

Avdeling for pedagogikk og sosialfag

RBU30001

Masteroppgave i psykososialt arbeid
med barn og unge

15.05.2018

Profesjonelles erfaringer

med

Circle Of Security Parenting,

I forebyggende arbeid med foreldre som har små barn

Kandidatnummer 43

Ragnhild Jensen Roaldseth

Master i psykososialt arbeid med barn og unge, 30 studiepoeng

2018

Forord

Det er noe utfordrende, morsomt, krevende og lærerikt ved det å skrive en masteroppgave.

Etter mange år som student, blir det godt å bli ferdig med denne studien.

Underveis har jeg hatt mange som har representert heia-gjengen min. Uten ytre forventinger og sosial støtte, tror jeg dette prosjektet hadde strandet. Takk til alle informanter, kollegaer, gode venner og familie som har dyttet meg fremover i prosjektet.

En særlig takk til Astrid Halså, for god og konkret veiledning. Du har et ryddig hode og har lært meg mange gode grep og måter å bruke en veileder på. En spesiell takk går også til mine aller nærmeste, som har holdt ut med rot og papirer over alt, til tross for at jeg har fått verdens beste MAC til dette arbeidet. En stor takk til vesla og kjæresten min, som begge har minnet meg på å huske å gå tur med hunden! Jeg lover å holde kontoret mer i orden i tiden som kommer!

Lillehammer, 15.05.15
Ragnhild Jensen Roaldseth

Sammendrag

Denne studien tar for seg erfaringer som de ansatte i helsestasjonen har med foreldreveiledningsprogrammet Circle Of Security Parenting (COS-P), i forebyggende arbeid med foreldre som har små barn.

Dette er en kvalitativ studie, hvor det er 12 informanter, i form av fire fokusgruppeintervju. Alle informantene har tilknytning til eller er ansatte i helsestasjonen, og er sertifiserte COS-P terapeuter. Primært har disse en utdanning som helsesøster.

Oppgaven bygger på tilknytningsteori og teori om Circle Of Security Parenting. Resultatet av studien viser at ansatte i helsestasjonen er begeistret for Circle Of Security Parenting, og at dette er et foreldreveiledningsprogram som er anvendbart på mange måter inn i helsestasjonsarbeidet. Resultatene av studien består av de profesjonelles erfaringer med opplæringen, anvendelsen av programmet i helsestasjonsarbeidet, samt utfordringer ved å bruk COS-P i denne konteksten. I diskusjonen forsøker jeg å forstå de ansattes begeistring, samtidig som jeg drøfter om COS-P blir brukt i samsvar med teoriens faglige fundament. Avslutningsvis drøfter jeg på hvilken måte COS-P bør brukes i helsestasjonsarbeidet.

Abstract

This is a study that examines the experiences of the health clinics staff that are using the parenting program Circle of Security Parenting (COS-P) as preventive guidance for parents with toddlers and infants.

This is a qualitative study of twelve informants in the form of four focus group interviews with the informants. All informants are both affiliated with- or are employees at health clinics and are also certified as COS-P therapists. Primarily, these informants have primary education as public health nurses.

This thesis is based on the Attachment Theory and the COS-P theory. The result of the study will show that employees at the health clinics are excited about COS-P, and that this is a parental guidance program that is applicable in many areas of health clinic work. The results of the study consist of the professional's experiences with the training, application of the program in the health clinics, and challenges of using COS-P in this context.

In the discussion part, I will try to get an understanding of the enthusiasm that the health clinic workers are expressing, while discussing whether COS-P is used in accordance to the theoretical framework of the theory. I will conclude the discussion on how COS-P may be practiced in health clinic work based on this study.

Innhold

FORORD	2
SAMMENDRAG.....	3
ABSTRACT.....	4
1. INNLEDNING.....	7
1.1 PROBLEMSTILLING	9
1.2 FORSKNINGSINTERESSE	9
1.3 DISPOSISJON-OPPGAVENS STRUKTUR	10
2. PSYKOSOSIALT ARBEID MED SPED-OG SMÅBARN	11
2.1 HELSESTASJONSTJENESTER FOR SPED-OG SMÅBARN 0-5 ÅR	11
2.2 FOREBYGGENDE PSYKOSOSIALT ARBEID.....	12
2.3 UTVIKLING AV PSYKOSOSIAL HELSE HOS SPED-OG SMÅBARN	13
2.4 TILKNYTNINGSTEORI	15
2.4.1 <i>Indre arbeidsmodeller.....</i>	17
2.4.2 <i>Vurdering av tilknytningskvalitet</i>	19
2.5 CIRCLE OF SECURITY PARENTING	21
2.5.1 <i>Forskningkunnskap om Circle Of Security.....</i>	24
3. METODE	26
3.1 VITENSKAPSFILOSOFISK FORANKRING	26
3.2 METODISK TILNÆRMING OG FORSKNINGDESIGN	27
3.3 PLANLEGGING AV UNDERSØKELSEN	28
3.4 REKRUTERING	29
3.5 UTVALG	29
3.6 DATAINNSAMLING	30
3.7 FORTOLKENDE FENOMENOLOGISK ANALYSE	31
3.8 FORSKERROLLEN OG FØR-FORSTÅELSE	32
3.9 STUDIENS KVALITET OG GYLDIGHET.....	33
3.10 ETISKE ASPEKTER OG TILLATELSER.....	33
4. RESULTAT	35
4.1 OPPLÆRING AV DE PROFESJONELLE.....	35
4.2 BRUK AV COS-P I HELSESTASJONEN	38
4.2.1 <i>Som et foreldreveiledningsprogram til foreldre i gruppe.....</i>	38
4.2.2 <i>Til foreldre individuelt.....</i>	42
4.2.3 <i>Bruk av COS-P i enkeltkonsultasjoner.....</i>	44
4.2.4 <i>I tverprofesjonelt arbeid</i>	46
4.3 UTFORDRINGER KNYTTET TIL BRUK AV COS-P	50
4.3.1 <i>Rekrutering og oppmøte til gruppe</i>	52
4.4 OPPSUMMERING AV RESULTAT.....	53

5. DISKUSJON	55
5.1 HVA ER DET MED COS-P SOM BEGEISTRER?	55
5.2 BLIR COS-P BRUKT I SAMSVAR MED TEORIENS FAGLIGE FUNDAMENT?.....	64
5.3 HVORDAN BØR COS-P BRUKES I HELSESTASJONSARBEIDET?.....	67
6. AVSLUTNING	72
LITTERATURLISTE.....	73
VEDLEGG	77

1. Innledning

En sentral del av helsestasjonsarbeidet, er forebyggende og helsefremmende arbeidet knyttet til foreldre med små barn. De siste årene har spesielt psykisk helse hos sped-og småbarn blitt satt på den politiske agendaen. I følge Bråten og Sønsterudbråten (2016) tilbyr mange helsestasjoner ulike former for foreldreveiledningsprogram. Circle Of Security Parenting er et foreldreveiledningsprogram, som beskrives som en brukervennlig modell for å analysere og tolke barns atferd, følelser og behov slik at foreldre kan veiledes til å gi barnet en utviklingsstøttene omsorg. I Norge finnes det omtrent to tusen personer som er opplært til å holde dette kurset, hvor mange av de er ansatte i helsestasjonen (Bråten og Sønsterudbråten, 2016).

Foreldreveiledningsprogrammet Circle Of Security Parenting, er basert på nyere spedbarnsforskning, som legger vekt på betydningen av utviklingsstøttene kommunikasjon og samhandling mellom forelderen og barnet. Programmet bygger på teori om tilknytning og mentalisering (Powell.et al., 2015) Målet med intervensjonen er å fremme trygg tilknytning mellom foreldre og barn, slik at barnets selvfølelse styrkes, og slik forebygge flere typer av vansker over tid. Gjennom åtte kursøker, inviteres forelderen inn i dette psykoedukativ programmet, hvor de lærer om barns utviklingsbehov og hvordan omsorgspersonens omsorgsatferd og praksis påvirker samspillet og relasjonen til eget barn.

Tilknytningsteorien legger til grunn at sped og småbarn, har en medfødt affekt, i form av frykt (Bowlby, 1969, 1973, 1980). Spedbarnet har behov for at omsorgspersonen, hjelper de med å regulere denne frykten, ved å være fysisk og psykologisk tilgjengelig for barnet. Foreldre som ikke klarer å være fysisk og psykologisk tilgjengelig, vil få barn som tilegner seg en egen tilpasningsstrategi for å få regulert sin egen frykt. Dette er barn som utvikler en form for en utrygg tilknytning til sine omsorgspersoner. I følge Ainsworth (1978) kan man observere og se forskjell på måten barnet bruker forelderen sin, avhengig av på hvilken måte forelderen har vært fysisk og psykologisk tilgjengelig for barnet. Ainsworth et.al (1978) utarbeidet fremmedsituasjonen, som er en prosedyre, for å kunne avdekke barnets tilknytningsatferd. I følge Fonagy m. fl (2002) er det en tett sammenheng mellom et barns tilknytning-atferd, utvikling av personlighet, psykisk helse og psykopatologi.

Denne kunnskapen danner rammen for Circle Of Security Parenting som intervensjon og tiltak til foreldre med små barn. Tanken er at foreldreveiledningsprogrammet skal kunne fungere som en strategi for tidlig innsats i form av å forebygge og avhjelpe problemutvikling tidlig. Folkehelseinstituttet (2010) regner med at det er omtrent 15-20 prosent av alle barn i alderen mellom tre og åtte år, som har en psykisk helseplage. 7 prosent av disse, har så store vansker at de vil kunne tilfredsstille kriteriene for minst en psykisk lidelse. Sameroff (2000) hevder at psykisk helse er et samspill mellom biologiske og sosiale faktorer, og at relasjonelle vansker eller utvikling av psykiske helseproblemer, i dag ofte forklares med utgangspunkt i tilknytning og tilknytningsteori. Lindberg & Hvattum (2016) viser til at mange foreldre er usikre i foreldrerollen, og regner derfor familien som en arena for forebyggende psykisk helsearbeid.

Foreldreansvaret er tydelig nedfelt i internasjonalt og nasjonalt lovverk. Blant annet i barnelov, barnevernlov og i FNs barnekonvensjon. Det er samtidig presisert at offentlige myndigheter har ansvar for å sikre og trygge barns oppvekstvilkår. I Norge er det særlig kommunen og helsestasjonstjenesten som har et særlig ansvar for å tilrettelegge for gode og trygge oppvekstmiljø, ved å iverksette forebyggende tiltak, fange opp barn i risiko og gi tidlig hjelp. Söderström (2011) sier at familier med små barn, møter mange tjenester og profesjoner, gjennom barnets første leveår. Dette kan være fastlege, jordmor, helsestasjon, barnehage og tannhelsetjenesten blant annet. Hun peker på at det er viktig å legge forebyggende tiltak, til kommunen, der hvor familiene bor og lever livene sine.

Nesten alle foreldre med små barn 0-4 år, bruker helsestasjonstjenesten. I denne oppgaven ønsker jeg derfor å undersøke hvilken erfaring de ansatte ved helsestasjonen, har med å bruke COS-P og den tilhørende teoretiske forståelsesrammen i det forebyggende arbeidet med foreldre som har små barn. Dette innebærer blant annet å se på hvilken erfaring de ansatte har med COS-P opplæringen og hvordan den brukes i regi av helsestasjonen. Avslutningsvis ønsker jeg å drøfte funnene i undersøkelsen og diskutere om det er mulig for helsestasjonen å identifisere og finne et barns tilknytningstrygghet.

1.1 Problemstilling

«Hvilken erfaring har ansatte i helsestasjonen med foreldreveiledningsprogrammet Circle of security Parenting, i forebyggende arbeid med foreldre som har små barn»?

Circle Of Security Parenting, er blitt et populært foreldreveiledningsprogram, som blir gitt til foreldre gjennom helsestasjonen blant annet (Bråten & Sønsterudbråten, 2016). Sosial og helsedirektoratet (2017) sier at helsestasjonen skal jobbe med forebyggende og helsefremmende arbeid, psykisk og sosial helse, tilknytning, samspill og foreldreveiledning. Fordi Circle Of Security Parenting inneholder mange av de momentene, som helsedirektoratet sier at helsestasjonen skal jobbe med, ønsker jeg å undersøke hvilken erfaring de ansatte i helsestasjonen har med dette foreldreveiledningsprogrammet.

I Studien har jeg søkt å finne ut av:

- Hvordan bruker ansatte i helsestasjonen foreldreveiledningsprogrammet Circle Of Security Parenting?
- Hvilken erfaring har de ansatte ved helsestasjonen med COS-P opplæringen?
- Finnes det noen utfordringer knyttet til bruken av COS-P som foreldreveiledningsprogram?

1.2 Forskningsinteresse

Jeg er utdannet klinisk vernepleier, med spesialisering i sped og småbarn psykiske helse. Dette er en femårig klinisk utdanning, i regi av Regionsenteret for barn og unges psykiske helse (RBUP). Mitt første møte med tilknytningsteorien, var gjennom arbeidet i Sykehuset Innlandet, hvor jeg jobbet som barnefaglig, i rusrelatert psykiatri, familieenheten, Hov i Land. Enhetens faglige forståelsesramme var forankret i teori om mentalisering, tilknytning og traumeforståelse. I arbeidet med foreldrene brukte vi blant annet Circle Of Security. Mens jeg studerte Sped og småbarns psykiske helse, hadde jeg to veiledere som var knyttet til et større utviklingsarbeid i Sykehuset innlandet. Veilederne mine jobbet med et behandlingslinjearbeid, knyttet til sped og småbarn som hadde foreldre med rus eller psykiske helseplager.

I dette prosjektet initierte Sykehuset Innlandet, et samarbeid med alle kommunene, i sykehusets nedslagsfelt. De gjennomførte en kartlegging av kompetanse i kommunene, og hvilken kompetanse kommunene mente de trengte. Målet var å få til tjenester til målgruppen, med høgt faglig kvalitet, forutsigbarhet, samhandling og kontinuitet for familiene og hjelpeapparatet. Som et ledd i dette arbeidet fikk alle kommunene tilbud om opplæring i et opplæringsprogram som heter «Tidlig inn» og i foreldreveiledningsprogrammet COS-P. Det var en anbefaling fra behandlingslinjearbeidet at en fra helsestasjonen skulle delta på COS-P opplæringen, mens kommunen ellers sto fritt til å gi opplæringen til andre profesjoner og enheter i kommunen.

I samtale med ansatte i helsestasjonen både i jobben min og under spesialistutdanningen, møtte jeg flere ansatte i helsestasjonen som snakket varmt om COS-P som foreldreveiledningsprogram. Denne iveren som de viser for foreldreveiledningsprogrammet, vekket min nysgjerrighet for hva er det med COS-P som gjør de ansatte i helsestasjonen så begeistret.

Denne begeistringen, kunnskapen om behandlingslinjearbeidet og eget kjennskap til COS-P og COS-Virginia Familiemodellen danner grunnlaget for min forskningsinteresse for temaet. Jeg har lenge ønsket å gjennomføre et masterprosjekt, men jeg har dvelt ved tanken om jeg kan få det til. Usikkerheten har ført til at jeg har jobbet med bremsene på, og at prosjektet mitt har blitt strekt over lang tid. Den gryende tanken om et masterprosjekt kom snikende, i forbindelse med videreutdanningen i psykososialt arbeid med barn og unge. Fra da-til nå, har jeg vært innom flere tema og problemstillinger. Selv etter at tilknytning og tidlig intervensjon i forhold til sped og småbarn ble et klart tema, har fokusområde og problemstilling vært materiale for diskusjon.

1.3 Disposisjon-Oppgavens struktur

I første kapittel presenteres tema og problemstilling for oppgaven. I kapittel to belyser jeg helsestasjonstjenestens forebyggende arbeid, hvor jeg samtidig redegjør for tilknytningsteorien og teori om COS-P. Hele kapittel tre er viet til studiens metodiske valg i forhold til datainnsamling, analyse og etiske betraktninger for prosjektet. I oppgavens kapittel fire presenteres studiens resultater. Resultatene diskuteres i kapittel fem, før en kort avslutning i kapittel seks.

2. Psykososialt arbeid med sped-og småbarn

2.1 Helsestasjonstjenester for sped-og småbarn 0-5 år

Kommunens ansvar for helse og omsorgstjenester er hjemlet i LOV-2011-06-24-30 Lov om kommunale helse og omsorgstjenester m. m Kommunens overordnede oppgaver i forhold til psykisk helsevern for barn er å tilrettelegge for gode og trygge oppvekst miljø, ved å iverksette forebyggende tiltak, fange opp barn i risiko, gi hjelp på laveste effektive omsorgsnivå og sørge for samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Kommunen er gjennom helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 3-2) pliktige til å gi helsestasjonstjenester til alle familier med barn i kommunen, og regnes som den viktigste arenaen for det forebyggende arbeidet i kommunen (Grøholt mfl. 2015).

Innholdet i tjenesten er beskrevet i forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjonens-og skolehelsetjenesten (2003) og er utdypet i veilederen (Helsedirektoratet 2004), samt i de Nasjonale faglige retningslinjene for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjonen, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom (Helsedirektoratet, 2017). Utover helsefremmende og forebyggende medisinsk oppfølging skal tjenesten styrke foreldrenes mestring av foreldrerollen. Tema som tidlig innsats, språk, kommunikasjon, aktivitet, lek og psykisk helse er viktig.

Helsestasjonen er ofte et fysisk bygg, hvor det jobber en eller flere sykepleiere med videreutdanning som helsesøster. Helsesøster har særlig kompetanse på helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid rettet mot barn, unge og deres familier. Hit kommer foreldre med barn, fordi helsestasjonen gir et utstrakt lavterskeltilbud til hele befolkningen, som er gratis og som man ikke trenger noen henvising for å ta i bruk. Tjenesten har tilnærmet 100 % oppslutning av målgruppen for tjenesten. Helsesøster har særlig kompetanse til å observere og vurdere barns helse. De er trente til å hjelpe foreldre i å utvikle et godt samspill med barna sine, og har god kjennskap til andre barn og familier i nærsamfunnet. En av de viktigste fokusområdene til helsesøsteren er å forstå og kunne normalutvikling, for å kunne fange opp foreldre og barn som strever og gi adekvat hjelp og oppfølging til disse (Grøholt mfl. 2015).

I mange helsestasjoner anvender de standardiserte undersøkelser, for eksempel i forhold til motorikk og samspill. Tjenestene i helsestasjonen skal gjenspeile de nasjonale satsningsområdene for barn og unge. Grøholt mfl (2015), hevder at helsestasjonen bør ha prosedyrer som sikrer at familier med psykososiale problemer får støtte og veiledning. Helsestasjonen bør gi tilbud om hjemmebesøk, ha et fagsystem for tverrprofesjonelt samarbeid, bidra til å styrke arenaer som åpner for nettverksbygging, ta initiativ foreldregrupper. Grøholt mfl (2015), sier at helsestasjonen også bør ta i bruk metoder som fremmer tilknytning og kontakt mellom foreldre og barn. Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008-2009) vektlegger at kommunale tjenester skal sørge for forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging og etterstrebe helhetlige pasientforløp. Dette innebærer mer samarbeid innad i helsevesenet og mellom forvaltningsnivå som spesialisthelsetjenesten og kommunen blant annet. Lege, fysioterapeut, familieterapeuter og helsestasjonspsykolog er nye faggrupper som er på vei inn i helsestasjonen, enten direkte inn i tjenesten eller i form av ulike samarbeidsavtaler (Vannebo & Holme, 2010)

2.2 Forebyggende psykososialt arbeid

Regjeringens barne- og ungdomspolitik har som mål å gi alle barn og unge likeverdige tilbud og utviklingsmuligheter, uavhengig av sosial bakgrunn og hvor i landet de bor (Straand,2011). Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse har en klar helsefremmende og forebyggende profil. (Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse, 2003). Fordi samfunnet vi lever i er i rask endring, skjer det også raske endringer i foreldrerollen og i barn og unges oppvekstvilkår (Øya & Fauske, 2010) En styrking av foreldrerollen, står derfor sentralt som en offentlig føring, for å forebygge psykososiale problemer og redusere samspillsvansker mellom foreldre og barn (Grøholt m.fl. 2015).

Med forebyggende psykososialt arbeid, forstås tiltak som fremmer mellommenneskelige, sosiale og miljømessige forhold, som svekker eller hindrer utvikling av psykiske helseplager, sykdom, problemskapende atferd eller død (Helsedirektoratet 2018) I 1972 ble Lov om helsestasjoner vedtatt, og vi har siden det hatt helsestasjonen som en samfunnsinstitusjon

med særlig ansvar for forebyggende helsearbeid for barn, hvor det ble utarbeidet en ramme for systematiske screeningsundersøkelser av småbarnsbefolkningen (Grøholt m.fl. 2015).

Forebyggende arbeid rettet mot barn, handler om å legge til rette for gode oppvekstvilkår for alle (Rundskriv Q-16/2013) og om å redusere sykdom, skader, sosiale problemer, dødelighet og risikofaktorer (Sosial-og helsedirektoratet 2007). Dette innebærer blant annet å lage gode fellesskapsløsninger for et inkluderende oppvekstmiljø. Utfordringene med å få til forebyggende arbeid, ansees å være en helhetlig tenkning og en samordnet innsats på tvers av fagområder. Forebyggende arbeider dreier seg om å fokusere på helse, mestring og det å håndtere utfordringer og risiko som hvert enkelt individ kan møte i sin oppvekst.

Den forebyggende innsatsen for barn og unge, deles ofte inn i universell, selektivt og indisert forebygging. Tidlig forebyggende arbeid, kan settes inn på alle nivåer. I følge barne-, likestillings-og inkluderingsdepartementet (2013) er kunnskap om risiko og beskyttelse en forutsetning for å kunne sette inn tiltak for å forebygge, før problemer utvikler seg. Med universell forebygging menes tiltak som retter seg mot foreldre flest, uten at vansker er identifiserte eller utviklet. For eksempel er det alle barn og foreldre som får tilbud om oppfølging i helsestasjonen, fordi de er foreldre med små barn. Det er et tilbud som går til alle. Med selektiv forebygging forstås, tiltak til grupper med kjent eller forhøyet risiko for å utvikle et problem. Et eksempel på et slikt tiltak kan være gratis kjernetid i barnehagen for minoritetsspråklige barn, slik at disse har de får en mulighet til å lære seg norsk og bli kjent med norske barn og barnehagekultur. Indisert forebyggende tiltak derimot, er tiltak rettet mot barn med høg risiko eller klare tegn på problemer. For eksempel barn med utfordrende atferd eller identifiserte psykiske helseplager.

