Identifisering av felleselementer fra relasjonelle intervensjoner for omsorgssvikt og mishandling

Håkon Natanael Winje

Masteroppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Mai 2019

Identifisering av felleselementer fra relasjonelle intervensjoner for omsorgssvikt og mishandling

© Håkon Natanael Winje

2019

Identifisering av felleselementer fra relasjonelle intervensjoner
for omsorgssvikt og mishandling

Håkon Natanael Winje

http://www.duo.uio.no/

Sammendrag

Forfatter: Håkon Natanael Winje

Tittel: Identifisering av felleselementer fra relasjonelle intervensjoner for omsorgssvikt og mishandling

Hovedveileder: Kåre S. Olafsen

Biveileder: Vibeke Moe

Bakgrunn: Omsorgssvikt og mishandling i barndommen kan føre til alvorlige langtidskonsekvenser for psykisk og fysisk helse, så vel som tilpasningsvansker på en rekke livsområder. Barnevernets kjerneområde omhandler arbeid med familier der barn lever under disse skadelige omsorgsforholdene. Hjelpebehovene i slike familier omfatter ofte flere og komplekse problemområder, som for eksempel foreldrenes egne traumer, rus eller psykiske lidelser. Det er ingen spesifikke retningslinjer for arbeidet med relasjonen mellom foreldre og barn når det er alvorlig problematikk, og det er behov for virksomme tiltak som kan skape varige positive endringer for barna.

Formål: Det overordnede formålet til denne oppgaven er å undersøke om elementer fra relasjonelle foreldreintervensjoner kan avgrenses, såkalte felleselementer, og om disse potensielt kan anvendes på fleksible måter i barnevernets arbeid med alvorlig problematikk.

Metode: I et litteratursøk ble det funnet en forskningsoversikt med 15 intervensjonsstudier av relasjonelle foreldreveiledningsprogrammer. Gjennom en felleselementmetodikk ble det identifisert praksis-, prosess- og implementeringselementer fra disse studiene. Praksiselementer er spesifikke teknikker eller strategier brukt i intervensjonene. Prosess- og implementeringselementer omhandler omstendighetene praksiselementene blir levert under, og hvilke strategier som blir benyttet for å sikre pålitelig utførelse.

Resultater: Det ble identifisert ti felles praksiselementer i de overordnede kategoriene *arbeid med de observerbare interaksjonene mellom barn og omsorgsgiver, foreldreteknikker, forståelse av barnets bidrag, endring av indre*

representasjoner og *psykoedukasjon.* Det ble også identifisert hvilke kombinasjoner av praksis-, prosess og implementeringselementer som oppstod.

Konklusjon: Felleselementene som ble identifisert kan potensielt bidra til fleksible tiltaksløsninger for barnevernet når det gjelder relasjonelt arbeid i familier ved alvorlig problematikk. Bruken av felleselementer kan forhåpentligvis begrense de negative konsekvensene forbundet med omsorgssvikt og mishandling. I oppgaven diskuteres hvordan bruken av de identifiserte felleselementene kan kvalitetssikres, samt metodiske styrker og begrensninger ved tilnærmingen.

Arbeidet i denne oppgaven bygger på et pågående prosjekt ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP), Helseregion Øst og Sør.

Nøkkelord: Felleselementer, praksiselementer, barnevern, omsorgssvikt, mishandling

Forord

Arbeidet med masteroppgaven har både vært interessant og krevende. Jeg har satt meg inn i barnevernets fagfelt, som for meg var relativt ukjent da jeg begynte. De ansatte i barnevernet utfører et viktig samfunnsoppdrag og møter ofte komplekse utfordringer i sin arbeidshverdag. Barnevern er i seg selv et tverrfaglig fagfelt, og de ansatte må ha kunnskap fra flere disipliner for å ta gode avgjørelser om barnets fremtid. Således er det også viktig å integrere kunnskap fra psykologisk praksis og teori for å bedre livssituasjonen for de mest vanskeligstilte familiene. Oppgaven med felleselementer har personlig gitt meg tro på at vilkårene for praksisarbeidet med disse familiene kan bedres – og dermed øke sannsynligheten for positive utfall for barna.

Arbeidet med å identifisere felleselementer har til tider skapt en del hodebry, da metoden er så fersk at det ikke finnes standardiserte måter å gjennomføre analysene på. Samtidig har jeg fått være med på å utvikle metoden og dens potensiale, noe som har vært svært givende. I dette arbeidet vil jeg få takke alle involverte ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør. En takk rettes spesielt til Thomas Engell som har gitt god veiledning på bruk av metode.

Jeg vil også rette en stor takk til min hovedveileder, Kåre S. Olafsen, som gjorde det mulig for meg å ta del i prosjektet og som har gitt uvurderlig veiledning underveis. Ditt smittende engasjement har skapt motivasjon for arbeidet. Jeg har satt stor pris på dine tilbakemeldinger og diskusjonene vi har hatt underveis i prosessen. Videre vil jeg takke min biveileder, Vibeke Moe, for gode innspill og samtaler.

Til slutt vil jeg takke familie, venner og medstudenter for korrekturlesing, støtte og sosiale avbrekk.

Håkon Natanael Winje
Oslo, 10. mai 2019

Innholdsfortegnelse

1 Introduksjon ... 1
1.1. Bakgrunn ... 1
1.2. Omsorgssvikt og mishandling ... 2
1.2.1. Begrepsavklaring ... 2
1.2.2. Forekomst i Norge ... 3
1.2.3. Konsekvenser på individ og samfunnsnivå ... 5
1.3. Tiltaksbruk i barnevernet ... 7
1.4. Kunnskapsbasert praksis ... 9
1.5. Felleselementer ... 12
1.6. Modell for kunnskapsbasert praksis ... 13
1.7. En utviklingsmodell og innganger til tiltak ... 15
1.8. Formål ... 18
2 Metode ... 19
2.1. Kriterier og studieutvalg ... 19
2.2. Kodeprosess ... 20
2.3. Identifisering av felleselementer og kombinasjoner ... 21
3 Resultater ... 23
3.1. Studier ... 23
3.2. Samsvar i koding ... 27
3.3. Felleselementer ... 27
3.3.1. Felles praksiselementer ... 27
3.3.2. Felles prosesselementer og andre karakteristika ... 28
3.3.3. Felles implementeringselementer ... 28
4 Diskusjon ... 36
4.1. Oppsummering av resultater ... 36
4.2. Felleselementer i arbeid med omsorgssvikt og mishandling ... 37
4.3. Metodiske implikasjoner ... 40
4.3.1. Hypotesegenerering ... 40
4.3.2. Omdefinering av intervensjoner ... 40
4.4. Oppgavens styrker og svakheter ... 42
4.4.1. Studieutvalg ... 42

4.4.2. Alder ... 43
4.4.3. Enighet mellom kodere ... 43
4.4.4. Effektstørrelser ... 44
4.5. Fremtidig forskning og utvikling ... 44
4.5.1. Behov for standardiserte rammer og analyseverktøy ... 44
4.5.2. Større fokus på implementering i forskningen ... 45
4.5.3. Gjennomsiktighet i forskningen ... 46
4.6. Konklusjon ... 46
Referanser ... 47
Vedlegg ... 57

Liste over tabeller

Tabell 1 Oversikt over studier ... 25
Tabell 2 Identifiserte felles praksiselementer ... 27
Tabell 3 Felles praksis-, prosess- og implementeringselementer ... 30
Tabell 4 Frekvens av praksiselementer ... 35
Tabell 5 (Vedlegg) Oversikt over prosesselementer ... 57

1 Introduksjon

1.1. Bakgrunn

Barnevernsarbeidere jobber i et sammensatt fagfelt med stor variasjon i oppgaver og alvorlighetsgrad. På den ene siden har barneverntjenesten forebyggingsoppgaver, og skal bidra til at barn får utvikle sitt potensiale og utfolde seg på lik linje med andre barn. Etter den utvidede barnevernloven fra 1992 er dette blitt kalt velferdsbarnevernet (Christiansen & Kojan, 2016b). På den andre siden finner vi barnevernets tradisjonelle oppgaver, der hvor det er vold, overgrep og ulike former for svikt i omsorgen, også kalt for kjernebarnevernet. Omsorgssvikt og mishandling i barndommen kan få alvorlige negative langtidskonsekvenser for psykisk og fysisk helse (Felitti et al., 1998), så vel som vansker med tilpasning i skole, jobb og relasjonsdanning (Carr, Duff, & Craddock, 2018). Dette fører ikke bare til tapt livskvalitet, men også store samfunnsmessige omkostninger (Rasmussen & Vennemo, 2017). I de alvorlige tilfellene er det spesielt viktig å sette i gang virksomme tiltak både for barnet og for familien. Tiltakene for familien skal forhindre negative utviklingsutfall for barnet ved at omsorgsforholdene og samhandlingen mellom foreldre og barn bedres, og dermed minske sannsynligheten for mer inngripende virkemidler. Det finnes flere evidensbaserte foreldreveiledningsmetoder som har positive effekter, både for barnet og for viktige foreldrefunksjoner når det er svikt i omsorgen (Chaffin et al., 2004; Dozier et al., 2009; Dozier et al., 2006). Til tross for tilgjengeligheten av tilsvarende metoder i Norge, brukes de i langt mindre grad enn uspesifiserte tiltak, inkludert der hvor barnet har størst behov for virksomme tiltak (Christiansen, 2015; Clifford, Fauske, Lichtwarck, & Marthinsen, 2015). Det er med andre ord et misforhold mellom tilgjengelighet og faktisk bruk av tiltak som barneverntjenesten benytter seg av (Haaland, Sverdrup, Andresen, & Kristofersen, 2006).

Det er reist spørsmål om intervensjoner som utvikles og har effekt under kontrollerte forhold, ofte i randomiserte kontrollerte studier, kan overføres til de sammensatte og vanskelige situasjoner og betingelser som sosialarbeidere jobber med (Vindegg, 2009). Programmene er utviklet for spesifikke populasjoner både hva gjelder alder, problemområde og utviklingsstadium (for eksempel atferdsproblemer

hos barn i en viss aldersgruppe), mens i barnevernet kan det være kompliserte og alvorlige forhold på flere livsområder i familien, som foreldres egne traumer og psykiske helse, rus og tilknytning til arbeidsliv, som det også må tas hensyn til (Christiansen, 2015; Clifford et al., 2015).

Den overordnede målsettingen for denne oppgaven er å undersøke en alternativ måte å benytte metoder som er godt forskningsmessig underbygd, og som potensielt kan være mer egnet for barnevernets komplekse fagområde. Det er foreslått at en fleksibel bruk av sentrale elementer fra evidensbaserte metoder kan være hensiktsmessig der hvor det er komplekse problemforhold, og antagelsen er at praksiser som opptrer på tvers av intervensjoner vil kunne ha effekt selv uten bruk av hele intervensjonsprogrammet (Barth & Liggett-Creel, 2014). I oppgaven vil jeg presentere en fremgangsmåte for å avgrense elementer som er felles for intervensjoner. Dette er intervensjoner som har til hensikt å bedre relasjonen mellom foreldre og barn, og som dermed vil kunne ha positive effekter for barnet. Jeg vil også diskutere hvordan praktikere i barnevernet, det vil si barnevernspedagoger, psykologer, sosionomer etc., kan benytte slike elementer i lys av debatten om et kunnskapsbasert barnevern.

1.2. Omsorgssvikt og mishandling

1.2.1. Begrepsavklaring

I Norge er det lovfestet at barnevernet skal: «…sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse til rett tid» (Barnevernloven, 1992, § 1-1). Mishandling og omsorgssvikt innebærer at barnet lever under alvorlige forhold som krever inngripen (Christiansen & Kojan, 2016a). Barnevernets virksomhet må imidlertid være basert på forståelse av at det er kulturelle og etniske forskjeller i synet på god og dårlig omsorg (Kvello, 2015). Dette gjenspeiles i at det ikke finnes en universell definisjon av omsorgssvikt og mishandling. Det finnes heller ingen norsk samlebetegnelse slik som det engelske *child maltreatment*, men beskrives i begreper som «omsorgssvikt, mishandling, overgrep og utnyttelse» (Kvello, 2015, s. 212). I denne oppgaven vil *omsorgssvikt og mishandling* benyttes som et overordnet begrep dersom ikke annet er spesifisert.

Til tross for en manglende universell definisjon synes det å være større enighet om følgende kategorier: *omsorgssvikt*, *fysisk* eller *psykisk (emosjonell) mishandling* og *seksuelle overgrep* (Carr et al., 2018; Gilbert, Widom, et al., 2009; Leeb, Paulozzi, Melanson, Simon, & Arias, 2008; Teicher & Samson, 2016). Omsorgssvikt defineres av mangel på handling, mens misbruk og seksuelle overgrep kan defineres ved aktive handlinger (Kvello, 2015). Omsorgssvikt, også kalt forsømmelse, vanskjøtsel og neglisjering, kjennetegnes av at omsorgsgiver ikke tilfredsstiller barnets grunnleggende fysiske, emosjonelle, medisinske eller utdanningsmessige behov (Kvello, 2015; Leeb et al., 2008). Fysisk mishandling og vold er intensjonelle handlinger rettet mot barnet, som fører til, eller potensielt kan føre til fysiske skader av ytre eller indre karakter. Psykisk eller emosjonell mishandling kan være kronisk eller episodisk gjennom handlinger rettet mot barnet som gir det følelse av å være uverdig, uønsket, truet, eller kun verdsatt ved å tilfredsstille andres behov. Seksuell mishandling innebærer seksuelle overgrep, eller forsøk på sådan, ved seksuelle handlinger, seksuell kontakt eller seksuell utnyttelse av barnet. Å være vitne til vold i nære relasjoner er også definert som en form for mishandling, enten som en egen kategori (Gilbert, Widom, et al., 2009), eller som en del av underkategorien emosjonell mishandling (Teicher & Samson, 2016).

Omsorgssvikt og mishandling blir sett på som et stort globalt problem, men mangelen på en universell definisjon gjør det vanskelig å anslå hvor mange barn og unge som opplever mishandling og svikt i omsorgen på verdensbasis (World Health Organization, 2016). Det er for eksempel større uenighet rundt forekomst av emosjonell mishandling enn det er rundt seksuelle misbruk, og det foreligger et større forskningsgrunnlag fra vestlige land i Nord-Amerika og Europa enn det gjør fra ikke-vestlige land i Asia, Afrika og Sør-Amerika (Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, Alink, & van IJzendoorn, 2015).

1.2.2. Forekomst i Norge

Barnevernsstatistikk og et utvalg rapporter kan gi en indikasjon på omfanget av omsorgssvikt og mishandling i en norsk sammenheng. To omfattende spørreundersøkelser av elever i tredje videregående om vold og overgrep kan i tillegg belyse utviklingsforløpet (Mossige & Stefansen, 2007, 2016). I 2016 rapporterte 21 prosent av ungdommene at de hadde opplevd fysisk vold fra minst én forelder,

sammenlignet med 25 prosent i 2007. Det var en relativt stabil andel som hadde opplevd grov vold (6%). I en undersøkelse der voksne ble intervjuet om opplevd vold og overgrep i barndommen var andelen grov vold fem prosent (Thoresen & Hjemdal, 2014). I denne rapporten fremkom det også at for tilfeller av mindre alvorlig fysisk vold var andelen høyere for menn (33%) enn for kvinner (27,7%), og at de første tilfellene av fysisk vold forekom i barnehage- eller småskolealder. Ved tilfeller av opplevd psykologisk vold (gjort narr av, ydmyket, ignorert, fortalt at en ikke fikk til ting) var andelen noe høyere for jenter (15,4%) enn for gutter (11,2%). Det var i alt 23 prosent av ungdommene i rapporten til Mossige og Stefansen (2016) som hadde opplevd minst én seksuell krenkelse enten i eller utenfor familien. Kjønnsforskjellene var store for seksuell vold, der jentene var mest utsatt. I rapportene fremkom at cirka en av ti ungdommer hadde vært vitne til partnervold i oppveksten. Dette gjenspeiles i barnevernsstatistikk som viser at åtte prosent av hjelpetiltakene i 2017 ble gitt på grunn av vold mellom foreldrene (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet [Bufdir], 2018a).

Ved utgangen av 2017 var 15 597 barn plassert utenfor hjemmet, slik som ved fosterhjem, beredskapshjem eller institusjonsplassering, av disse hadde barnevernet overtatt omsorgen til 9033 barn (Bufdir, 2018a). Etter barnevernloven § 4-12 kan tjenestene overta omsorgen for et barn dersom det er alvorlige feil og mangler, og høy risiko for at barnet ikke vil få den trygghet og omsorg det trenger, og at slike omsorgsutfordringer heller ikke kan løses i hjemmet (Barnevernloven, 1992). Det er derfor grunn til å tro at en stor andel av barna som var plassert utenfor hjemmet har opplevd omsorgssvikt og/eller mishandling i sin omsorgssituasjon.

Det foreligger imidlertid flere årsaker til at ikke alle bekymringsfulle forhold blir rapportert inn til barnevernet, noe som fører til mørketall i statistikken. Årsakene kan være knyttet til tvil om alvorlighetsgrad, tvil om barnet vil få det bedre, eller en frykt for å ødelegge relasjonen til familien (Gilbert, Kemp, et al., 2009).

Det er viktig å bemerke at det er betydelig overlapp mellom kategoriene omsorgssvikt og mishandling, og barn som vokser opp under slike forhold opplever gjerne flere former samtidig, eller i løpet av oppveksten (Kvello, 2015), noe som gjør konsekvensene mer gjennomgripende.

