til ettermåling er kort, kan forklare at man i mange tilfeller ikke fant signifikante positive endringer.

For visse enkelttiltak og aldersgrupper fant forskerne signifikante positive endringer når det gjaldt ”familie og nettverk”, ”helse og fritid” og ”trivsel og utvikling”. For ungdom over 14 år og resultatindikatoren ”misbruk og kriminalitet”, gikk utviklingen i negativ retning, selv om endringen ikke var statistisk signifikant. Når det gjaldt tiltakstyper, var det gruppen av tiltak som ble kategorisert som familiebehandling som viste de mest positive resultatene (Lausten et al., 2013). Disse tiltakene var ulikt sammensatt, men arbeid med både foreldre og barn, involvering av barnehage/skole og øvrig nettverk gjaldt flere av dem.

¹¹ The Assessment Framework har vært utgangspunktet for utredningsmodellen «Barns Behov i Centrum» (BBIC) som benyttes i Sverige Rasmusson, B. (2009). *Analys, bedömning och beslut i utredningar enligt BBIC*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Foruten de begrensningene som allerede er nevnt, peker forskerne på at det er problematisk å evaluere effekter vedrørende barn og unges fungering, basert på vurderinger fra saksbehandlere. Saksbehandlerne har ofte mangelfull kjennskap til barnets fungering på viktige områder.

9.3.2. Dansk effektstudie av familiebehandling og praktisk pedagogisk støtte i barnevernssammenheng

I en annen studie var hensikten å sammenligne effekten av de to vanligste familierettete tiltakene for utsatte barnefamilier i Danmark (Hansen, Skov, & Sørensen, 2012): ”familiebehandling” og ”praktisk pedagogisk støtte”. Undersøkelsen er interessant med norske øyne fordi disse tiltakenes innretning har mye til felles med den type tiltak som har vist sterk økning i Norge de senere årene; ulike former for familieveiledning og ulike former for miljøarbeid i hjemmet. Undersøkelsen er også interessant fordi den har forsøkt å måle effekt gjennom en RCT-studie av tiltak som ofte benyttes og som har et lite entydig innhold.

Hva kjennetegner tiltakene?

Felles for de to tiltakene er at de har som siktemål å forebygge plasseringer, at de retter innsatsen mot både praktiske og relasjonelle forhold i familiene, men også at tiltakene er lite eksplisitte når det gjelder innhold og metodikk. Viktige elementer i de to tiltakstypene er:

”Familiebehandling” har hele familien og relasjonene mellom familiemedlemmene i fokus. Man benytter ofte samspillsaktiviteter eller ulike former for støttende eller terapeutiske samtaler. Gruppesamtaler for barn eller foreldre forekommer også. Det samme gjør nettverksarbeid. Programmer som DUÅ, PMTO eller MST er også i bruk. Varigheten av tiltaket i de undersøkte kommunene var ca. ti måneder, med kontakt ca. en gang i uken.

”Praktisk pedagogisk støtte” innebærer råd og veiledning til foreldre om ulike foreldrefunksjoner som å organisere dagliglivet i familien, følge og veilede foreldre og barn i kontakt med andre tjenester og hjelpe barn i gang med fritidsaktiviteter. Innsatsen kan vare fra et halvt til to år, vanlig varighet er ca. ett år.

I følge ansatte i kommunene er familiene som mottar praktisk pedagogisk støtte vanligvis mer belastet enn de som mottar familiebehandling.

Forskningsdesign

I effektstudien ble aktuelle familier fordelt på de to tiltakstypene ved loddtrekning. De to tiltakstypene fungerte som kontrollgruppe for hverandre, og det er dermed de relative forskjellene mellom tiltakene som ble studert.

43 familier med barn i alderen 5-12 år ble inkludert. Intervjuer og utfylling av spørreskjema ble foretatt på to tidspunkt, ved oppstart av tiltakene og seks måneder ut i tiltaksforløpet. Fem psykometriske screeninginstrumenter ble besvart av foreldre (se Hansen et al., 2012, p. 49). Disse skulle kartlegge og måle endringer når det gjelder barnets og foreldrenes fungering og trivsel. I tillegg besvarte saksbehandlere og behandlere spørreskjema (Hansen et al., 2012).

Hvilke virkninger beskrives?

Forskerne fant ikke signifikante forskjeller mellom de to tiltakene når det gjaldt utfallet for familiene. Gjennomgående viste familiene en positiv utvikling. Mødrene rapporterte færre symptomer på depresjon, og de så lysere på fremtiden. Videre var barnas problematferd redusert, og de viste bedre trivsel.

Hansen og medarbeidere (2012) er imidlertid tilbakeholdne i sin tolkning av resultatene. De peker på at utvalget familier var lite, og at dette forskningsdesignet ikke gir mulighet for å si at den positive utviklingen var et resultat av tiltakene. Forskerne fremhever at det er krevende å gjennomføre gode effektmålinger i det kommunale tjenesteapparatet.

9.3.3. Effekten av forebyggende tiltak for unge

Det nationale forskningscenter for velfærd i Danmark (SFI) har gjennomført en studie som hadde som mål å sammenligne effektene av hjelpetiltak i hjemmet for unge i alderen 14-16 år med effekten av plassering utenfor hjemmet ("forebyggende foranstaltninger givet i eget miljø" sammenlignet med "anbringelse") (Knudsen & Lehmann Nielsen, 2010). Studien tar dermed tak i flere kjerneproblemstillinger i barnevernet: Hvilken effekt har hjelpetiltak? Gir plassering utenfor hjemmet bedre utbytte for en ungdom enn om hun/han ble boende hjemme med hjelpetiltak? Er noen hjelpetiltak mer virksomme enn andre hjelpetiltak? I tillegg kartlegger studien tiltaksforløpene; varigheten, avslutning og utskifting av ulike hjelpetiltak.

Som forskerne selv påpeker, var studien ikke i stand til å svare fyllestgjørende på problemstillingene. Til det hadde den for mange metodiske svakheter. Vi vil likevel vie studien oppmerksomhet her fordi den nettopp tar tak i sentrale problemstillinger for barnevernet, fordi den har et unikt design i nordisk sammenheng og fordi studien belyser kompleksiteten ved å forske på effekter av barnevernets mest benyttete tiltak.

Metodisk framgangsmåte

Utvalget består av 460 unge i alderen 14-16 fra 21 danske kommuner som mottok barneverntiltak våren 2008. Opplysninger fra ungdommenes saksbehandlere ble samlet inn i spørreskjema på to tidspunkt med ett års mellomrom. Av de 460 unge var det 216 som ved oppstart bare hadde hjelpetiltak og 244 som var plassert utenfor hjemmet.

For å kunne sammenligne resultater for gruppene av unge som henholdsvis hadde hjelpetiltak og plasseringer, foretok forskerne flere grep. Dette er nøye redegjort for i rapporten. En eksperimentell tilnærming med tilfeldig fordeling til hjelpetiltak eller plassering er faglig og etisk uforsvarlig. Isteden valgte man en form for matching (“propensity score matching”). Fordi man fra tidligere forskning vet at unge som blir plassert og unge med hjelpetiltak er forskjellige som grupper, reduserte man skjevheten mellom gruppene i utvalget ved å utelukke de plasserte unge som skilte seg mest fra de som mottok hjelpetiltak. Et annet grep man benyttet, var å måle effekt ved å registrere relative endringer. Det betyr at den enkelte ungdom på T2 ble sammenlignet med seg selv på T1, på utvalgte utfallsmål. Summen av slike endringsskårer for hver av de to gruppene ble benyttet når en sammenlignet utfallene og rapporterte effekten av henholdsvis hjelpetiltak i hjemmet og plassering utenfor hjemmet.

Begrensninger ved fremgangsmåten

Designet for studien har flere svakheter som gjør at resultatene må tolkes med varsomhet. For det første benyttet man kun de unges saksbehandler som informant. For halvparten av de unge var det forskjellige saksbehandlere som vurderte dem ved T1 og ved T 2. For det andre viste dataene at mange saksbehandlerne manglet viktig kunnskap om de unges situasjon. For det tredje var saksbehandlerne bare bedt om å opplyse om det aktuelle problemet var til stede eller ikke, slik at opplysningene manglet viktige nyanseringer. For det fjerde kan det spørres om matchingen for å gjøre gruppene sammenlignbare tok tilstrekkelig hensyn til ulikheter mellom gruppene. For det femte sier ikke funnene noe om effekten av hjelpetiltak eller plassering som sådan, heller ikke om effekten av det enkelte hjelpetiltak. Studien sier hvor godt eller dårlig det ene virker i forhold til det andre, men ikke hvorvidt tiltaket faktisk har nytte. For det sjette innebærer sammenligning mellom hjelpetiltak i hjemmet og plasseringer utenfor hjemmet, at en studerer svært grove samlekategorier av tiltak.

Hvilke virkninger beskrives

Forskerne har studert endringer i de unges situasjon på tre typer forhold: forhold ved den unge selv, forhold ved den unges familie og den unges forhold utenfor familien (hvilke faktorer som inngår i de tre forholdene, se Knudsen & Lehmann Nielsen, 2010, p. 25).

Når en ser *hele utvalget under ett*, fant man først og fremst at de unges problemer var preget av stabilitet. Positive endringer (mindre forekomst) fant man når det gjaldt utagerende atferd, og mishandling og manglende vennerelasjoner. Negative endringer fant man i en økning av antall unge som hadde manglende skolegang, manglende støtte til skolegang, manglende fritidsinteresser og manglende voksenstøtte.

Fra sammenligningen av unge med hjelpetiltak (forebyggende foranstaltninger) versus unge plasserte, er forskernes hovedbudskap at ”forebyggende foranstaltninger i eget miljø og anbringelse ikke bare sådan lige kan erstatte hinanden, men derimod har hver sine styrker og svagheder.”(Knudsen & Lehmann Nielsen, 2010, p. 130). Flere av forskjellene i effekter synes rimelige, ut fra egenskaper ved de ulike tiltakstypene. Plasseringer utenfor hjemmet viste bedre resultater enn hjelpetiltakene når det gjaldt de unges misbruksproblemer. For de mest problembelastede unge bidro plasseringer også i større grad til å redusere konflikter med foreldre, støtte skolegang og få ungdommen tilbake i skole eller arbeid.

Hjelpetiltakene, på sin side, viste seg bedre egnet enn plasseringer når det gjaldt å redusere dysfunksjonalitet i familien og ungdommens utagerende atferd og relasjonsvansker. For de mindre problembelastede ungdommene var hjelpetiltakene også bedre egnet til å få de unge i gang med skole eller arbeid og til å redusere fysisk og psykisk mishandling av den unge.

Hva så med effekten av *de ulike hjelpetiltakene for seg?* På samme måte som i norsk barnevern, benyttes en rekke forskjellige hjelpetiltak i Danmark. Innenfor studien var materialet ikke stort nok til å analysere resultatene for alle typer hjelpetiltak som var brukt. Effektene forskerne målte dreide seg om relative effekter, ved at man sammenlignet endringer fra første til andre datainnsamling for den enkelte hjelpetiltakstypen med alle de andre hjelpetiltakene.

Individuelle psykologsamtaler for ungdommene hadde signifikant bedre resultater enn andre hjelpetiltak når det gjaldt å bedre psykisk og fysisk helse og når det gjaldt å redusere konflikter i familien og selvskading. *Fast kontaktperson* for den unge er det vanligste hjelpetiltaket i Danmark (Bengtsson, Knudsen, & Lehmann Nielsen, 2009). Selv om tiltaket har fellestrekk med støttekontakt i Norge når det gjelder hvem som innehar oppgaven og hvilke oppgaver de er tillagt, har kontaktpersonene i Danmark et mer utvidet mandat ved også å stå for samtaler med foreldre og nettverk. Kontaktpersonordningen viste seg signifikant bedre egnet enn andre hjelpetiltak til å sikre den unge bedre voksenkontakt og et bedre voksenettverk. Tiltaket var imidlertid ikke bedre egnet til å redusere kriminalitet eller uheldig kontakt med jevnaldrende.

Familiebehandling viste seg ikke å ha effekt på problemer som kjennetegnet de som mottok dette tiltaket. Det gjaldt den unges forhold i familien som mangelfulle foreldreferdigheter, mishandling, konflikter med foreldrene og skoleproblemer. Forskerne mener at dette kan ha sammenheng med at denne type familieintervensjon er for lite intensiv til å avhjelpe problemer som trolig, når barnet har nådd ungdomsalder, har vart i mange år. Den siste typen hjelpetiltak som det her skal vises til, er ”*avlastningsordning*”. I følge Bengtson og medforfattere (2009) er formålet med dette tiltaket at den unge skal få erfaring med andre familiemessige rammer og utvikle

stabile relasjoner til voksne rollemodeller, samtidig som foreldrene skal gis avlastning (s. 94). Det vanlige er at den unge er i avlastningsfamilien hver annen helg over en periode på to år. Studien viste ikke noen effekt av avlastningstiltak når det gjaldt de problemområder som var kartlagt. Når det gjaldt forholdene i familien (dysfunksjonalitet) var det heller snakk om noe forverring.

Turbulente tiltaksforløp

Denne danske studiens beskrivelser av de unges tiltaksforløp er like interessante som effektanalysene. Til tross for at det er danske forhold som beskrives, har funnene om varighet, avslutning og tilføyelser av tiltak mest sannsynlig relevans for norsk barnevern.

Hovedkarakteristikken forskerne gir tiltaksforløpene er ”*meget turbulente*” (Knudsen & Lehmann Nielsen, 2010, p. 132). Selv om saksbehandlerne opplyste at den hyppigste årsaken til at et hjelpetiltak opphørte, var at formålet med tiltaket var oppnådd, peker forskerne på at det totale forløp for mange unge var preget av at tiltak avsluttes før de var planlagt og at de ble erstattet av eller supplert med andre tiltak. Mange unge hadde mange problemer, og tiltakene som ble iverksatt kan reflektere dette. Knudsen og Nielsen har imidlertid flere kritiske spørsmål til forløpene som rapporteres. Er tiltakene langsiktig nok? Er de godt nok koordinert? Er tiltakene tilstrekkelig intensive? Og, er det slik at tiltakene i for liten grad rettes mot bakgrunnen for de unges problemer, som foreldrenes rusmisbruk og familiens fattigdomsproblemer?

Til tross for turbulente tiltaksforløp, viser dataene at flere unge mottok mange av tiltakstypene for en lengre periode enn hva kommunene oppga som typisk varighet av tiltakene. For enkelte tiltakstyper, som avlastning, familiebehandling og personlig rådgiver var det snakk om dobbelt så lang tid. Forskerne mener at dette avviket fra de ”offisielle” angivelsene av varighet, kan tyde på at tiltakene har en mer støttende og mindre endrende funksjon enn det man har som prinsipielt formål. De peker også på at dette funnet kan tyde på manglende eksplisitt evaluering av hjelpetiltakene.

9.4. Familieråd

9.4.1. Hva kjennetegner Familieråd?

Familieråd har vært betraktet mer som en prosedyre for å fatte beslutninger enn som et hjelpetiltak (Falck, 2006). Når familierådsmodellen likevel inkluderes i denne sammenstillingen, er det fordi den langt på vei deler teoretiske og verdimeslige elementer med flere av de hjelpetiltakene som er introdusert de senere årene. Modellen

har som mål å mobilisere ressurser og innsatser som kan forbygge mer omfattende og mer inngripende tiltak, som for eksempel plassering utenfor hjemmet.

Et annet argument for å omtale familieråd, er at familieråd fra og med 2013 er medregnet som tiltak i barnevernsstatistikken. I 2014 ble det, i følge statistikken, gjennomført 1 044 familieråd i norske barneverntjenester.