2.3 Utvikling av psykososial helse hos sped-og småbarn

Transaksjonsmodellen er en rådende modell for å forstå utvikling av psykososial helse hos sped og småbarn (Sameroff & Chandler, 1975) Teorien handler om hvordan et barn og omsorgsmiljøet gjensidig påvirker og endrer hverandre over tid. Sameroff (2009) hevder at alt påvirker alt, og at en må se på utvikling i konteksten mellom biologiske- psykologiske og sosiale faktorer som arv og miljø, gener, familie, utdanningsinstitusjoner og jevnaldrende i ulike sosiale kontekster. Barnets medfødt egenskaper gir opphav til måter foreldrene møter

barnet sitt på, som i sin tur videreutvikler barnets egenskaper i en bestemt retning. Slik vil de gjensidig påvirke hverandre over tid. Transaksjonsmodellen viser slik at barnet både er årsak og effekt av hvordan foreldrene møter det. Dette gjør at foreldre og barn kan utvikle transaksjonssirkler som fremmer eller hemmer endring og utvikling. Smith (2010) hevder at transaksjonsmodellen kan brukes for å forstå hvordan barn, med tiden utvikler nye kompetanser, gjennom møter med foreldre, andre mennesker og samfunnsinstitusjoner. For eksempel vil et barns kompetanse til å regulere egne følelser, utvikle seg på bakgrunn av hvilken utviklingsstøtte barnet har hatt tilgang til.

Sameroff (2009) tar utgangspunkt i at transaksjonsmodellen, skal kunne brukes som en modell for å kunne jobbe med tidlig intervensjon og endring i familier. Foreldreveiledning med fokus på relasjoner mellom et barn og omsorgspersoner, over tid, kan forebygge psykososiale vansker hos barnet. For å få til endring, har Sameroff (2009) skissert tre innfallsvinkler med utgangspunkt i transaksjonsmodellen. «De tre r`er». «De tre r`er», står for Remediation, Redefinition og Reeducation. Dette er tre grep det går an å gjøre, for å fremme utvikling, gjennom ulike intervensjoner. Sameroff (2009) legger til grunn at man må ta utgangspunkt i ett av elementene i transaksjonsmodellen, og enten endre egenskaper hos barnet, omsorgspraksis hos omsorgspersonen eller omsorgspersonens forståelse av vansker hos barnet. For å få dette til må barnet enten behandles, slik at omsorgspersonene forholder seg annerledes til barnet (medisiner for uro og høg aktivitet). Den andre innfallsvinkelen er å endre omsorgspersonens oppfatning av barnet (Barnet trasser ikke, det er bare trøtt). Den siste strategien er å gi veiledning eller opplæring til omsorgspersonen. For eksempel kan dette være barn og omsorgspersoner som gjør riktig hver for seg, men som skaper skurr i samspillet. Et klassisk eksempel er når barn har kolikk, gråter og har vondt i magen og omsorgspersonen lar seg stresse av det. Veiledning til å kunne stå i situasjonen, og ikke la seg bli stresset og overveldet av egne følelser, kan være en slik type opplæring. Alle tre innfallsvinklene kan kombineres.

2.4 Tilknytningsteori

I følge Grøholt, Sommerchild & Garløv (2011), så regnes tilknytningsteorien som en av de mest utbredte forståelsesrammene i barnepsykiatrien og i arbeidet med sped og småbarns psykiske helse. Jeg ønsker å redegjøre for teorigrunnet for foreldreveiledningsprogrammet COS-P, som er teorien om tilknytning.

Teorien tar utgangspunkt i hvordan et barns samspillserfaringer, med sin omsorgsgiver, bidrar til barnets selvutvikling, selvopplevelse og personlighetsutvikling. Kjernen i teorien er at mennesker har en medfødt affekt-i form av frykt, som har vært nødvendig sett i et historisk darwinistisk perspektiv (Bowlby, 1969) Frykten har som funksjon at barnet skal knytte seg følelsesmessig til en omsorgsperson/ tilknytningsperson, for å sikre seg trøst og beskyttelse, ofte en mor eller far. I følge Bowlby (1969) har mennesker to grunnleggende behov, for å kunne utvikle en trygg tilknytning og en autonom identitet. Det ene er behovet for nærhet til andre mennesker, mens det andre er behovet for individuasjon. Det er disse to grunnleggende behovene, som er kjernen i det grunnleggende og medfødte motivasjonssystemet-tilknytningssystemet.

I tilknytningsteorien defineres disse to behovene som to atferdssystem. Det ene er tilknytningssystemet, som motiverer oss til å søke kontakt med andre mennesker, fordi vi ønsker å bli beskyttet og forstått. For eksempel når et spedbarn gråter fordi det føler ubehag, er sulten, trøtt eller lignende, så tenkes det at dette er spedbarnets «signaler eller språk» til omsorgspersonen om at det ønsker nærhet og hjelp til å bli forstått og ivaretatt. Det andre systemet er systemet for utforsking, som er det systemet som motiverer oss til å oppdage og undersøke verden (Wennerberg, 2011).

I følge Bowlby (1969) er dette to atferdssystem, som er like viktige for et barns utvikling. Han sier at barn som utvikler en trygg tilknytning, er barn som lærer å balansere disse to behovene, og som klarer å skape nærhet til omsorgspersonen ved behov og som samtidig klarer å utforske, lære og bli autonom i sine omgivelser. Tilknytning som et psykologisk begrep har sitt utspring i Bowlby (1969, 1973, 1980) sitt arbeid som omhandler tilknytning, atskillelse og tap. Med tilknytning forstås den følelsesmessige forbindelsen som et barn danner til sin omsorgsperson, slik at de føler seg forent, selv når de ikke er fysisk sammen.

Alle barn, uavhengig av hvilken type omsorg de får, knytter seg følelsesmessig til omsorgspersonen sin. Forskjellen er kvaliteten på tilknytningen. Det er barnet som utvikler tilknytning til omsorgspersonen og ikke omvendt (Bowlby, 1969) Omsorgspersonen på sin side utvikler et følelsesmessig bånd og en trang til å beskytte barnet sitt, dette kalte Bowlby (1969) for foreldrenes omsorgssystem. I psykologiske termer kalles dette for omsorgssystemet-som samvirker med det psykologiske tilknytningssystemet. Når barnet opplever fare eller ubehag, aktiveres barnets tilknytningssystem, samtidig ofte med at omsorgspersonens omsorgssystem aktiveres, slik at de gir barnet den hjelpen det har behov for. Dette kan for eksempel skje når et barn gråter, og omsorgspersonen tar det opp, trøster og roer barnet. Når barnets tilknytningssystem aktiveres, vil barnets tilknytningsatferd komme til syne. Med tilknytningsatferd forstås barnets bevegelser, signaler og språk, som øker sannsynligheten for å oppnå nærhet til sine omsorgspersoner (Smith, 2002). Eksempel på tilknytningsatferd kan være gråt, smil, latter, krabbe og gå osv.

Tilknytning utvikles i følge Bowlby (1969/1997) gjennom fire faser. De to tre første månedene av livet regnes som et forstadium til tilknytning, da spedbarn har medfødte kompetanser til å søke og gjenkjenne omsorgspersonen. I denne fasen klarer ikke barnet så godt å skille mellom ulike omsorgspersoner (Jacobsen, 2016). Den neste fasen er når barnet er mellom tre og seks måneder og består av samspillserfaringer. I denne alderen liker barnet å være i sosiale relasjoner, utforsker stemme, ansiktsmimikk og lekeobjekter, og synes å forholde seg til alle typer mennesker, selv om de vil ha en klar preferanse til omsorgspersonen, vil ikke barnet ha noe i mot samspill med andre mennesker. I den tredje fasen, når barnet er mellom sju og tolv måneder, er barnet i en alder, hvor det reagerer på atskillelse fra omsorgspersonen sin. I denne alderen har barnet en helt klar preferanse til hvem av omsorgspersonen sine det ønsker trøst av. Det betyr at man tenker at barnet i fra denne alderen, har omsorgspersonen og erfaringene sine med dem, med seg i «tankene og kroppen» sin.

Bowlby (1969) bruker begrepet «trygg base og en sikker havn», i sin teori om tilknytning, når han omtaler motivasjon og tilknytningssystemet. Han la til grunn at barn bruker omsorgspersonen som en trygg base når de har behov for å lære og utforske. Når barnet har behov for nærhet og hjelp, søker det inn til forelderen som «en trygg havn». Måten omsorgspersonen klarer å representere en «trygg base og en sikker havn» for barnet på,

påvirker tilknytningskvaliteten. Han hevder at barnets første tilknytningsrelasjon definerer hvordan barnet senere i livet føler, tenker og handler i nære relasjoner (Wennerberg, 2011).

Når barnet er omtrent 20-30 måneder, begynner det å skje utviklingsmessige endringer. Barnet kan nå forstå at omsorgspersonen er tilgjengelig, selv om omsorgspersonen ikke er synlig. For eksempel om mor eller far er i et annet rom. Barna begynner nå å bli så mobile, at de er klar for å utforske verden i rundt seg. De krabber og går, og har nå behov for omsorgspersoner som representerer en trygg base for utforsking. I denne alderen vil barnet bevege seg bort fra forelderen, for å se og finne ut av leker og ting, men i denne utforskingen vende tilbake til omsorgspersonen, for støtte, oppmuntring, og eventuelt hjelp og støtte når barnet blir sliten. Omtrent i denne alderen vil barnet forstå at forelderen kan ha andre tanker, følelser og planer en dem selv. Enda forstår ikke barnet at forelderen har et helt eget sinn. I denne alderen begynner barnet i fasen, hvor de klarer å tilpasse seg omsorgspersonens planer. Denne fasen kalles målkorrigert partnerskap. Denne kjennetegnes blant annet ved at barnet og omsorgspersonen gjensidig tilpasser seg sine planer, til den andre. For eksempel vil et barn i denne alderen kunne vente til omsorgspersonen går på toalettet, tar oppvasken eller lignende før omsorgspersonen hjelper barnet-uten at barnet blir helt ute av seg. Typisk vil en omsorgsperson kunne lage slike planer med barnet, ved å si at de først skal vaske opp, så kan de leke etterpå, og barnet forstå at det må vente og tilpasse sin atferd til omsorgspersonens budskap. Først når barnet er ca. fire år er de i stand til å lage en delt og felles plan, hvor barnet forstår planen og handlingen til omsorgspersonen. Ettersom barna vokser til, blir det mindre viktig for barnet å ha den fysiske nærheten. Fra 4-5 års alderen blir barna i større grad opptatt av å dele tanker, holdninger, planer og mål for å få ordnet et samordnet perspektiv sammen med omsorgspersonen, andre barn og voksne som tilkommer det formelle og uformelle nettverket. Selv om et samordnet perspektiv blir mer og mer viktig, vil barn søke fysisk nærhet og kontakt, når de trenger den tryggheten som bare nærhet kan gi. (Smith, 2006).

2.4.1 Indre arbeidsmodeller

På bakgrunn av det tidlige, følelsesmessige samspillet med omsorgspersonen, konstruerer barnet etter hvert en «indre arbeidsmodell» av seg selv og tilknytningspersonen, og etterhvert av relasjoner generelt. Den indre arbeidsmodellen er mentale representasjoner,

eller indre bilder av seg selv og tilknytningspersonen, basert på reelle samspillserfaringer som barnet gjør seg. Den inneholder de forventningene et barn har til tilknytningspersonen, og måten det forventer å bli møtt og respondert på, særlig når barnet har behov for nærhet og omsorg. Det betyr at barn som opplever sensitive omsorgspersoner, vil forventet at dette vil fortsette. Slik er det med barn som håndteres hardt, eller som ikke blir sett, de vil også i fortsettelsen forvente å bli håndtert hardt eller oversett.

Formålet med de indre arbeidsmodellene er å hjelpe barnet til å lage seg handlingsstrategi på bakgrunn av sine erfaringer med omsorgspersonen, og blir slik førende for barnets tilknytningsatferd. For eksempel vil et spedbarn som har erfart at det får mat, når det gråter og er sulten, ha en forventning til omsorgspersonen at omsorgspersonen kan avhjelpe barnet med dette ubehaget. Et barn som derimot erfarer at det ikke hjelper å gråte, når det er sulten, vil ikke ha samme forventning til omsorgspersonen, og kanskje slutte å gi signaler til omsorgspersonen sin når det føler sult.

I følge Wennerberg (2011) defineres vi av de relasjonelle sammenhengene vi møter og blir en del av. Han hevder at utvikling av selvet skjer på bakgrunn av i hvilken grad omsorgspersonene ser spedbarnet som en egen person, med en egen indre mental tilstand, hvor de legger til grunn at barnet har egne følelser, vilje, ønsker og intensjoner. Han sier at barn blir til, og virkelig for seg selv-i forelderens blikk. Sentralt i teorien er at barnet utvikler en opplevelse av tillitt eller mistillit til andre, avhengig av på hvilken måte barnet har fått dekket sine grunnleggende følelsesmessige og fysiske behov. Relasjonelle erfaringer et spedbarn belemres med, avgjør i hvilken grad et barn utvikler en autonom identitet. Erfaringene bidrar i å forme oss, som mennesker, og måten vi forholder oss til oss selv og andre på, livet gjennom (Wennerberg, 2011).

I følge Bowlby (1969) vil de indre arbeidsmodellene som etableres, vedvare og feste seg rundt ett års alder og forbli slik livet ut. Det betyr at de indre arbeidsmodellene som etableres som liten, følger barnet i hele oppveksten og voksenlivet, så sant barnet ikke erfarer nye relasjoner, som over tid, kan bidra til og påvirke de etablerte arbeidsmodellene hos barnet. Bowlby (1969) sier at voksne også kan endre indre arbeidsmodeller, selv om de har en tendens til å vedvare. Det er i dette spennet at endring og endringsarbeid har sitt potensiale, både i forhold til foreldre og barn i psykososial risiko.

2.4.2 Vurdering av tilknytningskvalitet

Tilknytningskvaliteten mellom et barn og omsorgspersonen, kan vurderes gjennom en standardisert prosedyre som heter fremmedsituasjonen (Ainsworth, 2015). I praksis er det barnets indre arbeidsmodeller av omsorgspersonen, som ligger til grunn for observerbar tilknytningsatferd hos barnet. I analyse av fremmedsituasjonen er det barnets atferd og hvordan denne er organisert, som er materiale for analysen. I følge Smith (2006) er det viktigste skillet mellom barn med en organisert tilknytning og de som ikke har det. Selve fremmedsituasjonen går ut på at man observerer samspill mellom et barn og omsorgspersonen i et fremmed rom, hvor barnet introduseres for en fremmed person, og to atskillelser fra omsorgspersonen og to gjenforeninger.

Prosedyren er bygd opp slik at barnet plasseres i et fremmed miljø, i et hyggelig innredet lekerom, som normalt skal aktivere barnets nysgjerrighet. Barnet utsettes for to korte separasjoner med forelderen sin, og introduseres for en fremmed, for så å bli igjen i rommet helt alene. Å være alene i et fremmed rom og med en fremmed voksen i et ukjent miljø, aktiverer barnets tilknytningssystem. I analysearbeidet av en fremmedsituasjon, blir det synlig på hvilken måte barnet bruker omsorgspersonen sin, og i hvilken grad omsorgspersonen virker emosjonsregulerende og i hvilken grad barnet utforsker eller ikke, under stress. (Wennerberg, 2011).

Når tilknytningskvaliteten vurderes, analyseres barnets atferd, og på hvilken måte barnet balanserer behovene sine for tilknytning, trøst og beskyttelse, med trangen til å utforske og lære. I dag brukes fremmedsituasjonen i klinisk arbeid i alderen ett til fem år (Smith, 2006). Når tilknytningssystemet aktiveres, og barnet utsettes for økt stress, vil barnets individuelle tilknytningsatferd komme til syne. Særlig interessant er barnets forventinger til omsorgspersonen og omsorgspersonens tilgjengelighet, og i hvilken grad omsorgspersonen virker emosjonsregulerende på barnet.

Ainsworth (2015) har identifisert tre kvaliteter på tilknytningen, i tillegg har Mary Main, lagt til en kategori. Navnene på de fire kategoriene å være tilknyttet på, kalles Trygg (B), Utrygg unnvikende (A), Utrygg Ambivalent (C) og Desorganisert (D) Felles for de tre første er at barnets tilknytningsatferd er organisert i form av at barnet bruker enten a, b eller c strategier (atferd) i relasjonen til forelderen sin, når de er redde. I den siste varianten, D, så mangler

barnet en måte å organisere atferden sin på-til forelderen sin, når det opplever frykt. Resultatet er at barnet blander «ulike strategier». Uten at de er satt i system for barnet.

Barn med trygg tilknytning (B)

Barn med en trygg tilknytning, bruker foreldrene sine som en trygg base og en sikker havn. Dette er barn som leker og utforsker, og som uttrykker behovene sine (Killén,2002) Barna vil i fremmedsituasjonen bli lei seg og redusere utforskingen sin mens forelderen er borte, men vise stor gjensynsglede. Foreldrene er ofte sensitiv, tilgjengelige og aksepterende. Dette er barn som trives med omsorgspersonen, og som lett utløser den hjelpen det har behov for, og som lett danner gode relasjoner til andre mennesker. Statistisk sett er det ca. 60 % av alle barn som har en trygg tilknytning

Barn med en unnvikende tilknytning (A)

Barn med en unnvikende tilknytning, har minimal referanse til foreldrene, og viser få signaler, eller uttrykk på at forelderen forlater barnet-eller når forelderen kommer tilbake etter å ha vært borte (Killén,2002). Barnet og forelderen har et høgt fokus på utforsking, prestasjon, men lite relasjonell, fysisk og psykisk kontakt. Foreldrene er i ulik grad tilgjengelig, invaderende eller avvisende. Disse barna lærer å klare seg selv, og opplever et ubehag ved å bli trøstet, og unngår fokus på følelser.

Statistisk sett er det ca. 16 % av alle barn som har en unnvikende tilknytning

Barn med en ambivalent tilknytning (C)

Barn med en ambivalent tilknytning, er barn som ikke er særlig utforskende, og som blir «klamrende» til omsorgspersonen. Disse barna er ekstremt fortvilet ved adskillelse fra omsorgspersonen, men som har foreldre som ikke klarer å ro de godt nok i sin trøst til barnet (Killén,2002). Atferden til barnet kommer til uttrykk i form av å være over avhengig av forelderen, eller med konfliktfull atferd. Disse barna har ofte foreldre som er inkonsekvente, uforutsigbare eller som trekker seg unna og bort fra barnet. Barn med en ambivalent tilknytning, vil ha omsorgspersoner som er mest komfortabel når barnet holder seg nær omsorgspersonen, og lar være å utforske på egenhånd. De er god på å være en «trygg havn», men ikke tilsvarende god på å representere en sikker base for barnet. Statistisk sett er det omtrent 18% av alle barn som har en unnvikende tilknytning.

Barn med en desorganisert tilknytning (D)

Barn med en desorganisert tilknytning, er barn som har omsorgspersoner som har vært utsatt for traumer, og er utrygge og angstfulte i forhold til barnet sitt (Killén,2002). Noen av barna har opplevd skremmende forhold, preget av psykisk og fysisk vold, rus og psykiske lidelser. Forelderen er enten så skremt-eller skremmende for barnet, slik at barnet ikke finner en bestemt måte å forholde seg til forelderen på. Statistisk sett er det omtrent 1-2 % av alle barn som har en desorganisert tilknytning. Denne formen for tilknytning assosieres med skjevutvikling, og utvikling av psykopatologi.

2.5 Circle Of Security Parenting

Circle Of Security Parenting er både et begrepsapparat, en behandlingsmetode og et foreldreveiledningsprogram som er utviklet av Bert Powell, Glen Cooper, Kent Hoffmann og Bob Marvin (2015). Programmet er tilknytningsfremmende og er basert på teori og forskning om blant annet tilknytning og mentalisering. I følge Brandtzæg et.al (2011) er det overordnede målet med programmet å gjøre foreldrene mer tilgjengelige for barnets trygghetsbehov, og øke foreldrenes refleksjonsnivå og perspektivtaking. Programmet skal gi foreldrene en forståelse for hvilken tanker og følelser i foreldrene, som bidrar til at det blir vanskelig å møte barnet følelsesmessig. Veiledningsprogrammet rettes primært mot relasjonen mellom foreldre og barn, hvor forelderen er selve målpersonen. Intervensjonen retter seg mot en bred gruppe av foreldre og barn. Den er særlig egnet for foreldre, som har barn med former for emosjonelt strev. I følge Powel et.al (2015) kan COS-P særlig fungere som et universalforebyggende foreldreveiledningsprogram i helsestasjon. Programmet kan også brukes som et ledd i et større behandlingsopplegg.

Konseptet er utviklet for at det skal være lettere å forstå tilknytningsteorien og for å tette et gap mellom tilknytningsforskningen, teorien, klinisk praksis og omsorgspraksis. Gjennom Circle Of Security illustreres typiske trekk ved trygg tilknytning. Målet er at foreldrene etter intervensjonen skal ha en modell og et rammeverk for å forstå barns tilknytningsbehov, signaler og villedende signaler (Powell,2015) Det mest sentrale begrepet i tilknytningsteorien er trygg base og sikker havn. Disse begrepene inngår i opplæringsprogrammet, og utgjør et viktig element i rammeverket for å forstå barns tilknytningsbehov, signaler og villedende signaler (Brandtzæg et.al, 2011).

Foreldreveiledningsprogrammet organiseres gjennom åtte foreldretreff på 1 ½ time, over en periode på åtte uker. (Brandtzæg, Smith & Torsteinson, 2011).

Omsorgspersonene lærer i intervensjonen om sentrale elementer i tilknytningsteorien, ved hjelp av et ferdig DVD materiale og en grafisk fremstilling av tilknytningsteorien. I løpet av kurset lærer omsorgspersonen hva barn trenger for å utvikle en trygg tilknytning, og får en solid innføring i moderne utviklingspsykologi (Powel, 2015) Målet med intervensjonen er å fremme trygg tilknytning mellom foreldre og barn og dermed på sikt styrke barnets selvfølelse og forebygge ulike psykiske og sosiale vansker (Powel.et.al, 2015).