1.2.3. Konsekvenser på individ og samfunnsnivå

God omsorg er avgjørende for barnets biologiske, psykologiske og sosiale utvikling. En viktig faktor er hvordan omsorgen påvirker emosjonsregulering og stresshåndtering på mange livsområder (Boyce & Ellis, 2005). Å være eksponert for omsorgssvikt og mishandling kan ha innvirkning på utviklingen av viktige hjernestrukturer som hippocampus, amygdala, corpus collosum og prefrontale områder, og spesielt systemer som regulerer stressrespons (Teicher & Samson, 2013). Utfallet avhenger av barnets alder, mengde og type av eksponering, og kan bidra til å endre stressresponssystemene på varig basis inn i voksen alder. I tillegg omfatter de påviste nevrobiologiske endringene områder som regulerer hormonell og immunologisk fungering (Danese & McEwen, 2012).

På et relasjonsnivå har barn som har opplevd omsorgssvikt og mishandling større sannsynlighet for å utvikle et desorganisert tilknytningsmønster, noe som kan ha sammenheng med at foreldrene oftere har egne oppveksthistorier med misbruk og omsorgssvikt (Cicchetti, Rogosch, & Toth, 2006). Forskning viser at foreldre som utsetter egne barn for omsorgssvikt og mishandling har lavere sensitivitet til barnet, dårligere støtte i familien og mer stress knyttet til foreldrerollen (Cyr, Euser, Bakermans-Kranenburg, & Van Ijzendoorn, 2010).

Langtidsvirkninger av omsorgssvikt og mishandling er blant annet dokumentert i *The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study* som omfattet 17 000 amerikanere. Her ble det funnet at risikoen for å utvikle alvorlige somatiske og psykiske helseproblemer i voksen alder økte systematisk med antallet belastningstyper i barndommen (Felitti et al., 1998). Dette er i tråd med resultatene fra en nyere sammenstilling av 111 systematiske litteraturstudier (Carr et al., 2018). Av somatiske utfall omfatter langtidskonsekvensene forhøyet risiko for å utvikle diabetes, kroniske smerter og kreft (Carr et al., 2018). Flere langtidskonsekvenser har både somatiske og psykiske komponenter, som for eksempel søvnproblemer og spiseforstyrrelser. Barn som er utsatt for omsorgssvikt og mishandling har økt risiko for å utvikle en rekke psykiske lidelser som angst, depresjon, posttraumatisk stressforstyrrelse, psykoser, atferdsforstyrrelser og personlighetsforstyrrelser (Carr et al., 2018). Det er også funnet sammenheng mellom omsorgssvikt og mishandling og utvikling av antisosial atferd og aggresjon hos barn, samt en høyere sannsynlighet for kriminalitet og seksuelle overgrep mot andre i voksen alder (Carr et al., 2018).

Kombinert med høyere risiko for alkohol- og rusmisbruk (Felitti et al., 1998) øker dette sannsynligheten for involvering av kriminal- og rusomsorgen (Rasmussen & Vennemo, 2017).

Sammenhengene mellom omsorgssvikt og mishandling og senere negativ utvikling på en rekke områder har dermed konsekvenser som er mer omfattende enn dem som gjelder det enkelte barn. Den negative utviklingen forplanter seg videre i arenaer og livsområder som skole, arbeid og relasjonsdanning. Utsatte barn har generelt dårligere skoleprestasjoner (Carr et al., 2018; Nikulina, Widom, & Czaja, 2011) og høyere risiko for ikke å fullføre videregående skole (Lansford et al., 2002). Nedsatt generell kognitiv fungering, svekkede kognitive ferdigheter innen hukommelse og eksekutive funksjoner, samt forsinket språkutvikling (Carr et al., 2018) kan gjøre det spesielt vanskelig å komme seg gjennom skolegangen. Disse barna har også oftere dårligere sosiale relasjoner til jevnaldrende (Graham et al., 2010). Dette kan henge sammen med svekkede reguleringsferdigheter, som uttrykkes gjennom eksternaliserende atferd som aggresjon og vold, eller internaliserende problematikk som sosial tilbaketrekning, depresjon og angst (Ogden, Minton, Pain, & van der Kolk, 2006). Ofte innebærer dette behov for ekstraressurser i barnehage- og skolesystemet (Rasmussen & Vennemo, 2017).

I tillegg til individuell lidelse kan omsorgssvikt og mishandling ha konsekvenser for helsetjenestebruk, involvering av psykisk helsevern, barnevern og krisesentre, og ofte kreves det ressurser fra flere tjenester samtidig (Clifford et al., 2015; Rasmussen & Vennemo, 2017). Beregningen av samfunnsøkonomiske konsekvenser forbundet med omsorgssvikt og mishandling er usikker, men konklusjonen er likevel entydig: investeringer i forebyggings- og rehabiliteringstiltak vil gi betydelige gevinster for samfunnet (Rasmussen & Vennemo, 2017).

Flere av studiene som er beskrevet her viser en sammenheng mellom grad av risiko og antallet belastningstyper, det vil si at flere tilfeller av eksponering gir høyere risiko. Imidlertid vil det være individuelle forskjeller, noe som innebærer at det må foretas vurderinger av konsekvenser for det enkelte barn (Boyce & Ellis, 2005). De mange alvorlige sammenhengene som er vist mellom omsorgssvikt og mishandling i barndom og senere utvikling understreker betydningen av virksomme intervensjoner for å begrense skadeomfanget og forhindre nye tilfeller av belastning for barnet.

1.3. Tiltaksbruk i barnevernet

Barnevernloven skal bidra til å sikre trygge oppvekstsvilkår for barn og unge (Barnevernloven, 1992). For å følge opp dette kan barneverntjenesten iverksette særlige tiltak etter lovens fjerde kapittel. Det understrekes at tiltakene som iverksettes må være forankret i *hensynet til barnets beste*: «Ved anvendelse av bestemmelsene i dette kapitlet skal det legges avgjørende vekt på å finne tiltak som er til beste for barnet. Herunder skal det legges vekt på å gi barnet stabil og god voksenkontakt og kontinuitet i omsorgen» (Barnevernloven, 1992, § 4-1). Hvilke tiltak som er til det beste for barnet blir individuelle avveininger gjort av barneverntjenesten i hver enkelt sak. Loven tar utgangspunkt i at det er best for barnet å vokse opp hos sine foreldre, og at problemene primært bør løses med hjelpetiltak i hjemmet (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016). Dette fordi det anses som en egenverdi for barnet å vokse opp med sine foreldre, til tross for svikt i omsorgsevne. Formålet med tiltakene som iverksettes er å «bidra til positiv endring hos barnet eller i familien» (Barnevernloven, 1992, § 4-4 første ledd). Tiltakene skal altså i utgangspunktet iverksettes i hjemmet og benytte de ressurser som barn og foreldre har.

Barneverntjenestene kan iverksette tvangstiltak, som plassering i institusjon eller omsorgsovertakelse, men hovedregelen er at hjelpetiltak alltid skal iverksettes først. Hjelpetiltakene skal i utgangspunktet være frivillige, men kan ved ulike omstendigheter arte seg mer som frivillig tvang, da foreldre risikerer omsorgsovertakelse eller andre tvangstiltak dersom de ikke samarbeider. Etter en lovendring i 2016 kan barneverntjenesten pålegge familier hjelpetiltak, men dette må behandles forenklet i fylkesnemnda (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016).

Clifford et al. (2015) deler barneverntjenestenes hjelpetiltak inn i to hovedkategorier: *Bistandstiltak* skal tilføre familien goder og innebærer blant annet økonomisk støtte, avlastningshjem, støtte til barnehage og skolefritidsordning. *Veilednings- og intervensjonstiltak* skal bidra til å skape positive endringer i hjemmet, og kan anses som en del av det tradisjonelle kjernebarnevernet ettersom det ofte er forbundet med mer alvorlig problematikk som omsorgssvikt og mishandling.

I en barnevernssak er det viktig å vurdere risikofaktorer i barnets liv opp mot beskyttelsesfaktorer når beslutninger om tiltak skal tas (Christiansen & Kojan, 2016a). Det har blitt påpekt at undersøkelsesgrunnlaget for beslutninger i flere barnevernssaker har vært mangelfullt (NOU 2017:12, 2017), og det ble avdekket

forhold der tjenestene ikke innhentet tilgjengelig informasjon fra andre aktuelle instanser som hadde kjennskap til barnet (Helsetilsynet, 2012). Det er viktig at barnet blir systematisk fulgt opp og får den hjelpen det trenger, og etter Barnevernloven § 4-5 skal det utarbeides en tiltaksplan som skal evalueres jevnlig (Barnevernloven, 1992). En rapport fra Helsetilsynet i 2012 avdekket store mangler ved barneverntjenestenes evaluering av tiltak. Noen barn gikk med samme tiltak i flere år uten at dette ble evaluert. Det ble også avdekket mangelfulle vurderinger om tiltak var til nytte eller om andre tiltak burde iverksettes.

Ved utgangen av 2017 ble det gitt 85 414 tiltak til 39 612 barn og unge (Bufdir, 2018b). Dette viser at det gis flere tiltak samtidig. Disse er fordelt mellom hjelpetiltak som gis i hjemmet (61%) og plassering av barn utenfor hjemmet (39%). Den mest vanlige årsaken til hjelpetiltak i hjemmet var manglende foreldreferdigheter (20,8%), etterfulgt av konflikt i hjemmet (11,6%). For å gi best mulig hjelp til familiene ble det ofte satt i gang tiltak for både å styrke barnets utvikling (44%), og for å styrke foreldreferdigheter (31%) (Bufdir, 2018b). Det mest brukte tiltaket var *råd og veiledning* (25 289 tilfeller), mens evidensbaserte intervensjoner, som har gjennomgått systematiske effektevalueringer, kun ble brukt i 2729 tilfeller (Statistisk sentralbyrå, 2018a, 2018b). Foreldreveiledning har vært et økende tiltak de siste årene, men da hovedsakelig gjennom «råd og veiledning» fremfor de evidensbaserte foreldreveiledningsprogrammene (Christiansen et al., 2015).

Råd og veiledning er et uspesifisert barnevernstiltak hvor det ikke foreligger noen klare spesifikasjoner av metodikk, men kjennetegnes av at familiene mottar en form for veiledning eller opplæring (Christiansen et al., 2015). Det er med andre ord opp til tjenestene og den enkelte barnevernsarbeider hvordan dette skal gjennomføres. I en evaluering av hjelpetiltak, gjennomført av Fagbevegelsens forskningssenter (Fafo) i 2006, kom det frem at det var store forskjeller i praktiseringen av råd og veiledning, og hva de ulike barneverntjenestene la i dette begrepet (Gjerustad, Grønningsæter, Kvinge, Mossige, & Vindegg, 2006). De fant også store overlapp mellom dette tiltaket og andre barnevernstiltak, som hjemkonsulent, foreldreveileder, næromsorgsarbeider og miljøarbeider, der kjernen av tiltaket bestod av ulike former for opplæring eller veiledning fra en barnevernsarbeider.

Hjelpetiltakene som benyttes mest har lange tradisjoner i barneverntjenestene og er knyttet til generell sosialfaglig virksomhet (Haaland et al., 2006). Men flere som har undersøkt hjelpetiltakenes effekt og kunnskapsgrunnlag har satt fingeren på et

viktig paradoks: Hjelpetiltakene som benyttes mest har det svakeste forskningsgrunnlaget (Christiansen, 2015; Christiansen et al., 2015; Haaland et al., 2006). Den evidensbaserte metodebruken tilsvarer kun 1-2 prosent av all tiltaksbruk og blir sjeldnere gitt til de mest marginaliserte gruppene med høyest grad av risiko (Clifford et al., 2015). Det kan derfor være grunn til å se nærmere på faktorer som ligger til grunn for at evidensbaserte metoder blir lite benyttet.

1.4. Kunnskapsbasert praksis

Til tross for at det finnes forskningsmessig grunnlag for at strukturerte manualbaserte intervensjoner har betydning i arbeidet med alvorlig problematikk som omsorgssvikt og mishandling, er det fortsatt problemer med implementering og overføring av kunnskap til praksis (Christiansen, 2015). Den lave graden av implementering og bruk kan blant annet knyttes til en pågående debatt om evidensbasert profesjonsutøvelse (Vindegg, 2009). Debatten innenfor helsefagene har dreid seg om hvordan evidensbegrepet skal forstås, hvor og hvordan evidensbasert kunnskap bør innføres og i hvilken form dette bør skje (Terum & Grimen, 2009). En slik debatt foregår også for arbeidet i barneverntjenestene (Backe-Hansen, 2009). For å forstå den pågående debatten rundt evidens og evidensbasert praksis må vi også forstå det historiske forløpet.

Evidensbegrepet stammer trolig fra det medisinske fagfeltet da man begynte med kontrollerte forsøk for å finne måter å bedre pasientutfall (Hansen & Rieper, 2009). Da det senere ble utviklet kunnskapsoppsummeringer og elektroniske databaser økte bevisstheten rundt hva som var god og dårlig forskning. Med dette kom også spørsmålet om hvilke vitenskapelige metoder som ga godt nok vitenskapelig belegg for å kunne si noe om effekt. Resultatet av dette var en hierarkisk kategorisering over vitenskapelige metoder der eksperimentets strenge design med kontroll over variabler og randomiserte utvalg tronet øverst. Fra dette kommer også evidensbaserte metoder eller programmer – en betegnelse som henviser til vitenskapelig utprøvde prosedyrer for behandling.

I tidsperioden fra 1990-tallet og frem til i dag har helse- og sosialfagene i større grad vært opptatt av at praksis skal være evidensbasert. Dette kan ses i sammenheng med nye styringsformer, som «New Public Management», der målet er effektivisering av ressurser med målbare resultater (Vindegg, 2009). I debatten om

evidensbasert praksis er spørsmålet i stor grad sentrert rundt hva kunnskapsgrunnlaget skal bestå av, og hvordan dette best kan overføres til praksis.

Definisjonen av evidensbasert praksis kan sies å være avhengig av hvordan en velger å definere evidens (Backe-Hansen, 2009). Svaret vil påvirke praksisfeltet og de som jobber i det. Det blir hevdet at i et fagområde som sosialt arbeid, vil en snever definisjon som følger evidenshierarkiet kunne føre til praksis styrt for eksempel av manualbaserte intervensjoner (Vindegg, 2009). Denne posisjonen er opptatt av fagpersonenes og brukernes stilling, og det er en frykt for hva som vil skje med skjønnsutøvelsen og autonomien til sosialarbeiderne (Terum & Grimen, 2009). Et evidensbasert program skal i utgangspunktet gjennomføres likt hver gang for å oppnå ønsket resultat. Et spørsmål som da oppstår er om det ikke lenger vil være like stort behov for fagutdannede. Et like sentralt spørsmål er om resultater fra gruppenivå kan overføres til individnivå i et så komplekst og sammensatt felt som sosialt arbeid (Vindegg, 2009).

Evidensdebatten belyser med dette noen viktige hindringer for bruk av evidensbaserte metoder i praksisfeltet. Familier i barnevernet kan ofte ha komplekse hjelpebehov som gjør det vanskelig å finne et manualbasert tiltak som passer godt (Christiansen, 2015). Det eksperimentelle designet gjør at studier av intervensjonsprogrammer benytter strengt avgrensede populasjoner og problemområder, noe som resulterer i populasjonsspesifikke programmer (Chorpita et al., 2011). Barneverntjenestene får dermed en stor oppgave med å velge hvilke programmer som skal gjøres tilgjengelig for familier, og må gjøre et utvalg basert på egne ressurser og hvilke problemområder de ønsker å ha tilgjengelige programmer for. For mindre barnevernskontor kan dette bety at de har færre programmer som passer med komplekse familieutfordringer. Dette skaper ulikt tilbud fra de forskjellige tjenestene (Christiansen, 2015).

Kompleksiteten i enkeltsaker innenfor barnevernsfeltet gjør avveininger spesielt vanskelige (Christiansen & Kojan, 2016a). I flere tilfeller finnes det ikke entydig vitenskapelig kunnskap om hva som vil være til det beste for barnet, spesielt når familien har problemer på flere områder, som ved rus og/eller psykisk helse. Barnevernsarbeidere må ofte benytte skjønn basert på eget erfaringsgrunnlag i beslutningsprosessen om hvilke tiltak som kan skape endring i familiene. I helsefagene har en også vært opptatt av de komplekse prosessene som inngår i

beslutninger og utførelse av behandling, og det er valgt å benytte en bredere forståelse av evidensbasert praksis.

Psykologforeningen har vedtatt en prinsipperklæring om evidensbasert praksis (Norsk Psykologforening, 2007). Her fremkommer at klinikernes ekspertise og pasientenes egenskaper, kultur og ønsker skal integreres med best tilgjengelig forskning. Denne erklæringen tilstreber en bredere tilnærming til forståelsen av evidens, som både ivaretar pasientenes så vel som fagutøvernes autonomi. Samtidig åpnes det for en større aksept av flere vitenskapelige metoder, og at disse kan bidra med ulik kunnskap i forskningen. Barne- og likestillingsdepartementet har utformet en tilsvarende definisjon, i samarbeid med barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir): «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» (2009, s. 4). Denne definisjonen utvider forståelsen av evidensbasert praksis.

Backe-Hansen (2009) hevder at debatten om evidensbasert praksis har blitt snevret inn til å handle om «best tilgjengelig vitenskapelig kunnskap», og dermed at de andre bestanddelene i definisjonen blir utelatt. Hun mener det er viktig å få frem en diskusjon om hvordan forholdet mellom de ulike bestanddelene spiller inn i avgjørelser om beslutninger. Backe-Hansen (2009) mener flere viktige spørsmål blir oversett i debatten om evidensbasert praksis, for eksempel hvilke bestanddeler som skal veie tyngst i beslutningsarbeidet. For å få frem en slik diskusjon mener hun at det er mer hensiktsmessig å benytte begrepet *kunnskapsbasert praksis* og på den måten unngå at debatten blir sentrert rundt begrepet evidens og hva som kan anses som best tilgjengelig vitenskapelig kunnskap.