Teoretisk knytter familierådsmodellen seg til økologisk systemteori, sosial nettverksteori og empowerment (Falck, Havnen, Vik, Hyrve, & Figenschow, 2006). Familierådsmodellen kan også ses i lys av Habermas sine teorier om kommunikative beslutninger og deliberativ praksis (Hyrve, 2006; Skivenes & Strandbu, 2006) hvor utjevning av maktforskjeller er et viktig anliggende for å fremme argumentasjonsutveksling og best mulige beslutninger. Viktige prinsipper er: samarbeid mellom myndighetene/hjelpeapparatet og familien, respekt for familiefellesskapet og familiens kultur, barnets rett til både beskyttelse og medvirkning, mobilisere den utvidete families ansvar og muligheter til å løse problemer og til å gi barnet nødvendig hjelp og støtte (Berzin, Cohen, Thomas, & Dawson, 2008).

Det er oftest barneverntjenesten som foreslår å avholde familieråd. Hvis familien er enig, formulerer partene sammen et oppdrag for familierådet. En koordinator (som ikke arbeider i barnevernet) hjelper familien med å planlegge og gjennomføre møtet. Forberedelsene til et familieråd tar gjerne 4-6 uker. Det skal spesielt tilrettelegges for barnets deltakelse i familierådet.

Møtet er delt i følgende tre deler (Fra Bufetats nettside):

- Slekt, venner, offentlige personer, inklusive koordinator og saksbehandler, deltar i første del av møtet. Koordinator er møteleder. Målsettingen er at familien skal få relevant informasjon fra de offentlige instansene.
- Familien diskuterer seg fram til en plan som skal bedre barnets situasjon. Ingen offentlige personer deltar i diskusjonen, heller ikke saksbehandler og koordinator.
- Når familien er klar til å presentere sin plan, inviteres saksbehandler og koordinator inn igjen på arenaen. Koordinator er møteleder når planen diskuteres. Barneverntjenesten tar stilling til de forslag fra familien som forutsetter barnevernvedtak.

I de aller fleste tilfellene kommer man fram til en plan som skal følges opp av både barneverntjenesten og familien. Etter hvert er det blitt mer og mer vanlig i Norge at planen man er blitt enige om følges opp og evalueres i ett eller flere oppfølgende familieråd. Et oppfølgende familieråd følger vanligvis samme struktur. Ofte vil den

samme koordinator hjelpe familien med planlegging og gjennomføring av oppfølgende familieråd. Bruken av oppfølgende familieråd, - familieråd som en arbeidsprosess over tid, underbygger forståelsen av familieråd som en nettverksintervensjon og ikke kun som en prosedyre for å fatte beslutninger (Havnen & Christiansen, 2014).

Litteraturen om familieråd i barnevernet er relativt omfattende, men forskning om virkninger av familieråd er svært begrenset, særlig når det gjelder studier der en har benyttet pre-post design og/eller inkludert sammenligningsgrupper. Havnen og Christiansen (2014) har nylig publisert en kunnskapsstatus hvor litteratur om effekter og erfaringer med familieråd oppsummeres. Det vises til denne for en mer inngående gjennomgang av forskningslitteraturen. Her vil vi gi et sammendrag med vekt på det som er rapportert om virkninger. Vi presenterer kort den norske studien fra 2006, omtaler en nyere norsk studie om familieråd for langtids sosialhjelpsmottakere, og oppsummerer hovedfunn fra internasjonale studier av effekter av og erfaringer med familieråd. Til slutt berøres spørsmålet om hva en kan forvente av virkninger fra en intervensjon som familieråd.

9.4.2. Norsk evaluering av familieråd

En nasjonal forskningsbasert evaluering av familieråd ble gjennomført i 2004-2006 (Falck, 2006). I en delstudie søkte en å måle effekter av familieråd ved en pre- / post-studie som inkluderte en sammenligningsgruppe (Falck & Clausen, 2006).

Det ble samlet inn data fra saksbehandlere og foreldre fra 111 familieråd som omfattet 170 barn. Ett år etter familierådet ble 44 av familierådene vedrørende 68 barn, fulgt opp med ny datainnsamling¹² I sammenligningsgruppen inngikk saker vedrørende 68 barn hvor det ikke var benyttet familieråd, men vanlig saksprosedyrer fram mot beslutning om iverksetting av tiltak. For 54 av de 68 barna ble nye data innhentet etter ca ett år.

Hva kjennetegnet barna og familiene deres?

Barnas alder varierte fra 0 til 20 år, med et gjennomsnitt på 9 år. 15 % bodde med både mor og far, mens vel halvparten (53 %) bodde med enslig forsørger. Et flertall av foreldrene hadde lav utdanning og svak tilknytning til arbeidslivet. Forekomsten av sosiale og psykiske problemer hos foreldrene og barna tilsvarte det en vanligvis finner blant gruppen mottakere av tiltak fra barnevernet. Nesten to tredjedeler av barna hadde vært i kontakt med barnevernet tidligere. Vel halvparten av sakene hvor det ble gjennomført familieråd, ble av saksbehandlerne vurdert som over middels til svært alvorlige (Falck & Clausen, 2006).

¹² Det var lagt opp til å innhente informasjon også fra barn og lærere, men antall respondenter ble så lavt at dataene fra disse ikke ble analysert.

Ut fra saksbehandlerne opplysninger fant Hyrve (2006) at det i all hovedsak er familier med et samarbeidsforhold til barnevernet som får familieråd, og svært få familier med et konfliktfylt forhold.

Virkninger

Saksbehandlerne vurderte at alvorligheten i sakene var signifikant lavere 12 måneder etter familierådet (Falck & Clausen, 2006). Også i sammenligningssakene var det en positiv utvikling, men endringen var klart mindre. I familierådsfamiliene var det også mindre endringsbehov på oppfølgingstidpunktet, i følge saksbehandlerne. En tredjedel av barna som hadde hatt familieråd, hadde ikke lenger tiltak fra barnevernet etter ett år, mot en tidel av barna i sammenligningsgruppen. Noe av forklaringen på færre barneverntiltak etter familieråd, var at mange innsatser ble overført fra barnevernet til familienettverket (Figenschow, 2006).

Forskerne understreker at resultatene må tolkes med forsiktighet sett i lys av frafallet fra første til siste datainnsamling, og de påpeker at sammenligningsgruppen i denne studien ikke representerer en kontrollgruppe. De konkluderer likevel med at summen av enkeltresultater indikerer at familieråd har gitt en overvekt av positive effekter (Falck & Clausen, 2006).

I tillegg til kartlegging av endringer, ble foreldre og barnevernsarbeidere spurt om erfaringer med selve familierådet. Vurderingene fra begge parter var gjennomgående svært positive, i tråd med funn fra en rekke internasjonale studier (Havnen, 2006; Hyrve, 2006). Foreldrene mente, også ett år etter at familierådet var gjennomført, at familieråd var en god problemløsningsmetode, og de ville anbefale familieråd for andre (Havnen, 2006). Et mer negativt funn, var at det i mange saker var manglende gjennomføring av den handlingsplanen som familien hadde utarbeidet i familierådet.

9.4.3. Norsk studie om familieråd/nettverksråd for langtids sosialhjelpsmottakere

I økende grad benyttes familieråd også utenfor barnevernet (Horverak, 2009). I den forbindelse viser vi til en norsk studie som omfatter 149 langtidsmottakere av sosialhjelp (Malmberg-Heimonen, 2011; Malmberg-Heimonen & Johansen, 2013). Disse ble tilfeldig fordelt til en kontrollgruppe som mottok vanlig oppfølging, eller til intervensjonsgruppa, som i tillegg mottok familieråd (nettverksråd). Deltakernes opplevelse av livskvalitet, sosial støtte og psykisk helse ble første gang målt før randomisering og andre gang ca. fire måneder senere (to uker etter familierådet for de som hadde hatt det). Resultatene viste forskjeller i favør av intervensjonsgruppen. Disse rapporterte signifikant høyere livskvalitet og større reduksjon av psykiske symptomer som stress, depresjoner og angst. Det var også positive, men ikke signifikante endringer når det gjaldt opplevelse av sosial støtte og sosiale ressurser (Malmberg-Heimonen, 2011).

9.4.4. Oppsummering av internasjonale effektstudier

I kunnskapsstatusen om familieråd (Havnen & Christiansen, 2014) er det referert til ti studier som har hatt som mål å evaluere effekter av familieråd. Den norske studien inngår blant disse. I tillegg er det en svensk studie (Sundell & Vinnerljung, 2004), mens de øvrige er gjennomført i Nord-Amerika (USA og Canada). Det fins også artikler som har sammenfattet internasjonale studier av familierådsmodellen (Berzin et al., 2008; Crampton, 2007; Frost, Abram, & Burgess, 2013; Morris & Connolly, 2012). Flere av studiene, inkludert den norske, har klare metodiske svakheter. Først og fremst mangler det sammenlignbare kontrollgrupper og design som kan kartlegge langsiktige virkninger.

Sterkest forskningsstøtte er det for at familieråd øker sannsynligheten for at barn som må flytte hjemmefra blir plassert hos slekt eller i nettverket. På samme måte viste enkeltstudier at familieråd økte sannsynligheten for at barnet ble tilbakeført til familien.

For andre problemstillinger er konklusjonen at forskningen viser motstridende funn eller at det ikke foreligger relevante forskningsresultater.

En viktig problemstilling er om familieråd kan bidra til å forebygge omsorgssvikt og mishandling. Det er en problemstilling som særlig er diskutert i kjølvannet av den svenske studien (Sundell & Vinnerljung, 2004) som ble foretatt på slutten av 1990-tallet. Studien inkluderte en sammenligningsgruppe og en oppfølging tre år etter gjennomført familieråd. Et av funnene var at det kom flere nye meldinger, blant annet om omsorgssvikt og mishandling, i de sakene der det var benyttet familieråd enn i sammenligningssakene. Det kan imidlertid være vanskelig å vite hvordan man skal tolke funnet. På den ene siden kan det være en indikasjon på at familieråd er en for «svak» intervensjon til å påvirke barnets omsorgssituasjon. På den annen side kan tolkningen være at familieråd hadde ført til bedre kommunikasjon og samarbeid mellom barnevernsmyndighetene og den utvidete familie, og med det en senket terskel for å formidle ny bekymring til barnevernsmyndighetene.

Andre problemstillinger som står ubesvart, er om familieråd forebygger plassering utenfor hjemmet, eventuelt påvirker stabiliteten ved plasseringer. Det samme gjelder om familieråd har effekt på barn og unges utvikling og trivsel og/eller om mobiliseringen av det uformelle nettverket rundt barnet som familieråd medfører vedvarer og gir barnet og familien støtte over tid (Havnen og Christiansen, 2014).

Sett med norske øyne er det en svakhet at de fleste studier av virkninger er gjennomført i en amerikansk kontekst og at det som er av nordiske studier, er gjennomført i en fase hvor familieråd hadde fått begrenset utbredelse.

9.4.5. Erfaringer med familieråd

Når det gjelder involverte personers erfaringer med familieråd er forskningsfunnene langt mer entydige. Enten det er foreldre, barn eller øvrige familiemedlemmer; enten det er koordinatorene, saksbehandlere eller profesjonelle fra andre tjenester; og enten man har benyttet intervju eller spørreskjema, formidler et stort flertall positive erfaringer fra deltakelse i familieråd.

Barns erfaringer

Norsk og nordisk forskning har særlig rettet oppmerksomhet mot barns posisjon og erfaringer. Det gjelder for eksempel et nordisk prosjekt som omfattet alle de fem nordiske landene, der det ble foretatt intervju med til sammen 35 barn i alderen 7-16 år (Heino, 2009). Den norske delen av prosjektet er rapportert av Omre og Schjelderup (2009). Barna ble intervjuet tre-fire ganger hver. Det første intervjuet fant sted minst en uke før familierådet, og det siste intervjuet ca ett år etter at familierådet var avholdt. Forskerne var også observatører i familierådet, inkludert i fase to hvor kun det private nettverket er til stede.

Heino (2009) oppsummerer at barna i hovedsak erfarte positive endringer fra første til siste intervju. Det var i stor grad de samme livsområdene de ulike barna refererte til; forholdet til og mellom foreldrene, forholdet til venner, og forhold knyttet til identitet og opplevelse av seg selv. Det viktigste for barna syntes å være at deres største bekymringer hadde avtatt. Ofte var bekymringene knyttet til forhold som lå utenfor de spørsmålene familierådet skulle forholde seg til. Det er viktig å merke seg at det varierte hvorvidt barna mente at de positive endringene skyldtes familierådet eller hadde skjedd uavhengig av dette.

Samlet synes barn å formidle at det er prosessuelle og relasjonelle aspekt ved familieråd som er det viktigste: at familierådet handlet om dem og fant sted innenfor en positiv atmosfære, og at familierådet førte familiemedlemmer sammen som de sjelden eller aldri hadde hatt kontakt med (Havnen & Christiansen, 2014).

I Heinos oppsummering (Heino, 2009) pekes det på at barnas deltakelse varierte. Større barn deltok mer enn mindre barn, og jenter mer enn gutter. Det pekes på betydningen av at barnet får hjelp og støtte til å delta. Dette er i tråd med funn fra Strandbu studie (Strandbu, 2007), som utforsket barns deltakelse og premisene for deltakelse i familieråd. Hun fremhever at for at barnets mulighet til deltakelse skal være reell, må barnet i god tid får tilstrekkelig og tilpasset informasjon om saken som skal tas opp i familierådet og om hvordan et familieråd foregår (se også Skivenes & Strandbu, 2004). Det må særlig legges vekt på hvordan barns synspunkter kan komme fram i tilfeller der barnet selv ikke ønsker å være tilstede i familierådet. Barnets støtteperson har en svært sentral rolle i denne sammenhengen, påpeker Strandbu (2007).

For tiden pågår en større studie om bruk av familieråd i barnevernets fosterhjemsarbeid¹³. Ett av forskningsspørsmålene som prosjektet skal belyse, er hvilke sammenhenger som kan observeres mellom grad av deltakelse og barnets psykisk helse.

Voksne deltakeres erfaringer

Et stort flertall av foreldre og andre voksne familiemedlemmer formidler at familieråd har bidratt til positive endringer innad i storfamilien i form av bedre kommunikasjon og økt opplevelse av samhold. De rapporterer videre at de opplever å bli lyttet til, å bli behandlet respektfullt, å ha større innflytelse på beslutninger og med det økt mulighet til å bidra til å løse problemer (se f.eks. Havnen, 2006; Walton, Roby, Frandsen, & Davidson, 2004).

Også saksbehandlere og andre profesjonelle trekker fram mobilisering av nettverket som en viktig virkning av familieråd. Mobiliseringen bidrar til bredere informasjon i saken, til at tidligere ukjente ressurser blir tilgjengelig for barnet og familien, og dermed til et større ansvar for barnet fra den utvidete familie.

Det minst positive funnet, som formidles av så vel foreldre som saksbehandlere, er at handlingsplanen i en del saker ikke følges godt nok opp, enten det gjelder oppgaver som lå på personer fra familien eller på ansatte i barnevernet eller andre tjenester.

Koordinatorer har en nøkkelrolle både for å få familierådet til å fungere i tråd med prinsipper og prosedyrer og når det gjelder å ivareta de ulike partene før og under møtet. På tvers av studier er måten koordinatorer har utført sine oppgaver på, ikke minst når det gjelder å ivareta sin nøytralitet, er en av faktorene ved familieråd som er mest positivt evaluert av andre involverte (se f.eks. Morthort Rasmussen & Haldbo Hansen, 2002; Sundell & Hæggman, 1999). Andre sentrale funksjoner for koordinatorer er å forberede samtlige deltakere på hva som forventes av dem i familieråd og sikre at deltakerne er innstilt på å finne løsninger som er til beste for barnet.

9.4.6. Hvilke virkninger kan familieråd forventes å gi?

I kunnskapsstatusen om familieråd konkluderes det med at det foreligger sterk dokumentasjon for at familieråd ivaretar vesentlig målsettinger for velferdstjenester (Havnen & Christiansen, 2014). Det gjelder mål om å øke brukernes innflytelse i beslutninger som gjelder deres liv, og å gjøre dette på en måte som ivaretar respekt og anerkjennelse (Morris & Connolly, 2012). Dette er viktige resultater i seg selv, blant annet fordi de legger grunnlag for videre samarbeid mellom partene om offentlige tiltak og private innsatser.