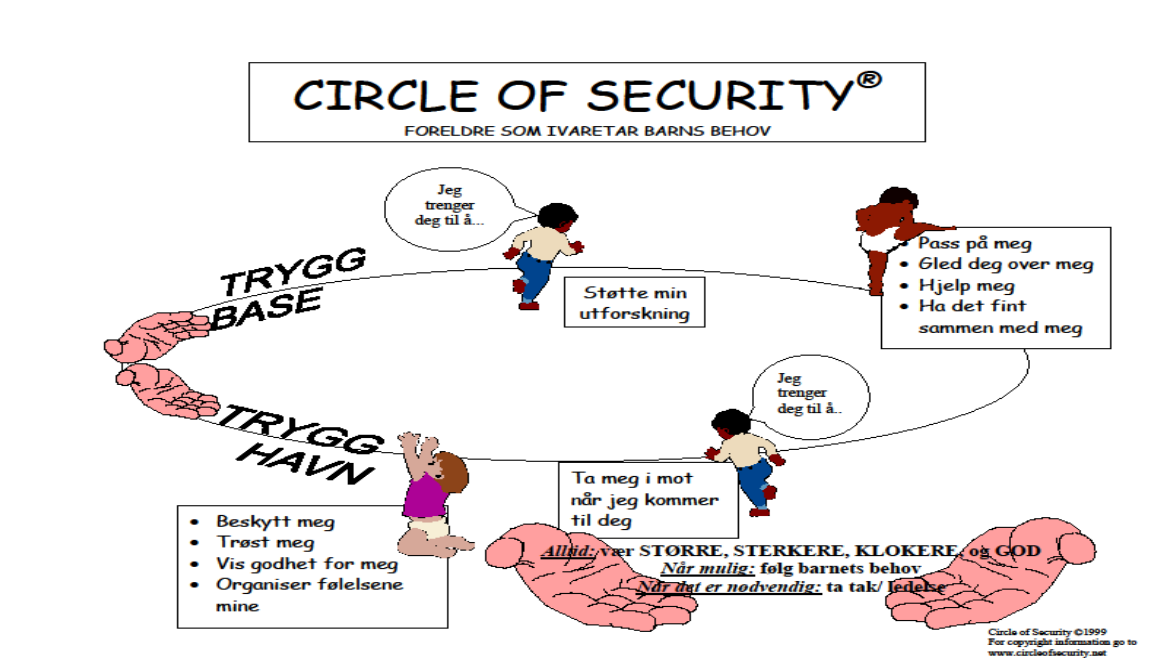
Sentralt i foreldreveiledningens metodikk er trygghetssikelen (Powel, 2016), se figur nr.1 Han sier dette er en veiviser eller et veikart, for foreldre til å forstå hvordan de kan hjelpe barnet sitt til å utvikle en trygg tilknytning. Sirkelen er en del av det grafiske materialet, og utgjør en figur med en sirkel, der to hender er samlet på siden av sirkelen, og som representerer en trygg base- og en sikker havn. Tanken er at barnet befinner seg et sted på denne sirkelen, med et behov for omsorgspersonen sin. Forelderen lærer i løpet av intervensjonen å analysere barns tilknytningsbehov og hvordan de skal tolke og forstå barns behov, gjennom barnets atferd. Dette gjør de ved å gjøre noen antagelser på hvor barnet er på sirkelen. Hvor barnet er på sirkelen, gir noen føringer for hvilken type omsorg barnet har. Foreldrene lærer hvordan de skal kunne se og tolke barns atferd og følelsesuttrykk. De lærer også hvordan barn trenger omsorgspersonen sin, både når de utforsker, leker og lærer, men også når barn har behov for hjelp, trøst og beskyttelse. Sentralt i intervensjonen er å invitere foreldrene inn i teorien som sier noe om hva som skjer med barn når det oppstår relasjonelle brudd og hvordan disse kan repareres.

For å få et verktøy til dette, introduseres forelderen for begrepet haimusikk. Haimusikk illustrerer indre arbeidsmodeller både hos barnet og forelderen, som kommer til syne som vanskelige følelser og ubevisste reaksjoner som hindrer de i å være sammen i en bestemt følelse. Også her læres dette gjennom ulike metaforer og pedagogiske materialer, som gjør at teorien om tilknytning blir presentert på en lettfattelig måte. Når «haimusikken» spiller og de vanskelige følelsene og de ubevisste reaksjoner oppstår at det kan oppstå relasjonelle brudd. I følge Bowlby (1988) har barn behov for at disse bruddene repareres. Brudd som ikke repareres, er de som kan danne et grunnlag for en emosjonell skjevutvikling. Foreldrene lærer seg derfor hva som skal til for å reparere bruddene. Dette skjer ved at foreldrene får

lære seg å bli kjent med de følelsene og de overveldende følelsene, som hindrer foreldrene i å være sammen med barnet, når foreldrene blir overveldet.

Når helsepersonell får opplæring i intervensjonen, lærer de å organisere kursrekken, slik den er bygget opp i manualen. I manualen står det at intervensjonen kan brukes i gruppe, eller enkeltvis til foreldre, men hvor det er mest vanlig å organisere et gruppetilbud.

Omsorgspersonen lære mye av det samme som COS-P terapeuten har lært i sin sertifisering. I tillegg utfordres omsorgspersonen med spørsmål, for å øke perspektivtakingen og tankene omkring egen omsorgsattferd og barnets atferd. Det betyr at foreldrene får en innføring i tilknytnings-psykologi, ved hjelp av kursholderens kunnskap, åtte DVD-kapittel, den grafiske fremstillingen av Circle of Security og den tilhørende manualen. Til hver kursøkt har foreldrene med seg eksempler fra hverdagen, med sitt eget barn, som er i tråd med det temaet som gruppen jobber med. Slik får Omsorgspersonen en forståelse for hvordan de kan koble kursmaterialet, opp til eget barn og sin egen situasjon hjemme. Kurset til omsorgspersonen avsluttes med en evaluering, en feiring og utdeling av diplom for gjennomført kurs.



Figur 1: Circle Of Security, Powel.et al, (2016)

2.5.1 Forskningskunnskap om Circle Of Security

Circle Of Security (COS) har som mål å fremme trygg tilknytning mellom foreldre og barn, slik at barnets selvfølelse styrkes, og slik forebygge flere typer av vansker over tid (Cooper, Hoffman, Marvin & Powell, 1999). Foreldreveiledningsprogrammet er utviklet i USA, av Glenn Cooper, Ken Hoffmann, Burt Powell og Robert Marvin (powel.et al. 2016) Programutviklerne nå skilt lag, med den konsekvensen at det nå finnes fire grener av COS (Eng, 2017) Alle programdelene deler idegrunnlag, begrepsapparat, grafiske fremstillinger, og andre pedagogiske verktøy. I Norge er det Regionsenteret for barn og unge som implementerer en del av COS, mens COS-P implementeres via Stig Torsteinsson og Ida Brandtzæg. I følge Eng (2017) foreligger det ingen norske effektstudier på noen av variantene, men hun viser til en studie gjennomført i Sverige av Neander & Mothander (2015) og en internasjonal metaanalyse av Yaholkoski, Hurl & Theule (2016). De fleste forskningskunnskapene som er gjennomført i forhold til COS og COS-P er effektstudier.

Studien til Neander & Mothander (2015), er en effektstudie, gjennomført med et RCT-forskningsdesign, knyttet til 52 familier i Sverige, med barn under 58 måneder og med oppfølging i en behandlingseenhet (indikert forebyggende tiltak). Resultatene av studien viser at foreldrene og behandlerne var fornøyd med COS-P som tiltak, og syns tiltaket var stimulerende og som ga foreldrene kunnskap og hjelp i foreldrerollen (Neander & Mothander, 2015) I sin rapport viser de til at foreldrene både i COS-P gruppen og kontroll gruppen opplevde mindre stress og en stryket relasjon til barnet sitt. Innledningsvis, sier Neander & Mothander (2015) at det er vanskelig å måle effekt, grunnet barnets alder, og at eventuelle kliniske vansker, ikke er identifiserbare enda. De sier at foreldrenes arbeidsmodell av seg selv, og foreldrenes forståelse av eget strev endres i COS-P. De er likevel tydelige på at de ikke kan uttale seg om COS-P som en generell preventiv innsats til alle foreldre, men tenker den bør brukes som forebyggende innsats til foreldre med barn, som har identifisert risiko, som et supplement til annen behandling. I den internasjonal metaanalyse av Yaholkoski, Hurl & Theule (2016), som har slått sammen ti studier, hvor de sammenligner pre og post resultatene, indikerer at COS kan ha positive effekter i forhold til å styrke tilknytningskvaliteten, styrke foreldrerollen og øke foreldrenes selvtillit. I følge Eng (2017) er det kvaliteter i denne studien som vanskeliggjør overføringen av resultatene til Norske forhold.

I følge Bråten & Sønsterudbråten (2016), er det publisert en studie hvor effekten av COS-P, i forhold til foreldre uten identifisert strev, fikk tilbud om foreldreveiledningsprogrammet. Dette er en studie av Kohlhoff, Stein, & Mejaha (2016) gjennomført i Australia. Denne studien viser at omsorgspersonene utvikler større perspektivtaking omkring barnet, og at omsorgspersonen samtidig følte mindre hjelpeløshet og sinne ovenfor barnet. Kohlhoff, Stein, & Mejaha (2016) hevder derfor at COS-P er en effektiv måte å hjelpe omsorgspersonene på, i forhold til å bedre samspill. De påpeker likevel, at COS-P programmet har behov for ytterligere forskning. Samlet sett gir ingen av studiene sikker kunnskap om effekten av COS-P når intervensjonen tilbyes til omsorgspersoner, her i Norge.

Intervensjonsutviklerne Hoffmann, Cooper, Powell, & Marvin (2006), har gjennomført tre kvasi-eksperimentelle studier med pre-post design basert på manualen til den opprinnelige versjonen av COS-når det gis som en omfattende behandlingsintervensjon, til foreldre med identifisert strev i USA. Denne studien viser at foreldre som har barn med en desorganisert tilknytning, etter intervensjonen har endret tilknytningstrygghet til en organisert form (A, B, C tilknytning). De barna som hadde en unnvikende tilknytning, var de barna som det var vanskeligst å endre tilknytningstrygghet hos (Hoffmann, Cooper, Powell, & Marvin, 2006). De fleste studier på COS og COS-P er på effekt.

Berntsen & Holgersen (2015) har derimot publisert en artikkel, hvor elleve psykologer, har deltatt i en kvalitativ studie, for å se på erfaringen deres på bruk av COS-P i Klinisk arbeid. Disse viser stor tilfredshet med opplæringen, og tenker at COS-P er et nyttig arbeidsverktøy, basert på kjent fag og teoretisk forståelse. De sier at de har et godt pedagogisk verktøy, som de bruker med individuell tilpasning til de familiene de møter. Utover dette finner jeg ikke veldig mange studier som omhandler ansattes erfaringer med bruk av COS-P

3. Metode

I dette kapittelet vil jeg beskrive valg av forskningsmetode, hvor jeg søker svar på hvordan et lite utvalg av ansatte i helsestasjonen opplever sin erfaring med å bruke COS-P i forebyggende arbeid i familier, med foreldre som har små barn. Etter introduksjon av forskningsmetode, vil jeg redegjøre for hvordan studien er planlagt, gjennomført og analysert. Til slutt vil jeg skissere de etiske aspektene knyttet til studien.

3.1 Vitenskapsfilosofisk forankring

Oppgaven har en fenomenologisk tilnærming ved at den søker å forstå hvilken erfaring ansatte i helsestasjonen har med foreldreveiledningsprogrammet Circle Of Security Parenting, i forebyggende arbeid med foreldre som har små barn. Fenomenologi betyr læren om det som viser seg, og kan spores tilbake til filosofer som Edmund Husserl (1859-1938), Martin Heidegger (1889-1976), Alfred Schütz (1899-1959) og Maurice Merleau-Ponty (1908-1961). Fenomenologi er et begrep innen kvalitativ forskning, som omhandler ønske om å forstå menneskers subjektive erfaring og bevissthet (Malterud, 2017) Blant annet undersøker jeg i denne studien hvordan de ansatte i helsestasjonen bruker foreldreveiledningsprogrammet COS-P, erfaringene de har med opplæringen og utfordringer knyttet til bruken av intervensjonen.

Når målet er å forstå de ansattes erfaring med bruken av COS-P i forebyggende arbeid med foreldre som har små barn, blir fortolkning sentralt i arbeidet med å forstå. Hermeneutikk handler om forståelse av meninger i menneskelige uttrykk som utgangspunkt for forståelse (Malterud, 2017) I Hermeneutikken legges det til grunn at forståelse er en del av det å være menneske. Den hermeneutiske tilnærming hevder at et sosialt fenomen kan tolkes på mange måter, og at det alltid må forstås i den sammenhengen som det studeres i (Thagaard, 2013). Hermeneutikken legger vekt på forholdet mellom deler og helhet, «Den hermeneutiske sirkel» og på betydningen av kontekst og selvrefleksjon. I denne tradisjonen er man opptatt av at vi alltid har med oss en egen før- forståelse av ubeviste antagelser og forventinger. Tolkning innebærer derfor en *dobbelt hermeneutikk* ut fra at forskeren fortolker en virkelighet som allerede er fortolket. Det betyr at det ikke finnes en sannhet, men at en sannhet kan tolkes og forstås på flere måter.

3.2 Metodisk tilnærming og forskningdesign

I studien undersøker jeg hvilken erfaring ansatte i helsestasjonen har med å bruke COS-P i forebyggende arbeid i familier, med foreldre som har små barn. For å besvare denne problemstillingen hadde jeg behov for en metode som kunne bidra til at jeg fikk tak i de ansattes opplevelse. Dette vurderte jeg at jeg best kunne få til, ved å møte de ansatte til en dialog. Jeg ønsket primært å møte informantene som gruppe, siden jeg i problemstillingen min omtaler de ansatte i flertall og at det er deres erfaringer som gruppe som er mest interessant i denne sammenhengen.

Kvalitativ metode søker å tappe informasjon om meninger og opplevelser som informantene har om et bestemt fenomen (Dalland, 2012). Kvalitativ metode, i form av intervju, er en egnet metode for å få frem folks erfaringer og opplevelser av et fenomen (Kvale & Brinkmann, 2015). Et kvalitativt forskningsintervju er en aktiv kunnskapsproduksjonsprosess, hvor intervjueren og den som intervjues produserer kunnskap sammen. I følge Kvale & Brinkmann (2015) produseres kunnskapen i en samtalerelasjon, som er kontekstuell, språklig, narrativ og pragmatisk. Kvalitativ metode bygger på teori om fortolkning (hermeneutikk) og menneskelig erfaring (fenomenologi). Metoden innebærer ulike former for systematisk innsamling, bearbeiding og analyse av forskningsdata.

Jeg valgte fokusgruppeintervju, da jeg vurderte dette som den beste måten å innhente data på. Det betyr at jeg har intervjuet ansatte i grupper, hvor flere informanter er sammen, for å dele tanker, synspunkter og erfaringer sammen med kollegaer. Dette har ført til at gruppediskusjoner, som har bidratt til et dypere innblikk i erfaringene som de ansatte har. I et fokusgruppeintervju oppfordres deltagerne til å vurdere egne meninger og opplevelser opp mot de andres meninger og at det i dette spennet skapes diskusjoner og synspunkter, som skaper ny kunnskap i settingen de oppstår i (Dalland, 2012). Intervjuerens kompetanse til å stille spørsmål, fange opp det som blir sagt, tolke og forstå er avgjørende for resultatet. Grunnen til valg av metode er at fokusgruppeintervjuet gir en merverdi i form av at samhandlingen mellom deltakerne i intervjuene, som bidrar til en annen karakter enn de individuelle intervjuene. Fokusgruppe intervju egner seg godt om vi ønsker å lære om erfaringer eller holdninger til et sosialt fenomen (Malterud, 2017).

Fokusgruppene i studien består av fire fokusgrupper. Den minste hadde kun to deltagere, mens den største hadde fem. Deltakerne satt sammen og snakket i ca. 1,5 timer, mens samtalen ble tatt opp på lydbånd. Malterud (2017) hevder at antall intervjuer, ikke nødvendigvis har noe å si for hvor rike eller relevante datainnsamlingen blir. Fokusgruppeintervju er en rasjonell metode for innhenting av kvalitative data.

3.3 Planlegging av undersøkelsen

I spesialistutdanningen i sped-og småbarn psykiske helse, ble jeg opptatt av tilknytning og Circle Of Security som foreldreintervensjon. Med videreutdanningen i psykososialt arbeid med barn og unge, ble jeg tidlig opptatt av helsestasjonen som en forebyggende arena. Det var derfor naturlig for meg å velge helsestasjonen og Circle Of Security som forskningstema.

Problemstillingen for studien har variert noe, med henhold til fokusområde. Når problemstillingen var satt som grunnlag for det videre arbeidet, valgte jeg kvalitativ metode, i form av et forskningsintervju-i fokusgruppe. Jeg utarbeidet en intervjuguide, med fire temabolker, hvor alle hadde flere underpunkter som kunne være aktuelle som utgangspunkt for samtalen. Det betyr at tema og formålet for studien ble presentert, samtidig som at tema for samtalen var relativt åpen, for det informantene ble opptatte av.

I diskusjon med veileder på omfanget av studien, og antall informanter, bestemte jeg meg for å holde fire fokusgruppeintervju. I følge Malterud (2017) er dette tilstrekkelig antall fokusgrupper, forutsatt at samhandlingen og dialogen i gruppen har vært god.

Etter at prosjektskissen var ordnet, intervju-guiden utarbeidet, og et prøveintervju gjennomført, sendte jeg prosjektskissen til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD), for å få prosjektet godkjent i forhold til personvern vurdering. Denne ble godkjent, og personvernombudet tilrår at studien kunne gjennomføres (Vedlegg nr.1) Dette ble starten på neste fase, som omhandler rekruttering.

3.4 Rekruttering

For å rekruttere deltagere til studien, henvendte jeg meg til kommuner primært i Oppland (se vedlegg 2). Jeg ønsket informanter både fra barnevern og helsestasjonstjenesten. Jeg fikk tidlig positivt svar fra helsestasjonstjenestene. Flere barneverntjenester fikk jeg ingen respons i fra, mens noen meldte at de ikke hadde COS-P terapeuter. Dette førte til at jeg gjorde noen praktiske grep, både i forhold til problemstillingen og rekrutteringsgrunnlaget. I fortsettelsen konsentrerte jeg meg kun om ansatte i helsestasjonen, og arbeidet med foreldre som har små barn. Etter positiv respons på forespørselen fra helsestasjonen, ringte jeg de aktuelle helsestasjonene. Jeg ønsket helsestasjoner fra hele fylket og har fylket godt representert i studien. Vi laget avtaler for tid og sted, og gjennomførte intervjuene som planlagt og avtalt.

3.5 Utvalg

Med utgangspunkt i problemstillingen min, hadde jeg behov for et utvalg av informanter som kunne hjelpe meg å belyse denne. På bakgrunn av problemstillingen ble det derfor naturlig å velge ansatte i helsestasjonen, som hadde COS-P opplæringen og erfaring med bruken av COS-P i forhold til foreldre med små barn. I helsestasjonen er det primært sykepleiere, med videreutdanning som helsesøster, som er den rådende profesjonelle i denne konteksten. Fordi flere helsestasjoner har begynt å ansette andre yrkesgrupper, eller gjort avtaler om formalisert samarbeid, er også andre yrkesgrupper inkludert i studien. Andre yrkesgrupper i studien, bruker COS-P som et foreldreveiledningsprogram i regi av helsestasjonstjenesten. Dette gjelder en sykepleier i psykisk helse, en psykolog, en sosionom og en førskolelærer. De resterende er ansatte med helsesøsterutdanning. Totalt er det fire helsestasjoner som er representert, i fire fokusgruppeintervju, med tilsammen 12 informanter. Jeg ønsket representanter fra alle delene i fylket, og sendte forespørsel til enkelte helsestasjoner, med ansatte som hadde COS-P opplæringen. Det betyr at utvalget er selektert. Siden det ikke var vanskelig å rekruttere informanter, anser jeg tilgjengelighet på informanter som god. Fordi jeg intervjuer ansatte, som benytter og bruker intervensjonen COS-P, og som viser et stort engasjement til arbeidet sitt og til metoden, opplever jeg at samarbeidet og svarene deres er autentiske og troverdige.

3.6 Datainnsamling

Intervjuene er gjennomført, ved hver enkelt helsestasjon, i helsestasjonens egne lokaler. I oppstarten av hvert intervju informerer jeg informantene om prosjektet, formålet, at det er frivillig og at de har mulighet til å kunne trekke samtykket sitt når som helst. De fikk mulighet til å stille spørsmål, presentere seg og høre litt om hvem jeg er, før oppstart. Hvert intervju tok omtrent 90 minutter, og ble tatt opp på lydbånd.

De ansatte kjente til formålet med studien, og det virket ut som om de raskt fant sporet for samtalen, og hva de selv ble opptatt av. Det betyr at jeg hadde med meg intervjuguide, men at jeg i stor grad bare kunne følge deltakerne i fokusgruppeintervjuet. Guiden brukte jeg når samtalen slukket ut, eller dersom det var tema jeg ønsket å utfordre deltakerne på.

I fokusgruppeintervjuet forsøkte jeg å lytte til gruppen, være til stede, bekrefte med nikk, ja, hm, osv. så lenge samtalen var i gang. Jeg forsøkte å la samtalen slukke ut, før jeg bragte et nytt tema eller spørsmål inn i samtalen. Noen ganger var det en av informantene som også stilte spørsmålet, slik at temaet endret retning og innhold. Som intervjuer kjente jeg noen ganger på en uro, eller litt stress, i forhold til avsatt tid-opp mot intervjuguiden og gruppens størrelse. Noe av uroen, dreier seg også om å være ny i rollen som intervjuer. Jeg ser at tiden noen ganger ble noe knapp, og at jeg med fordel kunne ha vært mer på med oppfølgingsspørsmål og undring, på temaer som ligger forskningsspørsmålet nært.

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd. Før transkriberingen hørte jeg gjennom intervjuene en gang. Lydkvaliteten var god, så det var lett å høre hva som ble sagt. På grunn av at fokusgruppeintervju ble valgt som metode, kunne det noen ganger være litt utfordrerne å skille på hvem som sa hva, og følge «tankerekken» og «refleksjonene» til gruppedeltakerne. Materialet er oppbevart, håndtert og destruert i tråd med gjeldene lover og forskrifter om håndtering av personidentifiserbare opplysninger.