Forskningen på barnevernsfeltet er, i motsetning til psykologien, i mindre grad utført av profesjonen selv. Mens avgjørelsen om en evidensbasert fagutøvelse innen barnevern er gjort av de offentlige styringsorganene, en ovenfra-og-ned beslutning, så er prinsipperklæringen til psykologforeningen foretatt av psykologenes egen fagforening. Backe-Hansen (2009) hevder at dette kan være en årsak til at gapet mellom vitenskap og praksis er større i barnevernsfeltet. Av den grunn mener hun det er formålstjenlig for barnevernsfeltet som profesjon å ta større del i forskningssamfunnet. Ved å gjøre forskning på eget praksisfelt vil en i større grad kunne bidra til hva som skal utgjøre kunnskapsgrunnlaget. Mer deltakelse vil kunne gi

viktig innsikt i hvor fleksibelt forholdet er mellom bestanddelene og dermed hvordan kunnskapsbasert praksis skal utøves. Med dette kan vi forstå kunnskapsbasert praksis som fagutøvelse basert på et fleksibelt forhold mellom vitenskapelig fagkunnskap, utøvere, mottakere og kontekstuelle hensyn, men der vi også må få kunnskap om skjønnsutøvelsen og brukeres preferanser, egenskaper og kultur.

De ovennevnte barrierene for implementering av evidensbaserte metoder leder til spørsmålet om det eksisterer alternative måter å tilby behandling og intervensjoner på, som åpner for en mer fleksibel fagutøvelse.

1.5. Felleselementer

Flere har etterlyst fremgangsmåter for å ta i bruk avgrensbart innhold fra effektive intervensjoner (Barth & Liggett-Creel, 2014; Chorpita, Daleiden, & Weisz, 2005), også i en norsk kontekst (Christiansen, 2015). En sentral antagelse er at ulike intervensjoner benytter mange av de samme strategiene eller elementene, og at disse kan føre til positive resultater selv uavhengig av intervensjonen de stammer fra (Barth & Liggett-Creel, 2014; Chorpita et al., 2005). Flere betegnelser benyttes i den engelske terminologien; hvorav de vanligste er *common elements* (Chorpita et al., 2005), *common components* (Barth & Liggett-Creel, 2014) og *kernels* (Embry & Biglan, 2008). Et fellestrekk er ønsket om å avgrense enkeltstående elementer for å undersøke disse videre i kontrollerte design, og dermed bidra til å øke nedslagsfeltet til effektive intervensjoner i alminnelig praksis (Chorpita et al., 2011; Hogue et al., 2017; Mulder, Murray, & Rucklidge, 2017).

I denne oppgaven anvendes begrepet *felleselementer* og definerer dette som avgrensbare karakteristika og intervensjonsinnhold, som for eksempel teknikker eller strategier, som er felles på tvers av flere intervensjonsstudier. Felleselementer blir videre inndelt i praksis-, prosess- og implementeringselementer. Mye av litteraturen om felleselementer handler om *praksiselementer* (Boustani et al., 2015; Brown, Graaff, Annan, & Betancourt, 2017; Garland, Hawley, Brookman-Frazee, & Hurlburt, 2008; McLeod et al., 2017). Et praksiselement er definert som «a discrete clinical technique or strategy (e.g., 'time out,' 'relaxation') used as part of a larger intervention plan» (Chorpita et al., 2005, s. 11). Men et praksiselement kan også påvirkes av hvordan, og under hvilke omstendigheter det blir anvendt, og det er derfor behov for elementer som ivaretar aspekter ved prosess og implementering.

Elementene som omhandler prosess omfatter omstendighetene for hvordan praksiselementene blir gjennomført. Elementer som omfatter implementering beskriver strategier for å sikre at praksis- og prosesselementer blir iverksatt etter det opprinnelige programmets rammer (som for eksempel opplæring og trening av veiledere). Denne inndelingen av felleselementer har til hensikt å avgrense praksiser som ligger tett opptil slik de ble utført i de opprinnelige intervensjonsprogrammene (Engell et al., under vurdering).

Flere studier har identifisert felleselementer fra behandlingsprogrammer, slik som for behandling av barn og unge med ulike psykiske lidelser (Chorpita & Daleiden, 2009), førskolebarn med atferdsvansker (McLeod et al., 2017), barn og unge som har opplevd væpnet konflikt (Brown et al., 2017), forebyggende intervensjoner for barn og unge (Boustani et al., 2015) og traumebehandling for barn og unge (Strand, Hansen, & Courtney, 2013). Strategien med å bruke felleselementer har blitt anvendt til utvikle modulbaserte og individualiserte intervensjoner med lovende resultater (Chorpita et al., 2017; Weisz et al., 2012), til å omforme eksisterende intervensjoner (Hogue et al., 2017), til empirisk utprøving av enkeltelementer (Leijten, Thomaes, de Castro, Dishion, & Matthys, 2016) og til opplæring og konsultasjon for tjenester innen barn og unges psykiske helse (Dorsey, Berliner, Lyon, Pullmann, & Murray, 2016).

Strategien kan potensielt informere kunnskapsbasert praksis på nye og mer fleksible måter, samtidig som den vitenskapelige kunnskapen som ligger til grunn blir opprettholdt og utnyttet.

1.6. Modell for kunnskapsbasert praksis

For å utnytte potensialet til felleselementer som en del av kunnskapsbasert praksis må vi forstå når og under hvilke omstendigheter de kan bli tatt i bruk. Barth et al. (2012) har foreslått et rammeverk for å integrere elementer i sosialt arbeid. Rammeverket bygger på en forståelse av individuelle faktorer ved både fagutøvere og brukere. Dette inkluderer personlige egenskaper ved fagutøveren, som evnen til å danne en terapeutisk allianse med klienten, og som tar hensyn til klientens ønsker og forventninger. Dette blir også kalt for *fellesfaktorer* (common factors) og vil innvirke på resultatet av behandlingen som tilbys. Fellesfaktorer i alliansen mellom fagutøver og klienten kommer altså i tillegg til felleselementer fra intervensjoner.

Rammeverket beskrives som en pyramide, hvor politikk og verdier utgjør grunnlaget for det praktiske arbeidet. Over dette kommer praksisprinsipper, som beskriver grunnlaget for valg som gjøres i det sosiale arbeidet, for eksempel at barnevernsarbeidere skal inkludere kunnskap om *familiens fungering*. Deretter kommer fellesfaktorene, som omfatter relasjonsbyggingen og ivaretakelsen av klientens ønsker. I nivået over i pyramiden finner vi felleselementene, som kan bidra til å øke bruken av evidensinformerte praksiser uten å iverksette hele opprinnelige intervensjonsprogrammer. Neste steg i pyramiden er manualbaserte behandlingsprogrammer som er spesifikke for ulike problemutfordringer, for eksempel atferdsproblemer. Øverst finner vi praktikernes egne erfaringer og kunnskaper. Dette inkluderer fleksible skjønnsbaserte fremgangsmåter for å jobbe med ulike familiekonstellasjoner, ulike lidelser eller å ta hensyn til kulturelle aspekter i møte med klientene.

Barth et al. (2012) foreslår at avgjørelser i en enkelt barnevernssak kan bygge på disse nivåene. Forståelsen av samfunnets verdier tilsier for eksempel at barnet bør vokse opp hos sine foreldre, og at problemene prinsipielt bør løses i hjemmet. Deretter må praktikeren ha en forståelse av at alliansen med familien vil ha en avgjørende rolle for å lykkes med tiltak. I arbeidet med familien bør fagutøveren forstå hvilke praksiser, det vil si felleselementer, den enkelte familie kan nyttiggjøre seg av, for eksempel gjennom veiledning i samspill og bruk av kunnskap om barnets utvikling. Videre kan praktikeren ha forståelse av ulike manualbaserte behandlingsprogrammer, og kunne vurdere hvorvidt disse eventuelt kan være nyttig i arbeidet med den enkelte familien. Til slutt kommer forståelsen av hvilken kulturell bakgrunn familien har, hvilken problematikk som må fokuseres på, og av familiekonstellasjonen generelt. Dette er forhold som det er viktig å trekke inn i avveiningene som gjøres i arbeidet med barnet og familien, hvor både relasjonsfaktorer, enkeltelementer og hele programmer er inkludert.

På denne måten ser vi hvordan felleslementer kan brukes i barnevernsarbeid, samtidig som fagutøverens skjønn og ferdigheter inkluderes for å imøtekomme den enkelte families ønsker og behov. Et viktig spørsmål er imidlertid hvordan de som arbeider i barnevernsfeltet kan bruke en slik ramme for å jobbe med den mest alvorlige problematikken.

1.7. En utviklingsmodell og innganger til tiltak

Skadelig omsorg foregår i en relasjon mellom den voksne omsorgspersonen og barnet, ofte gjentagende, og det er behov for tiltak som kan endre foreldres oppfatninger av, og væremåte med barnet slik at det blir en varig endring av samspillet over tid. Dette innebærer at metoder som har som målsetting å endre negativ utvikling og skadelig omsorg, må bygge på en forståelse av hvordan dagligdagse samhandlinger mellom foreldre og barn danner repeterende mønstre, og hvordan dette har betydning for problemutvikling. Transaksjonsmodellen kan bidra til en slik forståelse, siden dette er en grunnleggende modell for menneskets utvikling, og hvor de konkrete dagligdagse samhandlinger er en sentral mekanisme for utviklingsforløpet (Sameroff, 2009). En transaksjon forklares av Smith (2018) som «når et barn (eller omsorgsperson) blir påvirket av en omsorgsperson (eller et barn) til å gjøre noe som hun eller han ikke ville ha gjort hvis omsorgspersonen (eller barnet) hadde oppført seg på en annen måte» (s. 17). Transaksjonsprosessene er kontinuerlige og legger grunnlag for all utvikling, således også skjevutvikling. Barn og utviklingsmiljøer endres av samspillet over tid.

Da transaksjonsmodellen ble fremmet var synet på barns utvikling preget av debatten mellom arv og miljø, og dette ble formulert som et enten eller. Men i stedet for å se dette som inkompatible faktorer har transaksjonsmodellen et inkluderende perspektiv på forholdet mellom medfødte og miljømessige faktorer. I modellen vises det til at barnets utvikling skjer gjennom et gjensidig samspill mellom individuelle egenskaper og miljøet (Sameroff, 2009). Barnet endres av påvirkninger fra miljøet over tid, men barnet påvirker også miljøet rundt seg med sine egenskaper. Vi må derfor kjenne barnets individuelle egenskaper og hvordan omgivelsene har vært for å forstå utviklingen til barnet (Smith, 2018). Barnet bidrar altså aktivt til egen utvikling gjennom å påvirke miljøet, men barn er også forskjellige i hvor påvirkelige de selv er av miljøfaktorer. Noen barn er for eksempel mer påvirkbare enn andre, for både negative og positive miljøforhold (Belsky & Pluess, 2009). Biologiske faktorer, som ruseksponering under svangerskapet, kan føre til reguleringsvansker, noe som kan skape vansker i samspillet mellom foreldrene og barnet (Siqveland, Haabrekke, Wentzel-Larsen, & Moe, 2014). Dersom foreldrene ikke er i stand til å gi adekvat omsorg, kan det oppstå hva Smith (2018) kaller en dobbel risiko. Dette innebærer at ruseksponerte barn er avhengig av sensitiv omsorg for å stimulere positiv utvikling,

og for å etablere stabile ferdigheter i å regulere seg selv. I motsatt fall, der forelderen ikke klarer å gi adekvat omsorg, kan effekten av ruseksponeringen vedvare, og reguleringsvanskene bli større, noe som igjen påvirker samspillet og utviklingen av barnet. Vi ser hvordan samspillsvanskene utvikles over tid og ikke kan tilskrives statiske forhold ved barnet eller ved omsorgsgiveren.

Hafstad og Øvreeide (2011) har foreslått tre hovedfaktorer i transaksjonsmodellen. Den første er barnets egenskaper – barnet vil ha individuelle trekk, behov, innsikt og tolkninger avhengig av hvilket utviklingsnivå det er på. Den andre faktoren er hvordan foreldrene møter barnet med sine egenskaper, behov og forståelse av barnet. Den tredje faktoren omhandler prosess, det vil si hvordan det konkrete samspillet mellom barn og foreldre foregår over tid. Samspillet mellom barn og omsorgsgiver påvirker hvordan barnets egenskaper får utfolde seg og dermed hva barnet utviklingsmessig tar med seg fra hendelsen. Hvordan samspillet foregår, primært mellom barnet og nærmeste omsorgsgiver, danner gjentagende mønstre i transaksjoner og skaper forventinger fra begge parter til neste samvær. Transaksjonsmønstrene er grunnlaget for hvordan barnet forstår seg selv i relasjon til andre, og blir utgangspunkt også for nye sosiale sammenhenger.

Transaksjonsmodellen belyser hvordan den emosjonelle og sosiale selvreguleringen utvikles gjennom sosiale samhandlinger med andre (Sameroff, 2004). Først i samspill med primære omsorgsgivere, deretter blir andre sosiale relasjoner viktige, slike som med lærere og venner. Som voksen og forelder vil en selv bli en som regulerer andre, ofte på bakgrunn av egne erfaringer med regulering (Martin, 1998). Transaksjonsmønstre kan således bli gjentagende prosesser som fører negative utviklingsmønstre videre over generasjoner.

Gitt betydningen av transaksjoner for barnets utvikling kan intervensjoner rettes inn mot å bedre *relasjonen* mellom barn og omsorgsgiver, da dette kan være en måte å endre repeterende negative samhandlinger. Sameroff (2004) beskriver det han kaller inngangsportaler til å arbeide med foreldre-barn samhandlinger: Ved å undersøke styrker og svakheter ved samspillet kan vi lettere avgjøre hvor tiltakene skal rettes, om det skal jobbes med *omdefinering, veiledning/opplæring* eller *egne tiltak* for barnet.

Misoppfatninger oppstår når det ikke er samsvar mellom foreldrenes oppfatninger og forventninger til barnet, og barnets faktiske væremåte og atferd. Misoppfatninger kan være knyttet til forhold ved barnet som det er vanskelig å endre

på, som for eksempel handikap, eller temperament. For å *omdefinere* foreldrenes misoppfatninger kan det fokuseres på barnets register av normal atferd, som evne til kommunikasjon og samspill ut i fra alder og funksjonsnivå. Foreldre som selv har opplevd utilstrekkelig omsorg i barndommen har oftere lavere forventninger til at vanlige samhandlinger kan gi glede og være viktig for selvfølelsen til barnet. Omdefinering kan for eksempel innebære å lære foreldrene å skille mellom reaksjoner som har opphav i egne omsorgserfaringer og de som har opphav i relasjonen til barnet.

Foreldre som mangler kunnskap eller ferdigheter i å regulere barnet kan ha behov for *veiledning og opplæring* i hvordan de skal samhandle med barnet. Dette kan være resultat av miljøbetingelser eller forhold ved foreldrene, som tidlig graviditet, rus eller manglende omsorgserfaringer. Veiledning og opplæring rettes inn mot det konkrete samspillet mellom foreldre og barn. For eksempel veiledning av positive foreldreferdigheter for å fremme varme, støtte og gjensidighet i relasjonen, som ved å hjelpe foreldrene til å respondere på tilpassede måter til barnets signaler og atferd. På denne måten skapes et trygt og forutsigbart hjemmemiljø.

Direkte tiltak for barnet kan gis der det er identifiserbare forhold ved barnet. Dette kan dreie seg om fysiske eller organiske forhold, som ved feilernæring, eller når det er en tilstand som må behandles. Ved for eksempel å gi barnet ernæringstilskudd vil det få energi til sosiale samspill med sine omsorgspersoner. Barnet blir en mer responsiv samspillspartner og skaper med dette også endringer hos omsorgspersonene. I sammensatte saker kan det være nødvendig med både omdefinering, ferdighetstrening og tiltak for barnet. Når det er stor grad av problemkompleksitet, som ofte kjennetegner alvorlige saker, er det viktig at ikke arbeidet med foreldregiheter kommer i bakgrunnen.

Tiltak for å bedre relasjonen mellom omsorgsgiver og barn kan altså skape varige transaksjonsmønstre som fremmer et godt utviklingsmiljø for barnet. Intervensjonsstudier som har vært rettet inn mot å bedre relasjonen i tilfeller av omsorgssvikt og mishandling har vist positive effekter for barnet og familien (Chaffin et al., 2004; Dozier et al., 2009; Dozier et al., 2006). Ved å undersøke ingrediensene i slike studier, det vil si om de har elementer som forekommer på tvers av intervensjonene, og om slike bestanddeler har gode virkninger i seg selv, kan disse potensielt gjøres tilgjengelig på bredere basis i arbeidet med familier der barn er utsatt for omsorgssvikt og mishandling.

1.8. Formål

Et overordnet formål med denne oppgaven er å fremstille en alternativ måte å overføre virksomme relasjonsbaserte metoder til praksis, gjennom å identifisere avgrensbare elementer i intervensjoner for omsorgssvikt og mishandling. Målsettingen er videre å identifisere hvilke avgrensbare bestanddeler som kan klassifiseres som felleselementer, og å undersøke hvilke kombinasjoner av felles praksis-, prosess- og implementeringselementer som oppstår på tvers av programmer. Et slikt arbeid er etter det forfatteren kjenner til ikke utført på relasjonsbaserte intervensjoner tidligere. Det må imidlertid understrekes at identifisering av felleselementer fra effektstudier ikke gir garanti for at elementene isolert sett har effekt, og dette arbeidet må derfor anses som hypotesegenererende.