¹³Se:

http://uit.no/ansatte/organisasjon/artikkel?p_document_id=222413&p_dimension_id=154287&p_menu=28713.

Samtidig er det rimelig å forvente effekter av familieråd som går utover deltakelse, ivaretagelse og innflytelse, i følge kunnskapsstatusen. For eksempel at den økte støtten til barnet fra det utvidete private nettverket, så sant den varer over tid, kan bidra til å styrke barnets utvikling på ulike områder. Foreløpig foreligger det ikke forskningsmessig grunnlag for verken å fastslå eller avskrive slike effekter.

9.5. Oppsummering

I motsetning til de spesifikke programmene rettet mot foreldreferdigheter og samhandlingen foreldre-barn (kapittel 6), er familie- og nettverksorienterte tiltak vanligvis mer løst sammensatt. Det vil si at de i liten grad har en klart foreskrevet metodikk eller entydige inklusjonskriterier. For flere av tiltakene er det et mål å forebygge plassering utenfor hjemmet, men det har vist seg vanskelig å benytte plasseringsrisiko som rekrutteringsgrunnlag.

Tiltakene kjennetegnes av at de ansatte har en mer avgrenset saksmengde og en mer intensiv kontakt med familiene enn det som er vanlig i hjelpetjenestene. Arbeidet med familiene er tenkt kortvarig (for eksempel seks måneder), men det er en vanlig erfaring at kontakten varer lenger enn det foreskrevne.

Tiltakenes heterogene innhold og målgrupper kompliserer muligheten for effektevalueringer. Norske evalueringer har i hovedsak bestått av mindre, kvalitative studier. De rapporterer om positive endringer og bedre trivsel for barn og foreldre, men sjelden med basis i standardiserte mål. Høy brukertilfredshet er et gjennomgående trekk.

Internasjonalt synes familie- og nettverksstøttende tiltak å kombinere pedagogisk-terapeutisk arbeid med praktisk hjelp i større grad enn i Norge. Det foreligger begrenset effektevaluering av tiltakene, og oppsummeringene av den forliggende forskningen spriker noe når det gjelder om tiltakene gir bedre utbytte enn vanlig praksis. Som for de strukturerte foreldreveilednings-programmene rapporteres det om best resultater der problemene var størst i utgangspunktet. Det synes vanskeligere å oppnå resultater i høyrisikogrupper, samtidig som potensialet er større når familiene er i en akutt krise.

Den internasjonale forskningslitteraturen understreker at innsatsen må rettes mot ulike arenaer, ikke minst gjelder dette når ungdommer er målgruppen. Bedring av skolefungering forutsetter en mer direkte tilnærming enn det som er vanlig i de familiestøttende tiltakene. Kombinasjonen av en tillitsfull relasjon mellom terapeuter og familiemedlemmer og motivasjon/optimisme fremheves. Også i internasjonale studier rapporterer foreldre og ungdom at tiltakene er positive og hjelpsomme.

Det er vanskelig å trekke noen konklusjoner fra de danske evalueringene når det gjelder virkninger av kommunenes hjelpetiltak («forbyggende foranstaltninger»). De refererte studiene er først og fremst interessante ved at de viser ulike framgangsmåter når hensikten er å gjennomføre effektmålinger i en barnevernskontekst. Samlet viser de at slike evalueringer er kompliserte og ressurskrevende. Det skyldes blant annet de enkelte tiltakenes lite spesifikke innhold og vansker forbundet med å etablere utvalg som er homogene nok og store nok, herunder å etablere relevante sammenligningsgrupper. Forsøkene med å benytte ulike tiltak som hverandres intervensjons- og sammenligningsgruppe og diskusjonene om hva som er relevante saksopplysninger og resultatmål vil være viktig når en skal planlegge studier av hjelpetiltak i norsk sammenheng.

Familieråd er en familie- og nettverksorientert intervensjon som i motsetning til de øvrige som omtales i dette kapitlet, har en klar struktur og prosedyre. Evalueringer viser at familieråd verdsettes høyt av et stort flertall av de som har deltatt, enten det er barn, foreldre, øvrige familiemedlemmer, saksbehandlere, andre profesjonelle eller koordinatorene. Når det gjelder andre effekter, er en økt andel plasseringer i familie og nettverk det tydeligste funnet. Effekter på andre områder er først og fremst for lite utforsket, og ved planlegging av ny forskning er det et hovedspørsmål hvilke mål en skal ha for bruken av familieråd utover økt involvering og innflytelse fra barn, foreldre og øvrig privat nettverk.

10. Minoritetsfamilier og hjelpetiltak¹⁴

«Minoritetsfamilier», «flerkulturelt barnevern», «barnevernet og innvandrereforeldrene» - ordene viser tilsynelatende til det samme, men graver vi litt, oppdager vi kanskje at de sier mer om «oss» enn om «de andre». Eide med kolleger (2009) gir et godt bakteppe for barnevernsarbeid i minoritetsfamilier, uansett hvilke minoriteter vi snakker om. Perspektivene som trekkes opp i denne boka gjør at vi blir nødt til å rette søkelyset mot den norske velferdsstaten og hvordan denne samfunnsmodellens særtrekk former norske barneverntjenester på helt spesielle måter. Blikket rettes mot hvem «vi» er, og hvem vi tror vi er – som ikke alltid er det samme. Innarbeidede og selvfølgeliggjorte praksiser blir dermed synlige ikke som uforanderlige og nødvendige måter å gjøre ting på, men som historiske og kulturelle produkter som er i stadig endring. Her er poenget å «vise at majoritetstradisjonen i det norske samfunnet er en høyst særegen tilpasning, til tross for at svært mange har lært seg å tenke om den som identisk med det universelle, allmenne og normale».

En tilsvarende kritisk tilnærming til den norske majoritetens måter å forholde seg til minoritetsforeldre på, finner vi i Križ & Skivenes (2010). Denne artikkelen springer ut fra et komparativt prosjekt, der erfaringer fra Storbritannia sammenstilles med erfaringer fra Norge. Forfatterne sammenligner barnevernansattes perspektiver på foreldre med etnisk minoritetsbakgrunn i England og Norge, ut fra intervjuer med 47 ansatte i 2008. De finner store forskjeller med hensyn til de ansattes forventninger til foreldre, og deres antagelser om foreldrenes forhold til barnevernstjenesten. Videre finner de at norske barnevernansatte mangler en strukturell forståelse av barns og familiers situasjon, slik at de ikke ser rasisme og diskriminering av innvandrere og minoriteter som relevant, at de har en sterkt individualistisk og endringsrettet forståelse av foreldre med minoritetsbakgrunn, og de forventer at foreldrene skal tilegne seg majoritetsspråklig og -kulturell kunnskap for barnas skyld. Tilsvarende funn presenteres av Randal (2009). I denne masteroppgaven retter forfatteren søkelyset mot barnevernansatte og deres holdninger og praksiser overfor barn og familier med en annen etnisk bakgrunn enn majoriteten i det norske samfunnet. Oppgaven baserer seg på spørreskjemaer der barnevernsarbeidere blir bedt om å gjøre rede for hvordan de ville ha løst en hypotetisk sak i en iransk familie, mens en kontrollgruppe svarer på samme spørsmål og samme sak, mens familiens etnisitet oppgis som norsk. En hovedkonklusjon er at forestillinger om disse familienes kulturelle bakgrunn og etnisitet som problematiske i seg selv, tilsier at det er behov for opplæring som kan formidle en mer kontekstuell kulturforståelse.

¹⁴ Dette kapitlet er i all hovedsak skrevet av Marie Louise Seeberg, Nova, HiOA.

Seeberg (2011) påpeker at «Velferdsstatens arbeid for å 'motvirke marginalisering og bidra til utjevning av levekårsforskjeller blant barn og unge' ... foregår hele tiden i forhold til bildet av den normale barndommen, standarden, som «andre» barn skiller seg ut fra og skal integreres i. Skole og barnevern har viktige funksjoner i dette arbeidet. Det er derfor ikke overraskende når forskningen avdekker at det forekommer strukturell diskriminering av barn med etnisk minoritetsbakgrunn innenfor disse institusjonene». Dette er altså en viktig del av bildet som må tas med i betraktningen når en skal forstå minoritetsfamiliers forhold til barnevernet, og omvendt.

Denne litteraturen går ikke nærmere inn på hjelpetiltak i barnevernet. Det gjør derimot Holm-Hansen med kolleger (2007). I denne kunnskapsoversikten omtales følgende hjelpetiltak: Besøkshjem/avlastningstiltak, linkarbeidere, nettverksarbeid og familieråd, foreldre- og skolefokuserede programmer, PMTO, familiebevarende programmer, multisystemisk terapi, og kvinnegrupper som forebyggende tiltak rettet mot mødre. Som en ser, følger ikke denne kategoriseringen barnevernsstatistikkens inndeling i ulike typer hjelpetiltak, og viktige tiltak som barnehage og støttekontakt er ikke omtalt spesielt. Likevel omfatter tiltakene også slike hjelpetiltak, men da i «pakker» og «programmer» som omfatter mer enn ett tiltak. For eksempel skal både linkarbeiderprogram og kvinnegrupper fremme minoritetsfamiliers bruk av barnehage, uten at det framgår om det gis direkte økonomisk støtte til dette, eller hva slags effekt disse tiltakspakkene har. Den viktigste lærdommen vi kan trekke ut av denne kunnskapsoversikten er dermed for våre formål det som også anbefales av disse forfatterne, nemlig at tiltak som styrker den gjensidige kommunikasjonen mellom foreldre og barnevern er potensielt svært nyttige. Av slike tiltak nevnes særlig linkarbeidere. Det påpekes samtidig at det mangler kunnskap om virkningene av linkarbeid.

Dyrhaug og Sky (2015) rapporterer om kontakten med barnevernet for barn og unge med innvandrerbakgrunn basert på data fra 2012 i den nasjonale barnevernsstatistikken. Dette er en oppfølging av en tilsvarende rapport basert på data fra 2009 (Kalve & Dyrhaug, 2011). Brukere med innvandrerbakgrunn omfatter to grupper: barn født i utlandet som selv har innvandret til Norge, og barn født i Norge av to utenlandsfødte foreldre. Forfatterne går ikke inn på andre kjennetegn ved barna og familiene deres.

Barn og unge med innvandrerbakgrunn mottar oftere tiltak fra barnevernet enn de som ikke har slik bakgrunn. Ut fra barnebefolkningen 0-22 år var det barn og unge som selv hadde innvandret, som oftest hadde barneverntiltak, med en rate på 76,3 per 1 000. Denne raten har økt kraftig siden 2009, noe som ikke minst skyldes en sterk økning i antallet enslige mindreårige flyktninger. Men også de som er norskfødte med innvandrerforeldre hadde en høyere rate enn de som ikke hadde innvandrerbakgrunn, henholdsvis 50,4 og 32, 0 per 1 000 (Dyrhaug & Sky, 2015).

Når det gjelder hvilke hjelpetiltak de ulike gruppene mottok i 2012, var det de samme tiltakene som ble mest brukt for alle tre gruppene: andre tiltak og råd og veiledning. Dyrhaug og Sky (2015) viser at barn og unge som selv har innvandret, skilte seg ut fra den øvrige barnebefolkningen med en høyere klientrate for nesten alle typer tiltak, og spesielt høy rate for tiltakene fritidsaktiviteter og økonomisk hjelp. Sammenlignet med barn uten innvandrerbakgrunn, hadde barn som er født i Norge av to utenlandsfødte foreldre klart oftere råd og veiledning og barnehage som hjelpetiltak, enda oftere SFO, mens de hadde sjeldnere besøkshjem. Når det gjelder MST og PMTO, er forskjellene mye mindre mellom gruppene. Barn med innvandrerbakgrunn mottar litt oftere PMTO og litt sjeldnere MST enn barnebefolkningen generelt. I absolutte tall er det likevel få barn og unge med innvandrerbakgrunn som mottar disse tiltakene. Virkningene av hjelpetiltakene beskrives for øvrig ikke i denne rapporten.

Vi har foran (i kapittel 6.7.) vist til et forsøk i Oslo med gruppebasert PMTO for mødre med henholdsvis somalisk og pakistansk bakgrunn. Effektstudien av gruppetiltakene, som Bjørknes med flere gjennomførte (Bjørknes et al., 2012), viste positivt utbytte av programmet på linje med det man fant i den norske evalueringsstudien. En vesentlig erfaring fra tiltaket var at rekruttering måtte skje på andre måter enn gjennom det ordinære tiltaksapparatet, blant annet ved bruk av LINK-arbeidere og åpne foreldremøter. En annen erfaring var at det var vanskelig for deltakerne å følge opp gruppemøtene (Bjørknes et al., 2011).

I Norge er det satset spesielt på å kunne tilby foreldreveiledningsprogrammet ICDP (se kapittel 6.3.) til foreldre med minoritetsbakgrunn. Bufetat har etter avtale med ICDP Norge implementeringsansvar og legger blant annet vekt på å utdanne ICDP-veiledere som selv har innvandrerbakgrunn. Vi har foran nevnt evalueringen av ICDP som ble gjennomført i 2008-2010. Det er ikke foretatt noen ytterligere studier av hvilket utbytte minoritetsfamilier har av programmet.

Familieråd (se kapittel 9.4.) er en intervensjon for å mobilisere hjelp fra det utvidete nettverket til barn og deres familier som baserer seg på tradisjonelle og uformelle problemløsningsformer som ble benyttet av Maori-befolkningen i New Zealand. Vektleggingen av den kulturelle dimensjonen har vært utgangspunkt for at en har antatt metoden ville være spesielt godt egnet for familier med minoritetsbakgrunn også i Norge og Danmark (Falck & Mathisen, 2010; Skytte, 2010). I likhet med det danske forsøket (Skytte, 2010) viste et forsøk med familieråd for minoritetsfamilier i Oslo seg vanskelig å gjennomføre (Falck & Mathisen, 2010). Det var vanskelig å rekruttere familier, noe som gjorde at en ikke fikk grunnlag for å gjennomføre den evaluering som var planlagt. Vanskene med rekruttering var langt på vei de samme som gjelder for rekruttering av familier med norsk-etnisk bakgrunn. I tillegg opplyste saksbehandlere som ble intervjuet at det var vanskelig å forklare modellen for minoritetsfamilier, at familierådsmodellen for mange ikke sammenfalt med de

problemløsningsmetoder de kjente fra sin egen kultur, at det var skepsis mot å involvere den utvidete familie og at familieråd i en del tilfeller var vanskelig å gjennomføre på grunn av kompliserte familiestrukturer.

11. Kunnskapsstatus om hjelpetiltak – hva vet vi og hvor går vi?

Denne kunnskapsstatusen sammenstiller forskningen som foreligger om virkninger av de hjelpetiltakene som benyttes i norsk barnevern. Den dekker primært forskning som er publisert etter 2006, da Kristofersen og kolleger presenterte rapporten «Hjelpetiltak i barnevernet – virker de?» Kunnskapsstatusen baserer seg primært på norsk og nordisk forskning, men er supplert med andre studier som er særlig relevant for norske forhold, herunder systematiske oversiktsartikler (reviews) og metastudier.

Det går et skille mellom hjelpetiltakene når det gjelder om det foreligger forskning, hvilket omfang og design forskningen har, og om den er egnet til å gi svar på spørsmålet om virkninger. Hovedskillet går mellom de «tradisjonelle» hjelpetiltakene som barnevernet har benyttet i en årrekke og de manualbaserte programmene som er innført i norsk barnevern i løpet av de siste 10-15 årene.

Mest forskning, både i norsk og internasjonal barnevernkontekst, er det gjort på manualbaserte programmer som er implementert i Norge ut fra at programmene har vist positive resultater i andre land (oftest USA). Programmene er kjennetegnet av at de retter seg mot spesifikke målgrupper, at de har et mer spesifisert og fastlagt innhold, og at de har en tydeligere definert og avgrenset varighet. Slike kjennetegn øker muligheten for å undersøke effekter av programmene, og flere har vært gjenstand for norske RCT-studier.