3.7 Fortolkende fenomenologisk analyse

I kvalitativ analyse, brukes fortolkning til å utvikle beskrivelser som formidler mangfold, fellestrekk eller typiske egenskaper som åpner for innsikt i sosiale fenomener (Malterud, 2017). For å analysere datamaterialet har jeg benyttet meg av Interpretativ phenomenological Analysis (IPA). Strategien går ut på at jeg har samlet data fra de ulike fokusgruppeintervjuene, og systematisert disse inn i en langsgående analyse. I etterkant sammenfattes disse, for å finne tema for videre tverrgående fortolkning. Målet med analysearbeidet er å tappe informasjon om hvordan en gitt person, i en gitt kontekst, forstår et gitt fenomen. I fortolkende fenomenologisk analyse legges det til grunn at en persons opplevelse alltid er avhengig av hva informantene forteller til forskeren, og forskeren har behov for å forstå dette gjennom sin egen fortolkningsprosess. Det er derfor en to-steps fortolkningsprosess eller en dobbelt hermeneutikk. Målet er å forstå innholdet og kompleksiteten i det informantene formidler.

For å analysere intervjuene, tok jeg utgangspunkt i transkriberingen. Først hørte jeg gjennom intervjuet en gang, før det ble transkribert. Etter transkriberingen leste jeg intervjuet en gang. Deretter utarbeidet jeg en tabell med tre kolonner, hvor jeg i den midterste kolonnen limte inn det transkriberte intervjuet. Dette forarbeidet dannet grunnlaget for det videre analysearbeidet. Videre noterte jeg i venstre kolonne utsagt eller tema som jeg la merke til. Jeg leste så gjennom intervjuet en og to ganger, til jeg syns jeg hadde funnet utsagnene som jeg stoppet opp ved. Videre i analysearbeidet tok jeg i bruk tabellens høyre kolonne. Her la jeg inn fagbegreper og tema som kom frem i intervjuet. Tanken her er at faguttrykk og sosiale fenomener skal tre frem tydeligere som et fenomen eller som faglige utfordringer. Deretter startet arbeidet med å organisere temaene, slik jeg syns de hørte sammen. Dette førte til at jeg satt med essensen i, eller det jeg syns tydeligst kom til syne som de ansatte erfaringer med å bruke COS-P i arbeid med familier, med små barn. Målet videre var nå å finne de temaene som var gjeldene på tvers av alle fokusgruppeintervjuene- og hver enkelt informant. Fremtredende i analysearbeidet ble de ansattes erfaringer med selve opplæringen i foreldreintervensjonen til de profesjonelle, måter å bruke COS-P på i helsestasjonsarbeidet, samt utfordringer de ansatte synes å se ved å bruke COS-P som et foreldreveiledningsprogram. Dette redegjøres for i sin helhet under resultat.

3.8 Forskerrollen og før-forståelse

Som klinisk vernepleier, med spesialisering i Sped og småbarn psykiske helse, har jeg god kjennskap til Circle Of Security Parenting og den tilhørende teoretiske forståelsesrammen om tilknytning. Jeg har selv sertifisering i tre COS-Intervensjoner, hvorav en av de er Circle Of Security Parenting. Det betyr at jeg har med meg mine erfaringer, synspunkter og holdninger i møte med informantene.

I følge Kvale & Brinkmann (2015) er forskeren og informantene, en arena for kunnskapsutveksling og interaksjon, hvor begge parter er kunnskapsprodusenter. Jeg har forsøkt å være bevisst min før -forståelse, for slik å kunne åpne for nye erfaringer og funn, som kan bidra til en endret forståelse.

I forbindelse med fokusgruppeintervjuet, har jeg søkt å få frem betydningen av de profesjonelles erfaringer med COS-P i helsestasjonsarbeidet. Her har jeg ønsket å hente informasjon om hvordan informantene beskriver sine egne opplevelser. Jeg opplever at mitt kjennskap til Circle Of Security Parenting og praksisfeltet, har påvirket undersøkelsen, i den forstand at informantene raskt omtalte meg og informantene som «vi og oss». I dette opplever jeg også at noen av informantene kunne tillegge meg meninger, kunnskaper og erfaringer jeg ikke hadde, eller at de la til grunn at vi hadde samme forståelsesgrunnlag eller utgangspunkt. Kanskje bidro dette til en del av den begeistringen som kunne spores i undersøkelsen? I noen av samtalene, kunne kommunikasjonen bli noe kryptisk. Akkurat som om at det lå en forventning til at ord og begreper for eksempel fra intervensjonen, var allment kjent for hele gruppen. For eksempel elementer fra det grafiske materialet «å være hender».

Kunnskaper, erfaringer og før-forståelse kan bidra til at jeg har tolket og handlet som jeg har gjort. Det betyr at jeg må være åpen for at en annen forsker, kunne sett på det samme materiale, med et annet blikk og fokus.

3.9 Studiens kvalitet og gyldighet

Validitet i kvalitativ forskning, handler om kunnskapens gyldighet. Som kvalitativ forsker skal vi utvikle fortolkninger og beskrivelser av sosiale fenomener som vi har undersøkt. Validering handler om å avklare hvilken mulighet, begrensinger, konsistens og relevansen studien har for det fenomenet som undersøkes (Malterud, 2017). Malterud (2017) hevder at det er viktig at forskeren kjenner til sin egen før-forståelse og ståsted før, under og etter forskningsprosessen.

I denne studien er det fire fokusgrupper, som anses som et tilfredsstillende antall for å tappe informasjon om de ansattes erfaringer med COS-P som et foreldreveiledningsprogram til foreldre med små barn (Malterud, 2017). Validitet dreier seg også om i hvilken grad resultatet har overføringsverdi og hva er det egentlig forskningen sier noe om. Dette innebærer å stille kritiske spørsmål vedrørende problemstillingen, datainnsamling, teoretiske perspektiver, analysen og presentasjonsform. I en kvalitativ forskning, kan funnene variere og tolkes på ulike måter, avhengig av hvordan spørsmålene stilles og hvordan forskeren tolker og forstår et sosialt fenomen. Det er derfor viktig å ha med seg at en annen forsker, kanskje ville blitt opptatt av andre temaer eller problemstillinger i studien.

Studien har relevans for å forstå erfaringen som noen ansatte i helsestasjonen har med å bruke COS-P i forebyggende arbeid med foreldre som har små barn. Fordi studien er liten, med et lite antall deltakere, kan det si noe, men ikke alt om ansattes erfaringer. Det er likevel grunn til å tenke at det kan ha implikasjoner for hvordan andre ansatte, med lik opplæring og lik praksisarena kan oppleve sine erfaringer med COS-P. Studien kan ha en nytteverdi for helsestasjoner som skal implementere en form for foreldreveiledningsprogrammer, men som er usikker på hvilken type de skal velge.

3.10 Etske aspekter og tillatelser

I forespørselen om deltagelse i forskningsprosjektet (Vedlegg nr. 1), presiserer jeg det forskningsetiske prinsippet om frivillig deltagelse, basert på informert samtykke. Ved å sende informasjonsskrivet, kunne deltagerne lese om forskningsprosjektet i fred og ro, før de tok valg i hvilken grad de ønsket å delta eller ikke. Ved oppstart av intervjuene, fikk informantene en kontrakt, hvor det sto at de når som helst kunne trekke samtykket sitt, for

deltagelse i studien. Ved første gangs henvendelse via mail, ga jeg informasjon om at intervjuet ville bli tatt opp på lydbånd og senere transkribert. Flere av informantene, i alle fokusgruppene kom temaet om taushetsplikt opp, og hvor mye- eller hvilken informasjon de kunne gi. Dette førte til at jeg hele veien måtte presisere at jeg ikke var ute etter informasjon som var taushetsbelagte, og at de kunne generalisere beskrivelser, om det var nødvendig.

I et fokusgruppeintervju, har gruppedeltagerne tilgang til hverandres informasjon. Dette byr på etiske utfordringer, til hvordan denne informasjonen skal forvaltes innad i gruppen. I oppstart av intervjuet, presiserte jeg at det er viktig at informasjon som deles forblir i gruppen, å anse informasjonen som en del av en taushetsbelagt informasjon. Ved å gjøre dette, mener jeg at jeg har lagt til rette for at informantene selv skal kunne få vurdere hvor mye en informant vil dele om seg selv og sin opplevelsesverden, med de andre deltagerne i gruppen. Deltakerne i studien fikk informasjon om at studien var meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste, NSD.

4 Resultat

Forskningsspørsmålet som har ledet meg inn i analysearbeidet er: «Hvordan bruker ansatte i helsestasjonen foreldreveiledningsprogrammet Circle Of Security Parenting i forebyggende arbeid med foreldre som har små barn». Først vil jeg vise til begeistringen som de ansatte viser for opplæringen og det tilhørende materialet til Circle Of Security Parenting. Deretter skisserer jeg hvordan foreldreintervensjonen blir brukt i helsestasjonen. Til slutt beskrives de utfordringene som de profesjonelle opplever og ser, knyttet til kostander for COS-P opplæringen, rekruttering til grupper og manglende oppmøte.

4.1 Opplæring av de profesjonelle

Alle deltakerne i studien, har gjennomført et sertifiseringskurs over fire dager i regi av Circle Of Security International. I Norge holdes COS-P kursene til profesjonelle, av psykologene Ida Brandtzæg og Stig Torsteinson. I løpet av kurset går de gjennom manualen og en tilhørende DVD, som utgjør materialet i intervensjonen. Kursdeltakerne får en innføring i tilknytningspsykologi, slik at de selv skal kunne anvende denne kunnskapen på en trygg måte ovenfor egne kursdeltagere, etter sertifiseringen. I tillegg får kursdeltagerne tips og ideer til hvordan de kan utfordre foreldrene med reflekterende spørsmål, og slik bidra i foreldrenes kompetanseutvikling. Det er ikke knyttet noen form for videre oppfølging eller veiledning etter kurset. På kursets siste dag, skrives det en kontrakt mellom kursdeltagerne og intervensjonseierne, hvor det samtidig deles ut en sertifisering.

I intervjuene forteller de ansatte om sin opplevelse av å være på kurs med Ida Brandtzæg og Stig Torsteinson. Alle informantene beskriver opplæringen som litt magisk, hvor de både beskriver en begeistring for kursholderne, fagstoffet, foreldreveiledningsprogrammet og stemningen underveis i kurset. For å vise til undersøkelsens funn, ønsker jeg å starte med den begeistringen og det engasjementet informantene, formidlet til meg vedrørende Circle Of Security opplæringen. En informant sier følgende om det å være på kurs med Ida og Stig

” Det å være på kurs med Stig Torsteinson og Ida var jo i seg selv en åpenbaring nærmest. Måten de formidler stoffet på, og det de gjør med deg selv, det setter i gang refleksjoner vedrørende hva du selv har med deg, det synes jeg var noe av det fineste”.

Når de snakker om opplæringen, kurset, intervensjonen og nytten av opplæringen, så gjør alle det på en svært lidenskapelig og entusiastisk måte. En informant sier følgende om opplæringen:

«Du sitter ikke bare med egne notater, du har faktisk noe konkret å bruke».

Flere informanter vektlegger at kurset er interessant, lærerikt, og nyttig, i tillegg til at foreleserne er gode og inspirerende. Gjennomgående er alle informantene innom betydningen av kurset både i jobb sammenheng og i forhold til nytten av det privat også.

«Veldig nyttig både i jobbsammenheng og man tenker jo litt privat også»

«Senest i går kveld sa sønnen på 14, husk større, sterkere, klokere og god og da var jeg ikke det, for jeg var sliten og lei. Så det har faktisk blitt sånt mantra innad på arbeidsplassen, spesielt innen for helsestasjonen og psykisk helse. Vi har tatt med oss de mantraene, som har blitt som lim. Både privat og på jobb er det blitt mantra»

De ansatte har fått sertifiseringen sin til ulik tid, alle i perioden 2010-2015 Uavhengig av når og hvor kurset ble holdt, gir de uttrykk for sin begeistring i intervju situasjonen med meg. Den ene kommunepsykologen som er intervjuet, sier at hun ett år tidligere enn de andre i kommunen, fikk opplæringen. På denne tiden var hun nyansatt kommunepsykolog. Hun var usikker på hvordan hun skulle bruke rollen og stillingen sin. Opplæringen gjorde så sterkt inntrykk på henne, at hun ønsket å selge inn programmet til alle, som et ledd i det tverrprofesjonelle arbeidet i kommunen. I intervjuet sier hun følgende om opplæringen:

«Så ble vi helfrelst da! Dette er svaret på alt, for alle”

Hun fortsetter med å si:” Litt overdrevet. Men vi ble veldig begeistret da. Så tok vi med det videre inn til lederen og til lederteam og anbefalte det på det sterkeste”.

Hennes initiativ har resultert i at kommunen har arrangert det samme kurset for mange av sine ansatte, som jobber med sped og småbarn, både i helsestasjonen, barnevern, barnehage og pedagogisk psykologisk tjeneste. I denne kommunen har de mange COS-P terapeuter. Begeistringen for opplæringen synes å være gjeldene for alle deltakerne i studien. En helsesøster sammenligner kurset med grunnutdanningen sin som sykepleier og videreutdanning som helsesøster og sier følgende om COS-P opplæringen:

Halleluja! Det er før og etter COS-P. For utdanningen var ingenting i forhold”

Hun sier at denne opplæringen, er det beste hun har vært på noen gang. Hun sier at materialet er enkelt å forstå, og lett å formidle videre. Hun sier at teorien bidrar til at man blir nysgjerrig på seg selv, for å finne ut av hvem en er, i relasjon til andre, og at verktøyet bidrar til at man har tro på det en driver med i helsestasjonsarbeidet og at arbeidet de gjør har en verdi. En annen helsesøster i en annen kommune sier at COS-P er et konkret og godt verktøy, noe en kan ta tak i og bruke, der man ellers har få gode hjelpemidler. Hun viser til at helsestasjonen noen ganger jobber med symptomene hos barna, mens de nå kan jobbe mer med kjerneproblematikken-som ofte handler som relasjonelle utfordringer.

Gjennomgående i intervjuene så dukker temaet relasjoner og relasjonelle utfordringer opp. Knyttet til selve opplæringen sier informantene at de gjennom COS-Materialet får kjennskap til en teori og en metode, som bidrar til selvutvikling. Teorien bidrar til at de blir kjent med seg selv på en annen måte, at de blir mer åpne for å reflektere over seg selv, hvem en er i relasjon til andre, og hvordan denne refleksjonen bidrar til en ny kompetanse, i å møte foreldre, som COS-terapeuter. En helsesøster sier følgende om opplæringen:

“Kjempeutbytte! Jeg synes det har vært et helt uunnværlig verktøy. Tankesett, å ta med seg”

En annen helsesøster i en annen kommune sier det samme, men på en litt annen måte.

“Hele min stilling hviler på COS-P opplæringen, slik den er nå da. Og jeg har hatt veldig utbytte av den. Jeg vet ikke hva jeg hadde brukt veldig mye tid på, hvis jeg ikke hadde hatt COS-P”

Oppsummert hører jeg at informantene er fornøyd med opplæringen, og at de synes de har fått kjennskap til et viktig verktøy i helsestasjonsarbeidet. Slik jeg forstår det opplever ansatte i helsestasjonen, gjennom COS-P opplæringen, å ha et nyttig verktøy for å jobbe med

relasjoner. Begeistring, kan forstås som en vekselvirkning mellom inspirerende forelesere, en teori som er lett å tilegne seg og forstå, samt et verktøy for foreldreveiledning. I tillegg er det mange av informantene som trekker frem nytten av kurset i forhold til fag og personlig utvikling. Jeg legger merke til at informantene viser til at det er mange måter å bruke foreldreveiledningsprogrammet på. Jeg ble særlig opptatt av hvordan informantene forteller om hvordan de bruker programmet som et ledd i det tverrprofesjonell arbeidet. Dette vil jeg vise mer til i det neste kapitlet.

4.2 Bruk av COS-P i helsestasjonen

Det andre forskningsspørsmålet omhandler hvordan ansatte i helsestasjonen bruker Circle Of Security Parenting i helsestasjonsarbeidet. Her kommer det frem at helsestasjonen bruker Circle Of Security Parenting og tilknytningsteorien som en felles faglig plattform for tverrprofesjonelt arbeid. Utover dette anvendes foreldreveiledningsprogrammet til grupper av foreldre, kurs til enkeltfamilier og i enkeltkonsultasjoner. Gjennom intervjuene er jeg blitt oppmerksom på at bruken av COS-P strekker seg langt utover den tradisjonelle måten å organisere kursene på.

4.2.1 Som et foreldreveiledningsprogram til foreldre i gruppe

Foreldreveiledningsprogrammet Circle Of Security Parenting, er laget som en kursrekke, til en gruppe av deltagere, som skal gå over åtte kursøkter. Dette er hovedformen for intervensjonen, men den kan også brukes mer individuelt til enkeltfamilier også. I studien har jeg vært opptatt av å finne ut av, på hvilken måte helsestasjonen bruker Circle Of Security Parenting. I tillegg har jeg søkt informasjon om hvilke familier er det som får tilbudet om en slik type foreldreveiledning.

Det er tre av fire helsestasjoner i studien, som gir Circle Of Security Parenting som gruppetilbud, slik manualen er konstruert og bygd opp. I en av helsestasjonene blir det arrangert åtte faste kurs gjennom året, hvor det er åpent for alle foreldre å delta. Denne helsestasjonen anser dette tilbudet som en del av kommunens lavterskeltilbud, og tilbudet annonseres gjennom kommunens nettsider og ved helsestasjonen. I 2016 hadde denne kommunen 52 foreldre som deltakere i gruppe, som representerer foreldre for 77 barn bosatt

i kommunen. I denne kommunen er det mange foreldre som selv tar initiativ til deltakelse på et COS-P kurs, og mange rekrutteres gjennom familie, venner og tidligere deltakere av kurset. Utover dette, pleier både helsestasjonen, åpen barnehage og kommunens barneverntjeneste å anbefale kurset til foreldre som de tenker kan ha nytte av dette tilbudet. Generelt ser det ut til at de foreldrene som får tilbud om COS-P er foreldre som er gjennomsnittsforelderen, de foreldrene som lurer litt på, eller som er nysgjerrig på barnets utviklingsbehov. En helsesøster, forteller hvordan hun i arbeidet med foreldre i en barselgruppe, presenterte COS-P, og hvor hele gruppen ønsket å delta-som en gruppe. Hun sier følgende om barselgruppen:

«Vi har blant annet hatt en barselgruppe, som tente på ideen med en gang. Dette var selvsagt bare mødre. Så det var jo mens babyene var ganske små, at de tente på ideen om COS-P kurs, med en gang det ble presentert og de ville ha det med en gang. Og vi klarte å få det til. Vi kastet oss rundt, og satte i gang kurs»

Helsesøsteren forteller at mammaene, tok babyene med på kurs, og at dette ble en del av et fellesskap i gruppen, og et møtested for å være foreldre sammen og utveksle kunnskap og erfaringer. I denne kommunen viser informantene til en stor bredde av foreldre som får tilbud om COS-P i gruppe. De tenker at de gir tilbud til alle innbyggerne, med den variasjonen det innebærer. De viser til at dette kan dreie seg om foreldre med sammensatte vansker, foreldre med marginal omsorgskompetanse, foreldre med psykiske helseproblemer og foreldre som har barn med atferd som utfordrer. Dette er helt i tråd med intensjonen for intervensjonen. En helsesøster forteller om et tilbud som gikk til en mor som har brukt kommunens forebyggende tjenester over mange år. Dette er en forelder som har strevd med psykiske helseproblemer i form av angst, depresjon og et vanskelig samlivsbrudd. Denne forelderen har hatt oppfølging både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten, i barnets første sju leveår. Helsesøster sier følgende om denne forelderen:

«Mor slet jo veldig og det gjorde jo at hun synes det var vanskelig å se behovet, se jenta si, vanskelig å se foreldrerolla og hva hun trengte»

Videre forteller denne helsesøsteren om innholdet i oppfølgingen, og at hun blant annet har fått tilbud om Circle Of Security Parenting. Slik sier hun dette:

«Hun har hatt oppfølging av DPS blant annet og kommunepsykologen. Hun har vært mye i åpen barnehage og hatt mange samtaler med oss, som en del av et forebyggendearbeid. Jeg tror først det var gjennom barnevernet, at hun begynte å bruke åpen barnehage. I alle fall er dette en mor som da har fått en mer lavterskel uformell oppfølging, samtaler og veiledning i åpen barnehage. Hun har også deltatt på Circle Of Security Parenting kurs, hatt oppfølging i forhold til oppfølging av barnet i barnehagen, klare å følge til og fra barnehagen, det å samarbeide med barnehagen, og stå i det som det medfører å være forelder da»

En annen helsestasjon som gir tilbud om Circle Of Security Parenting kurs i gruppe, er den helsestasjonen som har en helsesøster som er ansatt for å drifte Circle Of Security Parenting kursene. Denne helsestasjonen samarbeider både med sine nærkommuner, og med andre tjenester som gir tilbud til barn og familier, inkludert psykisk helse. Denne helsestasjonen ønsker å implementere COS-P og tilknytningsteori som en felles faglig plattform, i tillegg til å gi Circle Of Security Parenting kurs som et gruppetilbud. Til nå har de strevd med å finne en form for hvordan de skal organisere kursene og rekruttere deltagere. En helsesøster i denne kommunen sier følgende:

«Det vi har strevd med å få til, og som vi har ønsket er slike åpne foreldregrupper»

Helsesøsteren sier at de har annonsert et kurstilbud, ut til alle foreldre, som et åpent tilbud. Hun sier at responsen var stor, men at det ikke dukket opp noen kursdeltagere ved oppstart. Informanten stiller spørsmål ved om at det er et uttrykk for at tidspunktet ikke passer eller om det blir for vanskelig for foreldrene å prioritere tiden som et slikt kurs tar. Denne helsestasjonen har gjennomført to grupper med foreldre, som er rekruttert fra helsestasjonen og/eller psykisk helse. I 2016 var det blant annet 17 foreldre fra psykisk helse, som gjennomførte COS-P kurs. Dette er foreldre som er mer «håndplukket», med noe identifisert strev. Selv om helsestasjonen ikke har en etablert praksis for hva og hvordan de skal arrangere COS-P kursene enda, betrakter de seg selv til å være i en «prøveperiode» for å gjøre seg erfaringer.