Oppgaven har følgende spesifikke målsettinger:

1. Fremstille en metode for å identifisere felleselementer fra relasjonsbaserte intervensjoner for omsorgssvikt og mishandling.
2. Å undersøke hvilke elementer som kan identifiseres
3. Å diskutere metoden som anvendes for å identifisere felleselementer, og å drøfte hvordan resultatene kan brukes for å øke kunnskapsbasert praksis i barnevernet ved alvorlig problematikk

2 Metode

2.1. Kriterier og studieutvalg

Det ble foretatt et litteratursøk etter relasjonsbaserte intervensjonsstudier med følgende kriterier:

Inklusjonskriterier:

- Populasjon: Barn og ungdom i alderen 0-18 år som hadde vært utsatt for mishandling og/eller omsorgssvikt.
- Omsorgssvikt og mishandling: Opplevd omsorgssvikt, fysisk eller psykisk mishandling, eller vært vitne til vold i nære relasjoner.
- Intervensjoner: Relasjonsbaserte intervensjoner, for både foreldre og barn, med et uttalt mål om å bedre relasjonen gjennom å fokusere på emosjonell kommunikasjon og varme, gjensidighet, sensitivitet, koordinasjon og samarbeid. Videre kunne intervensjonene ha som målsetting å fremme trygg tilknytning og/eller å bedre omsorgsgivers samspillskompetanse.
- Sammenligningsgruppe: Ingen behandling, ventelistekontroll, TAU (treatment as usual).
- Studiedesign: Effektstudier (randomiserte kontrollerte studier [RCT], kvasi-randomiserte kontrollerte studier, kvasi-eksperimentelle studier eller kontrollerte observasjonsstudier).

Eksklusjonskriterier:

- Studier som ikke var effektstudier (deskriptive studier, kvalitative studier, case studier, økonomiske evalueringer, meningsartikler)
- Intervensjoner uten en relasjonskomponent (farmakologiske studier, kognitiv-atferdsterapi rettet kun mot barnet, psykodynamiske intervensjoner uten relasjonskomponenter).
- Intervensjoner rettet direkte mot barnet.

Etter et innledende litteratursøk ble det identifisert en omfattende kunnskapsoversikt over psykososiale intervensjoner for barn som hadde opplevd omsorgssvikt og mishandling (Macdonald et al., 2016). I denne oversikten ble studiene kategorisert som systemiske, intervensjoner overfor barnet eller relasjonsbaserte. De relasjonsbaserte intervensjonsstudiene ble hentet ut og benyttet i denne oppgaven (N=15, publisert i 19 artikler). Søket av Macdonald et al. (2016) ble gjennomført i 2014. Intervensjonsstudier som er publisert etter 2014 er ikke inkludert i denne oppgaven da påfølgende litteratursøk ikke er ferdigstilt (pågående prosjekt ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse, RBUP Øst og Sør).

2.2. Kodeprosess

Elementene fra studiene ble kodet etter en pragmatisk kodemanual utviklet av Thomas Engell og Kristine Amlund Hagen (Engell et al., under vurdering). Denne er inspirert av Chorpita og Daleidens «Destillation and Matching Procedure» (2009), og kombinerer ulike teknikker for å undersøke elementer og interaksjon mellom disse.

Tre ekspertmedlemmer av prosjektgruppen gikk gjennom alle intervensjonsstudiene hver for seg, og utviklet en kodematrise ved konsensusavgjørelser. Overordnede kategorier, praksis-, prosess- og implementeringselementer i artiklene ble identifisert og ført inn i kodematrisen. Praksiselementer er avgrensbare praksiser eller handlinger som ble gjennomført under intervensjonene (som for eksempel direkte veiledning i samspill, positiv forsterkning eller observasjon av barnet i felleskap med omsorgsgiver). Prosesselementer beskriver omstendighetene ved gjennomføringen av intervensjonen og omfatter *hvordan, når, hvor, hvorfor, for hvem* og *av hvem* praksiselementene ble gjennomført. Implementeringselementene beskriver strategier for å overføre elementene til praksis (*The Expert Recommendation for Implementing Change Study;* Powell et al. [2015]).

De spesifikke elementene som ble ekstrahert fra studiene ble klassifisert innenfor overordnede praksis-, prosess- og implementeringskategorier (Engell et al., under vurdering). Prosjektgruppen hadde på forhånd utformet følgende overordnede kategorisering av praksiselementene basert på gjennomgang av intervensjonene:

- *Arbeid med de observerbare interaksjonene mellom barn og omsorgsgiver*
- *Foreldreteknikker*

- *Forståelse av barnets bidrag*
- *Arbeid som er fokusert på omsorgsgiver*
- *Endring av indre representasjoner*
- *Psykoedukasjon*
- *Øke motivasjonen for deltakelse i veiledning*
- *Direkte arbeid med barnet*

I kodematrisen inngikk også kategorier for prosesselementer, eksempelvis for utfallsmål, noe som muliggjør registreringen av hvem målingene ble foretatt på (foreldre, barn, relasjon) og når disse ble gjennomført. For en full oversikt over kategorisering og beskrivelse av prosesselementer se tabell 5 (vedlegg). Kategoriene for implementeringselementer omhandlet for eksempel etterlevelse av programmet og hvordan opplæringen av veiledere foregikk.

To eksterne kodere kodet alle studiene i henhold til en kodemanual utarbeidet av Engell et al. (under vurdering). I tillegg ble et mindre antall av studiene kodet av en tredje koder. Koderne gjennomgikk hver enkelt artikkel uavhengig av hverandre og noterte de praksis-, prosess- og implementeringselementene som studiene beskrev inn i kodematrisen. Kodingen foregikk i et Excel-ark der praksiselementer ble kodet langs Y-aksen, mens prosess- og implementeringselementer ble kodet langs X-aksen. Studienummeret ble notert der praksiselementet langs Y-aksen samsvarte med prosess-, eller implementeringselementer i X-aksen. Etter koding av hver artikkel ble antall identifiserte elementer notert i et eget skjema. De individuelle kodearkene til koderne som hadde kodet alle artiklene ble deretter kombinert til ett. Uenigheter mellom koderne ble løst ved diskusjon. Der dette ikke var mulig ble det hentet inn koderesultater fra en tredje koder der dette var tilgjengelig, og konflikter som ikke ble løst ved diskusjon ble dermed løst ved å se hva tredje koder hadde kodet i gitte tilfelle.

2.3. Identifisering av felleselementer og kombinasjoner

Felles praksiselementer på tvers av studiene ble identifisert ved frekvenstelling. Det eksisterer ingen etablerte kuttepunkt for hvor hyppig et element må forekomme for å inkluderes som et felleselement. I et prosjekt hvor samme metode benyttes (Engell et

al., under vurdering) ble kuttepunktet satt til 25 prosent. Ved å bruke prosent vil kuttepunktet variere etter hvor mange studier som er inkludert i undersøkelsen. I denne oppgaven settes kuttepunktet etter samme premiss. Det vil si at et praksiselement anses som felles dersom det er benyttet i minst 25% av studiene i undersøkelsen.

15 studier ble undersøkt i denne oppgaven. To av studiene benyttet to eksperimentelle intervensjonsgrupper i tillegg til kontrollgruppe. Disse ble kodet hver for seg. Dette resulterte i totalt 17 intervensjonsstudier inkludert i undersøkelsen.

Kuttepunktet i denne oppgaven ble dermed satt til fire. Dette utgjør 23,5% av intervensjonene (N=17). Det vil si at et element som fremkom i fire eller flere intervensjonsstudier ble ansett som felles. På grunn av generelt lave frekvenser ble dette vurdert som mer hensiktsmessig enn å sette kuttepunktet til fem (29,4%). Ettersom identifikasjon av elementer er et hypotesegenererende arbeid, fremstår det som viktigere å presentere et større omfang av elementer enn å forholde seg strengt til et kuttepunkt på 25 prosent.

Som nevnt tidligere vil et praksiselement påvirkes av omstendigheter for anvendelse. For å få slik informasjonen ble det gjort en opptelling av hvilke prosess- og implementeringselementer som oftest forekom sammen med praksiselementet. Dersom et praksiselement ble identifisert som felles kunne koderne også telle hvor mange av studiene som anvendte praksiselementet under de samme forholdene, for eksempel hvor intervensjonene ble gjennomført eller hvilken varighet tiltaket hadde.

Det ble også foretatt en opptelling av hvilke praksiselementer som oppsto i kombinasjon.

3 Resultater

3.1. Studier

I denne oppgaven ble de relasjonsbaserte studiene som var inkludert i oversikten til Macdonald et al. (2016) benyttet. Studiekarakteristika er oppsummert i tabell 1. Tabellen viser studiedesign, populasjon, intervensjonsnavn og forfatter(e), samt hvilke effektmål studiene hadde og når disse ble gjennomført.

Studiedesign. Alle studiene utenom én var randomiserte kontrollerte studier (RCT). Studien av Becker-Weidman (2006a, 2006b) var en kontrollert observasjonsstudie (COS).

Sted. Studiene ble gjennomført i USA med unntak av to som ble gjennomført i Canada (Hughes & Gottlieb, 2004; Moss et al., 2011), og to i Australia (Thomas & Zimmer-Gembeck, 2011, 2012).

Teoretiske rammeverk for intervensjonene. Ti av studiene undersøkte klare tilknytningsorienterte intervensjoner (Becker-Weidman, 2006a, 2006b; Bernard et al., 2012; Cicchetti et al., 2006; Cicchetti, Rogosch, Toth, & Sturge-Apple, 2011; Dozier et al., 2009; Dozier et al., 2006; Ippen, Harris, Van Horn, & Lieberman, 2011; Lieberman, Ippen, & Van Horn, 2006; Lieberman, Van Horn, & Ippen, 2005; Moss et al., 2011; Spieker, Oxford, Kelly, Nelson, & Fleming, 2012; Sprang, 2009; Toth, Maughan, Manly, Spagnola, & Cicchetti, 2002). Tilknytningsorienterte intervensjoner fokuserer på omsorgsgiver-barn-dyaden og skal fremme trygg tilknytning ved å øke omsorgsgiveres sensitivitet og responsivitet. Her er det blant annet fokus på foreldres representasjoner av barnet, foreldrenes egen tilknytning i oppveksten, og eventuelt å korrigere emosjonell respons på barnets signaler. Lieberman et al. (2006); Lieberman et al. (2005) har bygget inn elementer fra flere teoretiske tradisjoner, som sosial læringsteori og kognitiv teori.

Studien til Valentino, Comas, Nuttall, og Thomas (2013) undersøkte en emosjonsfokusert intervensjon hvor foreldre trener på å snakke med barna om vanskelige følelser ved å bruke åpne spørsmål, å utdype innhold i beskrivelser, samt diskutere/forklare følelser.

Tre av studiene undersøkte en intervensjon som bygger på både tilknytningsteori og sosial læringsteori (Chaffin et al., 2004; Thomas & Zimmer-

Gembeck, 2011, 2012). Målsetningen for denne metoden er å fremme et trygt omsorgsmiljø, øke positive foreldreferdigheter og minske uønsket omsorgsatferd forbundet med omsorgssvikt og mishandling. Intervensjonen benytter direkte veiledning av foreldrene i samspillet med sine barn.

Hughes og Gottlieb (2004) undersøkte en intervensjon basert på sosial læringsteori, og som gis i grupper. I intervensjonen lærer foreldre å leke med barna og å assistere barna i læringsaktiviteter, bruke ros og forsterkning, sette alderspassende grenser, og å håndtere utagering og dysregulert atferd.

Tabell 1 Oversikt over studier

#	Referanse	Utvalg	Studiedesign	Intervensjon	Måletidspunkt[a]	Utfallsmål
1 (a)	Becker-Weidman (2006a)	Barn (5-16 år) og omsorgsgivere (N=65)	COS	Dyadic Developmental Psychotherapy	12+ mnd.	Relasjonelle utfall, Barnets utvikling og atferd
1 (b)	Becker-Weidman (2006b)	Barn (5-16 år) og omsorgsgivere (N=65)	COS	Dyadic Developmental Psychotherapy	12+ mnd.	Relasjonelle utfall, Barnets utvikling og atferd
2	Bernard et al. (2012)	Småbarn (gj.snitt 19,1 mnd.) og foreldre (N=120)	RCT	Attachment and Biobehavioral Catch-up	0-2 mnd.	Relasjonelle utfall
3	Chaffin et al. (2004)	Barn (4-12 år) og foreldre (N=110)	RCT	Parent-Child Interaction Therapy	12+ mnd.	Relasjonelle utfall, Aspekter ved omsorgsgiver, Barnets utvikling og atferd, Potensiale for misbruk
4	Cicchetti et al. (2006)	Småbarn (gj.snitt 13,31 mnd.) og mødre (N=137)	RCT	Psychoeducational Parenting Intervention og Infant–Parent Psychotherapy	0-2 mnd.	Relasjonelle utfall, Aspekter ved omsorgsgiver,
5	Cicchetti et al. (2011)	Småbarn (gj.snitt 13,3 mnd.) og mødre (N=91)	RCT	Child–Parent Psychotherapy og Psychoeducational Parenting Intervention	0-2 mnd. og 2-12 mnd.	Barnets utvikling og atferd
6 (a)	Dozier et al. (2006)	Småbarn (gj.snitt 19 mnd.) og fosterforeldre (N=60)	RCT	Attachment and Biobehavioral Catch-up	0-2 mnd.	Relasjonelle utfall, Barnets utvikling og atferd
6 (b)	Dozier et al. (2009)	Småbarn (gj.snitt 18,9 mnd.) og fosterforeldre (N=47)	RCT	Attachment and Biobehavioral Catch-up	0-2 mnd.	Barnets utvikling og atferd
7	Hughes og Gottlieb (2004)	Barn (3-8 år) og mødre (N=26)	RCT	The Webster-Stratton parent program	0-2 mnd.	Relasjonelle utfall, Aspekter ved omsorgsgiver, Barnets utvikling og atferd
8 (a)	Lieberman et al. (2005)	Førskolebarn (gj.snitt 4,06 år) og mødre (N=75)	RCT	Child–Parent Psychotherapy	0-2 mnd.	Aspekter ved omsorgsgiver, Barnets utvikling og atferd

8 (b)	Lieberman et al. (2006)	Førskolebarn (gj.snitt 4,06 år) og mødre (N=75)	RCT	Child–Parent Psychotherapy	2-12 mnd.	Aspekter ved omsorgsgiver, Barnets utvikling og atferd
8 (c)	Ippen et al. (2011)	Førskolebarn (gj.snitt 4,06 år) og mødre (N=75)	RCT	Child–Parent Psychotherapy	2-12 mnd.	Aspekter ved omsorgsgiver, Barnets utvikling og atferd
9	Moss et al. (2011)	Småbarn (gj.snitt 3,29 år) og omsorgsgivere (N=67)	RCT	Attachment Video-Feedback Intervention	0-2 mnd.	Relasjonelle utfall, Barnets utvikling og atferd
10	Spieker et al. (2012)	Småbarn (10-24 mnd.) og omsorgsgivere (N=210)	RCT	Promoting First Relationships	0-2 mnd. og 2-12 mnd.	Relasjonelle utfall, Aspekter ved omsorgsgiver, Barnets utvikling og atferd
11	Sprang (2009)	Småbarn (gj.snitt 3,5 år) og omsorgsgivere (N=53)	RCT	Attachment and Biobehavioral Catch-up	0-2 mnd.	Aspekter ved omsorgsgiver, Barnets utvikling og atferd, Potensiale for misbruk
12	Thomas og Zimmer-Gembeck (2012)	Førskolebarn (gj.snitt 4,57 år) og kvinnelige omsorgsgivere (N=151)	RCT	Parent-Child Interaction Therapy	0-2 mnd.	Relasjonelle utfall, Aspekter ved omsorgsgiver, Barnets utvikling og atferd, Potensiale for misbruk
13	Thomas og Zimmer-Gembeck (2011)	Førskolebarn (gj.snitt 5 år) og kvinnelige omsorgsgivere (N=151)	RCT	Parent-Child Interaction Therapy	0-2 mnd.	Relasjonelle utfall, Aspekter ved omsorgsgiver, Barnets utvikling og atferd, Potensiale for misbruk
14	Toth et al. (2002)	Førskolebarn (gj.snitt 4 år) og mødre (N=122)	RCT	The Preschooler–Parent Psychotherapy	0-2 mnd.	Relasjonelle utfall, Barnets utvikling og atferd
15	Valentino et al. (2013)	Førskolebarn (gj.snitt 4,88 år) og foreldre (N=44)	RCT	Reminiscing and Emotion Training	0-2 mnd.	Relasjonelle utfall, Aspekter ved omsorgsgiver, Barnets utvikling og atferd

[a] Måletidspunkt av utfallsmål i måneder etter intervensjonsslutt.

3.2. Samsvar i koding

Før de individuelle kodematrisene ble slått sammen var det totalt 56,5 prosent enighet mellom de to som kodet alle artiklene: for praksiselementer var det 45,3 prosent, for prosesselementer 67,4 prosent, og for implementeringselementer 15,6 prosent. Det ble i gjennomsnitt kodet 31 elementer per studie.

3.3. Felleselementer

3.3.1. Felles praksiselementer

Totalt ble det identifisert 60 praksiselementer fra de relasjonsbaserte intervensjonene. Praksiselementene som ble benyttet i minimum fire av intervensjonene og dermed ble klassifisert som *felles* er beskrevet i tabell 2. Tabellen viser også hvilken overordnet kategori praksiselementet tilhører.