Hjelpetiltakene som har vært benyttet i norsk barnevern i en årrekke; økonomisk hjelp, barnehage, skolefritidsordning, fritidsaktiviteter og bolig med oppfølging har ikke vært gjenstand for forskning i norsk eller nordisk sammenheng så langt vi har registrert. Besøkshjem og støttekontakt er studert ved kvalitative studier og en svensk registerstudie.

Det er imidlertid også en type hjelpetiltak som befinner seg i et mellomstjikt. Vi har omtalt dem som familie- og nettverksorienterte tiltak. De er i et mellomstjikt ved at deres hovedinnretning er foreldreveiledning i likhet med de manualbaserte programmene, samtidig som innhold og målgruppe er mindre spesifikt i likhet med de tradisjonelle hjelpetiltakene. De er også forskningsmessig i et mellomstjikt fordi de ofte har blitt iverksatt som prosjekter som har vært gjenstand for evalueringer. Evalueringene er verdifulle ved at de oppsummerer viktige erfaringer fra tiltakene, men har også klare begrensninger ved at de først og fremst er av beskrivende art.

Disse forskjellene tilsier at grunnlaget for forskningsmessig å vurdere virkningene av de ulike tiltakene, er svært forskjellige. Det samme gjelder mulighetene for å identifisere sammenhenger mellom tiltak, ulike mottakergrupper og ulike virkninger,

og muligheten for å peke på faktorer som er viktige for å styrke eksisterende hjelpetiltak og utvikle nye (jfr. spørsmålstillingene i innledningskapitlet).

I fortsettelsen vil vi kortfattet sammenfatte forskningsstatus om virkninger for de ulike hjelpetiltakstypene og om hvilke sammenhenger som kan identifiseres mellom tiltakene, kjennetegn ved mottakerne og virkninger. Videre oppsummeres kunnskapen om innretting av tiltak til barn og familier som opplever omfattende og komplekse vansker. Kapitlet avsluttes med å peke på behov for økt kunnskap og utvikling av hjelpetiltakene.

11.1. Hva er kunnskapsstatus om virkninger av de ulike hjelpetiltakene?

11.1.1. Tiltak rettet mot barnet

Hjelpetiltakene som direkte involverer barnet brukes fortsatt i relativt stort, om enn i avtagende omfang. Samlet er statusen at det foreligger svært begrenset forskning om disse hjelpetiltakene og lite ny forskning som er publisert siden Kristofersen og medforfattere oppsummerte situasjonen i 2006 (Kristofersen et al., 2006).

Barnehage, SFO og fritidsaktiviteter er generelle tilbud som de fleste barn benytter seg av. Det er en alminnelig oppfatning at barn flest profiterer på å delta på disse arenaene. Vi har ikke funnet forskning som omhandler virkninger av å gi barn barnehage, SFO eller fritidsaktiviteter som hjelpetiltak. Forskning om barnehage og SFO generelt viser at for barn med ulike vansker eller funksjonshemminger kan disse arenaene gi muligheter for samvær med jevnaldrende og deltakelse i positive aktiviteter. Samtidig at dette krever spesiell tilrettelegging og oppfølging. Når det gjelder SFO reises det spørsmål om dette skjer i tilstrekkelig grad. Vi kan anta at grad av tilrettelegging også har betydning for barn med hjelpetiltak.

Ut fra at mange familier med hjelp fra barneverntjenesten er økonomisk og sosialt marginalisert, kan dekning av egenbetalinger ha en viss utjevne funksjon. Spørsmålet er i tilfelle om det er barnevernet som skal ha en slik funksjon. Det samme spørsmålet er relevant for *økonomisk hjelp* som hjelpetiltak. Tiltaket er et av de mest brukte, men er ikke forskningsmessig belyst.

For at man både i praksis og forskning skal kunne vurdere om hjelpetiltak virker, er det nødvendig å vite hva som er de spesifikke formålene med å iverksette dem. Når det gjelder barnehage, SFO og fritidsaktiviteter og økonomisk hjelp finnes det ikke systematisert kunnskap om dette.

Besøkshjem og støttekontakt er mer individuelt innrettet enn de ovennevnte tiltakene. Kvalitative studier viser at foreldre og barn setter pris på at tiltakene gir barna positive opplevelser, støttende relasjoner, gode rollemodeller i tillegg til avlastning for foreldre. En større norsk kvalitativ studie viser at det likevel er en viktig avveining når og på hvilken måte barneverntjenesten kan bidra til at familien selv kan ivareta slike behov hos barna og når barna har størst utbytte av at dette skjer gjennom andre voksne.

Også når det gjelder besøkshjem og støttekontakt mangler kunnskap om hvilken funksjon og hvilke formål tiltakene er tiltenkt for barna. Problemstillingen aktualiseres i den svenske studien av disse tiltakene¹⁵ basert på registerdata. Resultatene viser ingen positive effekter når utfallsmålene er knyttet til barnas fungering som ung voksen. Foruten at det kan reises metodiske spørsmål for eksempel om studiens bruk av sammenligningsgruppe, er det også relevant å spørre hvilke virkninger en skal forvente på lang sikt, som i denne studien, men også på kortere sikt.

Aggression Replacement Treatment (ART) skiller seg fra de forannevnte ved å være et manualbasert program. Formålet er å forebygge eller redusere aggressiv atferd hos barn og unge. Programmet har vist positive resultater i to norske studier. Utvalgene i studiene er primært rekruttert gjennom skoler, et mindretall fra spesialskoler og institusjoner. Bruken av ART som hjelpetiltak i Norge er foreløpig svært begrenset.

11.1.2. Tiltak rettet mot foreldre og foreldre-barn-samhandling

Vedtak om råd og veiledning er totalt sett det klart mest brukte hjelpetiltaket. Sammen med *hjemkonsulent, miljøarbeider og andre hjemmebaserte tiltak* er dette tiltak som har et variert innhold, men en hovedstrategi som går ut på å gi veiledning til foreldre. Det er ikke registrert forskning rettet mot å registrere virkninger av disse tiltakene. I Hjelpetiltaksprosjektet, som denne kunnskapsstatusen er en del av, blir innholdet i råd og veiledning undersøkt nærmere gjennom en egen delstudie (se Skilbred & Havnen, 2015).

De fleste manualbaserte programmer som er implementert i norsk barnevern siden slutten av 1990-tallet er rettet mot å forebygge eller redusere atferdsvansker hos barn og unge, og de fleste er utviklet i andre land, fortrinnsvis USA. De er introdusert i Norge med bakgrunn i at studier fra disse landene har vist at programmene har positive effekter.

Programmene¹⁶ DUÅ, PMTO, TIBIR¹⁷, MST har vært gjenstand for norske RCT-studier. Funnene vedrørende programmene må vurderes enkeltvis, men vi vil likevel

¹⁵ De svenske benevnelsene for tiltak som har paralleller til besøkshjem og støttekontakt, er kontaktfamilj og kontaktperson.

¹⁶ DUÅ: De utrolige årene; PMTO: Parent Management Training Oregon, TIBIR: Tidlig innsats for barn i risiko; MST= Multisystemisk terapi.

¹⁷ TIBIR er utviklet i Norge på basis av PMTO.

trekke fram noen tendenser i funnene på tvers av programmene, primært basert på de norske studiene.

Forskningen viser at programmene har latt seg overføre til norske forhold med enkelte tilpasninger. Imidlertid har ingen av disse programmene fått en bred anvendelse som hjelpetiltak i barnevernet, i følge barnevernsstatistikken. Det utelukker ikke at familier med hjelpetiltak kan ha deltatt i programmene tilbudt fra andre tjenester.

Studier har vist positive effekter når det gjelder foreldrenes oppdragerstil og når det gjelder barnas fungering. Effektstørrelsene var gjennomgående moderate eller små. Effektene var størst på de områdene programmene direkte intervensjoner; det vil si større på foreldrepraksis enn på barns fungering, og større på barns fungering hjemme, enn i skole og barnehage. I varierende grad avtok effektene over tid, men generelt er studier med oppfølging utover to år en mangelvare, noe som gir manglende kunnskap om langtidsvirkninger.

De relative effektene (intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen som fikk «treatment as usual») av MST og PMTO var mindre enn de som er funnet i USA, noe som forklares med at det ordinære tiltaksapparatet i Norge trolig er av bedre kvalitet enn i USA.

Programmene ICDP, Marte Meo og COS har til felles at de baserer seg på kunnskap om betydningen av den utviklingsstøttende foreldre-barn-samhandlingen og/eller tilknytningsteori. De har ikke klart definerte målgrupper, men benyttes mest for foreldre med yngre / små barn. ICDP er evaluert med positive resultater. Evalueringen er ikke basert på et barnevernsutvalg, og det er da også sjelden benyttet som hjelpetiltak. COS finnes i flere varianter og gis både i grupper og individuelt. Det foreligger ikke norsk eller nordisk, og lite relevant internasjonal forskning, om virkninger av COS. Når det gjelder Marte Meo, viste en nylig publisert norsk RCT-studie at programmet særlig hadde effekt i familier der mødrene hadde symptomer på depresjon og der det var store vansker i samhandlingen foreldre-barn.

Vi har også omtalt program som ikke eller i liten grad er i bruk som hjelpetiltak i Norge, men som har en viss internasjonal utbredelse, gjerne begrunnet med gode evalueringresultater, det gjelder PCIT - Parent-Child Interaction Therapy, TripleP, SafeCare og NFP - Nurse-Family Partnership. NFP implementeres på nåværende tidspunkt i Norge. Programmet retter seg mot familier i risikozonen og skiller seg ut ved at det starter allerede under svangerskapet og varer helt fram til barnet er to år. TripleP har det særtrekk at det finnes i ulike varianter tilpasset hvor langt i problemutvikling de ulike målgruppene er. Alle programmene retter seg mot et bredere spekter av problemer enn det som er forbundet med risiko for atferdsvansker.

11.1.3. Familie- og nettverksorienterte tiltak

Ulike familie- og nettverksorienterte tiltak ble etablert i årene rundt 2000, ofte som egne enheter innenfor eller i tilknytning til barneverntjenestene. Tiltakene har paralleller til amerikanske «family preservation services» og britiske «family support services» ved at de ansatte har begrenset saksmengde, jobber mer intensivt og er mer tilgjengelig enn det saksbehandlere i barneverntjenestene har mulighet til.

Evalueringer av de norske tiltakene har varierende forskningsmessig kvalitet, er i stor grad beskrivende og ofte basert på intervju med ansatte. Enkelte har benyttet kvantitative design og noen har også innhentet brukererfaringer.

Noen hovedtrekk ved tiltakene er at de ansatte, selv om de ofte besitter spesifikk metodekompetanse, først og fremst benytter mer allmenne tilnærminger som familiebehandling, miljøterapi og sosialt arbeid med barn og unge. Begrenset bruk av manualbaserte metoder/programmer begrunnes med at hjelpen tilpasses brukeren. Arbeidet med familien er tidsavgrenset, men ofte mer langvarig enn det som er intensjonen. Det er få spor av nettverkstilnærming, og i flere tilfeller etterlyses mer samarbeid med skole. I større grad enn i de norske tiltakene, kombinerer anglo-amerikanske tiltak terapeutisk tilnærming med hjelp til å redusere stress og praktiske vansker. Målet om å forhindre plassering er vanskelig å dokumentere. De norske evalueringene viser at foreldre og ungdommer i all hovedsak opplever tiltakene som positive og hjelpsomme.

Familieråd, ikke minst når det benyttes oppfølgende familieråd, kan betraktes som et familie- og nettverksorientert tiltak. Evalueringer viser at familieråd verdsettes høyt av det store flertallet av de som deltar, enten det er barn, foreldre, øvrige familiemedlemmer, saksbehandlere, andre profesjonelle eller koordinatorene. De få effektstudiene som er utført, stort sett i Nord-Amerika, viser at familieråd fører til en økt andel plasseringer i familie og nettverk sammenlignet med offentlige omsorgstiltak. Effekter på andre områder er enten ikke utforsket, kvaliteten på studiene er svak eller funnene er motstridende/uklare.

11.2. Er det sammenhenger mellom type tiltak, mottakergrupper og virkninger?

Som nevnt er grunnlaget for å besvare dette spørsmålet ulikt og begrenset ut fra foreliggende forskning og forskningsdesign.

Barn med innvandrerbakgrunn mottar flere av de barnerettete hjelpetiltakene forholdsvis oftere enn barn med norsk-bakgrunn, viser registeranalyser. Ulike analyser tilsier at dette er tilfelle når det gjelder fritidsaktiviteter, barnehage, SFO,

støttekontakt og økonomisk hjelp. Det er uvisst om disse tiltakene velges som målrettede tiltak for integrering og sosialisering eller om bruken har sammenheng med at innvandrerfamilier som gruppe er dårligere stilt sosioøkonomisk. Besøkshjem er sjeldnere brukt for barn med innvandrerbakgrunn. Selv om det registreres sammenheng mellom enkelttiltak og etnisk bakgrunn, foreligger det ikke forskning om hvilket utbytte innvandrerbarn og -familier har av disse hjelpetiltakene, heller ikke kvalitative studier som kan si noe om deres erfaringer med og synspunkter på tiltakene, for eksempel hvilke sider ved tiltakene som er spesielt viktige og nyttige.

Evalueringer av programmene rettet mot atferdsvansker viser at effektene er større for de som har størst problemer i utgangspunktet og større for yngre barn sammenlignet med eldre barn. Familier som er sosioøkonomisk marginaliserte har i de fleste tilfeller mindre utbytte av programmene enn andre. De er dessuten vanskeligere å rekruttere både til programmene som sådan og til utvalg som er nødvendige for evalueringsstudier.

Den internasjonale litteraturen om familie- og nettverksorienterte tiltak peker tilsvarende på at det er vanskelig å oppnå endringer i høyrisikofamilier med problemer på mange områder. På den annen side ble det oppnådd bedre resultater når familiene var i akutt krise.

Når det gjelder sammenheng mellom kjennetegn ved mottakerne og virkninger, er det vesentlig å merke seg hvordan forskningsutvalgene er rekruttert. Selv om et tiltak anvendes som hjelpetiltak, er ikke nødvendigvis forskningsutvalget rekruttert gjennom barnevernet. Eksempelvis var det bare fem av 132 familier i den norske Marte Meo-studien som hadde kontakt med barneverntjenesten.

11.3. Hjelpetiltak når problemene er omfattende og komplekse

Det er ikke overraskende at forskningslitteraturen framholder det spesielt utfordrende å gi hjelp som virker til barn som lever i familier med omfattende og komplekse vansker. Disse barna og familiene er samtidig en hovedmålgruppe for barneverntjenestene, ikke minst når det er fare for omsorgssvikt eller mishandling. Det pekes videre på at omsorgssvikt og mishandling må forstås som resultater av et komplekst samspill mellom en rekke faktorer på ulike nivåer, noe som tilsier at hjelpen også må være sammensatt.

Det foreligger ikke norsk eller nordisk forskning som har studert innsatser spesifikt rettet mot omsorgssvikt eller mishandling, og basisen for den internasjonale forskningslitteraturens anbefalinger om hvordan intervensjoner for denne gruppen bør

innrettes, er sammensatt: delvis enkeltstående empiriske studier, delvis forskningssammenstillinger og delvis mer teoretisk forståelse av omsorgssvikts årsakssammenhenger. Viktige forhold som trekkes fram er: i) Tilgjengelighet og fleksibilitet. Det inkluderer å ta hensyn til daglige stressfaktorer og praktiske hindringer og gjøre det mulig å benytte «flere veier inn» i tiltakene enn den formaliserte via barnevernmyndighetene. ii) Tilrettelegge for fedres deltakelse. iii) Overfor foreldre med annen kulturell/etnisk bakgrunn å vurdere betydningen av at foreldreveiledningen kan kollidere med rådende verdier, tenkesett og foreldrepraksis i foreldrenes nettverk. iv) Kombinere eller gjøre det mulig å velge mellom gruppedeltagelse eller individuell hjelp. v) Legge opp til egenaktivitet som bidrar til økt handlingskompetanse og selvværd. vi) Arbeide mot konkrete og målbare mål. vi) Hjelp av lengre varighet som kombinerer kortvarige, intensive programbaserte intervensjoner med langsiktig, mindre intensiv, men likevel målrettet støtte.