På spørsmål om hvilken familie som får tilbud om COS-P svarer de følgende:

«Det er disse som kommer og lurer på ting i starten og som kommer og spør, eller de som har hatt behov for litt ekstra oppfølging»

I den tredje helsestasjonen som arrangerer Circle Of Security Parenting som gruppetilbud, har valgt å organisere rekrutteringen annerledes. Tilbudet i denne kommunen er mer selektivt valgt, hvor tilbudet går til foreldre som strever med relasjonen til barnet. Disse foreldrene er identifisert i regi av helsestasjonen eller av barneverntjenesten. Kursene arrangeres som et samarbeid med kommunens barneverntjeneste, hvor de har kurs som går jevnt over hele året. I denne kommunen annonseres ikke kursene, og foreldre har ikke mulighet til selv å melde seg på. I forhold til rekrutering og utvelgelse av deltagere sier en informant:

«Jeg tenker at vi ikke tenker familiebakgrunn, vi tenker ikke økonomisk status og hvem som går først i 17. mai toget. Det prøver vi virkelig å ikke gjøre. Det skal jo være ut i fra hva vi ser og hva vi vet og hvem vi tenker kan ha behov for det. For alle uansett sosial klasse eller status kan ha behov for en type oppfølging».

I intervjuet får jeg inntrykk av at denne helsestasjonen gir kurstilbudet til foreldre med identifisert strev. De sier at barneverntjenesten gir individuelt tilbud til foreldre og familier, når det er behov for det. Så kanskje er dette en kommune som gir gruppe tilbud til dem de tror, tenker eller vet at det er «noe», det er verdt å stoppe opp og arbeide med? Når helsesøstrene blir utfordret på å si litt om familier som har fått tilbud om COS-P, tar de utgangspunkt i en mor som er alene om omsorgen for barnet, hvor helsesøster sier følgende:

«Mor er mye alene i foreldrerollen og trenger en del støtte på hvordan hun rett og slett, det å være mamma. Eee. Og kanskje ikke har noen andre å lene seg til, eee, ååå strever litt med å forstå ungen og vite hvordan hun skal takle og møte henne, når hun får raserianfall»

Den fjerde og siste helsestasjonen gir ikke tilbud om Circle Of Security Parenting som gruppetilbud. Informantene sier de ønsker å få det til, men opplever at de ikke får støtte fra leder til å starte opp med tilbudet. En informant sier det slik:

«Jeg må si, vi strever litt med å få ledelsen til å forstå»

Disse informantene bringer opp tema om viktigheten av å ha en leder som forstår tenkningen rundt Circle Of Security Parenting og gruppetilbud. De forteller at de ikke kommer i

posisjon til å få startet, og at det også henger sammen med at folk med Circle Of Security Parenting opplæringen har sluttet. Oppsummert sitter jeg med et inntrykk av at informantene ved de ulike helsestasjonene ønsker å bruke Circle Of Security Parenting som et gruppetilbud til foreldre. Det kan se ut til at noen helsestasjoner organiserer kursene åpent til alle foreldre i kommunen, mens andre gir det til foreldre med identifisert strev. Når informantene gir beskrivelser av type familier som får tilbud, ser det ut til at de kommunene som gir tilbudet åpent til alle foreldre, også jobber med foreldre med større strev. Det kan se ut til at noen helsestasjoner særlig skiller mellom universell, selektivt og indisert forebygging, mens andre ikke gjør det på samme måte.

4.2.2 Til foreldre individuelt

Circle Of Security Parenting kan brukes til enkeltfamilier, som et ledd i et større behandlingsopplegg, eller som et individuelt tilbud. Informantene ved de fire helsestasjonene i studien, sier de bruker COS-P som tiltak til enkeltfamilier. I dette legger de at de gjennomfører kurset, tilsvarende som de ville ha gjort i en gruppe, men hvor de i stedet kun har en familie eller en deltaker. Det betyr at deltakerne får et fullverdig COS-P kurs, men at de ikke har gruppedeltakere til å utveksle erfaringer og diskutere med. Jeg forstår informantene, at det er særlig foreldre med tiltak i regi av barneverntjenesten, barne- og ungdomspsykiatrien eller til familier som trekker seg eller ikke møter til gruppe-tilbudet som får tilbud om Circle Of Security Parenting individuelt. En helsesøster sier:

«Det er i forhold til de som strever at vi bruker programmet fast»

Denne helsesøsteren viser til et eksempel hvor de i en enkeltkonsultasjon, blir oppmerksom på en forelder-et foreldrepar som strever med at de har to friske barn, som er helt forskjellige, en med temperament, det andre mer rolig. En av omsorgspersonene strever med å forstå og møte det ene barnet. Dette foreldreparet får COS-P som et individuelt tiltak. Ved den samme helsestasjonen viser en annen helsesøster til et annet eksempel, på en familie som får tilbud om COS-P som et individuelt tiltak. Dette er et foreldrepar, som får oppfølging gjennom sped og småbarns-teamet i spesialisthelsetjenesten og som er blitt anbefalt COS-P individuelt i sin nærkommune. Dette dreier seg om et veldig lite barn, som

har laget seg noen ritualer når hun skulle legge seg. Foreldrene mente at åtte timer med COS-P, var vell mye tid, men hadde valget om å stoppe underveis om de ønsket det. Disse foreldrene ble begeistret av intervensjonen og utbyttet av den, og spurte helsesøsteren om videre oppfølging etter at COS-P ble avsluttet. Foreldereren spurte helsesøster om følgende etter endt intervensjon:

«Kan du invitere oss inn om et halvt år, for å høre hvordan det går med oss. Dette er det beste vi har gjort noen gang»

Det kan se ut til at det er litt ulik praksis for hvordan kursene organiseres og hvordan rekrutteringen skjer, og hvilken familie som får tilbud om COS-P individuelt. En av helsestasjonene som er presentert i studien, drifter en åpen barnehage i regi av helsestasjonen. Her jobber det en førskolelærer som viser til sin første familie, som hun ga COS-P individuelt til. Hun sier følgende:

«Jeg fikk jo en veldig tøff familie, som min første familie, med masse diagnoser og ringer, hull og tatoveringer og tenkte herregud»

Denne førskolelæreren ble utfordret til å starte med en enkeltfamilie, og følge manualen i forhold til en familie, før hun skulle arrangere et gruppe-tilbud. Helsestasjonene som har COS-P som et åpent tilbud til foreldrene i hele kommunen, sier at de gir individuelle COS-P etter en individuell vurdering. Vurderingen blir ofte gjort i samarbeid med familien, og særlig om det er vurdert hensiktsmessig etter en tverrprofesjonell vurdering.

I et annet fokusgruppeintervju kommer det frem at det er et utstrakt samarbeid mellom helsestasjonen og psykisk helse. I dette intervjuet kommer det frem at ansatte både i psykisk helse og i helsestasjonen har gjennomført individuelle COS-P kurs. De forteller om et tilbud som ble gitt til en familie med utfordringer knyttet til rus og psykiske helseproblemer. En ansatt forteller:

«Men det var jo en familie, hvor det først var henvising fra lege til psykisk helse, og psykisk helse lurte på om jeg ville prøve med COS-P og da var det et foreldrepar med tre barn, hvor far strevde veldig, jeg vil nesten si han strevde mye med slik sosial angst, på en måte»

I den samme helsestasjonen forteller de også om et individuelt COS-P kurs, til en familie som de hadde jobbet med over lang tid. Dette var en mamma med psykiske helseproblemer,

og som strevde med å sette grenser for barnet. Barnet strevde med overvektproblematikk, og dette var tema i helsestasjonsarbeidet i lang tid. Helsestasjonen opplevde ingen endring, bortsett fra at utfordringene med overvekt økte i omfang. Helsesøster hevder at det er COS-P tilbudet som har ført til endringer i denne familien. Hun sier følgende:

«Hva er det vi har drevet med, har vi prøvd å fikse opp i symptomene?»

Hun sier videre:

«Nå kan vi jobbe med kjernen, eller det de egentlig strever med da. Det har vi ikke skjont så godt før vi fikk COS-P verktøyet da»

I en av de fire helsestasjonene i studien, er det barneverntjenesten som gir tilbud om COS-P individuelt til enkeltfamilier. Informanten sier at hun bare helt unntaksvis gir tilbud om kurs individuelt. Hun sier følgende:

«Nå har vi en individuell som jeg følger opp, men det er jo fordi at de datt ut av et kurs, også i utgangspunktet så har vi ikke hatt det altså»

Slik jeg forstår denne informanten så er det kun barneverntjenesten som jobber direkte med COS-P i forhold til familier med behov for indisert forebygging. Det betyr at foreldre og barn relasjoner med høg risiko, eller klare tegn på utfordringer og en uønsket utvikling blir behandlet i regi av barneverntjenesten. Oppsummert tolker jeg at alle fire helsestasjonene gir COS-P som et tilbud til enkelt familie, eller enkelt forelder. Det kan synes som om at dette er særlig aktuelt i familier hvor det er identifisert strev. Jeg opplever at det kun er en helsestasjon som er tydelig på at familier med mye strev, tilhører kommunens barneverntjeneste og at de ikke anser det som sitt ansvar å gi COS-P individuelt til disse familiene.

4.2.3 Bruk av COS-P i enkeltkonsultasjoner

Helsestasjonen er den instansen som vurderer barnets helse, gjennom barnets første leveår. Ansatte i helsestasjonen skal gjennomføre helseundersøkelser, gi råd og veiledning i henhold til et standardisert basisprogram med 14 konsultasjoner, inkludert hjemmebesøk av nyfødte.

Informantene forteller at de bruker COS-P som et rammeverk for enkeltkonsultasjoner. På den ene siden presenterer de det grafiske materialet ved å gjøre det tilgjengelig som bilder på veggen, lage permer og informasjonsbrosjyrer som foreldrene kan bla og se i. På den andre siden har de profesjonelle med seg teorien og det tilhørende materialet som et rammeverk for observasjon, intervensjon og som en modell for å forstå sin profesjonelle posisjon og væremåte. Tanken er at materialet skal være lett tilgjengelig, slik at det kan vekke nysgjerrighet i forelderen, og samtidig være et utgangspunkt for gode veiledningssamtaler med foreldrene. Alle informantene sier de bruker COS-P som et utgangspunkt for oppfølging og veiledning, på bakgrunn av de observasjoner de gjør både i helsestasjonen og når de er på hjemmebesøk. En informant sier følgende om bruken av Circle Of Security Parenting i enkeltkonsultasjoner:

«Det som er fint, er jo at selv om vi ikke kjører kurs, så bruker vi begrepene og elementene i veiledning av foreldrene».

En helsesøster sier at COS-P bidrar til at ansatte i helsestasjonen lettere kan se hvordan barna bruker foreldrene som støttespillere i en konsultasjon, og om barna bruker foreldrene som en trygg base. Hun sier:

«Jeg har i mye større grad vært sammen med foreldrene og babyen, med samspill mellom dem. Jeg gjorde jo det før også, men jeg ser mere nå, enn før»

En annen helsesøster sier:

«Jeg var på et hjemmebesøk før i dag, med en liten baby. Det er klart at man tenker mye mere over det, hvordan de møter hverandre, enn tidligere»

Slik jeg forstår denne helsesøsteren, så forstår hun i dag mer av det som skjer i samspillet på bakgrunn av Circle Of Security Parenting opplæringen. På grunn av en større faglig trygghet, tør hun nå å intervensjonere i større grad i forhold til foreldre og barn. Hun sier blant annet:

«Den balansen til å se det som ikke fungerer, og det å støtte de til å få til den forandringen»

Ved en annen helsestasjon er det en helsøster som sier at relasjonskompetanse, er en del av det å bruke COS-P i enkeltkonsultasjoner. Hun sier at man kan kjenne, når man får en god relasjon til noen, og at det skal kjennes i kroppen. For å kunne jobbe med COS-P i enkeltkonsultasjoner, må man ifølge denne helsøster være villig til å gå inn i seg selv og sin egen historie. I følge henne må vi vite hvem vi selv er i møte, med de som skal veiledes.

Hun sier:

«Faget er en ting, det kan vi jo kunne opp og ned, men evnen til relasjonsbygging, er jo da viktig. Vi kommer ingen vei om vi ikke har det»

Informantene ved denne helsestasjonen sier de bruker COS-P i all tankegang, selv om de ikke bruker programmet fullt ut. Slik jeg forstår og tolker de ansatte er at COS-P har gitt de et verktøy for å være i relasjon med foreldrene på, i en tydelig veileder- rolle.

Oppsummert hører jeg at de ansatte bruker Circle Of Security parenting på mange forskjellige måter, også i enkeltkonsultasjoner. Alt fra en indirekte presentasjon av det grafiske materiale og informasjon til foreldrene, til et konkret veiledningsverktøy i arbeidet med forelderen. Særlig tydelig kommer bruken av Circle Of Security Parenting til å beskrive, forklare og forstå barn og barns utvikling frem i løpet av intervjuene. Utover dette, hvordan intervensjonen dytter de ansatte i sin egen profesjonelle utvikling og hvordan være en god terapeut og menneskemøter.

4.2.4 I tverrprofesjonelt arbeid

I intervjuene kommer det frem at alle deltagerne bruker COS-P som tverrprofesjonell forståelse og samarbeid rundt arbeidet med barn og unges psykiske helse. For eksempel er det en kommune, som implementerer COS-P som en faglig forståelsesramme som en del av fagsystemet som inngår i arbeidet med familiens hus. Denne kommunen var med i et forsøksprosjekt, og etablerte Familiens hus i perioden 2002-2004 Formålet med familiens hus var å samordne kommunens tjenester, for å kunne gi foreldre og barn et helhetlig tjenestetilbud, knyttet til fysisk og psykisk helse hos gravide, barn og foreldre. Kommunale tjenester som barnehage, svangerskapsomsorgen, helsestasjonen, pedagogisk psykologisk tjeneste og forebyggende barnevern inngår som tjenester i regi av familiens hus. Tanken bak modellen for det tverrprofesjonelle samarbeidet, er at tjenestene måtte danne et felles faglig

fundament for helsefremmende og forebyggende tjenester. Sammen skulle tjenestene finne ut av hva som skulle være tilbudet til alle kommunens innbyggere, samt tilbud til familier med mer individuelle og særskilte behov. Tanken er at familiene skulle ha en dør å komme inn, for å få den hjelpen de trenger. En førskolelærer knyttet til Familiens hus, som er organisert i regi av helsestasjonen, sier følgende om kommunens arbeid med å etablere et felles faglig fundament:

«Vi har satset mye på felles kompetanse, for alle yrkesgrupper som hører til under familiens hus. Det er jo det som har løftet dette her, som er i dag»

Hun hevder at det er felles opplæringen, som har bidratt til den felles faglige plattformen de har i dag. Kommunepsykologen, som også er knyttet til helsestasjonen, sier at COS-P er godt forankret i kommunen og i kommunens ledelse. Hun mener at COS-P må forankres i ledelsen og være et felles prosjekt. Hun hevder at tiltak har en tendens til å forsvinne med folk som slutter, dersom tiltak ikke etableres som et felles faglig fundament. Hun sier noe om et behov for at ledere er delaktig i arbeidet og at det er noen som må ha ansvaret for koordineringen. Hun sier:

«Det er viktig at det er en ledelse, slik som det er nå, at det er en koordinering»

Kommunepsykologen i denne kommunen, introduserte Circle Of Security Parenting, til kommunens lederteam. Hun ønsket at kommunen skulle ta i bruk foreldreveiledningsprogrammet for å styrke barn og unges psykiske helse på et folkehelsenivå. Hun formidlet at hun ønsket foreldreveiledningsprogrammet og tilknytningsteorien som et felles faglig fundament for alle som jobber med foreldre og barn i kommunen. I denne kommunen er det mange som har fått Circle Of Security Parenting opplæringen. Kommunepsykologens initiativ ble godt mottatt, og i dag har hun en koordinatorfunksjon for arbeidet med Circle Of Security Parenting i kommunen og peker på at denne tenkemåten binder sammen det tverrprofesjonelle samarbeidet. Hun forteller:

«Det sitter godt i organisasjonen i Familiens hus nå. For det er så bredt forankret med mye personal, ledere, ledernivå og på flere arenaer. Familie, barnehage, skoler og på ulike nivåer. Fra universelt til mer indikert».

Hvordan foreldreintervensjonen blir brukt inn i det tverrprofesjonell arbeidet, kommer ikke helt klart frem. Slik jeg forstår det, er det først og fremst kunnskapsgrunnlaget som er felles. Dette bidrar til at det blir enklere å gi et helhetlig tilbud på tvers av enheter i kommunen. For eksempel er det en helsesøster som sier at hun legger til grunn at barneverntjenesten skal forstå, hva hun mener, når hun bruker COS-P språket i meldinger. Hun uttrykker fordelene med det slik:

«Det synes jeg har vært veldig bra for meg, når jeg skal skrive meldinger til barnevernet. Også er jeg trygg på at barnevernet kan terminologien, sånn at vi ikke trenger å utdype så mye som vi hadde måtte ha gjort om vi ikke hadde hatt dette her»

I en annen kommune, har de ansatt en helsesøster, som har fått ansvaret for Circle Of Security Parenting i kommunen. Denne helsestasjonen har initiert et samarbeid mellom helsestasjonen barnehagene og psykisk helseteam i kommunen. I denne kommunen blir Circle Of Security Parenting løftet frem som et allment forebyggende tiltak, både i helsestasjonen, barnehager og i psykisk helse. Gjennom dette arbeidet, får de styrket samarbeidet mellom tjenester til voksne og tjenester til barn. Mange som mottar tjenester fra psykisk helse er også foreldre. Gjennom samarbeidet identifiserer de lettere foreldre med psykisk strev, og kan gjennom samarbeid, gi et kvalitativt bedre tilbud.

Slik jeg forstår informantene i denne gruppen, er at de noen ganger kan jobbe sammen i saker, for eksempel med COS-P veiledningen, eller at de har en avklart arbeidsfordeling hvor helsestasjonen tilbyr COS-P programmet, mens ansatte i psykisk helse, jobber med forelderen i etterkant av hver kursøkt. De mener at det er mindre sannsynlig at foreldrene glipper i mellom de ulike tjenestene. En bieffekt av at intervensjonen brukes på flere arenaer, er at ulike enheter får et felles språk, på tvers av ulike fagenheter. Denne gruppen er opptatt av at språket blir likt mellom ulike enheter, men også et språk til foreldrene, som de kan forstå og bruke på tvers av profesjonelle de møter, på ulike enheter. I denne kommunen legger de også vekt på at det er felleskunnskapen og språket som bidrar til å lette det tverrprofesjonelle samarbeidet. En informant sier:

«Det som er fint, er jo at selv om vi ikke kjører kurs, så bruker vi begrepene og elementene i veiledningen av foreldrene»

Ved denne helsestasjonen, har de brukt COS-P til internopplæring og som teambygging for ansatte i helsestasjonen og i kommunens psykiske helseteam. Sammen med ledere av tjenesten, har de hatt åtte treff, hvor de har sett på videomaterialet sammen. Informantene mener at denne investeringen bidrar til at lederen får innsikt i hva de driver med, og at lederens engasjement og felles tid til faglig fordypning, på tvers av enhetene til en styrking av fagsystemet for sped-og småbarn i kommunen og tjenestene som gis til foreldre. Helsesøsteren med ansvaret for Circle Of Security Parenting i kommunen, har også tatt initiativ til et samarbeid med kommunens barnehager. Helsesøsteren ønsker å tilby Circle Of Security Parenting opplæringen eller filmmaterialet, til alle ansatte. Til nå er det to barnehager som har fått denne opplæringen. Helsesøsteren formidler at alle foreldre som har barn i barnehage, er blitt introdusert for første kapittel i COS-P, og at de bør ha noe kjennskap til COS-P og tidlig tilknytning. Hun er opptatt av at intervensjonen skal være kjent for alle småbarnsforeldre i kommunen, slik at de kan oppleve at helsestasjonen, foreldrene og barnehagen bruker et felles språk og sier følgende om samarbeid med barnehagene:

«Når vi samhandler og veileder felles, så bruker vi de samme begrepene og hvis foreldrene har hatt kurset da, bruker vi de samme begrepene slik at det blir mer håndgripelig på en måte».

En annen informantene sier at hun bruker COS-P språket når hun har studenter, og som et ledd i intern opplæring. Hun sier hun bruker grafikken til å vise studenter og kollegaer, for å forklare ulike reaksjonsmønster hos barn og utvikling av tilknytning. Dette viser at det er en stor bredde i bruken av COS-P i samspill og samordning mellom ulike etater, mellom ansatte, til foreldre og studenter-hvor mange ser verdien av COS-P som et ledd i det tverrprofesjonelle samarbeidet. En informant sier følgende om det å ha et felles fagspråk, i forhold til de observasjonene de gjør av foreldre-barn samspill. Hun sier at COS-P kan brukes som en tenkning og et felles fagspråk slik:

«Så kan du ha den tenkningen ovenfor foreldrene i forhold til det å observere samspill, som vi gjør mye av og som vi får mye spørsmål om. Som en del av et felles fagspråk med barnevern og BUP, at vi har noen felles begreper på hva vi ser, hvordan vi tolker et samspill mellom foreldre og barn da».

Oppsummert opplever jeg at ansatte i helsestasjonen er opptatt av å bruke Circle Of Security Parenting, som et utgangspunkt for å danne et felles faglig fundament, med andre tjenester som gir tilbud til sped-og småbarn. Alle gruppene sier noe om at de opplever at felles kunnskap også gir et felles språk i de ulike tjenestene. Dette bidrar til at man forstår hverandre på tvers av enheter, men også at foreldrene møter det samme språket, uavhengig av hvilken tjeneste de er i kontakt med. Det ser ut til at felles språk er særlig ønsket fra helsestasjonen til samarbeidet med barnehage, PPT, Barnevern, BUP og Psykisk helse. I neste kapittel har jeg sett på forskningsspørsmålet mitt som omhandler utfordringer med Circle Of Security Parenting, slik informantene ser det. Her vil det blant annet skisseres utfordringer knyttet til opplæring av nok ansatte, høy kursavgift og vansker knyttet til rekrutering og oppmøte til kurs. Dette har jeg valgt å ta med, for å se om det er noe som kan indikere utfordringer, som bør løses, for å kunne bruke foreldreveiledningsprogrammet på en optimal måte.