Tabell 2 Identifiserte felles praksiselementer

#	Felles praksiselement	Kategori
1	Veilede forelderen i dyadisk interaksjon med barnet	Arbeid med de observerbare interaksjonene mellom barn og omsorgsgiver
2	Å følge barnets initiativ	Foreldreteknikker
3	Å gi omsorgsgiver hjelp til å overstyre egne vansker som kommer i veien for å gi barnet god omsorg	Endring av indre representasjoner
4	Å gi læring om barneoppdragelse	Psykoedukasjon
5	Gi omsorg (selv når barnet er avvisende eller det oppstår vanskeligheter for foreldrene)	Arbeid med de observerbare interaksjonene mellom barn og omsorgsgiver
6	Felles observasjon av barnet	Arbeid med de observerbare interaksjonene mellom barn og omsorgsgiver
7	Øke bruk av ros og positiv forsterkning	Foreldreteknikker
8	Vise sensitivitet overfor barnets signaler	Forståelse av barnets bidrag
9	Skille nåværende fra tidligere relasjoner	Endring av indre representasjoner
10	Utviklingsstøttende veiledning basert på omsorgsgivers bekymringer	Psykoedukasjon

Felles praksiselementer, samt elementer brukt i kombinasjon med disse, er presentert i tabell 3. I tabellens andre kolonne presenteres antallet intervensjoner som benyttet praksiselementet, samt antall utfall som ble målt. Studienes mest brukte utfallsmål totalt sett var *barnets utvikling og atferd* (N=14), etterfulgt av *relasjonelle utfall* (N=13), *aspekter ved omsorgspersonen* (N=10) og *potensiale for misbruk* (N=4).

Siste kolonne i tabell 3 viser hvilke andre praksiselementer som ble gitt sammen med det aktuelle felles praksiselementet. Tallet i parentes viser hvor mange av intervensjonene som benyttet kombinasjonen av praksiselementer.

Tabell 4 viser frekvens for resterende praksiselementer.

3.3.2. Felles prosesselementer og andre karakteristika

Det ble totalt identifisert 61 prosesselementer og andre karakteristika (varighet av intervensjon, hvem som leverte intervensjonsinnholdet, etc.). De vanligste prosesselementene i kombinasjon med felles praksiselementer er beskrevet i fjerde kolonne i tabell 3. Tallet i parentes angir antall ganger prosesselementet ble brukt i kombinasjon med det spesifikke praksiselementet.

Alle intervensjonene ble rettet inn mot omsorgspersoner. Der intervensjonene ble gjennomført med omsorgspersoner og barn sammen, var det barn i førskolealder som var vanligste aldersgruppe (2-5 år). Varigheten på intervensjonene som benyttet felles praksiselementer var oftest 10 timer eller mer. Intervensjonene med de vanligste praksiselementene ble utført av profesjonelle veiledere (ulikt spesifisert hva en profesjonell innebærer).

De to hyppigst identifiserte prosesselementene var: *manualbaserte* (N= 12) og *gjennomført i hjemmet* (N=10). Kun én av intervensjonene hadde ungdom (12-18 år) som målgruppe i studien. De fleste studiene gjennomførte utfallsmålinger innen et år etter avslutning, hvorav de fleste utfallsmålingene ble foretatt innen de to første månedene. To av studiene målte utfall etter 12 måneder.

3.3.3. Felles implementeringselementer

Kodematrisen inneholdt 80 implementeringselementer hvorav kun åtte totalt ble identifisert i studiene som inngår i denne undersøkelsen (*kontroll av etterlevelse i løpet av programmet, tilsyn av veiledere, implementeringsmøter med profesjonelle*

veiledere, gi fortløpende konsultasjon, bruk av manual under opplæring, trening i gruppe, trening in vivo, å følge trente veiledere under opplæring). Det vanligste implementeringselementet i kombinasjon med felles praksiselementer var *kontroll av etterlevelse i løpet av programmet*, etterfulgt av *tilsyn av veiledere.* Disse implementeringsstrategiene innebar henholdsvis å tilse at intervensjonen ble gjennomført etter korrekte prosedyrer og at veiledere fikk kontinuerlig oppfølging og støtte. Tabell 3 viser felles implementeringselementer (nest siste kolonne). Øvrige implementeringselementer er ikke tatt med i tabellen da de ikke er anvendt i studiene.

Tabell 3 Felles praksis-, prosess- og implementeringselementer

Felles praksiselement *(Overordnet kategori)*	**Definisjon**	**Frekvens + frekvens utfallsmål[a]**	**Elementer brukt i kombinasjon med praksiselement**		
			Felles prosesselementer[b]	***Felles implementerings-elementer***	***Andre praksiselementer***
Veilede forelderen i dyadisk interaksjon med barnet *(Arbeid med de observerbare interaksjonene mellom barn og omsorgsgiver)*	*Terapeut/profesjonell veileder foreldrene i observerbare interaksjoner. Dette kan være måter å gi barnet utviklingsstøtte, som i lek, læring, sensomotorisk organisering og biologisk rytme. Eller aspekter ved oppdragelsen som er uforsvarlige og kan skade eller medføre ulykker, samt aggressiv, straffende og kritisk foreldreatferd*	Totalt: 6 RU: 5 AO: 5 U/A: 5 PM: 3	• Levert til omsorgsperson (6), og barn i førskolealder (5) • Varighet over 10 timer eller mer (6) • Repeterende element (5) • Levert av profesjonell med mastergrad (4) • Tilbakemeldinger (4) • Basert på sosial læringsteori (4) og tilknytningsteori (4) • Multikomponent (4) • Gjennomført med foreldre og barn sammen (3), live coaching (3) • Gjennomført i tjenestens lokaler (3) • Manualbasert (3)	• Kontroll av etterlevelse i løpet av programmet (6) • Tilsyn av veiledere (4) • Implementeringsmøter med profesjonelle veiledere (1)	• Følge barnets initiativ (3) • Øke bruk av ros og positiv forsterkning (3)
Følge barnets initiativ *(Foreldreteknikker)*	*Reflektere barnets utsagn, beskrive barnets atferd – også når barnet ikke er opprørt, tematisere foreldrenes kontrollerende eller belærende atferd*	Totalt: 6 RU: 6 AO: 3 U/A: 6 PM: 2	• Levert til omsorgsperson (6), og barn i førskolealder (4) • Levert av profesjonell uspesifisert (5) • Hjemmelekser (5) • Tilbakemeldinger (4) • Multikomponent (4) • Varighet over 10 timer eller mer (4) • Gjennomført med foreldre og barn sammen (3) • Gjennomført i hjemmet (3)	• Kontroll av etterlevelse i løpet av programmet (5) • Tilsyn av veiledere (2) • Gi fortløpende konsultasjon (1)	• Veilede forelderen i dyadisk interaksjon med barnet (3) • Takle dårlig oppførsel/ignorere ubetydelig dårlig oppførsel (3) • Øke bruk av ros og positiv forsterkning (3) • Ferdigheter i å gi beskjeder (3)

			• Basert på sosial læringsteori (3) og tilknytningsteori (3)		
Gi omsorgsgiver hjelp til å overstyre egne vansker som kommer i veien for å gi god omsorg *(Endre indre representasjoner)*	*Vansker som har opphav i foreldrenes egne liv og oppvekst som kan bli aktivert i samspill med barnet, som for eksempel å ha opplevd misbruk eller omsorgssvikt*	Totalt: 5 RU: 5 AO: 1 U/A: 3 PM: 0	• Levert til omsorgsperson (5), barn i førskolealder (3), småbarn (3), og spedbarn (3) • Gjennomført med foreldre og barn sammen (5) • Manualbasert (4) • Levert av profesjonell uspesifisert (3) • Varighet over 10 timer eller mer (3) • Gjennomført i hjemmet (3) • Basert på tilknytningsteori (3)	• Kontroll av etterlevelse i løpet av programmet (4) • Tilsyn av veiledere (2)	• Gi omsorg (selv når barnet er avvisende eller når det oppstår vanskeligheter for foreldrene) (3) • Skille nåværende fra tidligere relasjoner (3)
Gi læring om oppdragelse *(Psykoedukasjon)*	*Inkluderer utviklingsmessig tilpassede foreldreferdigheter og foreldrenes evne til å innta foreldrerollen*	Totalt: 5 RU: 4 AO: 2 U/A: 4 PM: 0	• Levert til omsorgsperson (5) • Varighet over 10 timer eller mer (5) • Foreldreinvolvering (4) • Levert av profesjonell med mastergrad (3) • Gjennomført uten barnet til stede (3) • Gjennomført i hjemmet (3) • Manualbasert (3)	• Kontroll av etterlevelse i løpet av programmet (3) • Tilsyn av veiledere (2) • Bruk av manual under opplæring (1)	• Følge barnets initiativ (2) • Skape muligheter der barnet kan uttrykke følelser/utvikle reguleringskapasitet (2) • Utviklingsstøttende veiledning basert på omsorgsgivers bekymringer (2) • Påpeke belastninger i hjemmet knyttet til omsorgssvikt og mishandling (2) • Hjelpe foreldre med evne til egenomsorg (2) • Oppfordre til forbedret sosial støtte (2) • Oppfordre til utdanning og arbeid (2)

Gi omsorg (selv når barnet er avvisende eller når det oppstår vanskeligheter for foreldrene) *(Arbeid med de observerbare interaksjonene mellom barn og omsorgsgiver)*	*Innebærer opplæring av fysiske og emosjonelle foreldreferdigheter gjennom modellering av god utviklingsstøtte, og ved å hjelpe omsorgsgiver til å tolke barnets uforståelige atferd*	Totalt: 4 RU: 3 AO: 1 U/A: 3 PM: 1	• Levert til omsorgsperson (4), barn i førskolealder (3), småbarn (3), og spedbarn (3) • Levert av profesjonell uspesifisert (4) • Gjennomført med foreldre og barn sammen (4) • Gjennomført i hjemmet (3) • Manualbasert (3) • Multikomponent (3)	• Kontroll av etterlevelse i løpet av programmet (3) • Implementeringsmøter med profesjonelle veiledere (1)	• Gi omsorgsgiver hjelp til å overstyre egne vansker som kommer i veien for å gi god omsorg (3) • Skape muligheter der barnet kan uttrykke følelser/utvikle reguleringskapasitet (2) • Fokusere på tilknytningsstrategier (2) • Vise sensitivitet overfor barnets signaler (2) • Følge barnets initiativ (2) • Redusere/erstatte (automatisk) atferd med nye ferdigheter (2)
Felles observasjon av barnet *(Arbeid med de observerbare interaksjonene mellom barn og omsorgsgiver)*	*Terapeut/profesjonell og omsorgsgiver identifiserer og utforsker barnets atferd fra direkte samspill mellom barnet og omsorgsgiver*	Totalt: 4 RU: 3 AO: 1 U/A: 3 PM: 0	• Levert til omsorgsperson (4) og småbarn (3) • Levert av profesjonell med mastergrad (4) • Gjennomført med foreldre og barn sammen (4) • Varighet over 10 timer eller mer (4) • Manualbasert (4) • Gjennomført i hjemmet (3) • Repeterende element (3) • Foreldreinvolvering (3) • Basert på tilknytningsteori (3)	• Kontroll av etterlevelse i løpet av programmet (4) • Tilsyn av veiledere(4) • Bruk av manual under opplæring (2)	• Skille nåværende fra tidligere relasjoner (3) • Utviklingsstøttende veiledning basert på omsorgsgivers bekymringer (2) • Gi omsorgsgiver hjelp til å overstyre egne vansker som kommer i veien for å gi god omsorg (2) • Veilede forelderen i dyadisk interaksjon med barnet (2) • Gi empatiske kommentarer under observasjon (2)
Øke bruk av ros og positiv forsterkning	*Fokusere på barnets positive atferd fremfor negativ atferd*	Totalt: 4 RU: 4	• Levert til omsorgsperson (4), barn i skolealder (3), og førskolealder (3) • Varighet over 10 timer eller mer (4)	• Kontroll av etterlevelse i løpet av programmet (3) • Tilsyn av veiledere (2)	• Følge barnets initiativ (3) • Veilede forelderen i dyadisk interaksjon med

(Foreldreteknikker)		AO: 4 U/A: 4 PM: 3	• Basert på sosial læringsteori (4) • Levert av profesjonell uspesifisert (3) • Gjennomført med foreldre og barn sammen - live coaching (3) • Repeterende element (3) • Tilbakemeldinger (3) • Hjemmelekser (3) • Gjennomført i tjenestens lokaler (2), • Gjennomført i mer enn én setting (2)	• Gi fortløpende konsultasjon (2)	barnet (3) • Takle dårlig oppførsel/ignorere ubetydelig dårlig oppførsel (3) • Ferdigheter i å gi beskjeder (3)
Vise sensitivitet overfor barnets signaler *(Forståelse av barnets bidrag)*	*Terapeuten/profesjonell hjelper forelderen til å oppfatte og respondere sensitivt på barnets signaler (for eksempel ved å vise responsivitet, inntoning på barnets subjektive opplevelser, skape affektiv inntoning gjennom øyekontakt, stemmeleie, berøring og bevegelse)*	Totalt: 4 RU: 4 AO: 2 U/A: 3 PM: 1	• Levert til omsorgsperson (4) • Levert av profesjonell uspesifisert (3) • Varighet over 10 timer eller mer (3) • Tilbakemeldinger (3) • Basert på tilknytningsteori (3) • Gjennomført med foreldre og barn sammen (2), uten barnet til stede (2), live coaching (1) • Gjennomført i tjenestens lokaler (2) • Gjennomført i hjemmet (2)	• Kontroll av etterlevelse i løpet av programmet (3) • Trening i gruppe (1), trening in vivo (1) • Tilsyn av veiledere (1) • Implementeringsmøter med profesjonelle veiledere (1) • Gi fortløpende konsultasjon (1) • Å følge trente veiledere under opplæring (1)	• Gi omsorg (selv når barnet er avvisende eller når det oppstår vanskeligheter for foreldrene) (2) • Følge barnets initiativ (2) • Gi omsorgsgiver hjelp til å overstyre egne vansker som kommer i veien for å gi god omsorg (2)
Skille nåværende fra tidligere relasjoner *(Endre indre representasjoner)*	*Foreldrene reflekterer over hvordan de selv ble skremt av egne omsorgsgivere, samt at de gjøres oppmerksom på automatiske måter å respondere til barna på*	Totalt: 4 RU: 3 AO: 1 U/A: 2 PM: 0	• Levert til omsorgsperson (4) og barn i førskolealder (3) • Gjennomført med foreldre og barn sammen (4) • Manualbasert (4) • Levert av profesjonell med mastergrad (3) • Varighet over 10 timer eller mer (3) • Gjennomført i hjemmet (3)	• Kontroll av etterlevelse i løpet av programmet (4) • Tilsyn av veiledere (3) • Bruk av manual under opplæring (1)	• Gi omsorgsgiver hjelp til å overstyre egne vansker som kommer i veien for å gi god omsorg (3) • Felles observasjon av barnet (3)

Utviklingsstøttende veiledning basert på omsorgsgivers bekymringer *(Psykoedukasjon)*	*Terapeut/profesjonell gir skriftlig, verbal eller visuell informasjon om relevante temaer*	Totalt: 4 RU: 2 AO: 2 U/A: 3 PM: 0	• Levert til omsorgsperson (4) • Varighet over 10 timer eller mer (4) • Foreldreinvolvering (4) • Levert av profesjonell med mastergrad (3) • Gjennomført i hjemmet (3) • Manualbasert (3) • Gjennomført med foreldre og barn sammen (2), gruppe (1), uten barnet til stede (1)	• Kontroll av etterlevelse i løpet av programmet (3) • Tilsyn av veiledere (2)	• Gi læring om oppdragelse (2) • Skille nåværende fra tidligere relasjoner (2) • Felles observasjon av barnet (2)

[a] Utfallsmål: Relasjonelle utfall (RU), aspekter ved omsorgspersoner (AO), barnets utvikling og atferd (U/A), potensiale for misbruk (PM).
[b] Tabell 5 (vedlegg) viser oversikt og beskrivelse av prosesselementer

Tabell 4 Frekvens av praksiselementer

Praksiselement	Frekvens	Praksiselement	Frekvens	Praksiselement	Frekvens
Positive tilbakemeldinger til omsorgsgiver under observasjon av samspill	3	Sørge for barnets sikkerhet	2	Ta opp problemer knyttet til avslutningen av behandlingen	1
Ferdigheter i å gi beskjeder	3	Oppfordre til forbedret sosial støtte	2	Motivasjonsøvelser	1
Takle dårlig oppførsel/ignorere ubetydelig dårlig oppførsel	3	Påpeke belastninger i hjemmet knyttet til omsorgssvikt og mishandling	2	Forstå barnets atferd som en gjenspeiling av et udekket behov	1
Skape muligheter der barnet kan uttrykke følelser/utvikle reguleringskapasitet	3	Gi tilpasset respons og støtte til omsorgspersoner	2	Snakke om løsninger for barnets negative emosjoner	1
Gi empatiske kommentarer under observasjon	2	Endre mistilpasset atferd	2	Kognitiv restrukturering	1
Diskutere tilknytningsrelaterte og emosjonsreguleringsrelaterte temaer	2	Hjelpe foreldre med evne til egenomsorg	2	Hjelpe omsorgsgivere med å reflektere over barnets utviklende sinn/hjerne	1
Redusere/erstatte (automatisk) atferd med nye ferdigheter	2	Forsterke hvordan foreldre gir omsorg til sine barn som de aldri mottok selv	1	Lære foreldre nytten av fysisk kontakt/omsorg (kose etc.)	1
Forsterke sensitivitet og hvordan det påvirker barnets atferd	2	Vise empati med barnets underliggende stress	1	Lære foreldre verdien av å motta sensitiv omsorg	1
Grensesetting (aldersadekvat)	2	Hjelpe foreldrene til å øve på ferdigheter gjennom strukturerte aktiviteter	1	Lære foreldrene å kjenne igjen og forstå emosjoner og atferd	1
Stille flere åpne spørsmål	2	Gi barnet valg/alternativer	1	Øvelser for å forstå behovet for endring	1
Unngå kritikk	2	Unngå maktkamper	1	Trening i å ta beslutninger	1
Benytte time-out	2	Etablere og kommunisere klare retningslinjer/regler for oppførsel	1	Tilbakemeldinger fra andre intervensjonsdeltakere	1
Gi alternativer til problematisk atferd i foreldre-barn-relasjonen og/eller invaderende handlinger	2	Tematisere forhold til gjerningsperson/fraværende omsorgsgiver	1	Fokusere på dypere følelser og behov for underliggende vansker i foreldre-barn-relasjonen	1
Forklare sammenhenger mellom barnets opplevelser og dets følelser/emosjoner	2	Respondere på barnets negative emosjoner	1	Beskrive personlige oppfatninger om oppdragelse	1
Gi støtte for utviklingspassende samspill	2	Tematisere skremmende atferd	1	Gå gjennom tidligere traumer	1
Fokusere på tilknytningsstrategier	2	Problemløsing	1	Redusere følelsen av skam	1
Oppfordre til utdanning og arbeid	2	Ferdigheter i selv-overvåkning	1		