11.4. Sammensatte problemer og sammensatte tiltak?

Litteraturgjennomgangen viser at forskere peker på ulike tilnæringer for å møte barn og familier med sammensatte vansker. Mange viser til at kompleksiteten i problemer tilsier at tiltakene bør være sammensatte. De bør kombinere ulike komponenter som terapeutiske innsatser, foreldretrening og praktisk bistand, og de bør rette seg mot både barn, foreldre og familien som helhet. Andre finner dekning for at effekten av strukturerte intervensjoner som foreldreveiledning reduseres hvis den kombineres med flere andre innsatser/komponenter.

En tredje tilnærming bygger for det første på en erkjennelse av at sammensatte vansker er svært vanlig. Videre at det eksisterer et så stort antall programmer for mer spesifikke målgrupper at det er vanskelig for tjenester og praktikere å velge mellom dem. I tillegg at det er en generell erfaring at mange programmer får en begrenset spredning til tross for positive evalueringer. På denne bakgrunn anbefales det å utvikle tiltak basert på å identifisere og systematisk ta i bruk elementer som gjennom forskning har vist seg å være virksomme på tvers av ulike intervensjoner/programmer. Felleselementer kan eksempelvis omfatte spesifikke terapeutiske tilnæringer, samtaleferdigheter, øvelser og organisering. Elementene bør kombineres på en måte som ivaretar fleksibilitet i forhold til barnas og familienes behov, men likevel innenfor en struktur som følges opp med veiledning og evaluering.

11.5. Behov for økt kunnskap om og utvikling av hjelpetiltakene

Denne forskningssammenstillingen viser at det er klare mangler når det gjelder kunnskap om virkninger av hjelpetiltak. Det er imidlertid viktig å understreke at dette ikke gir grunnlag for å konkludere at de fleste hjelpetiltak ikke virker.

En viktig kjensgjerning som denne sammenstillingen gjenspeiler, er videre at spørsmålet om hjelpetiltak virker, egentlig rommer en rekke spørsmålstillinger. De kan for eksempel uttrykkes slik: Med hvilket spesifikt innhold, og under hvilke forhold har tiltaket hvilken effekt for hvilken målgruppe? (jfr. Bagdasaryan, 2005).

Ut fra det eksisterende kunnskapsgrunnlag kan det likevel pekes på noen viktige implikasjoner. Det gjelder tema og områder hvor det er behov for økt forskningskunnskap. I disse kunnskapsbehovene ligger det også implikasjoner for utvikling av hjelpetiltakene. Funn fra andre deler av Hjelpetiltaksprosjektet (se Christiansen et al., 2015) vil gi nyttige bidrag på flere av områdene som nevnes nedenfor, men de vil også gi innspill til hvordan det videre forsknings- og utviklingsarbeidet bør innrettes.

Økt kunnskap om problemer og situasjoner som ligger til grunn for iverksetting av hjelpetiltak og om hvilke endringer de skal føre til

Slik kunnskap er en åpenbar forutsetning for å kunne vurdere virkninger av tiltakene, og den er særlig viktig når det gjelder de mest brukte og lite innholdsspesifikke tiltakene. Hvordan situasjoner og endringsmål beskrives av henholdsvis barnevernansatte, foreldre og barn er vesentlig. Spesiell oppmerksomhet bør rettes mot barn og familier med innvandrerbakgrunn.

Økt kunnskap om tiltaksforløp

Bred kartlegging, mer utforskende tilnærming og forløpsstudier vil gi kunnskap om hva som har betydning for valg, utskifting, supplering og avslutning av hjelpetiltak. Hvordan tidsavgrensede og manualbaserte program inngår i slike forløp, og hvordan de kombineres med tiltak rettet direkte mot barn og unge, bør inngå i denne kartleggingen. Likeledes hvordan tiltaksplaner og evalueringer praktiseres og hvilken innflytelse denne praksisen har på tiltaksforløpene.

Økt kunnskap om innhold og utforming av uspesifikke tiltakstyper, for eksempel råd og veiledning og besøkshjem.

Hjelpetiltaksprosjektet vil gi økt innsikt i hva som skjuler seg under tiltakskategorien råd og veiledning. Både kvantitative design med større utvalg og longitudinelle studier vil kunne gi ytterligere nødvendig kunnskap. Det samme gjelder for besøkshjem som er et av de mest brukte hjelpetiltakene.

Oppdatert kunnskap om effekter av manualbaserte programmer for barn og familier i barnevernet.

Effektevalueringer ved hjelp av RCT-design er ressurskrevende på mange måter. Det kan være grunnen til at det for flere manualbaserte program bare er utført en slik norsk studie. Det gjelder for eksempel MST. Det aktualiserer uansett behovet for utvidet og oppdatert kunnskap om virkninger av programmene. Circle of Security (COS)-programmene er ikke evaluert. For at evaluering av program som COS, PMTO og DUÅ skal ha relevans for hjelpetiltaksbruken, er det viktig å sikre at utvalget, i hvert fall en stor nok del av det, rekrutteres fra barnevernet.

Økt kunnskap om bruk av manualbaserte programmer i barneverntjenesten.

Det er manglende kunnskap om hva som ligger til grunn for at manualbaserte program benyttes som hjelpetiltak i svært begrenset grad. Kartlegginger med formål å framskaffe slik kunnskap bør ha fokus på barns og unges behov for hjelp og programmenes innpassing i lokale barnevernkontekster.

Kunnskap om felleselementer som basis for tiltaksutvikling.

Barn og familier som mottar hjelpetiltak er en heterogen gruppe med ulike og på forskjellige måter sammensatte vansker. Systematisert kunnskap om elementer og strukturer som har vist seg virksomme på tvers av programmer og tiltak vil kunne danne basis for nye tiltaksvarianter tilpasset slike målgrupper. Tiltakene bør følges med evaluering av innhold, implementering og utfall.

Utvikling og kunnskapsgenerering når det gjelder hvordan barn og familiers nettverk kan trekkes inn og mobiliseres i hjelpetiltakene.

Nettverksperspektivet og betydningen av det uformelle nettverket har bred prinsipiell tilslutning, men mindre anvendelse i praksis. Familieråd kan være et viktig virkemiddel, men det mangler kunnskap om støtte og innsatser fra mobilisert nettverk varer ved. Hvilken betydning viktige personer rundt barn og foreldre har når det gjelder utbytte av tiltak, er også lite utforsket.

Økt kunnskap om hvordan barnevernets hjelpetiltak inngår som del av et samlet tjenestetilbud til barn, ungdommer og familier.

Det mangler kunnskap om hvordan barneverntjenestens hjelpetiltak inngår i, supplerer eller overlapper med andre tjenesters tilbud til barn, ungdom og familier som lever med ulike belastninger. Videre mangler det kunnskap om fordeler og ulemper med ulike «veier inn» til hjelpetiltakene, for eksempel gjennom å forankre tiltakene i Familiens Hus. På et overordnet nivå vil forskningskunnskap om hjelpetiltakenes plass i det lokale tjenesteapparatet og om hvilke situasjoner og endringsmål som utløser hjelpetiltak, gi viktige bidrag til diskusjonen om hvem som skal være målgrupper for barnevernets hjelpetiltak.

Ulike forskningsdesign og viktighet av forløpsstudier.

Den foreliggende forskningsstatusen, ovennevnte kunnskapsbehov og den sammensatte praksisen barnevernets hjelpetiltak utgjør, tilsier at framtidig forskning må benytte seg av flere ulike forskningsdesign. Mulighet for forløpsstudier vil i mange tilfeller være avgjørende for kunnskapstilfanget.

Stringente effektstudier med et eksperimentelt design kan være mulig i visse tilfeller. Heterogene målgrupper og ulike kombinasjoner av samtidige tiltak tilsier imidlertid at andre og mer kvasi-eksperimentelle metoder oftere vil være aktuelle, jfr. de danske forsøk på å undersøke effekter av hjelpetiltak. utfordringer knyttet til å få store utvalg innenfor en barnevernpopulasjon må også tas i betraktning. I tråd med hvilke faktorer som bidrar til et kunnskapsbasert barnevern (se BLD, & Bufdir, 2009), bør forskning om barnevernets hjelpetiltak også *inkludere utøverens erfaringer, kritiske og etiske vurderinger, brukernes preferanser og kontekstuelle hensyn.*

Litteratur

- Aarts, M. (2008). *Marte Meo: basic manual*. Eindhoven: Aarts Productions.
- Amlund Hagen, K., Ogden, T., & Bjørnebekk, G. (2011). Treatment Outcomes and Mediators of Parent Management Training: A One-Year Follow-Up of Children with Conduct Problems. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(2), 165-178.
- Andenæs, A. (2004). Hvorfor ser vi ikke fattigdommen? Fra en undersøkelse av barn som blir plassert utenfor hjemmet. *Nordisk sosialt arbeid*, 24(1), 19-33.
- Andreassen, T. (2003). *Behandling av ungdom i institusjoner: hva sier forskningen?* Oslo: Kommuneforlaget.
- Angel, B. Ø., & Grønningsæter, A. B. (2013). *Miljøterapeutteam i barneverntjenesten: evaluering av miljøterapeutteam i barnevernstjenesten i Kristiansand kommune* (No. 978-82-7117-725-6). Kristiansand: Universitetet i Agder.
- Anker, M. G. (2010). *Client directed outcome informed couple therapy*. [Bergen]: University of Bergen.
- Askeland, E. (2010). *Håndbok PMTO*. Oslo: Atferdssenteret.
- Axberg, U., Hansson, K., Broberg, A. G., & Wirtberg, I. (2006). The Development of a Systemic School-Based Intervention: Marte Meo and Coordination Meetings. *Family Process*, 45(3), 375-389.
- Backe-Hansen, E. (2009). *Å sende en bekymringsmelding - eller la det være?: en kartlegging av samarbeidet mellom barnehage og barnevern*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Backe-Hansen, E., Egelund, T., & Havik, T. (2010). Barn og unge i fosterhjem: en kunnskapsstatus.
- Backe-Hansen, E., Madsen, C., Kristofersen, L. B., & Hvinden, B. (2014). *Barnevern i Norge 1990-2010: en longitudinell studie* (Vol. 9/2014). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Bagdasaryan, S. (2005). Evaluating family preservation services: Reframing the question of effectiveness. *Children and Youth Services Review*, 27, 615-635.
- Bakketeig, E., & Backe-Hansen, E. (2008). *Forskningkunnskap om ettervern*. (Vol. 17/2008). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Barlow, J., Johnston, I., Kendrick, D., Polnay, L., & Stewart-Brown, S. (2006). *Individual and group-based parenting programmes for the treatment of physical child abuse and neglect (review)*.
- Barlow, J., & McMillan, A. S. (2010). *Safeguarding children from emotional maltreatment: what works*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Barnoski, R., & Aos, S. (2004). *Outcome evaluations of Washington State's research-based programmes for juvenile offenders*. Washington: Washington State Institute for Public Policy.
- Barrett, H. (2008). *Hard-to-reach families: engagement in the voluntary and community sector*. London: Family and Parenting Institute.
- Barth, R. P. (2009). Preventing Child Abuse and Neglect with Parent Training: Evidence and Opportunities. *Future of Children*, 19(2), 95-118.
- Barth, R. P., & Lee, B. R. (2014). Common elements and common factors approaches to evidence-informed services. Stacking the building blocks of effective practice. In A. Shlonsky & R. Benbenishty (Eds.), *From evidence to outcomes in child welfare: an international reader* (pp. 59- 81). New York: Oxford University Press.

- Barth, R. P., Lee, B. R., Lindsey, M. A., Collins, K. S., Strieder, F., Chorpita, B. F., et al. (2012). Evidence-Based Practice at a Crossroads: The Timely Emergence of Common Elements and Common Factors. *Research on Social Work Practice, 22*(1), 108-119.
- Barth, R. P., & Liggett-Creel, K. (2014). Common components of parenting programs for children birth to eight years of age involved with child welfare services. *Children and Youth Services Review, 40*(0), 6-12.
- Bengtsson, S., & Nemli, A. (2006). *Oplevelsen af MST: forældres, unges og terapeuters erfaringer med multisystemisk terapi*. København: Socialforskningsinstituttet.
- Bengtsson, T. T., Knudsen, L., & Lehmann Nielsen, V. (2009). *Kortlægning af kommunernes foranstaltninger til udsatte unge* (Vol. 08:30). København: SFI.
- Berry, M., Scottey, J. C., & Brook, J. P. (2000). Intensive family preservation services: an examination of critical service components. *Child and Family Social Work, 5*(3), 191-203.
- Berzin, S. C., Cohen, E., Thomas, K., & Dawson, W. C. (2008). Does Family Group Decision Making Affect Child Welfare Outcomes? Findings from a Randomized Control Study. *Child Welfare, 87*(4), 35-54.
- Biehal, N. (2005). Working with adolescents at risk of out of home care: The effectiveness of specialist teams. *Children and Youth Services Review, 27*, 1045-1059.
- Biehal, N. (2008). Preventive Services for Adolescents: Exploring the Process of Change. *British Journal of Social Work, 38*(3), 444-461.
- Björk, A., & Jaensson, K. (1998). *Barn i kontaktfamilj*. Stockholm: Länsstyrelsen i Stockholms Län, Socialenheten.
- Bjørknes, R. (2011). *Parent management training - Oregon model: intervention effects on maternal practice and child behavior in ethnic minority families*. [Bergen]: University of Bergen.
- Bjørknes, R., Jakobsen, R., & Nærde, A. (2011). Recruiting ethnic minority groups to evidence-based parent training. Who will come and how? *Children and Youth Services Review, 33*(2), 351-357.
- Bjørknes, R., Kjøbli, J., Manger, T., & Jakobsen, R. (2012). Parent Training Among Ethnic Minorities: Parenting Practices as Mediators of Change in Child Conduct Problems. *Family Relations, 61*(1), 101-114.
- 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.
- Bjørseth, Å., McNeil, C., & Wichstrøm, L. (2015). Screening for Behavioral Disorders With the Dyadic Parent-Child Interaction Coding System: Sensitivity, Specificity, and Core Discriminative Components. *Child & Family Behavior Therapy, 37*(1), 20-37.
- Bjørseth, Å., & Wormdal, A. K. (2005). Parent-Child Interaction Therapy - Med terapeuten på øret. *Tidsskrift for norsk psykologforening, 42*, 693-699.
- BLD. (2000). *Retningslinjer om hjelpetiltak, jf. barnevernloven § 4-4. Q-0982, med endringer gitt i Q-9/00*. Retrieved from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/rundskriv/2000/retningslinjer-om-hjelpetiltak-jf-barnev.html?id=279007>.
- BLD. (2006). *Tiltaksplaner og omsorgsplaner i barneverntjenesten - en veileder*.
- BLD. (2007). *Rundskriv Q-06/2007: Oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommuner og statlige barnevernmyndigheter - herunder om betalingsordninger i barnevernet*.
- BLD. (2013). *Prop. 106L (2012-2013) Endringer i barnevernloven*.
- BLD. (2014). *Høringsnotat av 20.oktober 2014. Forslag om å utvide adgangen til å pålegge hjelpetiltak med hjemmel i lov om barneverntjenester*. Retrieved from