4.3 Utfordringer knyttet til bruk av COS-P

Informantene i studien, er enige om at COS-P er et godt og nyttig verktøy, for å jobbe med psykisk helse hos sped-og småbarn. Gjennomgående er tilbakemeldingen at COS-P er et konkret verktøy for å jobbe med psykisk helse. De forteller at COS-P har bidratt til at de nå kan jobbe med den reelle, relasjonelle utfordringen mellom foreldre og barn. Mens de tidligere har jobbet med symptomer som overvekt og atferd hos barna, har de nå et verktøy for å jobbe med de reelle relasjonelle utfordringene mellom foreldre og barn. Selv om informantene er optimistiske til intervensjonen, påpeker de flere utfordringer knyttet til intervensjonen. Dette dreier seg særlig om implementeringen, sertifisering og opplæring av nok profesjonelle, rekrutering og drift av gruppen, samt det utfordrende samarbeidet med andre instanser og profesjoner. I følge informantene er COS-P opplæringen svært kostbar. Flere informanter, beskrives dette som en svakhet. For å få opplæring har de enten vært avhengige av å søke midler hos fylkesmannen eller bruke penger, tilhørende et annet budsjett. En informant sier at hun ikke hadde tatt COS-P opplæringen, om det ikke var for det pågående utviklingsarbeidet i Sykehuset Innlandet, hvor COS-P var en del av en gratis opplæringspakke. Hun sier følgende:

«Jeg hadde jo ikke gått på dette kurset, om det ikke var gratis, det koster jo 16.000»

En annen helsesøster sier følgende om prisen og konsekvensene av det:

«Det gjør at kommunene ikke har råd til å sende nok folk på kurs»

Informantene sier at de har hatt kollegaer med COS-P opplæringen som har sluttet eller byttet arbeidssted. De hevder at det er en tendens til at arbeidstedet ikke har budsjett til å kurse nye ansatte, eller andre ansatte i avdelingen. En helsesøster sier at dette vanskeliggjør implementeringen. Hun sier:

«Det er ikke det samme å videreformidle innholdet fra helsesøster til helsesøster(..)»

«Å hoppe inn og drive kurs uten å ha basisen, er jeg kritisk til, så pris kan beskrives som en svakhet»

To informanter drøfter, hvorvidt det er en sammenheng mellom å ha nok folk som er sertifiserte COS-P veiledere, det å ha ressurser til å holde åpne kurs for alle foreldre, og tilbud til de med mer særskilte behov spesielt. De sier at det hadde vært suverent om alle helsesøstrene hadde fått COS-P opplæringen, slik at tilbudet kunne gått jevnt i kommunen.

«Jeg har opplevd at andre helsesøstre har hentet meg inn, for å si littgrann mer om COS-P, for de må ha litt hjelp til å formidle det her»

De profesjonelle forteller at kostnadene for COS-P opplæringen er høy. Flere sier at dette er en begrensning, for hvor mange ansatte som kan få denne opplæringen, på grunn av pris. Informanter sier at få ansatte med opplæringen betyr begrensning i hvilket omfang de kan tilby kurset. Få ansatte med opplæringen, betyr også at implementeringsarbeidet kan bli mer utfordrende i følge informantene. De hevder også at det er uheldig om profesjonelle uten sertifisering holder kurs.

4.3.1 Rekruttering og oppmøte til gruppe

Et gjennomgående tema i fokusgruppeintervjuene, er at de ansatte opplever utfordringer knyttet til rekruttering og oppmøte i gruppene. Dette handler i stor grad om å rekruttere nok foreldre, som har mulighet til å møte til alle kursøktene og som er motiverte på en slik måte at de kan bidra inn i gruppen og den tilhørende gruppeprosessen. En informant sier følgende om rekruttering og oppmøte:

«Det er jo en utfordring det der, både med å rekruttere folk til å være med på en gruppe, og det å få de til å møte opp hver gang, og det å få en gruppe til å fungere, jeg har møtt på en del utfordringer der»

Informantene diskuterer hva som skal til for at en forelder, skal kunne bidra positivt inn i en gruppe. Her bringer de inn aspektet med foreldrenes motivasjon og kapasitet til perspektivtaking og sier:

«De må være motiverte for å ta i mot veiledning og se at de har et behov for det selv. Hvis de ikke gjør det, så er det veldig vanskelig å veilede, da når du ikke inn»

En annen fremhever forelderens kapasitet til perspektivtaking. Hun sier følgende:

«Foreldrene må jo fungere på et vist nivå, for å ta til seg denne type foreldreveiledning»

To av fokusgruppene, blir særlig opptatt av, hvor foreldrene blir rekrutterte i fra og hvilken betydning dette har for gruppens fungering. De diskuterer aspektet med å være pålagt en kursrekke, når man samtidig er rekruttert gjennom barneverntjenesten. En informant sier:

«Det er jo ikke alle som velsigner COS-P. Det er noen som på en måte blir litt pålagt til å ta et slik tiltak, fordi de er i barnevernet. De har ikke noen valg».

I følge informantene er det flere faktorer som kan påvirke gruppen. Dersom en forelder er umotivert, ikke har lyst til å bidra, eller uteblir fra kurset, får dette ringvirkninger i selve gruppeprosessen og i læringsutbyttet. De forteller at det er flere gruppedeltakere, som av ulike grunner har hatt behov for mer individuell tilrettelegging, for eksempel i form av egne kursøker på grunn av fravær. Det er også en informant som bringer inn språkbarriere som en utfordring knyttet til rekruttering og oppmøte, og som sier at språkbarriere når det gjelder

fremmedspråklige er en utfordring. Det å gjennomføre åtte kursøker, med en og samme gruppe opplever informantene som utfordrende. Mange av kursdeltagerne er foreldre som er pålagt tiltak gjennom barneverntjenesten. Informantene sier at foreldrene må være motiverte og ha en viss kapasitet for perspektivtaking, for å profitere på COS-P tiltaket. Flere av informantene opplever at en del av foreldrene har behov for et mer tilrettelagt COS-P løp. De diskuterer også at de opplever det som vanskelig å finne en måte å vurdere effekten og virkningen av COS-P som tiltak.

2.4 Oppsummering av resultat

Undersøkelsen viser at ansatte i helsestasjonen bruker foreldreveiledningsprogrammet Circle Of Security Parenting, i forebyggende arbeid med foreldre som har små barn, på mange ulike måter. Tre av fokusgruppene viser til at de bruker tilknytningsteorien og Circle Of Security Parenting som en felles teoretisk plattform for det tverrprofesjonelle samarbeidet. I disse helsestasjonene foregår det et større prosjekt og implementeringsarbeid, hvor særlig to av dem, jobber med å forankre den felles teoretisk plattform formelt inn i virksomheten. Dette kommer særlig til syne i en av helsestasjonene, som implementerte Circle Of Security Parenting som en teoretisk plattform for kommunale tjenester som barnehage, svangerskapsomsorgen, helsestasjonen, forebyggende barnevern og PPT, som har til felles at de gir tjenester til foreldre med små barn. To av helsestasjonene i studien sier at de har satset mye på felles kompetanse og det med å forankre COS-P som et faglig fundament for forebyggende og helsefremmende arbeid. Slik jeg forstår informantene dreier dette seg blant annet om å ha et felles språk på tvers av fagenheter, men også til foreldre, som bidrar til at arbeidet mellom enhetene oppleves mer helhetlig og lettvent.

Utover dette, viser undersøkelsen at helsestasjonen har tatt i bruk COS-P og det tilhørende materialet, slik det er tenkt. Ansatte ved tre av helsestasjonene rekrutterer og driver COS-P kurs. En kommune gjør det ikke. Jeg opplever at kommunene drifter kursene noe ulikt. Det er kun en kommune som har et helt åpent tilbud til alle kommunens innbyggere, hvor tilbudet om kurs går til alle foreldre med små barn. I denne kommunen kan hver enkelt forelder melde seg på gjennom, kommunens hjemmeside, og kursene arrangeres med faste

intervaller. I denne kommunen sier de ansatte at deltagerne rekrutteres gjennom kommunens nettsider, og gjerne gjennom tidligere kursdeltagere, som anbefaler det til andre foreldre. De to andre helsestasjonene som gir tilbud om COS-P kurs, har et mer selektivt utvalg av deltagerne. Her rekrutteres deltagerne gjennom helsestasjonen, barneverntjenesten og psykisk helse. Disse to kommunene, opplever utfordringer særlig knyttet til rekruttering og manglende oppmøte til kurs.

Alle deltagerne i studien sier de bruker Circle Of Security Parenting og elementer av konseptet inn i enkeltkonsultasjoner. De forteller om grafisk materiale som rammes inn, og henges opp på veggen, som legges i permer og på bord for å gjøre materialet tilgjengelig for foreldrene. Informantene sier at de noen ganger gir tilbudet om et fullt COS-P kurs individuelt til noen foreldre, mens andre sier de bruker elementer av konseptet for å veilede, mens noen bruker det som et verktøy for å analysere, forstå og beskrive samspill mellom foreldre og barn.

Informantene er tydelige på at Circle Of Security Parenting, ikke løser alle vansker og utfordringer. De viser likevel et stort engasjement og begeistring for opplæringen og COS-P materialet. De sier at det er et materiale som er lett å forstå og lett å formidle til foreldrene, og at de opplever å ha et konkret arbeidsverktøy. Den største ulempen med Circle Of Security Parenting slik jeg vurderer informantene, er at kurset er svært kostbart og at dette gir noen utfordringer knyttet til implementeringsarbeidet, driften og opplæringen til mange nok. Utover dette er det noen som tematiserer, at det er vanskelig å vurdere effekt av COS-P som tiltak. De profesjonelle sier at det er utfordrende å gjennomføre kursrekken, med de samme deltagerne over åtte ganger. Motivasjonen og kapasiteten hos foreldrene er varierte, og det kan synes som om at rekrutteringen fra barneverntjenesten byr på utfordringer spesielt. Flere av disse trenger en mer individuelt tilrettelagt veiledning. Undersøkelsen viser også at informantene har konkrete erfaringer, på at det tverrprofesjonelle samarbeidet rundt foreldre med småbarn kan være utfordrende. Dette knyttes særlig opp til et kunnskaps-gap mellom ulike profesjoner og instanser.

5. Diskusjon

De ansatte i helsestasjonen har positive erfaringer med foreldreveiledningsprogrammet COS-P i forebyggende arbeid med foreldre som har små barn. Dette kommer særlig frem i resultatene, at de ansatte i helsestasjonen viser begeistring for COS-P opplæringen og den tilhørende teoretiske forståelsesrammen. Jeg ønsker å drøfte hvordan jeg kan forstå de profesjonelles begeistring for COS-P og i hvilken grad COS-P blir brukt i samsvar med teoriens faglige fundament i helsestasjonsarbeidet. Avslutningsvis ønsker jeg å drøfte hvordan COS-P eventuelt bør brukes i helsestasjonsarbeidet, basert på den kunnskapen vi har om foreldreveiledningsprogrammet.

5.1 Hva er det med COS-P som begeistrer?

I studien er det særlig to argumenter som kommer frem, når de profesjonelle forteller om sin begeistring for COS-P opplæringen. Det ene er at informantene opplever at COS-P er et nyttig og konkret verktøy i klinisk arbeid. Det andre argumentet dreier seg om at kunnskapen om COS-P, bidrar til utvikling av profesjonell relasjonskompetanse.

Begeistringen for COS-P som et foreldreveiledningsprogram kommer frem i undersøkelsen i form av at informantene forteller at de har lært seg et klinisk verktøy, som er anvendbart for å løse kliniske utfordringer knyttet til oppfølgingen av sped og småbarns psykiske helse. Gjennom denne kunnskapen har de fått et verktøy til å forstå utviklingen av psykisk helse og psykopatologi, men også et verktøy til å lære foreldre om tilknytning og emosjonell utvikling.

Gjennomgående sier informantene at de har noe konkret å bruke, at COS-P er lett å formidle til foreldre, lett å forstå av alle og at kunnskapsgrunnet bidrar til å gi de ansatte selvtillit og tro på helsestasjonsarbeidet. I Følge Strand (2011) er kunnskap om utvikling av psykiske helse, viktig for alle som jobber med foreldre som har små barn. COS-P materialet inneholder pedagogiske materiale i form av grafiske fremstillinger, filmmateriale og en

manual. Dette er hjelpemidler som bidrar til at det er lettere å forstå de grunnleggende prinsippene i tilknytningsteorien, både for foreldre og de profesjonelle.

I følge Grøholt m.fl. (2015), er psykisk helse hos barn et relativt nytt fagfelt. Nyere forskning på sped-og småbarn psykiske helse, har bidratt til ny kunnskap om hjernens utvikling og sammenhengen mellom tilknytning, samspill, kropp, bevissthet og psykologisk utvikling. I dag forstås utvikling av helse og psykopatologi i et utviklingsperspektiv (Fonagy og Target, 2007)

I følge Holme m.fl. (2016) har psykisk helse og utvikling hos sped og småbarn i for liten grad blitt vektlagt i helsestasjonsarbeidet. De hevder at helsestasjonen har behov for ny kunnskap om hvordan profesjonelle i helsestasjonen, kan omsette nyere utviklingspsykologi og forskning om sped og småbarns psykiske helse i det praktiske helsestasjonsarbeidet. Samtidig står det i rammeplan og forskrift for helsesøsterutdanningen (utdannings-og forskningsdepartementet, 2005) at helsesøster skal kunne vurdere samspill. De profesjonelle skal ha kunnskap om barn og unges normale utvikling, fysisk, psykisk og sosialt, med tanke på å kunne skille normalt fra unormalt.

Det kan se ut som om at det er et gap mellom ønsket kompetanse om sped og småbarn psykiske helse i helsestasjonsarbeidet, og den faktiske kompetansen. I de nasjonale faglige retningslinjene for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjonen 0-5 år, står det at helsestasjonen skal tilby veiledning om samspill i alle konsultasjoner, og at de kan tilby universelle, primærforebyggende foreldreveiledningsprogrammer (Helsedirektoratet, 2018). I de samme retningslinjene argumenteres det med at veiledningen skal bidra til å fremme trygg tilknytning. I følge Grøholt (m.fl., 2015) er psykisk helse hos sped og småbarn et nytt kunnskapsfelt, samtidig er det klare føringer for helsestasjonsarbeidet at de skal forebygge og intervensere i forhold til sped og småbarns psykiske helse. Samtidig vet vi at det har vært utfordrende å finne verktøy for å intervensere i forhold til denne målgruppen. Det er derfor grunn til å tenke at COS-P opplæringen har bidratt til å gi de profesjonelle i helsestasjonen, et verktøy for å håndtere en type utfordring, som de tidligere ikke har hatt et verktøy til.

Det er derfor grunn til å tenke at COS-P opplæringen har bidratt til å lukke gapet mellom en utilfredsstillende kompetansestatus-til en mer ønsket situasjon i helsestasjonsarbeidet knyttet til de aller minste barna. COS-P opplæringen har bidratt til en kompetanseutvikling hos de

profesjonelle, som gjør at de føler seg kvalifisert for å jobbe med psykisk helse. Med det menes at de profesjonelle har tilegnet seg en formell kompetanse, COS-P sertifisering, for å kunne handle og løse en utfordring knyttet til egen arbeidskontekst. I dette tilfellet målet for helsestasjonen om å kunne observere og gi veiledning og oppfølging i forhold til psykisk helse hos sped og småbarn.

Det kan oppleves som utfordrende og vanskelig for profesjonelle å ha et mandat til å arbeide med sped og småbarn psykiske helse, uten å ha et konkret verktøy eller måter å jobbe med dette på. Når de endelig har fått opplæringen i COS-P, som dekker noe av det kunnskapsfeltet de skal ivareta i sitt samfunnsmandat, er det grunn til å tenke at dette kan være en grunn til å vekke de ansattes begeistring for foreldreveiledningsprogrammet. Så lenge de ansatte ikke har noen konkrete verktøy eller tilnærminger til å løse de faglige utfordringene, som de er satt til å gjøre, er det grunn til å tenke at de profesjonelle kan kjenne på en mangel på mestring.

I følge Anonovsky (2012) handler mestring om måter å håndtere stress og påkjenning på. Han mener at mennesker har behov for å oppleve en sammenheng i de utfordringene de møter i livet, for å kunne mestre de. Med opplevelse av sammenheng mente Anonovsky (2012) grad av begripelighet, håndterbart og meningsfullhet. Dersom vi skal kunne forstå de profesjonelles begeistring med utgangspunkt i Anonovsky (2012) sin teori om mestring, kan det forstås slik at COS-P opplæringen har bidratt til at de profesjonelle bedre forstår sin egen funksjon og arbeidsprosessen med å jobbe med sped og småbarn psykiske helse, og hvordan de skal forstå utviklingsprosesser og sin rolle i arbeidet. Videre handler det om troen deres til å kunne påvirke prosessen for å skape endringer, samt at arbeidet skaper mening for den profesjonelle i sin arbeidskontekst. Mening bidrar til motivasjon, utvikling og læring, slik at de profesjonelle gjennom vilje og energi skaper resultater.

I studien kommer det frem at det er mange familier som får hjelp, fra ansatte i helsestasjonen, ved at de bruker COS-P og elementer fra intervensjonen. Dette dreier seg blant annet om veiledning i gruppe og individuelt. Studien viser at det er foreldre med små barn som får dette tilbudet. Foreldrene som får tilbud om COS-P kan være foreldre med og uten strev. De profesjonelle i studien viser likevel til at det er mange foreldre med svært

sammensatte vansker, som for eksempel psykiske helseproblemer hos forelderen og utfordrende atferd hos barnet, som får tilbud om COS-P. I studien kommer det frem at informantene opplever at de tidligere har jobbet med symptomer og skjevutvikling, fremfor de reelle utfordringene. For eksempel er det en helsesøster som påpeker at de mange ganger har hatt fokus på barns atferd eller overvekts problematikk, uten at de har klart å endre det de ser hos barnet. Informantene hevder at COS-P opplæringen har bidratt til at de profesjonelle i helsestasjonsarbeidet nå i større grad, kan intervensere i forhold til det egentlige problemet, som ofte dreier seg om foreldre- barn samspillet.

I følge Powel et.al (2016) er COS-P laget for at det skal være lettere å forstå tilknytningsteorien og for å tette et gap mellom tilknytningsforskningen og klinisk praksis. De profesjonelle forteller at de anvender COS-P og elementer av programmet inn i helsestasjonsarbeidet på mange måter. Resultatene viser at de profesjonelle mener at de nå på en bedre måte kan observere og analysere foreldre-barn-relasjoner og intervensere i forhold til det de ser. De profesjonelle sier også at de bruker begrepene og elementene i veiledning av foreldrene.

Funn i undersøkelsen tyder på at de profesjonelle i større grad er sammen med foreldrene og barnet, og at de på grunn av COS-P ser mere nå, enn tidligere i konsultasjoner. Helsesøstrene sier at COS-P bidrar til at helsestasjonen lettere kan se hvordan barna bruker foreldrene som støttespillere i en konsultasjon, og om barna bruker foreldrene som en trygg base. Dette er i tråd med Jacobsen (2016) som hevder at ansatte i helsestasjonen er i en særstilling, til å observere og se, nettopp hvordan et barn forholder seg til og bruker forelderen sin som en trygg base og en sikker havn. Jacobsen (2016) hevder at kompetanse om transaksjonsmodellen og grunnleggende tilknytningsteori, og hvordan anvende dette i praksis, er viktig for alle som jobber med foreldre-barn-relasjoner i regi av helsestasjonen. I helsestasjonen utsettes barnet for et naturlig stress, ved å komme til et nytt sted, med nye voksne og hvor det samtidig vaksineres, undersøkes, måles og veies. Dette er øyeblikk, som kan gi de ansatte informasjon om barnets tilknytningstrygghet og bruk av omsorgspersonen.

Utvikling av profesjonell relasjonskompetanse

Når de profesjonelle utdyper sin begeistring, så handler den også i stor grad om en opplæring som bidrar til den profesjonelle kompetanseutviklingen. De profesjonelle sier at de på den ene siden lærer seg et klinisk verktøy, som er anvendbart for å løse kliniske utfordringer knyttet til oppfølgingen av sped og småbarns psykiske helse. På den andre siden er dette en opplæring som bidrar til en opplevd meningsfullhet både privat og i arbeidskonteksten som de profesjonelle er i. Dette er i tråd med studien til Berntsen og Holgersen (2015), som også fant ut at profesjonelle som hadde fått tilbud om COS-P opplæringen, viser begeistring for foreldreveiledningsprogrammet.

En måte å forstå denne begeistringen på er at de ansatte lærer seg et klinisk verktøy, som også inneholder en nøkkel til intervensjon, altså de terapeutiske innfallsvinklene for å komme i posisjon og for å jobbe med endring i samspill mellom foreldre og barn. I praksis betyr det at de profesjonelle får kunnskap om hva de skal gjøre, hvordan, i forhold til hvem og hvorfor. I dette ligger det naturlig nok mange komponenter av profesjonell relasjonskompetanse. Dette kan for eksempel dreie seg om hvordan møte og skape endring hos foreldre med relasjonelt strev fra sin egen oppvekst.

Gjennom opplæringen får de profesjonelle kunnskaper om utvikling av psykisk helse, tilknytning og mentalisering, og hvordan disse prosessene påvirker og utvikler motivasjon, emosjon og hukommelsesprosesser. De lærer også hvordan de tidligste relasjonserfaringene bidrar til personlighetsutvikling og forståelse av psykopatologi. Sentralt i opplæringen er hvordan barn utvikler tilknytningstrygghet og tilhørende indre arbeidsmodeller, som påvirker måten å forholde seg til andre mennesker på. Jeg tenker dette er kunnskap som kan bidra til at de profesjonelle retter et blikk innover mot seg selv og sine, for å finne ut av hvem de er i relasjon til andre. En annen årsaksforklaring for vist begeistring, kan være at informantene gir uttrykk for at opplæringen bidrar til refleksjoner, vedrørende hva de selv har med seg av relasjonelle erfaringer, og at de fremhever dette som noe av det fineste med opplæringen. Profesjonell relasjonskompetanse dreier seg om å forstå og samhandle med mennesker vi møter i en arbeidskontekst, på en god og hensiktsmessig måte.

I følge Aubert og Bakke (2008) kan relasjonskompetanse avgrenses til å handle om det personlige møtet mellom mennesker som søker hjelp, fra den profesjonelle, som den

profesjonelle i kraft av sin utdanning eller posisjon møter. Med profesjonell relasjonskompetanse mener de all relasjonskompetanse som hører til i en yrkesmessig kontekst. Aubert og Bakke (1998) sier at profesjonell relasjonskompetanse dreier seg om et sett av kompetanser, som til sist dreier seg om hvordan den profesjonelle fininnstiller seg til den andre, ved å finjustere arbeidsmetodikk, relasjon, faget, forståelsen, innlevelsen, holdningene, tanker og væremåte tilpasset den som mottar hjelpen. De viser til Røkenes og Hansen (2002) som sier at profesjonell relasjonskompetanse dreier seg om å kommunisere på en måte som gir mening og som ivaretar den overordnede hensikten med samhandlingen.

I COS-P opplæringen lærer de profesjonelle at de skal representere en trygg base og en sikker havn for foreldrene, slik de ønsker at foreldrene skal representere en trygg base og en sikker havn for sine barn (Powel.et.al, 2016). Det betyr at de profesjonelle særlig blir utfordret på å forstå foreldrenes sinn, atferd, tanker, følelser, håp, drømmer, ytringer og intensjoner. Dette er mentalisering, som går ut på å forstå den andres sinn (Karterud, 2016). Mentalisering innebærer videre å kunne romme og regulere egne følelser, reflektere over dem og hvordan en selv påvirker andre. Altså tanker og følelser om seg selv og andre og forholdet mellom disse.

De profesjonelle i helsestasjonsarbeidet skal i denne sammenhengen fremme trygg tilknytning og en god psykisk helse, ved hjelp av foreldreveiledningsprogrammet COS-P. Aubert og Bakke (2008) sier at det er nødvendig å jobbe med egne forutsetninger for relasjonelt arbeid, og at dette innebærer å jobbe med seg selv som person. Å kjenne på de følelsesmessige aspektene knyttet til relasjonelt arbeid, kan danne grunnlag for erkjennelse, læring, og forståelse av egen sårbarhet som et ledd i utvikling av profesjonell relasjonskompetanse.

I profesjonelt relasjonelt arbeid, som i for eksempel COS-P veiledning, bruker de profesjonelle seg selv som et arbeidsredskap. Skjerve & Nielsen (2011) sier at veiledning er en profesjonell virksomhet, som krever opplæring, med særlig vekt på relasjonell kompetanse. De viser til at det er en sterk sammenheng mellom relasjonell kompetanse og opplevelse av å få god hjelp. Forskning viser til at en positiv allianse-et mellommenneskelig samspill mellom veileder og veisøker er viktig for å nå målene til veisøker.

Ducan (2012) sier at valg av metode og fremgangsmåte er underordnet relasjonen. Han sier at det er viktig å holde fokus på, og følge nøye med på relasjonen, og skreddersy de relasjonelle møtene til hver enkelt veisøker. Det er grunn til å tenke at COS-P opplæringen har fått de profesjonelle til å sette seg selv inn i det teoretiske materialet, og at opplæringen starter utviklingsprosesser hos den profesjonelle, som bidrar til deres egen profesjonelle utvikling. I undersøkelsen får jeg et inntrykk av at dette skaper en mening hos de profesjonelle, både i form av at de blir bedre kjent med seg selv, og at de kan forstå opplæringspakken med seg selv som utgangspunkt, for senere å kunne forstå andre relasjoner og relasjonelle utfordringer-hvor de skal være veiledere inn i en utviklingsprosess.

Lien (2006) viser til at det er et økt behov for veiledning, blant annet fordi samfunnet, arbeidskontekster, opplæring og oppvekstarenaer fremstår som komplekse og sammensatte. Hun hevder at både enkeltindivider og grupper av mennesker, har et økt behov for veiledning i form av hjelp til selvhjelp for å takle ulike livssituasjoner. Lien (2006) hevder at det er vanskelig å være empatisk og leve seg inn i et annet menneskes verden, og se den med den andres øyne. Å være genuin i møte med andre mennesker, handler om holdninger. Lien (2006) påpeker at det er en krevende øvelse, å lære seg å bli genuint opptatt av andre mennesker, ved å bli relasjonskompetent på en slik måte at vi evner å forstå andre mennesker, forholde oss til dem, på en slik måte at behovene deres blir avhjulpet og at vi greier å gi en type hjelp som hjelper. I COS-P opplæringen og i det tilhørende materialet er det nettopp disse relasjonelle utfordringene de profesjonelle lærer, slik at de skal være i stand til å revitalisere foreldrene og finne foreldrenes vitalitet. Dette er grunnleggende kunnskaper om emosjonell kommunikasjon og samspill.

Er begeistringen hos de profesjonelle utelukkende positiv?

I undersøkelsen er de ansattes begeistring for COS-P særlig framtrædende. I studien kommer det frem at det er det konkrete verktøyet og at opplæringen bidrar til en egen form for profesjonell relasjonskompetanse, som er grunnlaget for selve begeistringen. De ansatte forteller også om en magisk setting rundt selve opplæringen, hvor kursholderne og materialet særlig treffer dem emosjonelt. I undersøkelsen kan jeg få et inntrykk av at COS-P er det store nye, i helsestasjonsarbeidet.

Dette kommer frem i form av at COS-P trekkes frem som et svar på nærmest det meste av helsestasjonsarbeidet. Informantene ønsker foreldreintervensjonen som et grunnlag for gruppeundervisning, individuell og universell foreldreveiledning, de ønsker å gi tilbud om COS-P til alle foreldre, alle skoler og barnehager, og ønsker å bruke programmet som grunnlag for tverrprofesjonelt samarbeid. Dette viser at de ansatte er begeistret på en slik måte, at det er grunn til å spørre om de profesjonelle kan miste noe på veien i sin begeistring for COS-P.

Helsestasjonstjenesten skal gjenspeile de nasjonale satsningsområdene for barn og unge. Både samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008-2009) og de Nasjonale faglige retningslinjene for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjonen, presiserer helsestasjonens ansvar for å sikre oppfølging av *familier med psykososialt strev*.

Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008-2009) vektlegger at kommunale tjenester skal sørge for forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging og etterstrebe helhetlige pasientforløp. Som grunnleggende helsesøsterkunnskap regnes kunnskaper om vekt, lengde, kost og ernæring, amming, psykomotorisk utvikling, kognitiv og emosjonell utvikling, språk, barns seksualitet, tannhelse, samspill, premature barn, eksem, astma, allergi, kolikk, ernæringsproblemer, søvnvansker, infeksjonssykdommer, rus, fødselsdepresjoner, sosiale medier, vold, overgrep, smittevern og vaksinasjonsprogrammet blant annet. Det betyr at helsestasjonen har et stort ansvarsområde, med svært mange oppgaver som skal ivaretas.

Når COS-P blir vektlagt og ønsket i et sånt omfang, som kommer frem i studien, er det grunn til å stille spørsmål om dette kan gå utover andre ting i helsestasjonsarbeidet. For

eksempel er det få eksempler fra informantene om hvordan COS-P som foreldreintervensjon faktisk er til hjelp for barn og foreldre. De sier noe om at foreldrene tar til seg materialet og at det er lett å formidle, men lite om de konkrete endringene som skjer i samspillet mellom forelderens og barnet-eller i barnets utvikling.

I følge Sameroff (2009) så kan ikke et barns utvikling sees på isolert sett. Han hevder at man må se på utviklingen til et barn som en vekselvirkning mellom både biologiske, psykologiske og sosiale forhold. Han påpeker at vi alltid må ha med oss at alt påvirker alt, og at man aldri skal redusere et barns utvikling til kun å omhandle relasjonen mellom barn og foreldre. Det kan bety at det er mer optimalt for helsestasjonsarbeidet, om det skapes en balanse mellom de ulike helsestasjonsoppgavene. Gjennom en mer balansert tilnærming, vil det være lettere å finne indikasjoner på andre områder, som også påvirker barnet og familiens læring og utvikling.

Å tenke COS-P og psykisk helse i alle konsultasjoner, til alle foreldre, gjør at man kanskje jobber mer med familier, som ikke har det samme behovet for oppfølging som andre med mer og større behov for foreldreveiledning. Helsestasjonen har et mandat til å både arbeide med helsefremmende og forebyggende arbeidet, tidlig intervensjon, diagnostikk, oppfølging og tverrprofesjonelt arbeid. Dersom COS-P brukes til alt helsestasjonsarbeid, kan det være at COS-P etterhvert blir honnørord og et begrepsapparat alle kjenner til, uten å kjenne til det faktiske innholdet. Dette kan bidra til at COS-P på sikt mister sin funksjon, som kan bidra til at familier med psykososialt strev glipper i systemet. I et mer forebyggende og helsefremmende perspektiv, er det nærliggende å tenke supplerende tiltak som styrker barn og unges resiliente faktorer særlig knyttet til sosial støtte i og utenfor familien. Faren ved å bli så begeistret, er at det går på bekostning av de andre helsestasjonsoppgavene og kanskje særlig de barna som strever mest.

5.2 Blir COS-P brukt i samsvar med teoriens faglige fundament?

Circle Of Security Parenting har som mål å fremme trygg tilknytning mellom foreldre og barn, gjennom å styrke barnets selvfølelse og slik forebygge en rekke vansker over tid. Sentralt i teorien om Circle Of Security er den grafiske fremstillingen av viktige elementer i tilknytningsteorien. Nyere utviklingspsykologi og teori om tilknytning, bygger på en rekke faglige tilnærminger, som er med på å forklare menneskelig utvikling generelt, og emosjonell utvikling spesielt.

I følge Ainsworth (2015) kan tilknytning hos små barn gjenkjennes i måten de søker kontakt med foreldrene på, og på hvilken måte foreldrene virker emosjonsregulerende på barnet. Hovedstudien til Ainsworth (2015) ble gjennomført i 1970, i form av fremmedsituasjonen, hvor over femti barn ble observert. På grunnlag av denne studien og Ainsworth tidligere arbeidshypoteser, utledet hun tre former for reaksjonsmønster (tilknytningstype a, b og c) hos barn, når de ble atskilt og gjenforent med forelderen sin (Mor). Mitt spørsmål dreier seg om i hvilken grad det er mulig for ansatte i helsestasjonen å bruke COS-P i samsvar med teoriens faglige fundament, knyttet til tilknytning og vurdering av tilknytningstrygghet.

Teori om tilknytning er COS-P sitt primære faglige fundament. COS-P er et begrepsapparat, en behandlingsmetode og et foreldreveiledningsprogram, hvor forelderen er selve målpersonen for intervensjonen. Det betyr at det er forelderen som får tilbud om dette psykoedukative foreldreveiledningsprogrammet. I intervensjonen er det ingen form for kartlegging hverken av forelderen eller barnet. Kursholder har i utgangspunktet derfor ingen informasjon vedrørende barnets utvikling eller barnets psykiske helse. I den grad de har det, er det fordi de har oppsøkt slik informasjon eller har det i regi av den jobben de gjør i helsestasjonsarbeidet, eller i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. I utgangspunktet har de profesjonelle derfor ingen status vedrørende barnets tilknytningstrygghet eller status over forelderens omsorgssystem og kompetanse, og dermed heller ingen målestokk for i hvilken grad intervensjonen har fremmet en trygg tilknytning eller ikke.

Teorigrunnlaget for å forstå et barns tilknytningssystem er stort, komplekst og sammensatt. På samme måte er teorigrunnlaget for å forstå forelderens omsorgssystem komplekst og sammensatt. Samtidig finnes det et eget teorigrunnlag for hvordan barnets tilknytningssystem og foreldrenes omsorgssystem samvirker og påvirker hverandre. Det er

derfor i utgangspunktet problematisk å legge til grunn at ansatte i helsestasjonen, etter fire dager med COS-P opplæring besitter den nødvendige kompetansen for å bruke COS-P i samsvar med teoriens faglige fundament-i forhold til tilknytning.

Selv i det kliniske arbeidet i helsestasjonen, hvor de profesjonelle er sammen med forelderen og barnet, er det utfordrende å vurdere et barnets tilknytning, foreldrenes indre arbeidsmodeller og omsorgssystem og hvordan disse systemene samvirker. I Følge Ainsworth (2015) så var det ingen av barna i hennes studie, som viste tegn til engstelse så lenge barna var sammen med forelderen sin eller sammen med forelderen og den fremmede. I praksis kan det bety at det skal relativt mye til for å utløse et barns tilknytningssystem, i en konsultasjon i helsestasjonsarbeidet. Et barns tilknytningssystem kan særlig komme til syne, i det barnet blir forlatt av forelderen. I klinisk arbeid i helsestasjonen, er ikke dette en vanlig prosedyre å gjennomføre. I følge Ainsworth (2015) var det ca. 70 % av alle barn som viste trygg tilknytningsatferd i hennes studie. Det betyr at det er 30 % som i hennes studie som ble kategorisert som A-Unnvikende og C-ambivalent og hvor noen prosent av disse, senere er blitt lagt til i D-kategorien—i tråd med Mary Mains, Judith Salomon og Patricia Chrittenden D-kategori-for desorganisert tilknytning.

Det er mange utfordringer knyttet til informasjon hentet fra observasjon av et samspill mellom et barn og en forelder, vedrørende vurdering av et barns tilknytningstrygghet i en enkeltsituasjon i helsestasjonsarbeidet. I utgangspunktet er identifisering av tilknytning en forskningsprosedyre og utarbeidet til det formålet. Det betyr at det er en svært omstendig opplæring som ligger til grunn, før en person kan ta systemet i bruk for å utlede tilknytningstrygghet, både for bruk til klinisk arbeid og til forskning. Det finnes flere opplæringssystemer, blant annet «Ainsworth systemet» og kodesystemet til Cassidy og Marvin, Main og Solomons førskolesystemet for desorganiserte mønstre blant annet (<http://www.theattachmentclinic.org>) Dette er en intensiv opplæring på en til to uker, ofte med krav til andre tilleggskurs, og hvor deltagerne skal kode minst 20 fremmedsituasjoner med 80 % riktig vurdering av tilknytningstryggheten, for å nærme seg en form for sertifisering. Dette er en kompetansenes de fleste ansatte i helsestasjonen ikke besitter i dag.

De fleste «kodere» av fremmedsituasjonen i Norge, har opplæringen knyttet til koding, for bruk i klinisk arbeid. Selv med koding for bruk til klinisk arbeid, kreves det en detaljert videoanalyse, basert på oppsettet av fremmedsituasjonen, hvor microsammspill analyseres og

transkriberes, og kodes i henhold til en kodemanual. Altså et møysommelig arbeid, som ikke kan fanges opp og vurderes med det blotte øye i helsestasjonsarbeidet. Jeg mener derfor det er grunnlag for å hevde at man ikke kan vurdere et barns tilknytning i COS-P arbeidet eller i helsestasjonsarbeidet generelt.

En annen grunn til at det kan være vanskelig å bruke COS-P i samsvar med teoriens faglige fundament, er at barns tilknytningsatferd kan ligne på hverandre, innenfor og på tvers av de ulike kategoriene for tilknytning. For eksempel beskrev Ainsworth (2015) i første omgang barn med en organisert, unnvikende, utrygg tilknytning-som trygge barn. Etter en ny vurdering ble disse barna plassert i en egen kategori (A-unnvikende). På tilsvarende måter kan noen barn med C-tilknytningsatferd ligne, eller høre til i den desorganiserte kategorien under visse betingelser. Ainsworth (2015) hevder at et barn kan ha flere ulike typer tilknytningsstrategier, det vil si at de bruker både a-b og c strategier. «Kluet» er at barnet skal ha et mønster som er det dominerende, og som særlig skal speile seg når barnet utsettes for stress og belastninger. Det betyr også at en observasjon, fortsatt er en observasjon, et «her og nå bilde», som kan si noe om tilstandsbilde akkurat nå, men ikke et mer utfyllende bilde av hvem barnet er. Å lage seg hypoteser om tilknytning og tilknytningstrygghet, på bakgrunn av observasjoner i helsestasjonsarbeidet vil derfor være fagetisk utfordrende. En slik klassifikasjon kan kun gjøres i tråd med kodemanual og den tilhørende opplæringen, for å utlede type tilknytning.

I beste fall kan resultatene av intervensjonen, bidra til en introduksjon av teori, til de profesjonelle og til foreldrene, gjennom COS-P, slik det er skissert i manualen. Dette kan starte en endringsprosess i forelderen. Kursdeltakere vil bli introdusert for en teoretisk forståelsesramme, som kan vekke videre nysgjerrighet på seg selv og barnet sitt. De vil bli trygget på at de er viktig for barnet, og lære om barnets behov rundt på trygghetssikelen og betydningen av å være sammen med barnet sitt på hele sirkelen. De vil lære om brudd og reparasjoner og om de vanskelige følelsene som kan blokkere utforsker og søke-systemet-og/ eller omsorgssystemet, altså eget relasjonelle strev. Men i forhold til effekt, sett opp mot målet om å fremme trygg tilknytning, tenker jeg at man er avhengig av å vite hva en ønsker å endre, for å vurdere utvikling og effekt. For å kunne jobbe mer relasjonsspesifikt, trenger de profesjonelle mer og utdypet kompetanse om forelderen, barnet og den dyaden de ønsker å fremme utvikling i.

5.3 Hvordan bør COS-P brukes i helsestasjonsarbeidet?

I de nasjonale retningslinjene for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjonen, er universelle, primærforebyggende foreldreveiledningsprogrammer i grupper og/- eller individuelt til familier en svak anbefaling. Begrunnelsen for dette er at de fleste foreldreveiledningsprogrammer mangler støtte fra internasjonal forskning på effekten av tiltaket. COS-P er et relativt nytt foreldreveiledningsprogram, og mangler i likhet med mange andre foreldreveiledningsprogrammer effektstudier gjeldende for Norske forhold.

I følge Eng, Ertevåg, Frønes & Kjøbli (2017) bør helsestasjonen bruke forskningsbaserte metoder, intervensjoner og sjekklister med jevne mellomrom for å kartlegge barnets sosiale, emosjonelle og atferdsmessige utvikling. I dag foreligger det mange slike skjemaer, som for eksempel Edinburg, Tweak, Parent stress scale og ASQ. Målet er å kartlegge bredt både i befolkningsgruppen og på utviklingsområder hos barnet, til ulike tider, med hyppige nok intervaller, slik at det er mulig å avdekke behovet for tidlig innsats.

Tidlig innsats, handler om et bredt utvalg av tilnærminger og programmer som er designet for å fremme barnets utvikling. Det handler om foreldrenes sensitivitet, responsivitet og utviklingsstøttene atferd ovenfor barnet. Ikke minst betyr det å hjelpe barnet og omsorgspersonen til å komme inn i gode samspillsirkler. Målet må være å identifiser flere barn i alderen 0-3 år, gi de hjelp i førstelinjetjenesten, samt at barn og familier med sammensatte vansker får hjelp i spesialisthelsetjenesten. Tiltak som starter tidlig, og som varer lenge, er mest effektivt, og tidlig innsats vil forebygge senere skjevutvikling.

Det er gjort en metaanalyse av COS-P (Yaholkoski, Hurl & Theule, 2016) som kan tyde på at COS-P kan ha effekt når det gjelder å øke trygg tilknytning, kvaliteten i omsorgsrollen og omsorgspersonens selvtillit og reduksjon av omsorgspersonens depresjon. For å kunne forsvare en bred implementering av et foreldreveiledningsprogram, kreves det kunnskaper om hvorvidt det virker, og hvorfor noen tiltak virker bedre enn andre. Fordi det tar tid å forske på foreldreveiledningsprogrammer, er det anbefalt at helsestasjonen kan ta i bruk universelle, primærforebyggende foreldreveiledningsprogrammer likevel. Begrunnelsen for dette er helsestasjonens «beste kunnskap», som omhandler summen av studier, status på programmer og ansatte i helsestasjonens erfaringer med ulike foreldreveiledningsprogrammer som utgjør «Best kunnskap-best praksis», før kunnskap om

effekter foreligger. Det betyr at helsestasjonen kan velge å ta i bruk COS-P som et foreldreveiledningsprogram i helsestasjonsarbeidet, for å styrke foreldrenes mestring av foreldrerollen og som et ledd i veiledning vedrørende samspill og tilknytning, som et ledd i det forebyggende arbeidet.

I følge Folkehelseinstituttet (2010) er psykiske helseplager, blant de største helseutfordringene vi står ovenfor. En regner med at det er omtrent 70.000 Norske barn med behov for behandling av psykiske helseplager. Dette skal tilsvare 15-20 % av alle barn og unge mellom 3 og 18 år. I følge Mathiesen (2009) vil barn som har psykiske helseplager når de er 18 måneder, fortsatt streve med dette når de er fire. COS-P er utviklet for å være et universalforebyggende tiltak i gruppe (Bråten & Sønsterudbråten, 2016). Generelt har foreldreveiledningsprogrammer til hensikt å møte utfordringer hos foreldrene og/ eller i barnet. Vannebo og Holme (2010) hevder at det er mulig å identifisere og hjelpe mange flere sårbare familier, enn det som gjøres i dag, og det bør gjøres i barnets første leveår.

For å få til dette, hevder de at helsestasjonen trenger en ny måte å tenke intervensjon og oppfølging på. De viser til en intervensjonsmodell, for fremtidig organisering av helsestasjonsarbeidet. Sentralt i denne modellen er å bruke kartleggingsverktøy, for å skape et utgangspunkt for diskusjon og nysgjerrighet rundt barnet, sammen med forelderen. De hevder at det er en gevinst i å gjøre kartleggingen og samtalen sammen med forelderen inn som et universelt tiltak til alle foreldre og barn. Begrunnelsen deres er at da slipper helsepersonell å bruke «magefølelsen» og stigmatisere noen foreldre, samtidig som at de kvalitetssikrer skreeningsarbeidet i enda større grad.

Jeg ønsker å vise intervensjonsmodellen til Vannebo og Holme, for å visualisere hvordan intervensjonsrekken ser ut og hvor COS-P kan passe inn som tiltak i denne (Se fig. 2). De er opptatt av at alle barn og foreldre bør gjennom en grunnleggende kartlegging, slik at barn i risiko kan fanges opp. En slik kartlegging bør være trinn en. Barn som fanges opp i trinn en, kan være barn med en form for risiko. Dette kan være barn som virker mistilpasset, som legger lite på seg, har feber eller andre mer diffuse forhold som kan identifiseres. Disse barna, er barn som tidlig bør innkalles til en ny konsultasjon i helsestasjonen, for å følge opp denne tidlige bekymringen.