4 Diskusjon

4.1. Oppsummering av resultater

I denne studien ble det identifisert felles praksis-, prosess- og implementeringselementer fra relasjonsbaserte intervensjoner for omsorgssvikt og mishandling. Ved å benytte en felleselementmetodikk ble det identifisert elementer fra 15 intervensjonsstudier. Intervensjonene hadde som målsetting å bedre relasjonen mellom omsorgsgiver og barn gjennom å arbeide med emosjonell kommunikasjon og varme, gjensidighet, sensitivitet, koordinasjon og samarbeid, noe som kan bidra til at barnet får en god utvikling og en god psykisk helse. Det ble identifisert felles praksiselementer innenfor fem overordnede kategorier: *arbeid med de observerbare interaksjonene mellom barn og omsorgsgiver, foreldreteknikker, forståelse av barnets bidrag, endring av indre representasjoner* og *psykoedukasjon.* Det ble totalt identifisert ti felles praksiselementer: *1) Veilede forelderen i dyadisk interaksjon med barnet, 2) Å følge barnets initiativ, 3) Gi omsorgsgiver hjelp til å overstyre egne vansker som kommer i veien for å gi barnet god omsorg, 4) Gi læring om oppdragelse, 5) Gi omsorg (selv når barnet er avvisende eller det oppstår vanskeligheter for foreldrene), 6) Felles observasjon av barnet, 7) Øke bruk av ros og positiv forsterkning, 8) Vise sensitivitet overfor barnets signaler, 9) Skille nåværende fra tidligere relasjoner* og *10) Utviklingsstøttende veiledning basert på omsorgsgivers bekymringer.* Disse ble oftest anvendt i intervensjoner der barnet og omsorgsgivere deltok sammen og som var gitt av en profesjonell veileder. Den mest brukte implementeringsstrategien der felles praksiselementer ble benyttet (og generelt for alle studiene) var kontroll av etterlevelse i løpet av programmet. Av de mest vanlige prosesselementene fremkom det at intervensjonene var manualbaserte (N=12) og ble gjennomført i hjemmet (N=10).

Videre følger en diskusjon av praksiselementenes potensiale for bruk i barneverntjenestene ved de mest alvorlige sakene. Prosess- og implementeringselementer anses som kontrollelementer for å sikre korrekt etterlevelse av praksiselementene og vil derfor ikke diskuteres i denne sammenhengen.

4.2. Felleselementer i arbeid med omsorgssvikt og mishandling

De identifiserte felleselementene kan potensielt bidra til alternative tilnærminger til praksisarbeid i barneverntjenestene ved alvorlig problematikk. Det ble innledningsvis beskrevet et rammeverk for å integrere fellesfaktorer og felleselementer i arbeid med utsatte familier (Barth et al., 2012). Rammeverket beskriver en helhetlig tilnærming til praksis med familier, og understreker at egenskaper ved både familien og ved fagpersonen spiller en viktig rolle i utfallet av hjelpetiltakene som iverksettes. Endringsarbeid er ifølge Barth et al. (2012) ikke bare avhengig av hvilke metoder og strategier som brukes, men også praktikerens evne til å danne relasjon til familien, samt familiens eget ønske og forventninger til forandring. I et slikt rammeverk fungerer felleselementer som spesifikke verktøy praktikeren kan benytte seg av. Praktikeren må benytte skjønnsutøvelsen til å avgjøre hvilke verktøy som bør brukes, ut fra hvilke utfordringer som finnes i familien, samt hvilken forståelse av situasjonen og ønsker om endring familien selv har. En slik tilnærming til praksisarbeidet ivaretar flere av bestanddelene i det Backe-Hansen (2009) kaller kunnskapsbasert praksis.

I arbeidet med komplekse familieproblemer kan det være behov for flere tiltak enn de som kun retter seg mot å bedre relasjoner, som for eksempel familieproblemer som innbefatter rus og/eller psykiske lidelser. I slike situasjoner kan det være viktig å arbeide med relasjonen parallelt eller i avgrensede perioder uten at fokuset på foreldre-barn-relasjonen tapes av syne i det øvrige arbeidet som må gjøres i familien. Bruken av felleselementer for å bedre relasjonen kan integreres i det helhetlige arbeidet med familien. På denne måten kan praktikeren jobbe med flere av familiens problemområder uten at det må gå på bekostning av andre. Dette kan fungere som en mer holistisk tilnærming til å løse familiens utfordringer.

Det må imidlertid understrekes at praktikeren må foreta beslutninger om hvilke tiltak som skal iverksettes til det beste for barnet og familien. I noen situasjoner vil ikke samspillsveiledning være mulig, hvis forelderen eksempelvis har behov for akutt psykiatrisk behandling. Praktikeren må her benytte eget kunnskaps- og erfaringsgrunnlag for å overveie hva som vil gagne barnet og familien i det lange løp. Dette betyr også at praktikeren må ha forståelse av situasjonen og hvilke elementer som kan anvendes, og eventuelt om det vil være formålstjenlig å iverksette de

manualbaserte programmene i sin helhet. På denne måten blir ikke veiledningsprogrammene overflødig til fordel for felleselementene, men bruk av felleselementer kan sannsynligvis i en del tilfeller være tilstrekkelig (Chorpita et al., 2011).

I følge rammeverket til Barth et al. (2012) ser vi at skjønnsutøvelsen er sentral i det praktiske arbeidet for å vurdere hvilke tiltak som best kan skape endring i familien. Felleselementer og intervensjoner fungerer som det empiriske fundamentet for å skape endring, mens fellesfaktorer, det vil si fagutøverens evne til å danne en terapeutisk allianse, legger grunnlaget for relasjonen til familien. Relasjonsetableringen vil påvirke hvor mottakelige familiene er for tiltakene og dermed også hvor varige endringene vil være. I tillegg må praktikeren sammen med familien kartlegge hvilke endringer som er nødvendige, og hvor tiltakene skal rettes for å skape disse.

Tidlig i kontakten med familien vil det være hensiktsmessig å gjøre vurderinger av hvilke felleselementer som skal vektlegges. Valg av felleselementer kan gjøres ut i fra en forståelse av transaksjonsprosessene som ligger til grunn for barnets utvikling (Sameroff, 2009). Transaksjonsprosessene legger grunnlag for skjevutvikling gjennom negative mønstre i samspillet over tid, noe som påvirker barnets selvforståelse og reguleringskompetanse. Dette innebærer at viktige aspekter ved omsorgsmiljøet til barnet kan bedres ved å endre samspillsmønstrene mellom barn og omsorgspersoner, noe som vil være i overenstemmelse med barneverntjenestens hovedmål om å gi barnet et stabilt og forutsigbart omsorgsmiljø.

Ut fra Sameroffs (2004) kategorisering av innganger til tiltak kan de identifiserte felleselementene klassifiseres på bakgrunn av om de handler om å *omdefinere misoppfatninger* eller om *veiledning og opplæring.* Ingen av de identifiserte felleselementene er relevante for *direkte tiltak til barnet.*

Felleselementer i kategoriene *endring av indre representasjoner* og *psykoedukasjon* er aktuelle med hensyn til å omdefinere foreldrenes misoppfatninger. Ifølge transaksjonsmodellen vil atferds- og reguleringsmønstre som er etablert i barndommen kunne vedvare inn i voksenlivet dersom det ikke er korrigerende erfaringer. Foreldre som selv har levd under skadelige omsorgsforhold vil kunne ha vanskeligheter med å skille egne emosjonelle reaksjoner fra reaksjoner på barnets væremåte. Å arbeide med foreldrenes indre representasjoner vil således kunne bidra til å omdefinere misoppfatninger av barnet som har opphav i egne erfaringer. Her kan

praksiselementene *3) gi omsorgsgiver hjelp til å overstyre egne vansker som kommer i veien for å gi barnet god omsorg,* og *9) skille nåværende fra tidligere relasjoner* være relevante med hensyn til å bevisstgjøre og endre reaksjoner som har opphav i foreldrenes egne vansker og tidligere relasjoner i samspillet med barnet. I arbiedet med å endre misoppfatninger vil også psykoedukasjon om barns utvikling og individuelle forskjeller være viktig.

Veilednings- og opplæringstiltak skal gi foreldrene ferdigheter i tilpassede måter å respondere på barnet. Her er den overordnede kategorien *arbeid med de observerbare interaksjonene mellom barn og omsorgsgiver* relevant. Praksiselementene *1) veilede forelderen i dyadisk interaksjon med barnet, 5) gi omsorg (selv når barnet er avvisende eller det oppstår vanskeligheter for foreldrene)* og *6) felles observasjon av barnet* er alle rettet inn mot direkte veiledning i det umiddelbare samspillet mellom barn og forelder. Andre relevante overordnede kategorier i forbindelse med veiledning og opplæring kan være *forståelse av barnets bidrag* og *foreldreteknikker.* I førstnevnte kategori kan praksiselementet *8) å vise sensitivitet overfor barnets signaler* hjelpe forelderen til å oppfatte barnets signaler og uttrykk, samt til å respondere affektivt på barnet ved bruk av øyekontakt, stemmeleie og berøring. Dette kan bidra til at foreldre toner seg inn på barnets subjektive opplevelser og etablerer gjensidighet i samspillet. Foreldrene kan i tillegg lære konkrete *foreldreteknikker* gjennom *2) å følge barnets initiativ* og *7) øke bruk av ros og positiv forsterkning.* Dette gir foreldrene spesifikke teknikker som kan bedre relasjonen med barnet ved å skape felles opplevelser og positivitet i samhandlingene. Tilpasset opplæring i foreldreferdigheter kan også gis gjennom praksiselementene *4) gi læring om oppdragelse* og *10) utviklingsstøttende veiledning basert på omsorgsgivers bekymringer.* Dette vil også være elementer som kan være viktige i arbeidet med foreldres oppfatninger av barnet.

De identifiserte felles praksiselementene vil kunne bidra til å styrke foreldreferdigheter og til å bedre samspillet, og dermed til å styrke omsorgsmiljøet barnet vokser opp i. På denne måten vil barnet få mulighet til å utfolde sine egenskaper og få positive samspillserfaringer som det vil kunne ta med seg inn i nye relasjoner. Dette vil også kunne bidra til å bryte negative sirkler ved å forhindre videreføring av dysfunksjonelle samspillsmønstre til neste generasjon. På sikt vil et arbeid med felleselementer kunne føre til færre alvorlige konsekvenser og øke

livskvaliteten til flere barn i barnevernet, og å begrense de samfunnsmessige konsekvensene av omsorgssvikt og mishandling.

4.3. Metodiske implikasjoner

Metoden som er benyttet i denne oppgaven bygger på en felleselementmetodikk som er relativt ny og lite brukt i forskningssammenheng. Oppgaven kan således bidra til å øke kunnskapen om metodens potensialer og utfordringer.

4.3.1. Hypotesegenerering

Oppgaven tar utgangspunkt i at elementene som forekommer hyppigst på tvers av intervensjoner også er de som bidrar til intervensjonens effektivitet (Barth & Liggett-Creel, 2014). Det finnes imidlertid ingen garanti for at disse elementene isolert sett vil gi intenderte resultater, og de bør derfor undersøkes videre med hensyn til virkninger. Isoleringen av elementene løsriver dem fra intervensjonens helhet og sammensetning, som sammen med omstendighetene praksisene anvendes under kan være nettopp det som gjør intervensjonen effektiv. I denne oppgaven er det imidlertid benyttet en metodikk som gir beskrivelse av hvordan praksiselementene er utført og implementert, samt hvilke elementer som oppstår i kombinasjon. Dette kan generere hypoteser om hvordan, i hvilken form, når og for hvem elementene mest sannsynlig har effekt. Empiriske utprøvinger av slike hypoteser vil kunne gi økt kunnskap om hvilke praksiser som kan være effektive for barn som har opplevd omsorgssvikt og mishandling og deres omsorgsgivere.

Andre forhold som ikke er fanget opp av denne metodikken, for eksempel rekkefølge og mengde, kan også ha en innvirkning på effekten av praksiselementene, og bør inkluderes i fremtidige undersøkelser av felleselementer for å skape et mer solid grunnlag for hypotesetesting (Engell et al., under vurdering).

4.3.2. Omdefinering av intervensjoner

Kunnskapsoppsummeringen som er gjort i denne oppgaven fokuserer på alternative måter å fremstille data fra allerede gjennomførte studier. Potensialet i en slik fremgangsmåte er relativt stort, men er enda ikke ferdigutviklet med tanke på metodikk og fremstilling. Ideelt sett vil metoden kunne bidra til økt bruk av

evidensbaserte strategier og teknikker i praksisfeltet, men kan også bidra til å omdefinere og bygge nye intervensjoner. Gjennom empiriske undersøkelser av felleselementenes effekt kan for eksempel eksisterende intervensjoner fjerne eller legge til elementer. Videre kan felleselementer bli støttende verktøy for praktikere i arbeid med brukere gjennom gode formidlingskanaler. For eksempel vil en praktiker kunne søke gjennom databaser basert på en rekke kriterier praktikeren mener er representative for sin klient, og få forslag til praksiselementer og hvordan disse kan benyttes. Dette må imidlertid gjennomføres på en måte som forutsetter kvalitetssikring av elementene slik at disse blir anvendt i henhold til korrekte prosedyrer. I likhet med å bruke fullstendige intervensjoner vil ikke anvendelse av et praksiselement ha garanti for at det fungerer på en god måte, selv ikke etter empirisk etterprøving. Bruken av felleselementene fordrer også god veiledning og opplæring i forkant.

Dette leder videre til spørsmålet om det virkelig ligger et potensial i felleselementmetodikken. Kan felleselementer støtte en fleksibel tilnærming til praksisarbeid, eller vil det kun skape nye intervensjoner som krever samme grad av kvalitetssikring og gjennomføring slik at sluttresultatet støter på samme implementeringsproblemer som dagens intervensjoner? En stor utfordring ligger i å gjøre elementene tilgjengelige for praktikerne. I det pågående prosjektet ved RBUP skal praktikere i et utvalg barneverntjenester få opplæring i bruken av felleselementene som identifiseres. Dette krever en innsats fra tjenestene i form av tid og ressurser. Dersom metoden viser seg å være effektiv vil det på lang sikt gå med store ressurser for å gi opplæring til mange barneverntjenester. Spørsmålet blir videre hva som skjer dersom felleselementer blir identifisert for andre programmer, som for eksempel atferdsproblemer for barn og unge eller traumearbeid for voksne. Hvordan skal tjenestene kunne velge mellom hvilke metoder de ansatte skal få opplæring i? En mulig fremgangsmåte vil være å integrere opplæring av felleselementer i grunnutdanningen. Dersom forskningsfeltet i tillegg samarbeider om gode formidlingskanaler for felleselementer fra ulike fagfelt, vil barnevernsfaglige praktikere kunne bli rustet til å veilede familier på fleksible måter i flere problemområder. Dette gjelder tilgrensede fagfelt som sosialt arbeid, barnevern og psykologi. En vesentlig komponent i bruken av felleselementer fra relasjonelle intervensjoner er å forhindre de negative psykiske helseutfordringene for barn og unge. Dette krever at slik bruk kan inngå i et tverrfaglig samarbeid, noe som setter

krav til andre profesjoners kunnskap om felleselementer, særlig profesjoner innen psykisk helsetjeneste. Det er vanskelig å finne gode løsninger på disse utfordringene og krever en innsikt på systemnivå som strekker seg lengre enn oppgavens formål. Spørsmålene understreker imidlertid at det må etableres gode implementeringsstrategier for å unngå at felleselementer kun blir et ekstra uforpliktende tilbud i barneverntjenestenes utvalg av tiltak.

4.4. Oppgavens styrker og svakheter

4.4.1. Studieutvalg

I likhet med studieoversikter og metaanalyser baserer arbeidet som er gjort i denne oppgaven seg på arbeid som allerede er utført og presentert av andre forskere. Det er derfor viktig å være bevisst på at eksisterende skjevheter vil overføres til dette prosjektet. Kodingen i dette prosjektet er basert på artiklenes intervensjonsbeskrivelser, men disse beskrivelsene varierer i detaljnivå. Noen artikler har nøye beskrivelser av intervensjonspraksis, mens andre gir korte inntrykk av intervensjonens innhold og prosedyrer. Dette skaper potensielle skjevheter for fremstillingen av resultatene i denne oppgaven. Manualene til intervensjonene ble ikke innhentet og kodet, noe som kunne kompensert for deler av skjevheten.