- <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/Horing---forslag-om-a-utvide-adgangen-til-a-palegge-hjelpetiltak-med-hjemmel-i-lov-om-barneverntjenester/id2008815/>.
- BLD. (2015). *Prop. 72L. (2014-2015) Endringer i barnevernloven (utvidet adgang til å pålegge hjelpetiltak)*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/nb/aktuelt/palegge-hjelpetiltak/id2401784/>.
- BLD, & Bufdir. (2009). *Et kunnskapsbasert barnevern. Strategi for FoU-arbeidet i Barne- og likestillingsdepartementet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. 2009-2012*.
- Bogen, H., Grønningsæter, A., & Jensen, A. (2007). *Barnevernet i Oslo og Bergen: en sammenlignende evaluering etter barnevernreformen i 2004* (Vol. 2007:11). Oslo: Forskningsstiftelsen FAFO.
- Brandtzæg, I., Smith, L., & Torsteinson, S. (2011). *Mikroseparatorer: tilknytning og behandling*. Bergen: Fagbokforl.
- Bratterud, Å., & Emilsen, K. (2013). *Barnehagen som barneverntiltak. Samarbeid mellom barnehage og barneverntjeneste*. Trondheim: Barnevernets utviklingscenter i Midt-Norge.
- Brännström, L., & Vinnerljung, B. (2015). *Långsiktiga resultat av kontaktperson/familj för äldre barn: En personorienterad ansats*. Stockholm: Institutionen för socialt arbete, Socialhögskolan, Stockholms universitet.
- Bunkholdt, V., & Sandbæk, M. (2008). *Praktisk barnevernarbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Butler, K., McArthur, M., Thomson, L., & Winkworth, G. (2012). Vulnerable Families' Use of Services: Getting What They Need. *Australian Social Work*, 65(4), 571-585.
- Cameron, M. (2014). This is Common Factors. *Clinical Social Work Journal*, 42(2), 151-160.
- Carr, A. (2009). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31(1), 3-45.
- Cassidy, J., Woodhouse, S. S., Sherman, L. J., Stupica, B., & Lejuez, C. W. (2011). Enhancing infant attachment security: An examination of treatment efficacy and differential susceptibility. *Development and Psychopathology*, 23(01), 131-148.
- Cassidy, J., Ziv, Y., Stupica, B., Sherman, L. J., Butler, H., Karfgin, A., et al. (2010). Enhancing attachment security in the infants of women in a jail-diversion program. *Attachment & Human Development*, 12(4), 333-353.
- Chaffin, M., Funderburk, B., Bard, D., Valle, L. A., & Gurwitch, R. (2011). A combined motivation and parent-child interaction therapy package reduces child welfare recidivism in a randomized dismantling field trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(1), 84-95.
- Chaffin, M., Hecht, D., Bard, D., Silovsky, J. F., & Beasley, W. H. (2012). A Statewide Trial of the SafeCare Home-based Services Model With Parents in Child Protective Services. *Pediatrics*, 129(3), 509-515.
- Chaffin, M., Silovsky, J. F., Funderburk, B., Valle, L. A., Brestan, E. V., Balachova, T., et al. (2004). Parent-Child Interaction Therapy With Physically Abusive Parents: Efficacy for Reducing Future Abuse Reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 500-510.
- Chorpita, B. F., Bernstein, A., & Daleiden, E. L. (2011). Empirically guided coordination of multiple evidence-based treatments: An illustration of relevance mapping in children's mental health services. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4), 470-480.
- Chorpita, B. F., Daleiden, E. L., & Weisz, J. R. (2005). Identifying and Selecting the Common Elements of Evidence Based Interventions: A Distillation and Matching Model. *Mental Health Services Research*, 7(1), 5-20.

- Christiansen, Ø. (2008). Hvilken type problematikk arbeider familiesenteret med? In Ø. Christiansen & B. Moldestad (Eds.), *Evaluering av hjemmebaserte tiltak i barnevernet: med Årstad familiesenter som case* (Vol. 1, pp. 73-83). Bergen: Barnevernets Utviklingssenter på vestlandet.
- Christiansen, Ø., Bakketeig, E., Madsen, C., Havnen, K.J.S., Aarland, K. & Backe-Hansen, E. *Forskningsskunnskap om barnevernets hjelpetiltak*. Bergen: Uni Research.
- Christiansen, Ø., Havnen, K., & Havik, T. (1998). Rett hjelp - til rett tid - til rette barn: visjon eller virkelighet? *Nordisk sosialt arbeid*, 18(2), 100-107.
- Christiansen, Ø., & Havnen, K. S. (2003). Plassering utenfor hjemmet - sammenbrudd eller gjennombrudd. In E. Backe-Hansen (Ed.), *Barn utenfor hjemmet: flytting i barnevernets regi*. (pp. S. 44-69). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Christiansen, Ø., & Moldestad, B. (2008). *Evaluering av hjemmebaserte tiltak i barnevernet: med Årstad familiesenter som case*. Bergen: Barnevernets utviklingssenter på Vestlandet/UNIFOB Helse.
- Christiansen, Ø., Thomsen, E. A., & Hellem, V. (2012). *Nå vet vi bedre hva vi gjør. Evaluering av hjelpetiltak i barnevernet - med tiltaksplaner som praktisk forankring*. Oslo: KS, Kommunesektorens Organisasjon.
- Clausen, S.-E. (2010). Registerdata i analyser av familier i barnevernet. In M.-A. Sørli, E. Befring & I. Frønes (Eds.), *Sårbare unge: nye perspektiver og tilnærminger*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Clausen, S.-E., & Kristofersen, L. B. (2008). *Barnevernsklienter i Norge 1990-2005: en longitudinell studie*. (Vol. 3/2008). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Clausen, S.-E., & Valset, K. (2012). Spebarn og småbarn med tiltak fra barnevernet 1995-2008: Utbredelse av omsorgssvikt og risikofaktorer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49, 642-648.
- Clifford, G. (2006). *Levekår, ulikhet og utsatte barn. Behovsbasert evaluering av poliklinisk barne- og ungdomspsykiatri og kommunalt barnevern*. Trondheim: NTNU, Regionsenter for barns og unges psykiske helse.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates.
- Cooley, M. E., Veldorale-Griffin, A., Petren, R. E., & Mullis, A. K. (2014). Parent-Child Interaction Therapy: A Meta-Analysis of Child Behavior Outcomes and Parent Stress. *Journal of Family Social Work*, 17(3), 191-208.
- Cortis, N., Katz, I., & Patulny, R. (2009). *Engaging hard-to-reach families and children. Stronger Families and Communities Strategy 2004-2009*: National Evaluation Consortium, University of New South Wales.
- Crampton, D. (2007). Research Review: Family group decision-making: a promising practice in need of more programme theory and research. *Child & Family Social Work*, 12(2), 202-209.
- Curtis, N. M., Ronan, K. R., & Bourdin, C. M. (2004). Multisystemic treatment; A meta-analysis of outcome studies. *Journal of Family Psychology*, 18, 411-419.
- Dagenais, C., Bégin, J., Bouchard, C., & Fortin, D. (2004). Impact of intensive family support programs: a synthesis of evaluation studies. *Children & Youth Service Review*, 26, 249-263.
- Damashek, A., Doughty, D., Ware, L., & Silovsky, J. (2011). Predictors of Client Engagement and Attrition in Home-Based Child Maltreatment Prevention Services. *Child Maltreatment*, 16(1), 9-20.

- de Graaf, I., Speetjens, P., Smit, F., de Wolff, M., & Tavecchio, L. (2008a). Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on behavioral problems in children: a meta-analysis. *Behav Modif*, *32*, 714 - 735.
- de Graaf, I., Speetjens, P., Smit, F., de Wolff, M., & Tavecchio, L. (2008b). Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on parenting: A meta-analysis. *Fam Relat*, *57*, 553 - 566.
- Deloitte, & KS FoU. (2012). Barnevern i små kommuner - status og utfordringer
- Doherty, P., Hall, M., & Kinder, K. (2003). On Track thematic report: assessment, referral and hard-to-reach groups, Research Report 475, National Foundation for Educational Research, viewed online at <, Research Report (Vol. 475, Available from <http://www.dfes.gov.uk/research/data/uploadfiles/RR475.pdf>
- Drake, E. K., Aos, S., & Miller, M. G. (2009). Evidence-Based Public Policy Options to Reduce Crime and Criminal Justice Costs: Implications in Washington State. *Victims & Offenders*, *4*(2), 170-196.
- Drugli, M. B. (2011). Beskrivelse og vurdering av tiltaket: Circle of Security (COS) International - Intervention. In M. r. Martinussen (Ed.), *Ungsinn.no* (02.03.12. ed., Vol. Tiltak nr. 26). Tromsø.
- Drugli, M. B., & Larsson, B. (2006). Children aged 4–8 years treated with parent training and child therapy because of conduct problems: generalisation effects to day-care and school settings. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *15*(7), 392-399.
- Drugli, M. B., Larsson, B., & Clifford, G. (2007). Changes in social competence in young children treated because of conduct problems as viewed by multiple informants. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *16*(6), 370-378.
- Drugli, M. B., Larsson, B., Fossum, S., & Mørch, W.-T. (2010). Five- to six-year outcome and its prediction for children with ODD/CD treated with parent training. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *51*(5), 559-566.
- Duncan, B. L., Sparks, J., & Miller, S. D. (2004). *The heroic client: a revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Dyb, E., & Johannessen, K. (2013). *Bostedsløse i Norge 2012 - en kartlegging*. Oslo: NIBR.
- Dyrhaug, T., & Sky, V. (2015). Barn og unge med innvandrerbakgrunn i barnevernet 2012 (Vol. 16, Available from <http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/barn-og-unge-med-innvandrerbakgrunn-i-barnevernet-2012?fane=om#content>
- Eckenrode, J., Campa, M., Luckey, D. W., & et al. (2010). Long-term effects of prenatal and infancy nurse home visitation on the life course of youths: 19-year follow-up of a randomized trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *164*(1), 9-15.
- Eide, K., Qureshi, N. A., Rugkåsa, M., & Vike, H. (Eds.). (2009). *Over profesjonelle barrierer: et minoritetsperspektiv i psykososialt arbeid med barn og unge*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Emilsen, K., & Bratterud, Å. (2013). Barnehage som barneverntiltak - et kvalitativt godt tilbud for barn og deres foreldre? *FoU i praksis 2012: conference proceedings. Trondheim, 23. og 24. april 2012* (pp. 78-85): Akademika forlag.
- Eyberg, S. M., Nelson, M. M., & Boggs, S. R. (2008). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Children and Adolescents With Disruptive Behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *37*(1), 215-237.
- Ezell, M., Spath, R., Zeira, A., Canali, C., Fernandez, E., Thoburn, J., et al. (2011). An international classification system for child welfare programs. *Children and Youth Services Review*, *33*(10), 1847-1854.

- Falck, S. (2006). *Hva er det med familieråd? Samlerapport fra prosjektet "Nasjonal satsing for utprøving og evaluering av familieråd i Norge"*. Oslo: NOVA.
- Falck, S., & Clausen, S.-E. (2006). Endrer familieråd barnas situasjon? En kvantitativ analyse av hvem de er og hvordan det gikk. In S. Falck (Ed.), *Hva er det med familieråd? Samlerapport fra prosjektet "Nasjonal satsing for utåprøving og evaluering av familieråd i Norge"*. Oslo: NOVA.
- Falck, S., Havnen, K., Vik, S., Hyrve, G., & Figenschow, W. (2006). Hva er familieråd? Modell og datamateriale. In S. Falck (Ed.), *Hva er det med familieråd? Samlerapport fra prosjektet "Nasjonal satsing for utprøving og evaluering av familieråd i Norge"* (Vol. 18, pp. 15-34). Oslo: Nova.
- Falck, S., & Mathisen, A. S. (2010). *Implementering med problemer: evaluering av familieråd i Oslo brukt i familier med minoritetsbakgrunn* (Vol. nr. 9/2010). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Fauske, H., Lichtwarck, W., Marthinsen, E., Willumsen, E., Clifford, G., & Kojan, B. H. (2009). *Barnevernet på ny kurs? Det Nye barnevernet: et forsknings- og utviklingsprosjekt i Barnevernet. Sluttrapport fase 1* (No. 978-82-7321-582-6). Bodø: Nordlandsforskning.
- Fernandez, E. (2007). Supporting children and responding to their families: Capturing the evidence on family support. *Children and Youth Services Review*, 29(10), 1368-1394.
- Figenschow, W. (2006). Handlingsplaner og tiltaksplaner. En sammenligning. In S. Falck (Ed.), *Hva er det med familieråd? Samlerapport fra prosjektet "Nasjonal satsing for utåprøving og evaluering av familieråd i Norge"* (pp. 201-226). Oslo: NOVA.
- Forrester, D., Pokhrel, S., McDonald, L., Giannou, D., Waissbein, C., Binnie, C., et al. (2008). *Final Report on the Evaluation of "Option 2"* Welsh Assembly Government.
- Forsman, H., & Vinnerljung, B. (2012). Interventions aiming to improve school achievements of children in out-of-home care: A scoping review. *Children and Youth Services Review*, 34(6), 1084-1091.
- Fossum, S. (2012). *Familie- og nettverksavdelingene ved de statlige barneverninstitusjonene i Region Nord*. Tromsø: RKBU Nord, UiT.
- Fossum, S. (2013). Beskrivelse og vurdering av tiltaket: Tidlig intervensjon for barn i risiko (TIBIR) – foreldregruppeintervensjonen. In I. M. Martinussen (Ed.), *Ungsinn* (Vol. Tiltak nr. 14). Tromsø.
- Fossum, S., Handegård, B., Drugli, M. B., & Mørch, W.-T. (2010). Utviklingen i barns utagerende atferd og mødres oppdragspraksis etter foreldretrening. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47(7), 601-607.
- Fossum, S., Kjøbli, J., Britt Drugli, M., Helge Handegård, B., Mørch, W.-T., & Ogden, T. (2014). Comparing two evidence-based parent training interventions for aggressive children. *Journal of Children's Services*, 9(4), 319-329.
- Frost, N., Abram, F., & Burgess, H. (2013). Family group conferences: evidence, outcomes and future research. *Child & Family Social Work*, n/a-n/a.
- Fukkink, R. G. (2008). Video feedback in widescreen: A meta-analysis of family programs. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 904-916.
- Furlong, M., McGilloway, S., Bywater, T., Hutchings, J., Smith, S., & Donnelly, M. (2012). Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. Issue 2. Art. No.: CD008225. DOI: 10.1002/14651858.CD008225.pub2. *Cochrane Database Syst Rev*, 2, CD008225.
- Fängström, K., & Sarkadi, A. (2012). *Som hand i handske - förskolan som arena för föräldrastöd*: Uppsala Universiät & Uppsals Kommun.