Fig 2: Intervensjonsmodell og systematikk i fremtidens helsestasjoner. Vannebo og Holme (2010), s. 539

Formålet med en ny konsultasjon, er å følge opp den begynnende bekymringen, som er avdekket ved hjelp av ulike former for kartleggingskjemaer og metoder. Vannebo og Holme (2010) mener at barn og familier i trinn 2-selekterte tiltak bør få assistanse av personale med ytterligere kompetanse på de utfordringene som identifiseres. Dette kan være ansatte med annen fagkompetanse som helsestasjonslegen, psykologen, barnefysioterapeuten eller andre som kan gjøre ytterligere kliniske undersøkelser og mer omfattende kartleggingsverktøy. Arbeid med COS-P bør ligge i trinn to.

I denne fasen kan det tappes informasjon i hvilken grad og på hvilken måte og til hva foreldrene trenger foreldrestøtte til. Løsningen på nivå to kan være elementer fra det helt ordinære helsestasjonsprogrammet, eller andre programmer som inngår som en del av helsestasjonsarbeidet. Dette kan for eksempel være COS-P, Marte Meo, ICDP, eller Tidlig innsats for barn i risiko (Tibir), eller føring av døgnklokke. I følge Vannebo og Holme (2010) bør tiltak på trinn to, løses i et tverprofesjonelt perspektiv.

Dersom det er behov for videre utredning, bør barnet og familien henvises til spesialisthelsetjenesten (Trinn tre). En slik diskusjon bør foregå mellom helsestasjonen, BUP, barnevern, DPS, foreldre og andre instanser avhengig av type utfordring familien står i. På denne måten kan familier med strev, sikres en mer systematisk oppfølging i kommunen, samtidig som barn som trenger det, får oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Vannebo og Holme (2010) hevder at et økt fokus på Trinn to, vil bidra til at man holder fokus på de barna som har vekket en bekymring, og at disse barna fanges opp og intervereres i forhold til. Slik vil også helsestasjonen kunne prioritere mer tid hos de barna som har behov for det.

Bråten og Sønsterudbråten (2016) sier at det ikke finnes holdepunkter, for å gi tiltak som COS-P som foreldrestøtte som et universelt tilbud. Grunnen til dette er at studier kan tyde på at universelt innrettet tiltak til foreldre har manglende effekt. De hevder at årsaken til dette er at foreldre flest ikke har behov for intensive foreldre støttende tiltak, da de klarer seg fint uten. Dette er i tråd med tall for antall barn med psykiske helseproblemer og den statistiske fordelingen av for eksempel tilknytningstrygghet på tvers av befolkningen, hvor minst 3 % av alle barna har alvorlig emosjonelt og relasjonelle strev.

I følge Smith (2014), kan universalforebyggende foreldreveiledningsprogrammer, bidra til å forstyrre det intuitive foreldreskapet. Med det mener han at mennesker har en iboende kapasitet, i form av ubevisst prosessering som griper inn i foreldrenes atferds regulering på en adaptiv måte. Med dette mener han at foreldre naturlig er gode nok foreldre, fordi de har et iboende repertoar for hvordan de skal møte babyen og små barns behov. Dette er i tråd med Bowlby (1979) som hevder at motsvaret til barnets tilknytningssystem-er forelderens omsorgssystem. Dette omsorgssystemet, er så unikt, psykobiologisk forankret, «det er bare en kunnskap vi har». Disse intuitive formene for foreldreatferd ser ut som «reflekser og responser» som bare skjer i løpet av noen sekunder, og som virker ut som en rasjonell avgjørelse og som er til barnets faktiske behov. Denne formen for intuitiv foreldreatferd er universell og finnes i alle kulturer, av både menn, kvinner og eldre søsken. Smith (2014) hevder at det kan være mot sin hensikt å gi foreldre råd og veiledning om omsorg for sped og småbarn. Smith (2014) oppfordrer fagfolk til å være forsiktig med å justere foreldrenes spontane kompetanse til å lese og forstå barnets signaler. Grunnen er at veiledningen, kan gjøre foreldrene så usikre på seg selv, som gode nok foreldre, slik at det bidrar til en usikkerhet i samspillet med barnet. En slik usikkerhet, vil kunne forstyrre kommunikasjonen mellom foreldre og barnet, på en slik måte at barnet ikke lenger opplever speiling av et gryende selv. I stedet for å finne seg selv i forelderen, finner barnet en usikker forelder, som er redd for å ikke være god nok for eget barn.

Tilbud om COS-P i helsestasjonen, bør derfor etter en grundig kartlegging på nivå en og to, gis til foreldre hvor de i sin kartlegging har identifisert barn og foreldre med relasjonelt strev i samspillet. I Følge Bråten og Sønsterudbråten (2016) er man helt nødt for å gjøre observasjoner, semistrukturerte intervjuer og kartlegging for å få tilstrekkelig gode kunnskaper om tilknytning og relasjonen mellom forelder og barn. Studier tyder på at foreldre i gruppe, med omtrent like utfordringer, er de gruppene som gir best resultater.

Oppsummert betyr det at COS-P i helsestasjonen bør tilbys som et selektert tilbud, til familier med identifisert strev. Dette bør gjøres ved bruk av ulike metoder og kartleggingsverktøy. Fordi tilknytning og samspill er vanskelig å fange opp ved selvrapporing fra foreldrene, er helsestasjonen i behov for å se og vurdere samspillet, før, under og etter intervensjon for å vurdere effekt og utvikling for barnet. For å jobbe med relasjonsspesifikke utfordringer, er det viktig å være i dialog med omsorgspersonen og bli kjent både med denne og barnet. Foreldre er tidlig påvirkbar tidlig i foreldreskapet, og det er en fordel til tidligere intervensjonen kan komme i gang, på bakgrunn av identifisert strev i familien. Slik kan COS-P bidra til systematisk og målrettet innsats i helsestasjonsarbeidet.

6. Avslutning

Denne studien har gjennom en fenomenologisk tilnærming tatt utgangspunkt i de erfaringene som ansatte i helsestasjonen har med foreldreveiledningsprogrammet Circle Of Security Parenting, i forebyggende arbeid med foreldre som har små barn. Dette er kunnskap som er nyttig i det videre utviklingsarbeidet av fremtidige helsestasjonstjenester.

Studien har gitt innsyn i de profesjonelles erfaringer både med selve opplæringen i foreldreintervensjonen, men også på hvilken måte intervensjonen brukes i helsestasjonsarbeidet. Resultatet viser at de ansatte viser stor begeistring for COS-P og den tilhørende teoretiske forståelsesrammen. Denne opplæringen har gjort at de har et konkret og nyttig verktøy for å jobbe med sped og småbarn psykiske helse i helsestasjonsarbeidet. De hevder også at opplæringen bidrar til utvikling av profesjonell kompetanse.

Studien viser at COS-P er et nyttig verktøy i helsestasjonsarbeidet. Det råder likevel tvil hva angår effekt, på grunn av manglende effektstudier som gjelder for Norske forhold. Studier indikerer at COS-P som universelt innrettet foreldreveiledningsprogram har lite for seg. Det anbefales å bruke COS-P etter en grundig kartlegging, hvor det er identifiserte behov for veiledning knyttet til tilknytning og samspill mellom foreldre og barn.

Litteraturliste

- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. Og Wall, S. (1978). *Pattern of attachment: A Psychological study of the strange Situation*. Hoilldale, NJ.: Erlbaum
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. Og Wall, S. (2015). *Pattern of attachment: A Psychological study of the strange Situation*. New York: psychology Press
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Aubert, A-M og Bakke, I M (2008). *Utvikling av relasjonskompetanse. Nøkler til forståelse og rom for læring*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Bd. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Bd. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Bd. 3. Loss: Sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Brandtzæg, I., Smith, L., & Torsteinson, S. (2011). *Mikroseparasjoner. Tilknytning og behandling*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Bråten, B., & Sønsterudbråten, S. (2016). *Foreldreveiledning - virker det? En kunnskapsstatus*. Oslo: Fafo.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Duncan B., L. (2012) *Du ønsker altså å bli en bedre terapeut. Bli en bedre terapeut*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- <http://www.ungsinn.no/wp-content/uploads/COS-Parenting+01.03.12+2+Reparert.pdf>, 25.mars, 2018, klokken 20.05
- Eng H., Kjøbli J., (2017). *Foreldrerollen og samfunnet-familiestøtte som forebyggende strategi*. I Eng H., Ertevåg K.S., Frønes I., Kjøbli J., (2017) *Den krevende foreldrerollen, familiestøttene intervensjoner for barn og unge*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Folkehelseinstituttet (2015). *Psykisk helse blant barn og unge. I helsetilstanden i Norge (Folkehelse rapporten)* Nettpublikasjonen. Hentet 23.mars 2018 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>
- Folkehelseinstituttet (2010): *Rapport 2010:» Folkehelse rapporten 2010: Helsetilstanden i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet
- Fonagy, P, Target M (2002) *Early intervention and the development of Self-regulation*, A Tropical Journal for mental Health Professionals, Vol.22, 2003, ISSUE 3

Grønholt B., Garløv I., Weidle B., Sommerschild H., (2015) *Lærebok i barnepsykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget

Hansen B. Marit (2016) *helsestasjonstjenesten, barns psykiske helse og utvikling*, Gyldendal Akademisk (Oslo)

Hansen, M. B., & Jacobsen, H. J. (2007). Sped- og småbarn i risiko- en kunnskapsstatus. Oslo: Regionsenter for barn og unges psykiske helse. Helseregion ØST og SØR

Helsedirektoratet. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/seksjon?Tittel=helsestasjon-05-ar-3952#helsestasjonsprogrammet:-alle-barn-0-5-ar-bor-fa-tilbud-om-regelmessige-konsultasjoner-pa-helsestasjonen> (25. mars, 2018, klokken 20.05)

Helse og omsorgsdepartementet (2003) Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons-og skolehelsetjenesten

Helse og omsorgsdepartementet (2011) Lov om kommunale helse og omsorgstjenester m.m,

Helse og omsorgsdepartementet, St.meld.nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, rett behandling-på rett sted-til rett tid

Hoffman K, Marvin R, Cooper G, Powell B. *Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: The Circle of Security Intervention. Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2006;74:1017-1026.

Jacobsen H., (2016). Barn og foreldre på helsestasjonen-hvordan kan helsestasjonen bruke tilknytningsteorien i sitt arbeid? I Holme H., Olavsens S.E., Valla L., Hansen B. M (2016) *Helsestasjonstjenesten. Barns psykiske helse og utvikling*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Killén Kari (2008) *Sveket, omsorgssvikt er alles ansvar*, Kommuneforlaget (Oslo)

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Lien T.,(2006) *Veiledningens hemmelighet, læring og relasjoner*. Oslo: fagbokforlaget

Main. M. (2000). the organized categories of infant, child, and adult attachment: flexible vs. Inflexible attention under attachment-related stress. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. Vol.48, nr 4, s.1055-1096.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Mercer, J. (2015) *Examining Circle of Security: A Review of Research and Theory*. *Research on Social Work Practice* 2015, Vol. 25(3) 382-392 10 s.

Mathiesen, K., A. Sanson, M. Stoolmiller and E. Karevold (2009). "[The Nature and Predictors of Undercontrolled and Internalizing Problem Trajectories Across Early Childhood](#)." *Journal of Abnormal Child Psychology* 37(2): 209-222.

Neander, K., & Mothander, P. (2015). Trygghetscirkeln För Ett Reflekterande Föräldraskap. Cos-P i Sverige - Kunskapsspridning och Prövning av ett Psykoedukativt Föräldraprogram. Folkhälsomyndigheten.

Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K., & Marvin, B. (2015). Trygghetssikelen - en tilknytningsbasert intervensjon. (M. C. Jahr, Overs.) Oslo: Gyldendal.

Regjeringen (2003)

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/strategiplan_for_barn_og_unge_s_psykiske_helse.pdf (10. mai 2018, kl. 23.00)

Sameroff, A.J. (2000). Developmental systems and psykopathology. *Development and psykopatology*, 12, 297-312

Sameroff AJ, Chandler MJ. Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In: Horowitz FD, Hetherington EM, Scarr-Salapatek S, Siegel GM, editors. *Review of child development research*. 4. Chicago: University of Chicago Press; 1975. pp. 187–244.

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

Schore, A. N. (2001). The Effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 201–269.

Smith., L.(2014) Foreldres intuitive omsorgsattferd. *Skandinavian Psykologist* 03/2014

Smith.L., (2002) Tilknytning og barns utvikling. Oslo: Høyskoleforlaget

Smith, L. (2006). Bowlbys teori om barnets bånd og empiriske studier av tilknytning. I Gulbrandsen, L.M. (2006). *Oppvekst og psykologisk utvikling. Innføring i psykologiske perspektiver* (s.139-171). Oslo: Universitetsforlaget

Sroufe, L.A. Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment and Human Development*, 7:349-367, 2005

Statsministerens kontor, Rundskriv Q-16/2013 Forebyggende innsats for barn og unge. Departementets servicesenter.

Söderström, K.(2011)*Tidlig intervensjon ovenfor små barn i psykososial risiko. I Strand, S (2011). Samhandling som omsorg. Tverrfaglig psykososialt arbeid med barn og unge.* Oslo: Kommuneforlaget

Thagaard, T. (2013). Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Vannebo T. U., Holme H., (2010). Framtidens helsestasjoner og de minste barnas psykiske helse. I Moe V., Slinning k., Hansen B.M., (2010). *Håndbok i sped-og småbarns psykiske helse* (S. 529-542). Oslo: Gyldendal Akademisk

Wennerberg, T. (2011). Vi er våre relasjoner. Om tilknytning, traumer og dissosiasjon. Stockholm: Arneberg Forlag

Yaholkoski A., Hurl K., Theule J, (2016) Efficacy of the circle of security intervention: A meta-analysis. Journal of infant, Child, And adolescent Psykoterapy, Volum 15, 2016, Issue 2

Øya T. & Fauske H (2010) Oppvekst i Norge. Oslo: Abstrakt forlag A/S

Vedlegg

Vedlegg 1. Svar på søknad fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfages gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr: 985 321 884

Astrid Halså
Avdeling for pedagogikk og sosialfag Høgskolen i Lillehammer
Postboks 952
2604 LILLEHAMMER

Vår dato: 03.02.2016 Vår ref: 45560 / 3 / HJP Deres dato: Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 08.11.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

45560	<i>Har cos-p opplæringen hatt betydning for oppfølgingen av sped og småbarn i kommunen</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Lillehammer, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Astrid Halså</i>
Student	<i>Ragnhild Jensen Roaldseth</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meddepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.12.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Hanne Johansen-Pekovic

Kontaktperson: Hanne Johansen-Pekovic tlf: 55 58 31 18

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontoret / District Offices:
OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr-svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uib.no

Vedlegg 2: informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Har Cos P-Opplæringen hatt betydning for oppfølgingen av sped og småbarn i kommunen”?

Bakgrunn og formål

Innlandsmodellen er en samhandlingsmodell for sped-og småbarnsfamilier i utviklingsrisiko, som tar utgangspunkt i helse og omsorgstjenestenes eksisterende ansvar, kommunikasjonslinjer og strukturer (Söderström, 2015) Målet er å styrke foreldrenes omsorgskompetanse og forebygge belastning og skjevutvikling ved blant annet å gi tidlig, tilpasset hjelp til gravide, sped-og småbarnsfamilier hvor foreldre har rusproblemer og/ eller psykiske helseplager.

Modellen er formelt forankret i Sykehuset Innlandet (SI), hvor det i 2009 ble etablert en arbeidsgruppe i SI, for å utvikle behandlingslinjer for sped og småbarn i utviklingsrisiko. Mandatet ble i 2011, utvidet til å lage en kompetanseplan. I 2012 startet implementeringen av behandlingslinje-arbeidet i Sykehuset Innlandet og i kommunene i sykehusets geografiske nedslagsfelt.

Behandlingslinjen er grunnlaget for modellen. Det er et kunnskapsbasert oppslagsverk, til både fag og lekfolk for å få oversikt over problemet, hjelpeapparatet og hva de enkelte tjenestene gjør.

Behandlingslinjen beskriver prosessen fra første bekymring for et barn, til hvordan man etablerer et tverrfaglig samarbeid og følger opp familier over tid. Linjen omhandler alle tjenester som kommer i kontakt med utsatte sped-og småbarn og deres foreldre.

Målgruppen er gravide, sped og småbarnsfamilier hvor foreldrene har rusproblemer og eller psykiske helseplager, hvor det ofte er opphopninger av belastninger og diagnoser, også over generasjoner. Behandlingslinjearbeidet er et redskap for å håndtere kompleksiteten i disse familiene, hvor et av målene er å ha et samhandlingsperspektiv som skal forhindre «glipper» mellom ulike tiltak og tjenester. I følge Söderström (2015) er målet å skape skreddersydde løsninger for de familiene det gjelder.

Som et ledd i behandlingslinjearbeidet, initierte arbeidsgruppen, på bakgrunn av en spørreundersøkelse, et kurs i en intervensjon som heter Circle og Security parenting (Cos-P), som et ledd av flere tiltak for å nå målgruppen. I denne undersøkelsen ønsker jeg å undersøke om Cos-P opplæringen har hatt betydning for oppfølgingen av sped og småbarn i kommunen, som har foreldre med rusmiddelavhengighet/ og-eller psykiske helseproblemer.

Dette er en masteroppgave i psykososialt arbeid med barn og unge, ved Høgskolen i Lillehammer. Formålet med studiet er å undersøke om Cos P-Opplæringen har hatt betydning for oppfølgingen av sped og småbarn i kommunen, som har foreldre med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelavhengighet.

Informantene som ønskes brukt i studien er ansatte som har deltatt i COS-P opplæringen, og deres forståelse av på hvilken måte Cos P-opplæringen har hatt betydning for oppfølgingen av sped og småbarn i kommunen. Det betyr at det er ønskelig med representanter fra ulike kommuner, i Sykehuset Innlandet sitt nedslagsfelt. Primært i Oppland Fylke.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltagelsen i studien innebærer deltagelse på ett intervju/ fokusgruppeintervju. Jeg har laget en intervjuguide, som fokuserer på likheter og forskjeller før og etter cos P Opplæringen. Intervjuet vil ta ca. 1,5 timer og vil bli tatt opp på lydbånd. Informasjonen vil bli oppvart til studien er over, i løpet av høsten 2016 I denne studien har jeg ikke behov for noen form for taushetsbelagte opplysninger om de familiene dere følger opp.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Dataene fra intervjuet, vil bli behandlet av meg, og muligens min veileder Astrid Halså, ved Høgskolen i Lillehammer. Personopplysninger vil ikke bli lagret, og er ikke nødvendig i forhold til forskningsprosjektets formål. I en eventuell publikasjon, vil ikke det være mulig å gjenkjenne deltaker. Selve intervjuet vil bli lagret i en ekstern harddisk, med kodelås-som også låses inn i et låsbart skap.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 1. September-2016 Datamateriale fra undersøkelsen vil da bli slettet. Dataene brukes primært til ferdigstilling av masteroppgave.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert og slettet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med:

Ragnhild Jensen Roaldseth
Sigrid Undsetveg 60 e
2624 LILLEHAMMER

Telefon: 41 19 11 63
Mail: Ragnhild.jensen.roaldseth@hil.no

For kontakt med Veileder:
Astrid Halså
Høgskolen i Lillehammer
APS
Postboks 952
2609 LILLEHAMMER

Telefon: 61 28 80 00
Mail: Astrid.halsa@hil.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien:**”Har Cos-P-opplæringen hatt betydning for oppfølgingen av sped og småbarn i kommunen”?**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Intervjuguide

Intervjuguide

1. Om Informantene & tjenesteområdet

- Utdanning?
- Yrkeserfaring?
- Kjønn-alder-Utdanningsår?
- Arbeidsoppgaver/ ansvar i tjenesten?
- Mandat, lovverk og offentlige føringer?
- Faglige forankring ?
- Tidsaspekt for oppfølging?

2. Fagsystem i forhold til sped og småbarn

- Tiltak i forhold til sped og småbarn i kommunen generelt?
- Tiltak i forhold til sped og småbarn med foreldre som har psykiske helseproblemer og/ eller rusmiddelavhengighet spesielt?
- Familienes behov?
- Faglig forankring av tiltak til denne gruppen?
- Sammenhengen mellom tilknytning og psykisk helse?
- utfordringer og dilemmaer knyttet til å gi god hjelp

3. COS-P

- COS-P opplæringen?
- Hvor mange ansatte har opplæring i COS-P?
- Utbytte av opplæring
- Bruk av COS-P?
- Hvilken familier får tilbud og begrunnelser for hvem som velges ut
- Samarbeidspartnere?
- Oppfølging av barn og foreldre under intervensjon?
- Fortell om en eller flere familier som har fått intervensjonen

- Hva har COS-P lært deg om tilknytning og tidlig emosjonell utvikling?
- Hva tenker du på når jeg sier ”shark music”, og hvordan jobbes det med dette i og utenfor cos intervensjonen? ?
- Utvikling av terapeutrollen?
- Å være ”hender” for foreldrene/ familiene ?
- Forskjell før COS P og nå i møte med foreldre?
- Foreldrenes opplevelse?
- Barnas opplevelse, direkte/ indirekte ?
- Tilbakemeldinger fra andre samarbeidspartnere?
- Egne tanker om opplevd endring?
- Svakheter og styrker ved intervensjoner ut fra din/deres erfaring

4. Behandlingslinjearbeidet og samarbeid rundt familien.

- Samarbeide med andre kommuner/ enheter under COS-P intervensjonen?
- Videre oppfølging?
- Kjennskap til behandlingslinjearbeidet for gravide og sped og småbarn i psykososial risiko?
- Formål med behandlingslinjearbeidet?
- Har du/ dere deltatt på opplæringen tidlig inn, i regi av sykehuset/ behandlingslinjearbeidet? Har dette vært nyttig, eventuelt på hvilken måte?
- Hva tenker dere er kunnskapsfelter som er blitt felles for hjelpeapparatet i regi av behandlingslinjearbeidet?
- Utfordringer i å få til gode behandlingslinjer