Studieutvalget er også relativt lite og ser kun på intervensjonsstudier frem til 2014. Utvalget består i tillegg av flere studier som undersøker samme intervensjon – noe som kan resultere i publiseringsbias. Det er imidlertid ingen av de identifiserte felleselementene som kun stammer fra samme intervensjonsprogram. Ved å inkludere studier fra etter 2014 vil en muligens få et bredere utvalg av intervensjoner som kan jevne ut noen av disse skjevhetene. Til tross for et lite studieutvalg kan resultatene gi et grunnlag for sammenstilling med lignende prosjekter senere. Det vil være interessant å sammenligne resultatene fra denne studien med resultater fra det overordnede prosjektet ved RBUP som gjøres på studier også etter 2014. En sammenligning vil kanskje belyse skjevheter eller trender ved de ulike oppsummeringene. For eksempel viser denne undersøkelsen at de fleste intervensjonene ble gjennomført i hjemmet, mens nyere sammenstillinger vil kanskje vise at gruppebaserte intervensjoner er vanligst, eller intervensjoner som blir gjennomført hos tjenestene.

4.4.2. Alder

Oppgaven undersøkte intervensjoner der alderen på barnet kunne være 0-18 år. Av artiklene som inngår i undersøkelsen er det kun én som har hatt ungdom (12-18 år) som målgruppe. Majoriteten av intervensjonsstudiene undersøkte effekten av intervensjonen på barn i førskolealder (2-5 år). Det er derfor viktig å merke seg at videre empiriske undersøkelser av felleselementene fra denne studien må være oppmerksomme på barnets alder.

4.4.3. Enighet mellom kodere

Den lave enigheten mellom koderne på 56,5 prosent skyldes flere forhold. I et tilsvarende prosjekt med samme metodikk ble enigheten mellom koderne på over 90 prosent (Engell et al., under vurdering). Disse koderne var imidlertid de samme som hadde utviklet kodematrisen for prosjektet og var dermed kjent med artiklene på forhånd. I denne oppgaven var koderne ukjent med både artikler og kodematrise da kodingen startet. Gjennom kalibreringsmøter under kodeprosessen og i etterkant da matrisene skulle slås sammen ble det klart at ulike mønstre i kodestil kunne påvirke resultatene. Det ble derfor besluttet at det var best å etablere enighet gjennom konsensusdrøftinger.

Uenighetene mellom koderne kunne blant annet skyldes hvordan koderne tolket beskrivelsene i matrisen og elementene i artiklene. Noen elementer passet ordrett med beskrivelser i matrisen og var derfor lettere å både plassere og enes om. Andre elementer krevde tolkning og kunne derfor gi utslag som uenighet mellom koderne. Det var imidlertid få tilfeller av uenighet som ikke kunne løses gjennom diskusjon. Matrisen inneholder flere elementer med likhetstrekk. De fleste uenighetene oppsto derfor som følge av at samme element fra artikkelen var kodet forskjellig i matrisen. Andre tilfeller av uenighet ga utslag ved at en koder hadde fanget opp et element den andre hadde oversett. Ved disse tilfellene var det tilstrekkelig å gjøre den andre bevisst på hvor elementet var funnet i artikkelen for å komme til enighet.

Det blir derfor uriktig å beskrive kodestatistikken som *uenigheter* mellom koderne. En riktigere betegnelse i denne sammenhengen vil være *kodeforskjell.* Enighetsskåre mellom koderne er allikevel tatt med fordi den belyser fordelen ved å være flere kodere. Da det foreløpig ikke foreligger standardiserte prosedyrer for

kodingen vil det manuelle arbeidet kunne medføre at noen elementer kan bli oversett. Ved å inkludere flere kodere vil det være større sannsynlighet for å fange opp flere elementer fra artiklene, og identifiseringen av hvilke elementer som er felles blir mer presis.

4.4.4. Effektstørrelser

I denne oppgaven gjøres det ingen distinksjon mellom studienes effektstørrelser. Et felleselement er dermed et element som har opptrådt over flere studier uavhengig av utvalgsstørrelse, effektmål og resultater fra studiene. En alternativ måte å gjøre dette på er å basere frekvenstellingen på forholdet mellom effektive og ineffektive studier (Engell et al., under vurdering). En slik distinksjon er ikke gjort i denne oppgaven da det ikke finnes belegg for at isolerte felleselementer har effekt uten videre undersøkelser.

Av samme grunn ble det heller ikke gjort forskjell på studiene i form av effektstørrelse. En slik tilnærming vil vekte studiene ulikt basert på effektstørrelse og kanskje gi et mer balansert bilde av felleselementer. På den andre siden kan dette foregripe antagelser om elementenes isolerte effekt for tidlig i prosessen.

4.5. Fremtidig forskning og utvikling

4.5.1. Behov for standardiserte rammer og analyseverktøy

Metodene for å ekstrahere felleselementer varierer i forskningslitteraturen. Fagområdet er relativt nytt, og standardiserte metoder og prosedyrer for å utvinne felleselementer har heller ikke etablert seg. Således har det heller ikke blitt utviklet statistiske dataprogrammer som kan analysere og fremstille data på effektive måter. Koding og identifiseringen av felleselementer foregår manuelt, noe som fører med seg ulike skjevheter i fremstillingen.

Kodematrisen som ble benyttet i denne oppgaven bestod av 225 elementer. Et velutviklet dataprogram kunne gjort både kodingen og fremstilling av resultatene enklere og mer oversiktlig. Fremstillingen av resultatene i denne oppgaven er basert på frekvenstelling, men det finnes også annen informasjon i datamaterialet som ikke kommer like tydelig frem, og som kunne vært verdifull både for praksisfeltet og for forskningssamfunnet. Spesialutviklede dataprogrammer ville kunne gjort det mulig å

søke etter ulike kriterier eller kombinasjoner av elementer, for eksempel hvilke intervensjoner som er rettet mot barn i førskolealder, som blir gjennomført i gruppe og som varer i maksimalt seks måneder. Dette er informasjon som finnes i datamaterialet, men som vanskeligere lar seg fremstille ved manuelt arbeid.

Gode analyseprogrammer vil ikke bare kunne gjøre koding og fremstilling av data enklere, men potensielt kunne bidra til å skape databaser med bredt innhold for praktikere og forskere. Databaser som består av intervensjonsinnhold fra ulike tilnærminger (atferd, kognitiv, psykodynamisk, systemisk, etc.) vil kunne bidra til fleksible praksisutforminger, og et godt grunnlag for forskere som ønsker å studere nye tilnærminger til behandling. I tillegg ville slike databaser kunne bidra til mer oversiktlige fremstillinger av intervensjoner. Fagutøvere ville således kunne benyttet databasene til å undersøke hvilke intervensjoner som konsentrer seg om problemområder i en aktuell familie. Med en mer detaljert oversikt over intervensjonenes praksiser og formål ville dette også kunne bidra til å øke den generelle bruken av manualbaserte programmer.

4.5.2. Større fokus på implementering i forskningen

Det ble generelt funnet få implementeringselementer og enigheten mellom koderne for disse elementene var den laveste på kun 15,6 prosent. Det var gjennomgående få beskrivelser av implementeringsstrategier i artiklene, og de som ble funnet var ufullstendig beskrevet. Dette hadde sannsynligvis vært annerledes dersom manualene også hadde vært kodet, men gir likevel indikasjon på et svakt fokus i forskningsfeltet. En av årsakene kan være den strenge kvalitetssikringen av programmet for å skape korrekt etterlevelse. Mange programmer krever opplæring og kursing av deltakere, og beskrivelser av implementeringstiltak i studiene kan derfor virke unødvendig da disse uansett må gjennomføres av trente veiledere. Det er likevel viktig å påpeke manglene, med tanke på vanskene som allerede finnes ved implementeringen av slike intervensjoner i barnevernsfeltet. Fremtidig forskning på intervensjoner bør derfor ha større fokus på implementeringsstrategier både for å styrke fremtidige undersøkelser av felleselementer, men også for generelt å synliggjøre hvordan kvalitetssikringen av intervensjonene bør foregå.

4.5.3. Gjennomsiktighet i forskningen

Utfordringene knyttet til mangelfull rapportering av implementeringselementer gjelder også for praksis- og prosesselementer. Til tross for at artiklene inneholdt mer utfyllende informasjon om disse, var det likevel ufullstendige beskrivelser av intervensjonsinnhold. Forskere som publiserer intervensjonsstudier bør inkludere flere detaljerte beskrivelser av intervensjonens innhold og prosedyrer for å skape mer gjennomsiktighet, der det er lettere å kvalitetssikre tiltakene, samt bygge på andres arbeid.

4.6. Konklusjon

Det er behov for fleksible innsatser i multiproblemfamilier (Clifford et al., 2015) og det er viktig at systematisk foreldreveiledning ikke blir neglisjert på bekostning av andre tiltak der det er vanskelig problematikk på flere arenaer. Ved å identifisere felleselementer fra relasjonsbaserte foreldreveiledningsprogrammer kan systematiske metoder potensielt integreres i et kunnskapsbasert barnevern på fleksible måter. Denne oppgaven har benyttet en deskriptiv tilnærming til et felt som er i utvikling, og som potensielt kan utvide tiltaksrepertoaret til fagutøvere i barnevernet som jobber med de mest alvorlige sakene, og hvor det er sannsynlighet for store psykiske helseutfordringer. Dersom felleselementer som fokuserer på å bedre relasjonen mellom omsorgsgiver og barn integreres i arbeid med omsorgssvikt og mishandling, er håpet at de dyptgående konsekvensene for individ og samfunn begrenses og at livskvaliteten til utsatte barn og deres familier bedres.

Referanser

Backe-Hansen, E. (2009). Hva innebærer et kunnskapsbasert barnevern? *Fontene forskning: Et tidsskrift fra Fellesorganisasjonen (FO)*(2), 4-16.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). (2018a, 10.02.2019). Barn og unge som får hjelp fra barnevernet. Lastet ned fra https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/Barn_og_unge_med_tiltak_fra_barnevernet/

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). (2018b, 22.11.2018). Barnevernsstatistikk. Lastet ned fra https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/

Barne- og likestillingsdepartementet. (2016). *Retningslinjer om hjelpetiltak, jf. barnevernloven § 4-4*. (Rundskriv Q-0982). Lastet ned fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/retningslinjer-om-hjelpetiltak-jf.-barnevernloven--4-4/id2482116/sec1.

Barne- og likestillingsdepartementet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2009). Et kunnskapsbasert barnevern. Strategi for FoU-arbeidet i Barne- og likestillingsdepartementet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet 2009-2012.

Barnevernloven. (1992). Lov om barneverntjenester (LOV-1992-07-17-100). Lastet ned fra https://lovdata.no/lov/1992-07-17-100

Barth, R., Lee, B., Lindsey, M., Collins, K., Strieder, F., Chorpita, B., . . . Sparks, J. (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. https://doi.org/10.1177/1049731511408440

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*, 6-12. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.02.004

Becker-Weidman, A. (2006a). Dyadic Developmental Psychotherapy: A multi-year follow-up. *New Developments in Child Abuse Research, 43*, 60.

Becker-Weidman, A. (2006b). Treatment for children with trauma-attachment disorders: Dyadic developmental psychotherapy. *Child and Adolescent Social Work Journal, 23*(2), 147-171. https://doi.org/10.1007/s10560-005-0039-0

Belsky, J., & Pluess, M. (2009). Beyond diathesis stress: Differential susceptibility to environmental influences. *Psychological Bulletin, 135*(6), 885. https://doi.org/10.1037/a0017376

Bernard, K., Dozier, M., Bick, J., Lewis-Morrarty, E., Lindhiem, O., & Carlson, E. (2012). Enhancing attachment organization among maltreated children: Results of a randomized clinical trial. *Child Development, 83*(2), 623-636. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2011.01712.x

Boustani, M. M., Frazier, S. L., Becker, K. D., Bechor, M., Dinizulu, S. M., Hedemann, E. R., . . . Pasalich, D. S. (2015). Common elements of adolescent prevention programs: Minimizing burden while maximizing reach. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 42*(2), 209-219. https://doi.org/10.1007/s10488-014-0541-9

Boyce, W. T., & Ellis, B. J. (2005). Biological sensitivity to context: I. An evolutionary–developmental theory of the origins and functions of stress reactivity. *Development and Psychopathology, 17*(2), 271-301. https://doi.org/10.1017/S0954579405050145

Brown, F. L., Graaff, A. M., Annan, J., & Betancourt, T. S. (2017). Annual Research Review: Breaking cycles of violence–a systematic review and common practice elements analysis of psychosocial interventions for children and youth affected by armed conflict. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 58*(4), 507-524. https://doi.org/10.1111/jcpp.12671

Carr, A., Duff, H., & Craddock, F. (2018). A systematic review of reviews of the outcome of noninstitutional child maltreatment. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1524838018801334. https://doi.org/10.1177/1524838018801334

Chaffin, M., Silovsky, J. F., Funderburk, B., Valle, L. A., Brestan, E. V., Balachova, T., . . . Bonner, B. L. (2004). Parent-child interaction therapy with physically abusive parents: Efficacy for reducing future abuse reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(3), 500. http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.72.3.500

Chorpita, B. F., & Daleiden, E. L. (2009). Mapping evidence-based treatments for children and adolescents: Application of the distillation and matching model to 615 treatments from 322 randomized trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(3), 566. http://dx.doi.org/10.1037/a0014565

Chorpita, B. F., Daleiden, E. L., Park, A. L., Ward, A. M., Levy, M. C., Cromley, T., . . . Krull, J. L. (2017). Child STEPs in California: A cluster randomized effectiveness trial comparing modular treatment with community implemented treatment for youth with anxiety, depression, conduct problems, or traumatic stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 85*(1), 13. http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000133

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. https://doi.org/10.1007/s11020-005-1962-6

Chorpita, B. F., Rotheram-Borus, M. J., Daleiden, E. L., Bernstein, A., Cromley, T., Swendeman, D., & Regan, J. (2011). The old solutions are the new problem: How do we better use what we already know about reducing the burden of mental illness? *Perspectives on Psychological Science, 6*(5), 493-497. https://doi.org/10.1177/1745691611418240

Christiansen, Ø. (2015). *Hjelpetiltak i barnevernet: En kunnskapsstatus*. Bergen: Uni Research Helse, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, RKBU Vest.

Christiansen, Ø., Bakketeig, E., Skilbred, D., Madsen, C., Havnen, K. J. S., Aarland, K., & Hansen, E. B. (2015). Forskningskunnskap om barnevernets hjelpetiltak. *Bergen: UNI Research Helse*.

Christiansen, Ø., & Kojan, B. H. (2016a). Beslutninger om hjelpetiltak i hjemmet. I Ø. Christiansen & B. H. Kojan (Red.), *Beslutninger i barnevernet* (s. 92-107). Oslo: Universitetsforl.

Christiansen, Ø., & Kojan, B. H. (2016b). Å fatte beslutninger i barnevernet. I Ø. Christiansen & B. H. Kojan (Red.), *Beslutninger i barnevernet* (s. 19-33). Oslo: Universitetsforl.

Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Toth, S. L. (2006). Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Development and Psychopathology, 18*(3), 623-649. https://doi.org/10.1017/S0954579406060329

Cicchetti, D., Rogosch, F. A., Toth, S. L., & Sturge-Apple, M. L. (2011). Normalizing the development of cortisol regulation in maltreated infants through preventive interventions. *Development and Psychopathology, 23*(3), 789-800. https://doi.org/10.1017/S0954579411000307

Clifford, G., Fauske, H., Lichtwarck, W., & Marthinsen, E. (2015). Minst hjelp til dem som trenger det mest? Sluttrapport fra forsknings- og utviklingsprosjektet Det nye barnevernet *NF-rapport 6/2015* (Vol. nr. 6/2015). Bodø: Nordlandsforskning.

Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology, 22*(1), 87-108. https://doi.org/10.1017/S0954579409990289

Danese, A., & McEwen, B. S. (2012). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology & Behavior, 106*(1), 29-39. https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2011.08.019

Dorsey, S., Berliner, L., Lyon, A. R., Pullmann, M. D., & Murray, L. K. (2016). A statewide common elements initiative for children's mental health. *The Journal of Behavioral Health Services & Research, 43*(2), 246-261. https://doi.org/10.1007/s11414-014-9430-y

Dozier, M., Lindhiem, O., Lewis, E., Bick, J., Bernard, K., & Peloso, E. (2009). Effects of a foster parent training program on young children's attachment behaviors: Preliminary evidence from a randomized clinical trial. *Child and Adolescent Social Work Journal, 26*(4), 321-332. https://doi.org/10.1007/s10560-009-0165-1

Dozier, M., Peloso, E., Lindhiem, O., Gordon, M. K., Manni, M., Sepulveda, S., . . . Levine, S. (2006). Developing evidence-based interventions for foster children: An example of a randomized clinical trial with infants and toddlers. *Journal of Social Issues, 62*(4), 767-785. https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2006.00486.x

Embry, D. D., & Biglan, A. (2008). Evidence-based kernels: Fundamental units of behavioral influence. *Clinical Child and Family Psychology Review, 11*(3), 75-113. https://doi.org/10.1007/s10567-008-0036-x

Engell, T., Kirkøen, B., Hammerstrøm, K. T., Kornør, H., Ludvigsen, K. H., & Hagen, K. A. (under vurdering). Common practice-, process-, and implementation elements of effective out-of-school-time academic interventions for at-risk children: A systematic review.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household

dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine, 14*(4), 245-258. https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8

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. https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31816765c2

Gilbert, R., Kemp, A., Thoburn, J., Sidebotham, P., Radford, L., Glaser, D., & MacMillan, H. L. (2009). Recognising and responding to child maltreatment. *The Lancet, 373*(9658), 167-180. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61707-9

Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet, 373*(9657), 68-81. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7

Gjerustad, C., Grønningsæter, A., Kvinge, T., Mossige, S., & Vindegg, J. (2006). Bare fantasien setter grenser? Om kommunenes bruk av hjelpetiltak i barnevernet. Oslo: Fagbevegelsens fosrkningssenter (Fafo).

Graham, J. C., English, D. J., Litrownik, A. J., Thompson, R., Briggs, E. C., & Bangdiwala, S. I. (2010). Maltreatment chronicity defined with reference to development: Extension of the social adaptation outcomes findings to peer relations. *Journal of Family Violence, 25*(3), 311-324. https://doi.org/10.1007/s10896-009-9293-9

Hafstad, R., & Øvreeide, H. (2011). *Utviklingsstøtte: Foreldrefokusert arbeid med barn*. Kristiansand: Høyskoleforl.

Hansen, H. F., & Rieper, O. (2009). Evidensbevægelsens rødder, formål og organisering. I L. I. Terum & H. Grimen (Red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s. 17-38). Oslo: Abstrakt forlag.

Helsetilsynet. (2012). Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 med kommunalt barnevern – undersøkelse og evaluering. http://www.helsetilsynet.no.

Hogue, A., Bobek, M., Dauber, S., Henderson, C. E., McLeod, B. D., & Southam-Gerow, M. A. (2017). Distilling the core elements of family therapy for adolescent substance use: Conceptual and empirical solutions. *Journal of*

Child & Adolescent Substance Abuse, 26(6), 437-453. https://doi.org/10.1080/1067828X.2017.1322020

Hughes, J. R., & Gottlieb, L. N. (2004). The effects of the Webster-Stratton parenting program on maltreating families: Fostering strengths. *Child Abuse & Neglect, 28*(10), 1081-1097. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.02.004

Haaland, T., Sverdrup, S., Andresen, I.-H. W., & Kristofersen, L. B. (2006). *Hjelpetiltak i barnevernet: Virker de?* (Vol. 2006:7). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

Ippen, C. G., Harris, W. W., Van Horn, P., & Lieberman, A. F. (2011). Traumatic and stressful events in early childhood: Can treatment help those at highest risk? *Child Abuse & Neglect, 35*(7), 504-513. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.03.009

Kvello, Ø. (2015). *Barn i risiko: Skadelige omsorgssituasjoner* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Lansford, J. E., Dodge, K. A., Pettit, G. S., Bates, J. E., Crozier, J., & Kaplow, J. (2002). A 12-year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment on psychological, behavioral, and academic problems in adolescence. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 156*(8), 824-830. https://doi.org/10.1001/archpedi.156.8.824

Leeb, R., Paulozzi, L., Melanson, C., Simon, T., & Arias, I. (2008). *Child maltreatment surveillance: Uniform definitions for public health and recommended data elements*. USA: Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Lastet ned fra http://hdl.handle.net/20.500.11990/337.

Leijten, P., Thomaes, S., de Castro, B. O., Dishion, T. J., & Matthys, W. (2016). What good is labeling what's good? A field experimental investigation of parental labeled praise and child compliance. *Behaviour Research and Therapy, 87*, 134-141. https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.09.008

Lieberman, A. F., Ippen, C. G., & Van Horn, P. (2006). Child-parent psychotherapy: 6-month follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 45*(8), 913-918. https://doi.org/10.1097/01.chi.0000222784.03735.92

Lieberman, A. F., Van Horn, P., & Ippen, C. G. (2005). Toward evidence-based treatment: Child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital

violence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 44*(12), 1241-1248. https://doi.org/10.1097/01.chi.0000181047.59702.58

Macdonald, G., Livingstone, N., Hanratty, J., McCartan, C., Cotmore, R., Cary, M., . . . Bosqui, T. (2016). The effectiveness, acceptability and cost-effectiveness of psychosocial interventions for maltreated children and adolescents: An evidence synthesis. *Health Technology Assessment, 20*(69). https://doi.org/10.3310/hta20690

Martin, F. (1998). Meta-Emotion: How Families Communicate Emotionally (Vol. 6, s. 347-348). Alexandria: SAGE PUBLICATIONS, INC.

McLeod, B. D., Sutherland, K. S., Martinez, R. G., Conroy, M. A., Snyder, P. A., & Southam-Gerow, M. A. (2017). Identifying common practice elements to improve social, emotional, and behavioral outcomes of young children in early childhood classrooms. *Prevention Science, 18*(2), 204-213. https://doi.org/10.1007/s11121-016-0703-y

Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsy, G. M., St-Laurent, D., & Bernier, A. (2011). Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: A randomized control trial. *Development and Psychopathology, 23*(1), 195-210. https://doi.org/10.1017/S0954579410000738

Mossige, S., & Stefansen, K. (2007). Vold og overgrep mot barn og unge: En selvrapporteringsstudie blant avgangselever i videregående skole *NOVA-rapport* (Vol. 20/2007). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

Mossige, S., & Stefansen, K. (2016). Vold og overgrep mot barn og unge: Omfang og utviklingstrekk 2007-2015 *NOVA-rapport* (Vol. 5/2016). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

Mulder, R., Murray, G., & Rucklidge, J. (2017). Common versus specific factors in psychotherapy: Opening the black box. *The Lancet Psychiatry, 4*(12), 953-962. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30100-1

Nikulina, V., Widom, C. S., & Czaja, S. (2011). The role of childhood neglect and childhood poverty in predicting mental health, academic achievement and crime in adulthood. *American Journal of Community Psychology, 48*(3-4), 309-321. https://doi.org/10.1007/s10464-010-9385-y

Norsk Psykologforening. (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 44,* 1127-1128.

NOU 2017:12. (2017). *Svik og svikt*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.

Ogden, P., Minton, K., Pain, C., & van der Kolk, B. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy (norton series on interpersonal neurobiology)*. New York, NY: W.W. Norton & Company.

Powell, B. J., Waltz, T. J., Chinman, M. J., Damschroder, L. J., Smith, J. L., Matthieu, M. M., . . . Kirchner, J. E. (2015). A refined compilation of implementation strategies: Results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implementation Science, 10*(1), 21. https://doi.org/10.1186/s13012-015-0209-1

Rasmussen, I., & Vennemo, H. (2017). Samfunnsøkonomiske konsekvenser av omsorgssvikt og vold mot barn *(Vista Analyse Rapport nr. 12, 2017)*. Oslo: Vista Analyse: Barne- og Likestillingsdepartemenetet.

Sameroff, A. (2009). The transactional model. I *The transactional model of development: How children and contexts shape each other.* (s. 3-21). Washington, DC, US: American Psychological Association.

Sameroff, A. J. (2004). Ports of Entry and the Dynamics of Mother-Infant Interventions. I A. J. Sameroff, S. C. McDonough & K. L. Rosenblum (Red.), *Treating Parent-Infant Relationship Problems: Strategies for Intervention* (s. 3-28). New York, NY: The Guilford Press.

Siqveland, T. S., Haabrekke, K., Wentzel-Larsen, T., & Moe, V. (2014). Patterns of mother–infant interaction from 3 to 12 months among dyads with substance abuse and psychiatric problems. *Infant Behavior and Development, 37*(4), 772-786. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2014.09.003

Smith, L. (2018). *En kort introduksjon til utviklingspsykologi*. Bergen: Fagbokforl.

Spieker, S. J., Oxford, M. L., Kelly, J. F., Nelson, E. M., & Fleming, C. B. (2012). Promoting first relationships: Randomized trial of a relationship-based intervention for toddlers in child welfare. *Child Maltreatment, 17*(4), 271-286. https://doi.org/10.1177/1077559512458176

Sprang, G. (2009). The efficacy of a relational treatment for maltreated children and their families. *Child and Adolescent Mental Health, 14*(2), 81-88. https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2008.00499.x

Statistisk sentralbyrå. (2018a). Barnevernstiltak i løpet av året, vedtak om råd og rettleiing. Lastet ned fra https://www.ssb.no/statbank/table/10660/tableViewLayout1/?loadedQueryId=10014061&timeType=top&timeValue=1

Statistisk sentralbyrå. (2018b). Evidensbaserte barnevernstiltak i løpet av året. Lastet ned fra https://www.ssb.no/statbank/table/10660/tableViewLayout1/

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R., & van IJzendoorn, M. H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review, 24*(1), 37-50. https://doi.org/10.1002/car.2353

Strand, V. C., Hansen, S., & Courtney, D. (2013). Common elements across evidence-based trauma treatment: Discovery and implications. *Advances in Social Work, 14*(2), 334-354.

Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2013). Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *American Journal of Psychiatry, 170*(10), 1114-1133. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12070957

Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual research review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 57*(3), 241-266. https://doi.org/10.1111/jcpp.12507

Terum, L. I., & Grimen, H. (2009). Profesjonsutøvelse - kvalitet og legitimitet. I L. I. Terum & H. Grimen (Red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s. 9-16). Oslo: Abstrakt forlag.

Thomas, R., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2011). Accumulating evidence for parent–child interaction therapy in the prevention of child maltreatment. *Child Development, 82*(1), 177-192. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01548.x

Thomas, R., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2012). Parent–Child Interaction Therapy: An evidence-based treatment for child maltreatment. *Child Maltreatment, 17*(3), 253-266. https://doi.org/10.1177/1077559512459555

Thoresen, S., & Hjemdal, O. K. (2014). Vold og voldtekt i Norge: En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv (Vol. 1/2014). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Toth, S. L., Maughan, A., Manly, J. T., Spagnola, M., & Cicchetti, D. (2002). The relative efficacy of two interventions in altering maltreated preschool children's representational models: Implications for attachment theory. *Development and Psychopathology, 14*(4), 877-908. https://doi.org/10.1017/S095457940200411X

Valentino, K., Comas, M., Nuttall, A. K., & Thomas, T. (2013). Training maltreating parents in elaborative and emotion-rich reminiscing with their preschool-aged children. *Child Abuse & Neglect, 37*(8), 585-595. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.02.010

Vindegg, J. (2009). Evidensbasert sosialt arbeid. I L. I. Terum & H. Grimen (Red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s. 63-85). Oslo: Abstrakt forlag.

Weisz, J. R., Chorpita, B. F., Palinkas, L. A., Schoenwald, S. K., Miranda, J., Bearman, S. K., . . . Martin, J. (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. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.147

World Health Organization. (2016, 30 September 2016). Child Maltreatment. Lastet ned fra http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment

Vedlegg

Tabell 5 (Vedlegg) Oversikt over prosesselementer

Prosesselementer	Beskrivelse
Utfallsmål, et hvert mål av:	
Relasjonelle utfall	*Tilknytning, omsorgsgivers sensitivitet, foreldre-barn interaksjon. Inkluderer en hver form for mål av tilknytning; dagbøker, narrativer, instrumentelle målinger av tilknytningslidelser og utviklingsproblemer, barnets individualitet. Alle målinger av interaksjon mellom omsorgsgiver og barnets bidrag, gjensidighet, foreldreferdigheter, foreldre/barn engasjement og forpliktelse*
Aspekter ved omsorgspersoner	*Omsorgsgivers støtte, stress knyttet til foreldrerollen, psykiatriske symptomer, traumatiske symptomer og familieproblemer*
Barnets utvikling og atferd	*Inkluderer barnets engasjement, kompetanse, orientering, autonomi, internaliserende/eksternaliserende problemer, søvnvansker, emosjonsregulering, kognitive funksjoner, stress (for eksempel kortisolnivå), symptomer på traume og andre problemer*
Potensiale for misbruk	*Mål av sannsynlighet for misbruk*
Måletidspunkt for utfallsmål:	
Kort	*Innen to måneder etter avslutning av intervensjonen*
Mellom	*Mellom to til 12 måneder etter avslutning av intervensjonen*
Lang	*Mer enn 12 måneder etter avslutning av intervensjonen*
Utfall målt ved:	
Spedbarn	*Opp til 12 måneder*
Småbarn	*Mellom 12-24 måneder*
Førskolebarn	*Mellom 2-5 år*
Skolebarn	*Mellom 6-11 år*
Ungdom	*Mellom 12-18 år*
Foreldre/omsorgsperson	*Foreldre, fosterforeldre eller andre omsorgspersoner*
Intervensjonen gjennomført på:	

Spedbarn	*Opp til 12 måneder*
Småbarn	*Mellom 12-24 måneder*
Førskolebarn	*Mellom 2-5 år*
Skolebarn	*Mellom 6-11 år*
Ungdom	*Mellom 12-18 år*
Foreldre/omsorgsperson	*Foreldre, fosterforeldre eller andre omsorgspersoner*
Intervensjonen gjennomført av:	
Foreldre/primær omsorgsperson	*Foreldre, fosterforeldre eller andre omsorgspersoner*
Profesjonell (bachelorgrad)	
Profesjonell (mastergrad)	
Profesjonell (PhD)	
Profesjonell (uspesifisert)	
Gjennomføringsmetode:	
Én til én interaksjon, uten barnet til stede	*Den profesjonelle interagerer kun med foreldre eller annen omsorgsperson*
Én til én interaksjon	*Den profesjonelle interagerer med barnet*
Gruppe	*Den profesjonelle interagerer med omsorgsgivere i gruppe*
Foreldre og barn sammen	*Den profesjonelle interagerer med foreldre og barn sammen*
Foreldre og barn sammen, live coaching	*Den profesjonelle interagerer med foreldre og barn sammen gjennom live coaching (omsorgsgiveren veiledes i samspillet ved hjelp av lydutstyr uten at den profesjonelle er synlig)*
Intervensjonens varighet:	
Kort	*Opp til og inkludert ti timer*
Lang	*Mer enn ti timer*
Veiledningstimens varighet:	
Kort	*Opp til og inkludert én time*
Lang	*Mer enn én time*
Sted for gjennomføring:	
I hjemmet	*Intervensjonen gjennomføres i hjemmet, uavhengig av tidspunkt på dagen*
Tjenestens lokaler	*Intervensjonen gjennomføres hos tjenestene, som for eksempel ved barnevernets lokaler*
I mer en én setting	*Intervensjonen gjennomføres flere steder, som for eksempel i hjemmet og i barnevernets lokaler.*

Fasiliteter i boligområder	*Intervensjonen gjennomføres ved offentlige lokaler i boligområder*
Intervensjonsmateriell:	
Informasjonsmateriell	*Materiell som inneholder relevant informasjon om elementer, for eksempel bruk av time-out, videoer av andre foreldre med barn eller lignende*
Organisatorisk materiell	*Materiell som inneholder planer for hjemmeoppgaver, familieplanlegging, ukeplanlegger, sjekklister, kontrakt for hjemmeoppgaver, atferdskontrakter eller lignende*
Karakteristika ved intervensjonsinnhold:	
Repeterende element	*Trening/instruksjoner/aktiviteter ble repetert minst fire ganger*
Be om støtte	*Deltakere kunne be om støtte dersom de trengte det*
Tilbakemeldinger på gjennomførelse	*Deltakere mottok tilbakemeldinger på gjennomførelse, for eksempel via videoklipp eller andre direkte observasjoner*
Selv-monitorering	*Deltakerne monitorerer egen gjennomførelse ved for eksempel å loggføre egen bruk av intervensjonens elementer*
Ekstern-monitorering	*Deltakernes gjennomførelse blir monitorert av andre, for eksempel ved å loggføre deltakernes bruk av intervensjonens elementer*
Hjemmelekser	*Intervensjonen inneholder hjemmeoppgaver, for eksempel ved å oppfordre deltakere til å bruke intervensjonselementene hjemme*
Jevnlig støtte	*Deltakerne mottar jevnlig støtte flere ganger i løpet av intervensjonen uten å måtte be om det. Dette kan være oppfølgingssamtaler, forsterket veiledning eller lignende.*
Manualbasert	*Intervensjonen er manualbasert*
Deltakerinvolvering:	
Involvering av barnet	*Intervensjonen er eksplisitt på at barnets preferanser kan påvirke gjennomføringen av programmet*
Foreldreinvolvering	*Intervensjonen er eksplisitt på at omsorgspersonens preferanser kan påvirke gjennomføringen av programmet*
Praktikerinvolvering	*Intervensjonen er eksplisitt på at praktikeren som gjennomfører programmet kan påvirke utførelsen. Dette inkluderer tilpasninger av manualen eller andre intervensjonsstandarder.*
Teoretisk base:	
Kognitiv atferdsteori	
Transaksjonsteori	
Sosial læringsteori	
Økologiske systemer	
Andre atferdsteorier	
Tilknytningsteori	

Andre karakteristika:	
Sensitiv for kulturelle forhold	*Klare indikasjoner på at intervensjonen er sensitiv for kulturelle forhold, som ved bruk av tolk, tilpasning av intervensjonen etter minoritetsgrupper etc.*
Multikomponent	*Intervensjonen benytter to eller flere moduler i gjennomføring. Den ene kan eksempelvis omhandle psykoedukasjon, mens den andre omhandler samspillsveiledning.*
Fleksibel/adaptiv	*Intervensjonen er eksplisitt på at fleksibelt bruk eller tilpasninger av intervensjonsinnhold var tillatt eller oppfordret*
Individualisert	*Intervensjonen er eksplisitt på at gjennomføringen var skreddersydd eller justert etter individuelle behov eller ønsker*
Progresjon avhengig av å mestre ferdigheter	*Intervensjonen er delt i flere deler der mestring av ferdigheter må oppfylles før deltakeren kan gå videre til neste del*