- Gardner, R., Hodson, D., Churchill, G., & Cotmore, R. (2014). Transporting and Implementing the SafeCare® Home-Based Programme for Parents, Designed to Reduce and Mitigate the Effects of Child Neglect: An Initial Progress Report. *Child Abuse Review*, 23(4), 297-303.
- Garland, A. F., Hawley, K. M., Brookman-Frazee, L., & Hurlburt, M. S. (2008). Identifying Common Elements of Evidence-Based Psychosocial Treatments for Children's Disruptive Behavior Problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(5), 505-514.
- 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.
- Gershater-Molko, R., Lutzker, J., & Wesch, D. (2003). Project SafeCare: Improving Health, Safety, and Parenting Skills in Families Reported for, and At-Risk for Child Maltreatment. *Journal of Family Violence*, 18(6), 377-386.
- Girvin, H., DePanfilis, D., & Daining, C. (2007). Predicting Program Completion Among Families Enrolled in a Child Neglect Preventive Intervention. *Research on Social Work Practice*, 17(6), 674-685.
- Gjerustad, C., Grønningsæter, A., Kvinge, T., Mossige, S., & Vindegg, J. (2006). *Bare fantasien setter grenser?: om kommunenes bruk av hjelpetiltak i barnevernet*. Oslo: Forskningsstiftelsen FAFO.
- Glad, K. A., Øverlien, C., & Øverlien, C. (2010). *Forebygging av fysiske og seksuelle overgrep mot barn: en kunnskapsoversikt*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Goldman Fraser, J., Lloyd, S. W., Murphy, R. A., Crowson, M. M., Casanueva, C., Zolotor, A., et al. (2013). *Child Exposure to Trauma: Comparative Effectiveness of Interventions Addressing Maltreatment*. *Comparative Effectiveness* (Vol. Review No. 89). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Goldstein, A. P., Glick, B., & Gibbs, J. C. (1998). *Aggression replacement training: a comprehensive intervention for aggressive youth*. Champaign, Ill.: Research Press.
- Gordon, D. M., Oliveros, A., Hawes, S. W., Iwamoto, D. K., & Rayford, B. S. (2012). Engaging fathers in child protection services: A review of factors and strategies across ecological systems. *Children and Youth Services Review*, 34(8), 1399-1417.
- Greenberg, M. T., Kusche, C., & Mihalic, S. F. (1998). Promoting alternative thinking strategies (paths). In D. S. Elliot (Ed.), *Blueprints for violence prevention*. (Vol. 10): University of Colorado at Boulder Ctr for the Study and Prevention of Violence.
- Greve, M., & Thastum, M. (2008). *Resultatevaluering af Multisystemisk Terapi i Danmark 2004-2007*: Servicestyrelsen, Socialministeriet.
- Guastafarro, K. M., Lutzker, J. R., Graham, M. L., Shanley, J. R., & Whitaker, D. J. (2012). SafeCare®: Historical Perspective and Dynamic Development of an Evidence-Based Scaled-Up Model for the Prevention of Child Maltreatment. *Psychosocial Intervention*, 21(2), 171-180.
- Gundersen, K., & Svartdal, F. (2006). Aggression Replacement Training in Norway: Outcome evaluation of 11 Norwegian student projects. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 50(1), 63-81.
- Gundersen, K., & Svartdal, F. (2010). Diffusion of treatment interventions: exploration of 'secondary' treatment diffusion. *Psychology, Crime & Law*, 16(3), 233-249.
- Gustavsen, A. (2010). *Sammendrag av resultater fra videre dataanalyse i Fase I av "Det nye barnevernet"*. Bodø: Nordlandsforskning.
- Gustle, L.-H., Hansson, K., Sundell, K., Lundh, L.-G., & Lofholm, C. A. (2007). Blueprints in Sweden. Symptom load in Swedish adolescents in studies of Functional Family

- Therapy (FFT), Multisystemic Therapy (MST) and Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC). *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(6), 443-451.
- Hafstad, R., & Øvreeide, H. (2004). Marte meo - en veilednings- og behandlingsmetode. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 41.
- Halvorsen, B. (2011). *Muligheter og begrensninger: Samarbeid mellom barnehage og barnevern når barnehageplass er tiltak under barnevernet*. Norwegian University of Science and Technology.
- Hansen, H., Skov, P. R., & Sørensen, K. M. (2012). *Støtte til utsatte børnefamilier. En effektmåling af familiebehandling og praktisk pædagogisk støtte* (No. 12:34). København: SFI, Det nationale forskningscenter for velfærd.
- Hansson, K. (2001). *Familjebehandling på goda grunder. En forskningsbaserad översikt*. Stockholm: Gothia.
- Hansson, K., Johansson, P. E. R., Drott-Englén, G. U. N., & Benderix, Y. (2004). Funktionell familjeterapi i barnpsykiatrisk praxis. *Nordisk Psykologi*, 56(4), 304-320.
- Havik, T. (2004). Plassering utenfor hjemmet som hjelpetiltak - Når skjedde det og hvordan gikk det? *Tidsskriftet Norges Barnevern*, 81(2), 30-40.
- Havnen, K. (2006). Kva er det egentleg med familieråd? Foreldre sine synspunkt, erfaringar og opplevingar. In S. Falck (Ed.), *Hva er det med familieråd? Samlerapport fra prosjektet "Nasjonal satsing for utåprøving og evaluering av familieråd i Norge"* (Vol. 18, pp. 105-166). Oslo: Nova.
- Havnen, K., & Christiansen, Ø. (2014). *Kunnskapsstatus om familieråd: erfaringer og effekter*. Bergen: Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU Vest), Uni Research Helse.
- Heino, T. (2009). *Family Group Conference from a Child Perspective. Nordic Research Report*. Jyväskylä: National Institute for Health and Welfare.
- Hellevik, T. (2005). *På egne ben: unges etableringsfase i Norge* (Vol. nr 28). Oslo: Unipub.
- Helsetilsynet. (2012). *Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 med kommunalt barnevern - undersøkelse og evaluering*. Oslo: Helsetilsynet.
- Herschell, A. D., Calzada, E. J., Eyberg, S. M., & McNeil, C. B. (2002). Parent-child interaction therapy: New directions in research. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(1), 9-16.
- Hobbel, S., & Drugli, M. B. (2013). Symptom changes of oppositional defiant disorder after treatment with the Incredible Years Program. *Nordic Journal of Psychiatry*, 67(2), 97-103.
- Hoffman, K. T., Marvin, R. S., Cooper, G., & Powell, B. (2006). Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: The circle of security intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1017-1026.
- Holm-Hansen, J., Haaland, T., & Myrvold, T. (2007). *Flerkulturelt barnevern: en kunnskapsoversikt* (Vol. 2007:10). Oslo: NIBR.
- Holten, S. (2011). *Trygg klasseledelse: i dialog med elevene : erfaringer fra videoveiledning med Marte Meo-metoden*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Horverak, S. (2009). *Familieråd og nettverksråd*. Oslo: Universitetsforl.
- Hove, H. (2006). *Barnevernloven 17. juli 1992 nr. 100*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Howe, D. (2005). *Child abuse and neglect: attachment, development and intervention*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Hundeide, K. (1996). *Ledet samspill: håndbok til ICDPs sensitiviseringsprogram*. Nesbru: International Child Development Programs.
- Hundeide, K., & Armstrong, N. (2011). ICDP approach to awareness-raising about children's rights and preventing violence, child abuse, and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 35(12), 1053-1062.

- Hyldmo, I., Nordhus, I. H., & Hafstad, R. (2004). Marte Meo: En veiledningsmetode anvendt i demensomsorgen. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 41, 16-20.
- Hyrve, G. (2006). Familieråd sett ut i fra saksbehandlers ståsted. In S. Falck (Ed.), *Hva er det med familieråd? Samlerapport fra prosjektet "Nasjonal satsing for utprøving og evaluering av familieråd i Norge"* (Vol. 18, pp. 167-200). Oslo.
- Høivik, M. S., Lydersen, S., Drugli, M. B., Onsøien, R., Hansen, M. B., & Berg-Nielsen, T. S. (2015). Video feedback compared to treatment as usual in families with parent-child interactions problems: a randomized controlled trial. *interventions*, 18, 19.
- Jakobsen, R., & Solholm, R. (2009). *Evaluering av PMTO-kurs for fosterforeldre: en effektstudie*. Bergen: Barnevernets utviklingscenter på Vestlandet/UNIFOB Helse.
- Jektvik, E. L. W. (2011). *En vanlig familie med et vanlig barn: En kvalitativ studie av fire foreldres opplevelse av å bruke barnehageplass som et hjelpetiltak i barnevernet*. Norwegian University of Science and Technology.
- Jensen, T. (2012). *Familie- og nettverksarbeid i statlige barneverninstitusjoner, Region Nord - Fokusgruppeundersøkelsen*. Tromsø: RKBU Nord, UiT.
- Johansen, M. (2010). *Hvordan er ulike variabler ved familien, foreldrene og barnet relatert til familiens utbytte av PMTO-rådgivning?* Oslo: M. Johansen.
- Johansen, N. S. (2012). *Testing and assessing the effects of Family-Aggression Replacement Training (Family ART)*. Tromsø: University of Tromsø.
- Johnson, M. A., Stone, S., Lou, C., Ling, J., Ciaassen, J., & Austin, M. J. (2008). Assessing Parent Education Programs for Families Involved with Child Welfare Services. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 5(1-2), 191-236.
- Kalve, T., & Dyrhaug, T. (2011). *Barn og unge med innvanderbakgrunn i barnevernet 2009* (No. 97882-537-8239-3). Oslo: SSB.
- Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H., & Boyle, C. L. (2008). A Meta-analytic Review of Components Associated with Parent Training Program Effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(4), 567-589.
- Kauniz, C., & Strandberg, A. (2009). Aggression Replacement Training (ART) i Sverige - evidensbaserad socialtjänst i praktiken *Socionomen*, 26(6), 37-50.
- Kennedy, S. C., Kim, J. S., Tripodi, S. J., Brown, S. M., & Gowdy, G. (2014). Does Parent-Child Interaction Therapy Reduce Future Physical Abuse? A Meta-Analysis. *Research on Social Work Practice*.
- Killén, K. (2012). *Forebyggende arbeid i barnehagen: samspill og tilknytning*. Oslo: Kommuneforl.
- 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.
- Kjøbli, J., & Ogden, T. (2012). A Randomized Effectiveness Trial of Brief Parent Training in Primary Care Settings. *Prevention Science*, 13(6), 616-626.
- Kling, Å., Sundell, K., Melin, L., & Forster, M. (2006). *Komet för föräldrar. En randomiserad effektutvärdering av ett föräldraprogram för barns beteendeproblem*.
- Knudsen, L., & Lehmann Nielsen, V. (2010). *Effekten af kommunernes forebyggende foranstaltninger for unge: forebyggende foranstaltninger i eget miljø sammenlignet med anbringelse uden for hjemmet* (Vol. 10:13). København: SFI.
- Kojan, B. H. (2011). *Klasseblikk på et barnevern i vekst*. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.
- Kornør, H. (2014). Beskrivelse og vurdering av tiltaket MST - Multisystemisk terapi. In M. Martinussen (Ed.), *Ungsinn* (Vol. Tiltak nr. 42). Tromsø: RKBU Nord, Universitetet i Tromsø.

- Kristofersen, L. B. (2005). *Barnevernbarnas helse: uførhet og dødelighet i perioden 1990-2002*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Kristofersen, L. B., Sverdrup, S., Haaland, T., & Wang Andresen, I.-H. (2006). *Hjelpetiltak i barnevernet - virker de?* (No. 7). Oslo: NIBR.
- Križ, K., & Skivenes, M. (2010). 'Knowing Our Society' and 'Fighting Against Prejudices': How Child Welfare Workers in Norway and England Perceive the Challenges of Minority Parents. *British Journal of Social Work*, 40(8), 2634-2651.
- Kvello, Ø. (2010). *Barn i risiko: skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvello, Ø., & Wendelborg, C. (2002). *Nasjonal evaluering av skolefritidsordningen: belyst i et helhetlig perspektiv på barns oppvekstmiljø* (Vol. 2002:4). Steinkjer: Nord-Trøndelagsforskning.
- Kvello, Ø., & Wendelborg, C. (2003). Skolefritidsordningen – så ille som sitt rykte? Resultater fra den nasjonale evalueringen av skolefritidsordningen: Status og utfordringer. *Barn*(4), 59-75.
- Larsen, E. (2008). Forsterket foreldreskap: foreldres erfaringer med støttekontakt og besøkshjem fra barnevernet. In B. P. Bø & B. C. R. Olsen (Eds.), *Utfordrende foreldreskap: under ulike livsbetingelser og tradisjoner* (pp. s. 51-72). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Larsen, E. (2009). Foreldreskap med offentlig sosial støtte: foreldres opplevelser av mestring når barna mottar støttekontakt eller besøkshjem fra barneverntjenesten. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 12(2), 105-117.
- Larsen, E. (2011). Help or formality? Children's experiences of participation in home-based child welfare cases: A Norwegian example. *Nordic Social Work Research*, 1(1), 43-60.
- Larsson, B., Fossum, S., Clifford, G., Drugli, M., Handegård, B., & Mørch, W.-T. (2009). Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(1), 42-52.
- Lausten, M. (2010). *Introduktion til dialogprojektet: Dialoggruppe - om forebyggelse som alternativ til anbringelse, Delrapport 1* (Vol. 10:02). København: SFI.
- Lausten, M., Hansen, H., & Jensen, V. M. (2013). *God praksis i forebyggende arbejde. Samlet evaluering af dialogprojektet*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Lindsey, D., Sacha, M., & Doh, J. (2002). The failure of Intensive Casework Services to reduce Foster Care Placements: An examination of Family Preservation Studies. *Children & Youth Service Review*, 24(9/10), 743-775.
- Littell, J. H., Popa, M., & Forsythe, B. (2005). *Multisystemic Therapy for Social, Emotional, and Behavioural Problems in Youth Aged 10-17*. København: Nordic Campell Center.
- Littell, J. H., & Schuerman, J. R. (2002). What works best for whom? A closer look at intensive family preservation services. *Children and Youth Services Review*, 24(9-10), 673-699.
- Littell, J. H., Winsvold, A., Bjørndal, A., & Hammarstrøm, K. (2009). Functional Family Therapy for families of youth (age 11-18) with behaviour problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). doi:10.1002/14651858.CD006561
- Lundahl, B. W., Nimer, J., & Parsons, B. (2006). Preventing Child Abuse: A Meta-Analysis of Parent Training Programs. *Research on Social Work Practice*, 16(3), 251-262.
- Löfholm, C. A., Olsson, T., Sundell, K., & Hansson, K. (2009). *Multisystemisk terapi för ungdomar med allvarliga beteendeproblem. Resultat efter två år.*: Institution för utveckling av metoder i socialt arbete, Socialstyrelsen.

- MacMillan, H. L., Wathen, C. N., Barlow, J., Fergusson, D. M., Leventhal, J. M., & Taussig, H. N. (2009). Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *The Lancet*, 373(9659), 250-266.
- Malmberg-Heimonen, I. (2011). The Effects of Family Group Conferences on Social Support and Mental Health for Longer-Term Social Assistance Recipients in Norway. *British Journal of Social Work*, 41(5), 949-967.
- Malmberg-Heimonen, I., & Johansen, S. (2013). Understanding the longer-term effects of family group conferences. *European Journal of Social Work*, 1-16.
- McCurdy, K., & Daro, D. (2001). Parent Involvement in Family Support Programs: An Integrated Theory*. *Family Relations*, 50(2), 113-121.
- Mejdoubi, J., van den Heijkant, S. C., van Leerdam, F. J., Heymans, M. W., Hirasing, R. A., & Crijnen, A. A. (2013). Effect of Nurse Home Visits vs. Usual Care on Reducing Intimate Partner Violence in Young High-Risk Pregnant Women: A Randomized Controlled Trial. *PLoS one*, 8(10), e78185.
- Mercer, J. (2015). Examining Circle of Security™: A Review of Research and Theory. *Research on Social Work Practice*, 25(3), 382-392.
- Mikton, C., & Butchart, A. (2009). Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews. *Bulletin of the World Health Organization*, 87, 353-361.
- Moldestad, B. (2008). Årstad familiesenter, bakgrunn og intensjoner. In Ø. Christiansen & B. Moldestad (Eds.), *Evaluering av hjemmebaserte tiltak i barnevernet - med Årstad familiesenter som case* (Vol. 1, pp. 26-31). Bergen: Barnevernets Utviklingssenter på Vestlandet.
- Moran, P. (2009). *Neglect: Research Evidence to Inform Practice*. Watford: Action for Children.
- Moran, P., & Ghate, D. (2005). The Effectiveness of Parenting Support. *Children & Society*, 19, 329-336.
- Moran, P., Ghate, D., & van der Merwe, A. (2004). *What Works in Parenting Support? E Review of the International Evidence*. London: Department for Education and Skills.
- Morris, K., & Connolly, M. (2012). Family decision making in child welfare: challenges in developing a knowledge base for practice. *Child Abuse Review*, 21(1), 41-52.
- Morthort Rasmussen, B., & Haldbo Hansen, H. (2002). *En beslutningsmodel med meget mere: en undersøgelse af "Det danske forsøg med Familierådslagning"*. Aabenraa: UDC Børn og Familier.
- Myrvold, T. M., Møller, G., Zeiner, H., Vardheim, I., Helgesen, M., & Kvinge, K. (2011). *Den vanskelige samhandlingen: evaluering av forvaltningsreformen i barnevernet* (Vol. 2011:25). Oslo: NIBR.
- Mørch, W.-T. (2013). Beskrivelse og vurdering av tiltaket: Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR) – Rådgiverintervensjonen. In I. M. Martinussen (Ed.), *Ungsinn* (Vol. tiltak nr. 5). Tromsø.
- Mørch, W.-T., & Drugli, M. B. (2011). Funn fra forskning på «De utrolige årene»: Behandling som hjelper mot atferdsproblemer. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 48, 486-488.
- Mørkrid, D., & Christensen, B. (2007). Funksjonell familieterapi: En evidensbasert familieterapeutisk behandling for ungdom og familier med alvorlige atferdsvansker. *Norges Barnevern*, 84(3), 15-23.
- Neander, K. (2011). *Mötets magi: om samspelsbehandling och vardagens välgörande möten*. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset.
- Neander, K., & Engström, I. (2009). Parents' assessment of parent-child interaction interventions – a longitudinal study in 101 families. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3(1), 1-20.

- Neumann, C. B. (2010). *LINK Evaluering av et hjemmebasert hjelpetiltak. AFI-notat 1/2010*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Nilsen, E. C. M. (2013). *Barnehageplass som hjelpetiltak: sett fra mødres, barnehagepersonell og barnevernsansattes perspektiver*. [Bodø]: Universitetet i Nordland.
- Nordahl, T. (2003). *Alvorlige atferdsvansker: effektiv forebygging og mestring i skolen*. [Oslo]: Læringssenteret.
- NOU 2000:12. *Barnevernet i Norge. Tilstandsvurderinger, nye perspektiver og forslag til reformer*.
- NOU 2012:5. *Bedre beskyttelse av barns utvikling. Ekspertutvalgets utredning om det biologiske prinsipp i barnevernet*.
- Nowak, C., & Heinrichs, N. (2008). A comprehensive meta-analysis of Triple P-Positive Parenting Program using hierarchical linear modeling: effectiveness and moderating variables. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 11, 114 - 144.
- Ofstad, K., & Skar, R. (2009). *Barnevernloven: med kommentarer*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ogden, T. (2010). *Familiebasert behandling av alvorlige atferdsproblemer blant barn og ungdom: evaluering og implementering av evidensbaserte behandlingsprogrammer i Norge*. [Bergen]: Universitetet i Bergen.
- Ogden, T., & Amlund Hagen, K. (2006). Multisystemic Treatment of Serious Behaviour Problems in Youth: Sustainability of Effectiveness Two Years after Intake. *Child and adolescent mental health*, 11(3), 142-149.
- Ogden, T., & Amlund Hagen, K. (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.
- Ogden, T., & Amlund Hagen, K. (2009). What works for whom? Gender differences in intake characteristics and treatment outcomes following Multisystemic Therapy. *Journal of Adolescence*, 32(6), 1425-1435.
- 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, 76-82.
- Olds, D. L. (2008). Preventing Child Maltreatment and Crime with Prenatal and Infancy Support of Parents: The Nurse-Family Partnership. *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention*, 9(sup1), 2-24.
- Omre, C., & Schjelderup, L. E. (2009). *Barn i barnevernet: en studie om barns deltakelse og styrkeprosesser i familieråd*. Trondheim: Tapir akademisk forl.
- Pecora, P. J., Sanders, D., Wilson, D., English, D., Puckett, A., & Rudlang-Perman, K. (2014). Addressing common forms of child maltreatment: evidence-informed interventions and gaps in current knowledge. *Child & Family Social Work*, 19(3), 321-332.
- Piquero, A., Farrington, D., Welsh, B., Tremblay, R., & Jennings, W. (2008). *Effects of early family/parent training programs on antisocial behavior and delinquency*: Campbell Collaboration.
- Platt, D. (2012). Understanding parental engagement with child welfare services: an integrated model. *Child & Family Social Work*, 17(2), 138-148.
- Puyenbroeck, H. v., Loots, G., Grietens, H., Jacquet, W., Vanderfaeillie, J., & Escudero, v. (2009). Intensive family preservation services in Flanders: an outcome study. *Child & Family Social Work*, 14(2), 222-232.
- Randal Sølve, B. (2009). *Hvordan forstår og vektlegger barnevernarbeidere etnisitet i arbeidet med minoritetsetniske barn og deres familier?* Bergen: S.B. Randal.

- Rasmusson, B. (2009). *Analys, bedömning och beslut i utredningar enligt BBIC*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Riksrevisjonen. (2012). *Riksrevisjonens undersøkelse om det kommunale barnevernet og bruken av statlige virkemidler*. Retrieved from <http://www.riksrevisjonen.no/Rapporter/Sider/BarnevernStat.aspx>.
- Saasen, R., & Løkholm, T. (2010). Andre tiltak – de skjulte tiltakene. *Norges Barnevern*, 87(3), 182-194.
- Sandbæk, M. (2002). *Barn og foreldre som sosiale aktører i møte med hjelpetjenester*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, Oslo.
- Sanders, M. R. (2008). Triple P-Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting. *Journal of Family Psychology*, 22(4), 506-517.
- Sanders, M. R., & Pidgeon, A. (2011). The Role of Parenting Programmes in the Prevention of Child Maltreatment. *Australian Psychologist*, 46(4), 199-209.
- Sandvik, M. (2007). *Basisteamet i Kristiansund: en studie av et hjemmebasert tiltak i det moderne barnevernet*. NTNU, Trondheim.
- Seeberg, M. L. (2011). *Kunnskapsstatus (1990-2010): forskning om etnisk diskriminering av barn og unge* (Vol. 8/2011). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Sexton, T., & Alexander, J. F. (2005). Functional Family Therapy for Externalizing Disorders in Adolescents *Handbook of clinical family therapy* (pp. 164-191). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Sexton, T., & Turner, C. W. (2010). The effectiveness of functional family therapy for youth with behavioral problems in a community practice setting. *Journal of Family Psychology*, 24(3), 339-348.
- Sherr, L., Skar, A.-M. S., Clucas, C., Tetzchner, S. v., & Hundeide, K. (2011). *Evaluation of the Parental guidance programme based on the International Child Development Programme. Report to the Ministry of Children, Equality, and Social Inclusion*. Oslo.
- Sherr, L., Skar, A.-M. S., Clucas, C., Tetzchner, S. v., & Hundeide, K. (2013). Evaluation of the International Child Development Programme (ICDP) as a community-wide parenting programme. *European Journal of Developmental Psychology*, 1-17.
- Sigmarsdóttir, M., & Guðmundsdóttir, E. V. (2013). Implementation of Parent Management Training—Oregon Model (PMTOTM) in Iceland: Building Sustained Fidelity. *Family Process*, 52(2), 216-227.
- Skilbred, D. (2005). Marte Meo - metoden. In L. Schjelderup, C. Omre & E. Marthinsen (Eds.), *Nye metoder i et moderne barnevern* (pp. 129-151). Bergen: Fagbokforlaget.
- Skilbred, D. & Havnen, K.J.S. (2015). Råd og veiledning som hjelpetiltak. I Christiansen, Ø., Bakketeig, E., Madsen, C., Havnen, K.J.S., Aarland, K. & Backe-Hansen, E. *Forskningsskunnskap om barnevernets hjelpetiltak*. Bergen: Uni Research.
- Skivenes, M., & Strandbu, A. (2004). Barn og familieråd. En analyse av det organisatoriske rammeverket for barns medvirkning i barnevernet. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 7(4), 213-228.
- Skivenes, M., & Strandbu, A. (2006). A Child perspective and participation for children. *Children Youth and Environments*, 16(2), 10-27.
- Skytte, M. (2010). *Evaluering af fire danske kommuners implementering af familierådslagning i etniske minoritetsfamilier*. Aalborg: Institutt for sociologi, socialt arbejde og organisation, Aalborg Universitet.
- Slettebø, T., & Askeland, G. A. (2013). *Kvalitetskriterier i sosialfaglig arbeid. Utprøving av Klient- og resultatstyrt praksis (KOR) i Arbeids- og velferdsforvaltningen, barneverntjenesten, habiliteringstjenesten og kriminalomsorgens fromsorg*. Oslo: Diakonhjemmets Høgskole.

- Socialstyrelsen. (2014). *Utvärdering av Multisystemisk terapi för ungdomar med alvarliga beteendeproblem. Resultat efter fem år*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Soldal, K. A. (2005). Gode hjelpere. *Embla*(6).
- Solholm, R., Askeland, E., & Christiansen, T. (2005). Parent Management Training - Oregon-modellen. Teori, behandlingsprogram og implementering i Norge. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42, 687-597.
- Spielberger, J., Rich, L., Winje, C., & Scannell, M. (2010). *Supporting Low-Income Parents of Young Children. The Palm Beach County Family Study Fourth Annual Report. Report Executive Summary*. Chicago: Chapin Hall at the University of Chicago.
- SSB. (2013a). Barnevern 2012. Fleire barn under omsorg. Retrieved from <http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/statistikker/barneverng>
- SSB. (2013b). Statleg barnevern - StatRes, 2012: Fleire barn i statlege fosterheimar. Retrieved from http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/statistikker/bave_statres
- SSB. (2014). Barnevern 2013. Talet på barn med tiltak frå barnevernet stabiliserer seg. Retrieved 15.12.14., from SSB: <http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/statistikker/barneverng>
- Stang, E. G. (2007). *Det er barnets sak: Barnets rettsstilling i sak om hjelpetiltak etter barnevernloven § 4-4*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Staudt, M. (2007). Treatment Engagement with Caregivers of At-risk Children: Gaps in Research and Conceptualization. *Journal of Child and Family Studies*, 16(2), 183-196.
- Stein, M. (2006). Research Review: Young people leaving care. *Child & Family Social Work*, 11(3), 273-279.
- Storø, J. (2012). *Ettervern og overgang for ungdom i barnevernet*. Oslo: Universitetsforl.
- Strandbu, A. (2007). *Barns deltakelse og barneperspektivet i familierådsmoellen*. Institutt for pedagogikk og lærerutdanning, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Sundell, K., & Hæggen, U. (1999). *Familjerådslag i Sverige: [en utvärdering av Svenska kommunförbundets försöksverksamhet]* (Vol. 1999:1). Stockholm: Resursförvaltningen för skola och socialtjänst ; Distribution: Helsingborg : FoU-enheten.
- Sundell, K., & Vinnerljung, B. (2004). Outcomes of family group conferencing in Sweden - A 3-year follow-up. *Child Abuse & Neglect*, 28(3), 267-287.
- Sundnes, A. (2006). Barnehage som hjelpetiltak for barn under tre år: hvorfor brukes det så sjelden? *Tidsskriftet Norges Barnevern*, 83(3), 9-17.
- Sundnes, A., Gulbrandsen, L., Andenæs, A., & Clausen, S.-E. (2004). *-og imens går tida: barnevern, barnehage og kontantstøtte* (Vol. 6/2004). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Thoburn, J. (2010). Towards knowledge-based practice in complex child protection cases: a research-based expert briefing. *Journal of Children's Services*, 5(1), 9-24.
- Thomas, R., & Zimmer-Gembeck, M. (2007). Behavioral outcomes of parent-child interaction therapy and Triple P-Positive Parenting Program: a review and meta-analysis. *J Abnorm Child Psychol*, 35, 475 - 495.
- Tjelflaat, T., & Ulset, G. (2008). *Vekst-ivaretagelse-trivsel: evaluering av VIT - et hjelpetiltak i barneverntjenesten i Ålesund kommune* (Vol. 13/2008). Dragvoll: Utviklingssenteret.
- Tømmerås, T. (2012). *Sosioøkonomisk status og økonomiske stressorer: betydning for utbytte av PMTO-behandling*. Oslo: T. Tømmeråas.
- Ulvund, S. E., & Eng, H. (2012). Beskrivelse og vurdering av tiltaket: Circle of Security (COS) Virginia - Familiemodell. In M. r. Martinussen (Ed.), *Ungsinn* (Vol. Tiltak nr. 35). Tromsø.

- Ulvund, S. E., & Eng, H. (2013). Beskrivelse og vurdering av tiltaket: Circle of security (COS) Virginia - Gruppe., from UiT: http://ungsinn.no/ungsinn/startside/artikkel?p_document_id=322701
- van der Stouwe, T., Asscher, J. J., Stams, G. J. J. M., Deković, M., & van der Laan, P. H. (2014). The effectiveness of Multisystemic Therapy (MST): A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 34*(6), 468-481.
- Veerman, J., de Kemp, R. T., ten Brink, L. T., Slot, N. W., & Scholte, E. (2003). The Implementation of Families First in the Netherlands: A One Year Follow-Up. *Child Psychiatry and Human Development, 33*(3), 227-244.
- Vik, K. (2010). *"from the outside looking in": a phenomenological study of postnatal depression, mother-infant interaction and video guidance* (Vol. nr. 1035). Oslo: Unipub.
- Vik, K., & Hafting, M. (2009). The outside view as facilitator of self-reflection and vitality: A phenomenological approach. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 27*(3), 287-298.
- Vik, K., & Rohde, R. (2014). Tiny moments of great importance: The Marte Meo method applied in the context of early mother–infant interaction and postnatal depression. Utilizing Daniel Stern's theory of 'schemas of being with' in understanding empirical findings and developing a stringent Marte Meo methodology. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 19*(1), 77-89.
- Vinnerljung, B., Brännström, L., & Hjern, A. (2011). Kontaktfamilj/-person för barn. Uppföljning och utvärdering med registerdata. *Rapport i Socialt Arbete*(138).
- Walton, E., Roby, J., Frandsen, A., & Davidson, R. (2004). Strengthening At-Risk Families by Involving the Extended Family. *Journal of Family Social Work, 7*(4), 1-21.
- Webster-Stratton, C. (2000). *De utrolige årene: en veiledning i problemløsning for foreldre med barn i alderen 3-8 år*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Weisz, J. R., Chorpita, B. F., Palinkas, L. A., & et al. (2012). Testing standard and modular designs for psychotherapy treating depression, anxiety, and conduct problems in youth: A randomized effectiveness trial. *Archives of General Psychiatry, 69*(3), 274-282.
- Whittaker, K. A., & Cowley, S. (2012). An effective programme is not enough: a review of factors associated with poor attendance and engagement with parenting support programmes. *Children & Society, 26*(2), 138-149.
- Wilson, P., Rush, R., Hussey, S., Puckering, C., Sim, F., Allely, C., et al. (2012). How evidence-based is an 'evidence-based parenting program'? A PRISMA systematic review and meta-analysis of Triple P. *BMC Medicine, 10*(1), 130.
- Zeiner, P., Backe-Hansen, E., Eskeland, S., Ogden, T., Rypdal, P., & Sommerschild, H. (1998). *Barn og unge med alvorlige atferdsvansker: Hva kan nyere viten fortelle oss og hva slags hjelp trenger de?* Oslo: Norges Forskningsråd.
- Øyen, L., Clifford, G., & Gustavsen, A. (2010). *Tiltaksprofil og tiltaksutvikling i kommunalt barnevern*. [Bodø]: Nordlandsforskning.

Denne kunnskapsstatusen sammenstiller norsk, nordisk og annen viktig internasjonal forskning som har studert virkninger av de hjelpetiltakene som benyttes i norsk barnevern. Litteraturgjennomgangen viser at omfanget av slik forskning er begrenset, og at den særlig er mangelfull for de tiltakene som benyttes mest. Rapporten trekker fram funn og diskusjonstema som er relevante når barnevernets hjelpetiltak skal styrkes og videreutvikles og peker på behov for ytterligere forskningskunnskap.

Kunnskapsstatusen er en del av prosjektet Forskningskunnskap om hjelpetiltak i barnevernet, finansiert og utført på oppdrag av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.



NOVA

Velferdsforskningsinstituttet

HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS