

Høgskolen i Lillehammer



Masteroppgave

Foreldreveiledning med International Child Development Programme (ICDP) for foreldre i barselpermisjon. En del av Prosjekt Tidlig Intervensjon 2008-2012 i Øyer kommune.

av

Inger-Marie Walbø Johnsgård

Kull Høst 2008

30.04.2012

Master i helse- og sosialfaglig arbeid med barn og unge

Avdeling for helse- og sosialfag

Høgskolen i Lillehammer



Høgskolen
i Lillehammer¹

Lillehammer University College • hil.no

*En dag fikk jeg et barn.
Pappaen telte fingre og tær og gråt da han så at alle tyve var der
og jeg stirret og stirret...
Mikkel Emil hjelper meg til å ta andre beslutninger enn jeg ville gjort alene.
Han gjør meg på sett og vis til et bedre menneske.
Min jobb er forbundet med å tenke litt annerledes om verden og åpne for en større
helhet. Å kjenne på at livet er skakt og rart og trist og nydelig og følsomt og spennende,
firkantet og farlig og trygt og rundt og grenseløst. I samtaler med Mikkel Emil skjønner
jeg at hele verden er tryllet frem (Brænna Biong, 2005).*

FORORD

Etter mange år i praksis som barnefysioterapeut, har jeg sett betydning av nært tverrfaglig samarbeid. Dette gjelder for brukere av tjenester og for hjelpetjenestene i seg selv. Ved siden av deltidsstillingen som barnefysioterapeut i Øyer kommune, har jeg nå også en deltidsstilling som prosjektleder i prosjektet Tidlig intervensjon i kommunen. Dette prosjektet er et primærforebyggende prosjekt på helsestasjonen hvor målgruppa er barn mellom null og to år. Prosjektet har fokus på rusforebygging og psykisk helse hos mor i svangerskap og tidlig barseltid. I tillegg innebærer prosjektet satsing på foreldreveiledningsgrupper mens foreldre er i barselpermisjon.

Da jeg bestemte meg for å skrive denne oppgava, ønsket jeg å fordype meg i et tverrfaglig spennende tema som var aktuell for målgruppa i prosjektet. Prosjektet Tidlig intervensjon avsluttes i løpet av 2012, og jeg ønsket derfor at denne oppgava samtidig ville kunne bidra som grunnlagsmateriale for evaluering.

Denne masteroppgava dreier seg således om foreldreopplevelser og erfaringer etter deltagelse i de tverrfaglige foreldreveiledningsgruppene på helsestasjonen hvor International Child Development Programme- ICDP metoden er benyttet.

Et forord er et velegnet sted til å overbringe takk. Først og fremst vil jeg takke foreldrene som stilte opp i fokusgruppeintervjuer og gjorde denne studien mulig. Deretter vil jeg takke min veileder Halvor Fauske som har inspirert og veiledet meg. Jeg vil også rette en stor takk til Liv Altmann fra HIL med praktisk hjelp i intervjuene. Sist, men ikke minst, vil jeg rette en stor takk til helsestasjonen hvor helsesøstre og barnevernet har tatt utfordringen med å starte tverrfaglige ICDP grupper. Jeg må også rette en takk til helsesøster og familieterapeut Kari Buskenes Ringstad som har vært en god støtte og diskusjonspartner, både før oppgaveskriving og ikke minst i skriveprosessen. Dessuten må jeg takke spesielt to av mine sønner, Petter og Anders, som har hjulpet meg med praktisk hjelp i skriveprosessen.

Helt til slutt, takk for all støtte og oppmuntring fra resten av familien, arbeidsplassen og alle andre underveis i denne prosessen.

Inger-Marie Walbø Johnsgård

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Som barnefysioterapeut har jeg et faglig engasjement for små barns utvikling, samspillet mellom foreldre- barn og tverrfaglig samarbeid. Ved å kombinere faginteressen for samspill mellom foreldre og barn og prosjektlederstillingen i Prosjekt Tidlig Intervensjon, har jeg fått anledning gjennom denne oppgava å studere nærmere teorier og en metode til forebyggende arbeid for de minste innbyggerne i kommunen. En av metodene som er benyttet i prosjektet er foreldreveiledningsprogrammet International Child Development Programme (ICDP). Foreldreveiledningsgruppene har vært tverrfaglig sammensatt og ledet av team bestående av helsesøster og barnevern sammen. Vi har dessuten gjennom samarbeid med Frivillighetssentralen gitt tilbud om barnepass i umiddelbar nærhet av foreldrene.

Problemstilling: Hvilke opplevelser, erfaringer og videre anbefalinger har foreldre etter deltagelse i ICDP foreldreveiledningsgruppe på helsestasjonen mens de er i barselpermisjon?

Teori: Jeg har sett på forebyggende arbeid generelt, og arbeid gjennom forebyggende intervensjonsprogrammer. ICDP programmet er beskrevet som en del av Øyer kommunes prosjekt Tidlig intervensjon. FNs barnekonvensjon er overordna alt arbeidet for barn og unge. Foruten å se nærmere på konvensjonen, har jeg sett på begrepene «god nok oppvekst», trøst, foreldrerollen, barns uttrykksmåte og det teoretiske begrepet mentalisering.

Metode: Jeg har brukt fortolkende fenomenologisk analyse- IPA som vitenskapsteoretisk forankring. To fokusgrupper med til sammen 11 informanter, som var de første som fikk tilbud om ICDP grupper på helsestasjonen, har dannet grunnlaget for den kvalitative analysen. Jeg har dessuten brukt en tallanalyse for å få innsikt i hvor mange som totalt har deltatt på ICDP grupper fra 2010. Slike grupper har vært gjennomført på helsestasjonen, i barnehager og minoritetsgruppe.

Funn: Totalt 72 familier med til sammen 145 barn har deltatt i ICDP veiledning etter oppstart. Det har kun vært norskspråklige som har fått tilbud på helsestasjonen, og over 50 % har gjennomført deltagelse på dette tilbudet både i 2010 og 2011. På tross av bare

en mulighet til sertifisering av veiledere er det også gjennomført kurs i noen barnehager og ei minoritetsgruppe.

Konklusjon: Det er ikke å forvente at et slik frivillig, forebyggende tiltak får 100 % oppslutning av mange ulike årsaker. Det nye tilbudet som har erstattet tidligere barselgrupper, har blitt godt mottatt. At over 50 % av alle foreldrene gjennom nærmest to hele årskull på helsestasjonen har deltatt, antar jeg en må kunne være fornøyd med. Foreldre anbefaler fortsatt satsing på ICDP grupper mens foreldre er i barselpermisjon. Flere foreldre mener de har hatt stort utbytte av de temaorganiserte samlingene. Foreldreveiledningsprogrammet innebærer åtte sammenkomster, og dette har ført til godt nettverk med trygghet og mestring. Vår organisering av helsesøster og barnevern sammen, anbefales for å synliggjøre barnevernets forebyggende rolle. Imidlertid stilles det også spørsmål om denne organiseringa gjør at noen foreldre ikke ønsker å delta. Flere foreldre ønsker at ICDP kurs etableres i flere barnehager, slik at noen kan få nye sjanser til deltagelse, mens andre kan få muligheter til påfyll og repetisjoner. Noen var opptatt av at ICDP programmet dekker aldersgruppa 0-18 år. Dette betyr at skolene også bør få muligheter til å etablere foreldreveiledningsgrupper på sikt. Foreldrene mener det har vært fint at foreldreveiledningen har vært gitt som universellforebyggende tiltak, og ikke bare knyttet til de kommunen eventuelt definerer som foreldre og barn med risikofaktorer for problemutvikling. At tilbudet gikk til alle uansett antall barn fra tidligere, ble også vurdert som positivt. Samarbeid om barnepassordning har utelukkende blitt evaluert positivt. Det var stor enighet om at tilbudet bør fortsette også etter endt prosjektperiode, men at fedre bør inkluderes enda bedre.

Nøkkelord: Forebyggende arbeid, ICDP, foreldrerollen, barns uttrykksmåte, mentalisering, fokusgrupper, fortolkende fenomenologisk analyse IPA

INNHOOLD

FORORD	3
SAMMENDRAG.....	4
1.0 INNLEDNIG.....	8
1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling	9
1.2 Problemstilling	13
2.0 FOREBYGGENDE ARBEID.....	14
2.1 Forebygging gjennom intervensjonsprogrammer.	19
3.0 PROSJEKT TIDLIG INTERVENSJON 2008-2012 I ØYER KOMMUNE.....	21
3.1 Prosjekt mål og satsingsområder.....	22
3.2 Ønske om endring av etablert praksis på helsestasjonen.	23
4.0 DET FAGLIGE GRUNNLAGET FOR PROSJEKTET TIDLIG INTERVENSJON	28
4.1 FNs barnekonvensjon.....	30
4.2 «God nok» oppvekst	32
4.3 Trøst	35
4.4 Foreldrerollen	37
4.5 Barns uttrykksmåte.....	39
4.6 Mentalisering.....	43
4.7 ICDP Programmet	45
4.7.1 Målsetting med ICDP programmet.....	46
4.7.2 De åtte tema for godt samspill	48
5.0 METODE.....	51
5.1 Introduksjon til metodevalg	52
5.2 Metodevalg.....	52
5.3 Vitenskapsteoretisk forankring	53
5.4 Fortolkende fenomenologisk analyse (IPA).....	54
5.5 Fokusgruppe.....	56
5.5.1 Styrker og svakheter ved bruk av fokusgrupper	57
5.5.2 Sammensetting av fokusgrupper.....	58
5.5.3 Fokusgruppeintervjuene.....	59
5.6 Etske betraktninger	61

5.7	Eget ståsted.....	62
5.8	Invitasjon til ICDP grupper.....	64
5.9	Analysemetode.....	64
5.9.1	Tallanalyse.....	65
5.9.2	Kvalitativ analyse.....	65
6.0	ANALYSE OG TOLKNING.....	66
6.1	Antall deltagere.....	67
6.1.1	Frafall.....	71
6.2	Foreldres opplevelser og forventninger.....	74
6.2.1	Nettverksbygging: «... og så har en jo bedre forutsetninger for å lage sånne gode nettverk».....	75
6.2.2	Barnevernets rolle: «... alle dere rundt bordet har redefinert deres holdning til barnevernet.».....	77
6.3	Foreldres erfaringer og utbytte.....	82
6.3.1	Mestring og trygghet: «Jeg fikk en litt slik--ja en litt slik aha-opplevelse...».....	84
6.3.2	Barnepassordningen: «Som et frikvarter med påfyll».....	87
6.3.3	Veileders rolle på helsestasjonen kontra barnehagene: «... helsestasjonen er mer nøytral...».....	89
6.3.4	Fars rolle: «Menn tenker ofte litt enklere rett og slett...».....	90
7.0	OPPSUMMERING OG AVSLUTNING.....	93
	LITTERATURLISTE:.....	99

Vedlegg nr.1: Forespørsel om deltagelse i gruppeintervju i forbindelse med masteroppgave

Vedlegg nr. 2: Norsk samfunnsvitenskaplige datatjeneste: Godkjenning og kvittering

Vedlegg nr. 3: Invitasjon til ICDP gruppe 2010

Vedlegg nr. 4: Invitasjon til ICDP gruppe 2011

Vedlegg nr. 5: Hvordan få et enda bedre forhold til barnet ditt? Program for foreldreveiledning.

1.0 INNLEDNIG

Vår tids fokus på tidlig intervensjon eller tidlig innsats og fokuset på godt samspill mellom foreldre og barn, er ikke noe nytt fenomen. Allerede Sokrates sa at i alt arbeid er begynnelsen viktigst, særlig når man har med noe ungt og sart å gjøre (Exley, 2003). Jeg antar at vi alltid har vært fasinert av små barn og hvordan barn endrer de voksnes tanker, væremåte og holdninger. Poeten og barnebokforfatteren Aline Kilmer (1888-1941) har uttrykt følgende: « Om et barn ante, å, om de bare ante hvilken makt de har! Omfanget av den er helt fantastisk» (Exley, 2003, s. 53). Den faglige og politiske innsatsen viser at vi ikke bare er fascinert av barna, men at samspill mellom foreldre og barn den første tiden i et barns liv, vurderes å være særdeles viktig for barnet. Helsefremmende og forebyggende arbeid med fokus på tidlig innsats, er blitt viktige satsingsområder de siste årene. Forebyggende helsearbeid rettet mot de minste barna, har tidligere hatt størst fokus på somatisk sykdom. Vår største folkehelseutfordringer nå syns å være knyttet til psykisk helse (Straand, 2011). Å sikre barn en trygg og «god nok» oppvekst i familien er avgjørende for å heve kvaliteten i dette arbeidet framover. Øyer kommune er en liten kommune med overkant av 5100 innbyggere, men de nasjonale utfordringene er også aktuelle her.

Med utgangspunktet i forskning, lovverk og ønsker om endring, startet Øyer kommune prosjektet Tidlig intervensjon 2008-2011, men som er videreført ut 2012. I dette prosjektet ønsker kommunen å drive helsefremmende og forebyggende arbeid overfor barn så tidlig som mulig i alder, og så tidlig som mulig i et eventuelt negativt utviklingsforløp. Målgruppa for prosjektet er alle barn mellom null og to år. Dette vil si tiltak gjennom deres foreldre., og gjennom valgte tiltak skal barn forsøkes og sikres trygge levekår og gode utviklingsmuligheter. På denne måten håper kommunen at prosjektet skal bidra til at foreldrene blir styrket i sin foreldrerolle, og at barna får et godt utgangspunkt for positivt samspill med omgivelsene.

Øyer kommune har ca. 50 fødte barn årlig. Sammenlignet med tidligere har det vært en nedgang på antall fødsler de siste årene. Kommunens innbyggertall er tross dette økende, noe som først og fremst skyldes tilflytting til kommunen. Det er også et stort mottak av flyktninger i forhold til innbyggertall, og i tillegg har kommunen et

asylmottak hvor det bor mange barnefamilier. Dette påvirker i stor grad tjenester som arbeider med barn og unge.

Øyer kommune har lenge hatt et tverrfaglig samarbeid mellom tjenester knyttet til helse- og familietjenesten, skoler og barnehager gjennom formelle barne- og ungdomsteam. For å videreutvikle dette samarbeidet ønsket både den politiske ledelse, ledelsen i kommunen og ansatte, og prøve ut nye samarbeidsmodeller for forebyggende arbeidsmetoder. En generell tendens som kommunen så, var at mange foreldre og barn strevde med sammensatte og komplekse problemer. Ville kommunen gjennom prosjektorganisering finne tiltak som kunne utprøves og gi foreldrene og dermed barna hjelp på et tidligere tidspunkt?

Denne masteroppgava er ikke en evaluering av prosjektet, men et innspill i prosjektet. Jeg har derfor ønsket å se på deltagelse i ICDP foreldreveiledningsgruppene. Ved hjelp av kvalitativ metode har jeg ønsket å undersøke på en systematisk måte foreldreopplevelser og erfaringer etter deltagelse på helsestasjonens ICDP-grupper ledet av helsesøster og barnevern sammen, og hvor det i tillegg er stilt med barnevakt for barna.

1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling

Uansett hvilket forhold voksne som venter barn sammen befinner seg i, er det å få barn noe som påvirker dagliglivet i stor grad. Jeg antar at alle som har fått barn kjenner seg igjen i hverdagskaos med organiseringer og tilrettelegginger, og ikke minst endret søvnmønster. Hvordan hverdagen organiseres, vil også avhenge av foreldrenes livssituasjon og samlivsform. Mange barn fødes også inn i andre familiemønstre enn tidligere. Dette påvirker og får betydning for både barn og foreldre. Det kan være større utfordringer knyttet til noen samlivsformer enn vi tradisjonelt er vant til. Det er nå vanlig at par har barn fra tidligere forhold og hvor barna bor deler av sin tid i ulike familier, mange barn har eneforsørgere og noen barn har lesbiske foreldre (Dencik, Schultz Jørgensen, & Sommer, 2008). Endrede komplekse familiemønstre gir barn andre erfaringer enn tidligere. Slike komplekse familiemønstre har mange foreldre ingen egenerfaringer fra, og for noen barn kan dette derfor oppleves som vanskelig (Bø & Olsen, 2008).

Det å bli foreldre gir permanente endring. Sissel Gran (2004) sier at foreldreskap ikke er en rolle, men et avtrykk i hjertet, et spor i hjernen, i huden, i håndflaten og en erkjennelse av barnets nærvær i vår egen kropp og sjel. Roller kan gi assosiasjoner mer mot teater og som et litterært begrep, men med sine formuleringer understreker Gran at å være i en foreldrerolle er og blir noe annet enn å spille en rolle. Mellom foreldre og barn er det sterke følelsesmessige bånd. Foreldre-barn relasjonen ligner ikke på noe annet. Den forandrer den voksnes liv og identitet for alltid. I tillegg skaper barn uforutsigbarhet og en livssituasjon vi får mindre kontroll over. I foreldre-barn relasjonen brukes ofte begrepet kjærlighet. Kjærlighet er en menneskelig følelse. Mange vil si at kjærlighet er irrasjonell i sin natur, og derfor er vanskelig å definere. Jesper Juul (1996) har sagt at et kjærlighetsforhold mellom foreldre og barn er en gave og et privilegium. Ikke alle barn opplever kjærlighet fra foreldre, men jeg tror at alle egentlig ønsker å være kjærlige overfor sine barn. I praksis blir det imidlertid vanskelig for noen. Mange mener at familien er den viktigste påvirkningsfaktor for de fleste barns utvikling (Kvelling, 2010). Vi kan være både «gode» og «dårlige» foreldre. Som foreldre kan vi stikke av, svikte og forsøke å glemme at vi er foreldre. I barnets øyne derimot, vil alltid mor være mor og far alltid være far. Foreldrerollen er derfor i en særstilling. Barna er heller ikke i noen rolle som kan velges bort, man er sine foreldres barn uansett hva foreldrene gjør eller hvor de er. Siden disse rollene kan være utfordrende for alle, ønsker noen foreldre støtte og veiledning i sin foreldrerolle.

Forsøkene på tidlig innsats må forholde seg til et sammensatt bilde av barns utvikling og eventuell problemutvikling. Dette betyr også at man ikke uten videre kan sette tidlig innsats opp mot betydningen av eller kostnadene ved tiltak på høyere alderstrinn. (NOU 2010:8). Et helhetsperspektiv i kommunen fordrer derfor både tidlig forebyggende arbeid og behandling og tiltak på senere stadier. Dette er ressurskrevende, men gjennom den nye Folkehelsesloven og Helse- og omsorgstjenesteloven er det satt mer fokus på det forebyggende perspektivet. Kommunen som helhetlig arena er nå blitt tydeligere. For å oppnå god ivaretagelse av kommunens innbyggere, trengs det tverretatlig og tverrfaglig samarbeid. Slik samarbeid krever evne og vilje (Glavin & Erdal, 2007). Forebyggende arbeid kan være vanskelig å konkretisere og dokumentere. Behandling etter oppståtte problemer syns å være lettere å få til og noe hver enkelt faggruppe har gjort lenge. Emilie Kinge (2012) stiller spørsmål om tverretatlige samarbeid omkring barn kan være

en kilde til styrke og håp i det forebyggende arbeidet. Med dette mener hun, slik jeg tolker det, at vi sammen kanskje er klokere og gir bedre tjenester enn om vi står alene. Mæland har vurdert det offentliges forbruk og sier: «Det er anslått at den totale offentlige forebyggende innsatsen i Norge utgjør bare om lag to prosent av statsbudsjettet» (Mæland, 2010, s. 22). Mæland (2010) antar dette har sammenheng med at det kan virke som om det er vanskelig å prioritere forebyggende innsats som først gir uttelling i framtiden. Han sier at det ligger i den menneskelige natur å sette nåtidens behov høyere enn framtidens behov. Han antar at dette blant annet har sammenheng med at det er enklest å forholde seg til mest mulig håndfaste holdepunkter.

De fleste har imidlertid tro på at vi selv kan påvirke vår framtid gjennom forebygging (Mæland, 2010). Både tverrfaglig forskning og tverrfaglig samarbeid trengs for å utvikle nye helsefremmende og forebyggende tiltak i praksisfeltet (Straand, 2011). Glavin & Erdal (2007) mener at samarbeid ikke kommer av seg selv, men må læres. De mener også at vi alle må se betydningen av samarbeid. Hver enkelt medarbeider må være i stand til kritisk å evaluere sitt arbeid og omdefinere sine tiltak, og samtidig vurdere felles tiltak for å møte blant annet barnas endrede behov. Utvikling av samarbeidskompetanse hos aktører vil være viktig, ikke minst i forebyggende arbeid.

Tidligere var det legitimt for profesjonelle personer å framstå som eksperter på andres liv, men yrkesroller er i endring. Brukere forventer å bli møtt med respekt og anerkjennelse. Vi forventer alle at våre meninger får betydningen inn i profesjonelt samarbeid (Aubert & Bakke, 2008). Det er viktig å finne tiltak hvor de profesjonelle ikke forteller hva som må gjøres, men hvor det er brukeren selv som finner og eier løsningen (Sandø, 2012).

Begrepet Tidlig intervensjon brukes ofte i forbindelse med sykdomsforebygging eller helsefremmende arbeid. I motsetning til sykdomsforebyggingens ekspertstyrte tilnærming, bygger det helsefremmende arbeidet på en demokratisk medvirkning fra dem det angår. Den tverrfaglig og sektorovergrepene tilnærming til helse, krever andre ferdigheter og tilnæringsmåter enn det som kreves i sykdomsforebygging (Mæland, 2010). I en kommune finnes det grupper som noen knyttet til risikoforeldre, selv om risikobegrepet kan diskuteres. Jeg vil imidlertid ikke komme inn på denne diskusjonen

her, men det er viktig å reflektere over i valg av forebyggende tiltak. Er det kjente risikofaktorer hevder Nøvik følgende:

I forebyggende arbeid overfor grupper av risikobarn, peker det seg ut noen viktige områder. Arbeidet bør starte tidlig i barnets liv, og det er særlig viktig med intervensjoner som øker omsorgsevnen til vordende foreldre. Flere risikofaktorer bør angripes samtidig, og ressurspersoner i lokalsamfunnet bør tas med som medarbeidere (Nøvik, 1998, s.109).

Uansett risiko eller ikke, kan disse faktorene være viktig å gripe fatt i. En nylig levert rapport bestilt og finansiert fra Barne-, likestillings og inkluderingsdepartementet viser at investeringer i forebyggende tiltak er samfunnsøkonomisk gunstig (Sherr, Solheim Skar, Clucas, Tetzchner & Hundeide, 2011). Rapporten understreker videre at det kan tyde på at de mest effektive programmene er de som er intensive, langsiktige, inkluderer foreldre og lokale sosiale tjenester og omfatter systematisk kvalitetssikring. Det stilles også spørsmål om det kan tenkes at slike programmer på sikt vil styrke folkehelsen generelt. Det som imidlertid synes klart er at hvis en kan hjelpe noen foreldre og barn, er nytteverdien for de enkelte stor.

Det er gjerne store utfordringer knyttet til overganger fra prosjekt til varig implementering. Effekter av tiltak etterspørres gjerne, både personlige opplevelser, erfaringer og økonomiske konsekvenser. Betydningen av de involverte parters synspunkter og brukerperspektiver er blitt langt viktigere de siste årene. Det er viktig å få tak på disse på en systematisk måte (Mæland, 2010). Håpet er at denne oppgava kan bidra til dette.

Prosjektet har hatt tre ulike metoder som gjennom tiltak for foreldrene skal ivareta barna på ulike måter. To av tiltakene er rettet mest direkte mot mødre i enkeltkonsultasjoner, mens foreldreveiledning tilbys først og fremst i grupper mens foreldre er i barselpermisjon. Jeg vil komme nærmere inn på beskrivelse av prosjektet senere i oppgava.

1.2 Problemstilling

ICDP programmet er nå evaluert i en internasjonal studie hvor dette programmet har vært brukt i en treårsperiode fra 2007-2010 for både generelle grupper, minoritetsgrupper, for foreldre i fengsel og for foreldre med barn med nedsatt funksjonsevne (Sherr et al., 2011). Denne store studien kom høsten 2011 og det har vært med stor interesse jeg har vurdert den opp mot den informasjonen jeg har fått i løpet av skriveprosessen med denne oppgava. Før denne rapporten kom, forelå det få studier om foreldreopplevelser og erfaringer etter deltagelse i ICDP foreldreveiledningsgrupper.

Gjennom denne masteroppgava har kommunen nå en mulighet til å få innsikt i foreldreopplevelser og erfaringer etter deltagelse i ICDP gruppene på helsestasjonen som et tilbud for alle foreldre i barselpermisjon. Ved siden av grupper på helsestasjonen har det vært grupper i noen barnehager og ei minoritetsgruppe. Foreldreopplevelser knyttet til disse gruppene ligger utenfor denne oppgava.

Fordi prosjektorganisering gir muligheter til utradisjonelle organiseringer, valgte kommunen at gruppene på helsestasjonen skulle bli veiledet av team bestående av helsesøster og barnevern sammen. Kommunen ønsket også et tettere samarbeid med Frivillighetssentralen og andre frivillige for å kunne gi tilbud om barnepass.

Betydningen av å fremskaffe ytterligere innsikt om ICDP grupper, uttrykkes i rapporten av Sherr et al.(2011): « Det er behov for mer forskning for å utvikle ICDP- programmet ytterligere, særlig med henblikk på å få med nye foreldregrupper, og for å styrke det empiriske grunnlaget for foreldreveiledning basert på ICDP programmet i Norge».

Prosjektet har fått følgende problemstilling:

Hvilke opplevelser, erfaringer og videre anbefalinger har foreldre etter deltagelse i ICDP foreldreveiledningsgruppe på helsestasjonen mens de er i barselpermisjon?

Denne problemstillingen er spesifisert i følgende forskningsspørsmål:

- **Er det mange som har benyttet seg av dette nye tilbudet?**
- **Hvordan opplever foreldrene å delta i gruppene med en slik organisering?**

- **Hva slags utbytte har de fått av å delta?**
- **Hvilke endringer og anbefalinger har foreldre?**

I oppgava redegjør jeg først for begrepet forebyggende arbeid og forebygging gjennom intervensjonsprogrammer (kap.2). Jeg beskriver deretter prosjektet Tidlig intervensjon som bakgrunnsinformasjon og tanker rundt ønsker om endringer av etablert praksis på helsestasjonen (kap.3). I kapittel fire kommer jeg inn på teori for det faglige grunnlaget for prosjektet med FNs barnekonvensjon om barns beste som overordna alt lovverk. Jeg kommer inn på begrepene «god nok» oppvekst, trøst, foreldrerollen, barns uttrykksmåte og mentalisering. Jeg beskriver dessuten selve ICDP programmet. I metodedelen (kap.5) redegjør jeg for min vitenskapsteoretisk posisjon og metodene som jeg har valgt for å få del i foreldrenes deltagelse, opplevelser og erfaringer. I kapittel seks ser jeg på analyse og tolkningsresultater før jeg tilslutt (kap.7) avslutter med oppsummering.

En presisering for videre lesing av oppgava er at jeg har jeg valgt å kalle alle omsorgspersoner for foreldre.

2.0 FOREBYGGENDE ARBEID

I denne delen av oppgava vil jeg se på se på begrepet forebyggende arbeid, og hva det vil si å ha et forebyggende prosjekt med fokus på tidlig intervensjon hvor målgruppa er barn mellom null og to år.

Forebyggende arbeid har ingen entydig definisjon. Forebyggende arbeid skjer ofte i et krysspress hvor mange ulike hensyn må veies opp mot hverandre. Innholdet vil variere etter hvilken tradisjon og grunntenkning som danner utgangspunktet for arbeidet. På den måten kan forebyggingstiltak ende opp i dilemmaer hvor det sjelden kan gis klare svar (Jåvo, 2010). Forebyggende arbeid har tradisjonelt hatt som siktemål å redusere risikoen og fjerne faktorer som kan føre til at problemer oppstår (Glavin & Erdal, 2007). Forebygging er viktig investering i samfunnet, og i Samhandlingsreformen fremheves det at forebyggende arbeidet må styrkes. Hva dette konkret betyr, kan imidlertid tolkes

og iverksettes på ulike måter. Lovverket gir ikke klare føringer på hva som skal gjøres eller på hvilken måte. Ved siden av lovverk som alle er pålagt å følge, utkommer det årlig en stor mengde veiledere og utredninger med forslag til tiltak som bør iverksettes og prioriteres. For kommuner kan det være en stor utfordring å fange opp og følge det som foreslås.

Forebygging innbefatter alt det som gjøres for å skape gode og trygge lokalsamfunn, til innsats som retter seg spesielt mot å begrense, stanse eller snu en negativ utvikling. I forebyggende arbeid er det en stadig tilbakevendende kritikk at metodene som brukes ikke er effektive, men at de heller kan skape angst og usikkerhet (Mæland, 2010). I vårt fagfelt har vi med mennesker å gjøre, og det er mange faktorer en ikke har kontroll over. Hvordan noen reagerer når det offentlige retter blikket mot forebygging av spesielle temaer, er høyst usikkert. Spørsmål som må stilles er: Vil dette skade noen?

Spørsmål om skadelige bivirkninger og om forebyggende tiltak tildekker egentlige årsaker, er også et tema. Å avdekke problemer uten å ha mulighet til å hjelpe, vil føles etisk vanskelig. Dersom en starter forebyggende tiltak bør en derfor ha tenkt gjennom konsekvensene. Har vi mottaksapparatet klart for å hjelpe den enkelte? Vi vet blant annet at underliggende samfunnsmessige strukturer som lav utdanning hos foreldre, fattigdom og arbeidsløshet, påvirker barn i stor grad (Kvello, 2010). Vi må derfor ta i betraktning at mange barn opplever foreldrenes hverdagsproblemer nært knyttet til mangel på oppfyllelse av egne ønsker, muligheter til deltagelse og drømmer. For noen kan dette føre til manglende eller svakt familiemessig og annet sosialt nettverk (Kvello, 2010). Rye hevder: «Det er oppstått et vacuum når det gjelder hvordan mennesker skal leve sammen, forholde seg til hverandre og hvilke verdier en skal søke etter i livet- som barndommen skal forberede til» (Rye, 2007, s.170).

Både foreldre og barn opplever at mange tradisjonelle verdier, normer og levemåter er i ferd med å gå i oppløsning eller i forandring. Foreldre er heller ikke identiske med hverandre. De opptrer ikke helt likt overfor alle barna, slik at barn i samme familie som oftest har ulik kvalitet i relasjonene til samme foreldre (Kvello, 2010). Kvello (2010) mener videre at et viktig aspekt når en snakker om barn, familie og forebygging er at familier påvirkes av mange faktorer, og at de endrer sin omsorgsutøvelse over tid i tråd med erfaringer. Det en håper er at kommunen kan være med å legge til rette for ulike

erfaringer gjennom tilrettelegging av mange ulike tiltak på flere sektorer. Sanddø (2012) sier vi må jobbe for at den enkelte får følelsen eller opplevelsen av et helhetlig og sammenhengende liv.

Det helsefremmende arbeidet settes gjerne opp mot det sykdomsforebyggende arbeidet, men i folkehelsearbeid utfyller disse motsetningene hverandre. Folkehelsearbeid innebærer å svekke det som medfører helserisiko, og styrke det som bidrar til bedre helse (St.meld. nr. 16. (2002-2003)). Begrepene forebygging og tidlig intervensjon kan ses som motparten til «vent og se» holdning. Det kan være vanskelig å skille disse begrepene fra hverandre, fordi begge kan defineres omtrent likt. Forebygging kan også handle om å gripe inn etter at problemer har vist seg, for på den måten å forebygge ytterligere negativ utvikling. Det kan stilles spørsmål ved om det er sammenfall mellom samfunnets beste og individets beste. Er det vi tolker som samfunnets beste en etisk god begrunnelse for å påvirke og gripe inn i enkeltindividers liv? Det kan også stille spørsmål ved hvordan vi tolker og dermed handler når våre personlige normer er forskjellige. Hvem bestemmer hva som er «godt nok»?

Hvert familiemedlem både barn og voksne, har egne individuelle rettigheter. (Mæland, 2010). Et krav for å lykkes med forebyggende arbeid kan synes å være at generelle tiltak ikke bør skape pessimisme, men formidle kunnskap slik at det oppfattes positivt (Mæland, 2010).

Etter hvert som vi har fått økt kunnskap om tidlig samspill og tilknytting, har det blitt fokusert mer på det forebyggende arbeidet. Kvello (2010) mener dette må skje både på barnas arenaer og på de voksnes arenaer der barn kan komme. Det er viktig å gi foreldre støtte i sin foreldrerolle i de ulike kontekstene de befinner seg i (Jåvo, 2010). Kjerstin Söderström (2012) stiller spørsmål i en kronikk i Gudbrandsdølen Dagingen om barnets vern ikke nødvendigvis blir bedre ved at foreldrenes posisjon blir svakere og de profesjonelles makt større. Hun mener det biologiske foreldreskap har særlige forutsetninger for omsorg og tilknytning. Söderström (2012) hevder videre i kronikken at det sjeldent foreligger systematisk støtte til foreldre-barn relasjonen. Ikke minst gjelder dette når potensialet for endringer er størst, nemlig i tiden rundt svangerskap og fødsel og barnets første leveår. Kanskje ICDP grupper kan være en slik systematisk støtte?

Når det gjelder forebyggingsbegreper har det i ulike bøker vært beskrevet noe

ulikt, men felles er en tredeling. Tidligere var det mest vanlig å betegne disse som primærforebyggende, sekundærforebyggende og tertiærforebyggende, mens det nå snakkes mer om universell, selektiv og indikativ forebygging. Disse forebyggingsbegrepene vil ofte flyte over i hverandre, og i daglig arbeid kan det være vanskelig å skille de fra hverandre. Ved å arbeide universalforebyggende kan en bli klar over behovet for mer selektiv og indikativ forebygging. Det er også viktig i universalforebyggende arbeid å være klar over at det kan oppstå behov for andre direktetiltak. Universalforebyggende tiltak er også ofte rettet mot alle eller store grupper i befolkningen, mens selektive tiltak er mer rettet mot et mindre utvalg med definert risiko for utvikling av problemer. Indikative eller tertiæreforebyggende tiltak er knyttet mer til enkeltpersoner. Påstanden til Stein Mikkelsen (2005) er at universellforebygging i betydningen av å angripe problemer så tidlig som mulig, er faglig komplisert og verdiladet. På den ene siden kan en ved å lage tilbud som gis til alle unngå å måtte identifisere problemene og dermed eventuelt plukke ut de som skal få tilbud. På den andre siden kan det stilles spørsmål ved om det er nettopp de vi ønsker å nå med tiltaket, som ikke deltar. Kan forebyggende tiltak virke skadende, eller i beste fall ikke ha noen hensikt? Mikkelsen mener dette reiser spørsmål om legitimitets og effektivitetsproblemer ved forebygging. For å få effekt av forebyggingstiltak for barn er nettopp samarbeidet mellom profesjonelle og foreldrene helt avgjørende. Han mener at et godt tverrfaglig samarbeid mellom ulike profesjoner med en god personlig dialog med foreldrene, er verdifull. I vår kommune har helsestasjonen 100 % oppslutning fra småbarnsforeldre, og helsestasjonen kan derfor virke som en god arena for forebyggende tiltak. Barnehagene har også en unik posisjon som følger foreldre-barn i flere år.

Glavin og Erdal (2007) understreker at vi må ha en handlingsberedskap og en samarbeidskompetanse på lik linje med fagkompetanse. Vi har alle spesifikke fagkompetanser, men i kommunens fagfelt understrekes barnevernets særegne posisjon. Barnevernet har et lovverk som har vide fullmakter, og som også har sterkere virkemidler til rådighet enn noen andre instanser som har ansvaret for barn og ungdom (Befring et al., 2010). Barnevernet som arbeidsfelt er samlet sett varierende, komplekst og utfordrende. Dette fagfeltets generelle formål er å komme utsatte barn og unge til unnsetning og gi en utstrakt hånd til de som rammes (Befring et al., 2010).

Barneverntjenesten har et spesielt ansvar for å avdekke omsorgssvikt, atferdsproblemer, sosiale og emosjonelle problemer og sette inn tiltak her (Gjertsen, 2007). Barnevernet har lovparagrafer som pålegger forebygging, men som tiltakssystem består barnevernet hovedsakelig av hjelpetiltak og veiledning i hjemmet og hjelpe- og omsorgstiltak utenfor hjemmet. (Befring et al., 2010). Barnevernansatte må makte å gå inn i konfliktområder der ulike interesser ofte vil være på kollisjonskurs.

Tidlig intervensjon er blitt et begrep i Øyer kommune på ulike områder, og som er ensbetydende med tidlig innsats. Politisk er dette satt på dagsorden gjennom kommunens overordna målkart. I dette dokumentet kan vi lese følgende: «Øyer kommune leverer tjenester av god faglig kvalitet med fokus på tidlig innsats» (Overordnet målkart, 2011 s. 6). Kommunen skal legge til rette for gode foreldrestøttene og utviklingsstøttene arenaer og nettverk (Kommuneplan for Øyer 2003-2015, s.8). Kommunen har utarbeidet denne flotte visjonen: «Øyer kommune ...den beste kommune å leve i...» (Kommuneplan for Øyer 2003-2015, s.6).

Selv om en slik ambisiøs visjon kan oppfattes som nokså retorisk, angir den en også en retning for kommunens arbeid. Blant annet vil realiseringen av visjonen kreve en ledelse som ønsker å sette også forebyggende arbeid på dagsorden. Det er viktig å komme fra visjon til handling. Det kreves da en helhetstankegang med flere tiltak i form av både flerfaglig og tverrfaglig bred innsats. For å fremme denne innsatsen utga Sosial og helsedirektoratet en veileder (2007a) hvor det ble gitt anbefalinger om å styrke brukeren, styrke utøveren, forbedre ledelse og organisasjon og styrke forbedringskunnskapens plass i utdanningene. Det ble også understreket behovet for å evaluere de tjenestene vi gir.

Hvilke tiltak som skal velges, vil variere blant annet etter hvilken arena en befinner seg på, og hvilken målgruppe en sikter inn mot (Glavin & Erdal, 2007). I valg av tiltak i prosjektstarten ble det gjennom veiledning, kursing og faglig støtte lagt vekt på viktigheten av universalforebyggende tiltak for barn mellom null og to år. For å oppnå best mulig resultater, ble tiltakene i første omgang lagt til helsestasjonen. Her har alle foreldre etablert en god kontakt. At dette er viktig, bekreftes av Glavin & Erdal (2007), som understreker at for å sikre barn og unge tidlig hjelp, er relasjonen mellom foreldre

og fagfolk avgjørende. Det ble også anbefalt å sette sammen flere intervensjonsprogrammer som hver for seg var blitt anbefalt innført i kommunen.

2.1 Forebygging gjennom intervensjonsprogrammer.

Kommunen valgte, slik anbefalingen var, å satse på forebygging ved hjelp av tre ulike intervensjonsprogrammer. Virksom forebygging forstås ofte som tiltak der en gjennom forskningsmessige eksperiment- og kontrollgruppedesign kan tallfeste en positiv virkning. Innen folkehelseparadigmet anvendes også slik forskningsdesign, men folkehelseperspektivet åpner i langt større grad for beskrivende prosesser enn kun å se på tallmaterialer. Det retter fokuset mer mot meningssammenhenger og folks fortolkninger av ulike fenomen. Betydningen av tverrfaglig tilnærming og samarbeid, er viktig å vektlegge (Glavin & Erdal, 2007). Den helsefremmende tradisjonen forsøker å forstå og fortolke i motsetning til å årsaksforklare ulike handlinger og fenomener. På bakgrunn av samfunnets økte fokus på barn og unge, samt kunnskap om miljøpåvirkning og omsorgsgivers viktige rolle, har en rekke intervensjonsprogrammer blitt utformet. Ulike programmer varierer med hensyn til innhold, og for folk flest er kanskje antirøykekampanjer og ulike antimobbeprogrammer best kjent. Ulempen ved noen programmer synes å være at det benyttes strenge manualer og ekspertråd. Dette kan virke mot sin hensikt når de kan svekke troen på egne evner (Rye, 2009). En del uheldige erfaringer med instruktive intervensjonsprogrammer i 1970-årene, hvor foreldre skulle gjøre ting på samme måten uansett hva barnas problemer var, førte til at det i 1980-årene kom nye samspillsprogrammer. Det mest kjente for mange er sannsynlig Marte Meo. Dette er en videreføring av de tidligere amerikanske forebyggings-programmene Orion og Misc. Samarbeid med opphavsmenn til alle disse tidligere samspillsprogrammene, forskningsresultater og sine egne kritiske holdninger til instruksjoner og like oppskrifter for ulike foreldre, førte til at Karsten Hunneide og Henning Rye fra Norge utviklet ICDP-programmet. Gjennom systematisk observasjon og videoopptak, ble programmet utviklet til en metode. Det ble her fokusert på videreutvikling og mer bevisstgjøring av positive kvaliteter i samspill med andre, og bygger på en rekke kjente teoretikere innen fagfeltet (Rye, 2009). ICDP-programmet er

et eksempel på intervensjonsprogrammer som gjerne kalles «andre generasjon» av intervensjonsprogrammer (Rye, 2009). Disse «nye» programmene er spesielle ved at de:

- bygger på en konkret og nyansert beskrivelse av de viktigste kvalitetene i foreldre-barn-interaksjonen
- knytter seg til aktuelle daglige situasjoner
- tar utgangspunkt i foreldres eget repertoar av interaksjonsmåter med det formål å bevisstgjøre foreldre om mulighetene for utvidelse og videreutvikling av de positive kvalitetene i sin interaksjon

Rye (2009) mener at det er aktuelt å bruke tre ulike innfallsvinkler når en skal utvikle strategier for å påvirke interaksjonsprosessen foreldre-barn. Han mener vi må forbedre den gjensidige tilknytningen mellom foreldre og barn, forbedre kommunikasjonen mellom foreldre og barn og forbedre foreldrenes evne til å formidle erfaring og læring til barnet. Det kan i slike sammenhenger stilles kritiske spørsmål ved om dette er bedre enn tidligere og andre samspillsprogrammer. Det er kanskje nettopp her anbefalinger kommer inn på behovet for mer forskning på hvordan foreldrenes deltagelse i ICDP programmet påvirker barnas utvikling (Sherr et al., 2011).

I forhold til å være foreldre stilles det spørsmål om det finnes en klar grense mellom «gode nok» og «dårlige» foreldre. Dersom en antar at det ikke finnes en klar grense, mener Rye (2009) og Hunneide (2003) at det ikke er knyttet noen former for risiko ved å styrke den positive tilknytningen mellom foreldre og barn. Dermed kan alle foreldre dra nytte av slik veiledning. Gruppeintervensjoner gir andre innfallsvinkler enn intervensjoner basert på mer direkte bruker og veileder. Hvis foreldre må være passive deltagere og opplegget er basert på ren informasjon, vil de sitte igjen med mindre kunnskap enn om de var aktive aktører (Rye, 2007). Barlow & Parsons fant i 2008 at gruppebaserte foreldreprogrammer har sterkest positive effekter. Gjennom fortellinger og å lytte til hverandres historier om praksis i gruppe, kunne det skapes en felles forståelse. Den enkelte fikk noe å forstå seg selv i forhold til (sikkert av Sherr et al., 2011). Dette kan tenkes å være spesielt viktig for noen foreldre, kanskje spesielt førstegangsfødende. Kommunens tilbud om ICDP grupper til alle i barselpermisjon, er

et tilbud som ikke er knyttet til om foreldre har barn eller ikke fra før. Dette har vært viktig, fordi foreldre som har flere barn har med seg erfaringer og opplevelser som bør kunne deles. Hva som kan være viktig å gjøre mer av, og hva som kan tones ned eller legges helt bort, kan det også reflekteres over i gruppe. Kierkegaard sier at: «Livet leves forlengs, men erfares baklengs» (sitert i Sosial- og helsedirektoratet, 2007b, s.61). Det sies at fortiden kan vi lære av, men ikke forandre. Framtiden kan vi ikke lære av, men vi kan påvirke og bestemme mye av den. Det er her og nå som er vårt viktigste læringsrom, og det er nå vi har mulighet til å ta valg, ta grep og handle (Sosial- og helsedirektoratet, 2007b).

Jeg skal senere i oppgava ta for meg ICDP-programmet mer detaljert, men først vil jeg beskrive kommunes prosjekt Tidlig intervensjon og valg av satsingsområder.

3.0 PROSJEKT TIDLIG INTERVENSJON 2008-2012 I ØYER KOMMUNE

Prosjektet har en omfattende prosjektplan, og i denne masteroppgava redegjør jeg for deler i kortversjon som er relevant for å få et innblikk i prosjektet.

Utfordringer i kommunen, sammen med kunnskap fra forskning og praksisfeltet om viktigheten av tidlig intervensjon, var med som bakgrunnen for at Øyer kommune ønsket å gjennomføre et prosjektorganisert tiltak. Målet var å utprøve nye tiltak, nye samarbeidsformer og fremme kvaliteten i arbeidet overfor barna og deres foreldre. I forprosjekt i 2007 var målgruppa barn mellom null til seks år, men særlig på bakgrunn av Toppstudien (Mathiesen, Kjeldsen, Skipstein, Karevold, Torgersen, & Helgeland, 2007) ble målgruppa mer spisset mot barn mellom null og to år og deres foreldre. En prosjektorganisert utvikling har krevd refleksjon over valg av nye tiltak og vurderinger av eksisterende ordninger. Kommunen ser at skal vi lykkes med forebyggende arbeid, fordrer det stadig fokus på tverrfaglig innsats, felles kunnskap og felles kompetanseheving.

Rye (2009) sier at det generelt er behov for folkeopplysning om hvilke grunnleggende behov barn har når det gjelder stabil tilknytning, kommunikasjon, betydning og formidling av erfaringer. Rye mener dette må formidles både til vordende foreldre,

byråkrater og politikere på alle plan. I dette ligger det store utfordringer og muligheter. Kan makten som ligger i en formell masteroppgave kanskje bidra til dette?

3.1 Prosjektmål og satsingsområder

Målsettingen for prosjektet har vært å sette barns beste i sentrum. Dett skal gjøres ved at alle barn i aldersgruppa null til to år skal sikres trygge levekår og gode utviklingsmuligheter i samarbeid med foreldre gjennom forebyggende arbeid og med felles forståelse. I løpet av prosjektet har også delmålene endret seg fra først å skulle synliggjøre barneverntjenestens forebyggende rolle til nå mer å utvikle det tverrfaglige samarbeidet.

Dette gjenspeiles i delmålene i prosjektet:

- * Prosjektet skal videreutvikle det tverrfaglige samarbeidet for å nå alle foreldre med barn i aldersgruppa null til to år
- * Prosjektet skal gi kompetanseheving for de som i første omgang skal være direkte utøvere, gi disse dybdekunnskaper og spisskompetanse. Delmål er at disse så kan brukes i intern kompetanseheving for alle som arbeider med små barn i kommunen.

I prosjektet inngår tre satsningsområder.

- 1: *Rus i svangerskap gjennom bruk av screeningsverktøyer TWEAK (Tolerance Worried Eye-opener Amnesia Kut down) som er et av de to mest sensitive verktøy for screening av gravide (Helsedirektoratet, 2010).
- 2: *Psykisk helse hos mor i svangerskap og barseltid blir satt på dagsorden gjennom bruk av screeningen EPDS- Edinburgh Postnatal Depression Scale (Eberhard-Gran & Slinning, 2007). Dette screeningsverktøyet er innført i en rekke land og i mange kommuner i Norge

3: * ICDP – International Child Development Programme.

Dette foreldreveiledningsprogrammet er den metoden som jeg gjennom denne oppgava ønsker å få innsikt i.

3.2 Ønske om endring av etablert praksis på helsestasjonen.

Det er solid støtte både i teori og empirisk forskning for at foreldrene er en viktig ramme rundt et godt oppvekstmiljø for barn og unge. Barndommen er en sårbar periode i livet, og flere tiårs forskning har vist at trygge barn sammenlignet med utrygge barn, har økt sannsynlighet for mer robust psykisk helse senere i livet (Brantzæg, Smith & Torsteinson, 2011). Kvaliteten på foreldreomsorg er derfor en viktig faktor i barns utvikling (Sherr et al., 2011). Evalueringsrapporten til Sherr et al. (2011) viser at en av hovedoppgavene for det offentlige er å sørge for gode rammebetingelser for familiens omsorgsoppgaver, tilby råd og veiledning. Regjeringens mål og innsatsområder i statsbudsjettet 2011 sier at ingen politisk oppgave er viktigere enn å sikre alle jenter og gutter en trygg oppvekst (Barne, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2011). Et overordnet mål for regjeringen i 2012 er i tillegg å redusere sosiale forskjeller og skape trygge, mangfoldige og inkluderende oppvekstmiljø for alle (Barne, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2012). For å klare dette må det jobbes målrettet, systematisk og på tvers av ulike sektorer med gode tilbud og tjenester lokalt. En forutsetning for å sikre et inkluderende oppvekstmiljø, kan synes å være en god samordning av tjenester rettet mot barn og unge og deres familier. Å finne gode lokale modeller er derfor en utfordring for alle kommuner. Dette er noe Øyer kommune blant annet har forsøkt på gjennom start av prosjektet og en ny organisasjonsmodell innen helse- og familietjenesten.

I mange bøker og på kurs presiseres viktigheten av at prosjekter er forankret i ledelsen i organisasjonen. Helt fra forprosjektet og i prosjektperioden har det derfor vært viktig at prosjektet har vært prioritert av kommunestyret i Øyer kommune. At dette faktisk gjenspeiles i overordna dokumenter og målkart, og ikke bare sies i festtaler, har vært viktig for blant annet omdømmebygging av kommunen. Det var fra derfor en viss spenning i kommunen etter valget høsten 2011. Ville nye politikere fortsette foregående kommunestyres satsing på tidlig innsats som et overordna område?

Dette er heldigvis fortsatt prioritert, og den klare forankringen i den politiske ledelsen har sannsynlig vært medvirkende årsak til at prosjektet er blitt tildelt eksterne økonomiske tilskudd.

Barndommen er en sårbar periode i livet, og flere tiårs forskning har vist at trygge barn sammenlignet med utrygge barn, har økt sannsynlighet for mer robust psykisk helse senere i livet (Brantzæg, Smith & Torsteinson, 2011). Helsestasjonen har lang tradisjon for veiledning av foreldre både individuelt og i grupper. Tradisjonelt har helsestasjonen samarbeidet mest med barnevernstjenesten gjennom meldinger til barnevernet, eller etter ønske fra barnevernet om opplysninger i forbindelse med sine undersøkelsessaker og tiltak. Det har tidligere ikke vært arenaer i vår kommunen hvor målet er tverrfaglig samarbeid mellom helsesøster og barnevernet i direkte kontakt med grupper av «ikke henviste» foreldre, altså som et universell forebyggende tiltak. «Som en dyktig fagperson må vi møte hele mennesket. Gode fagfolk kan samhandle med andre mennesker på en måte som bidrar til å skape trygghet, tillit, åpenhet, respekt og anerkjennelse, og som fremmer selvstendighet og medvirkning» sier Røkenes & Hanssen (2002, s.15). Helsestasjonen har gjennom 100 år hatt tradisjon for samarbeid med foreldre med småbarn, og jeg støtter meg på Emilie Kinge som hevder at:

Dersom vi lykkes med å oppnå foreldres tillit og å etablere en samarbeidsrelasjon der åpenhet, undring og utforskning i gjensidig respekt for hverandre inngår som vesentlige kvaliteter, vil vi i samarbeid kunne øke vår felles forståelse av barnet og foreldres behov for hjelp og støtte og de virksomme tiltakene vil ofte kunne synes både naturlige og selvfølgelig.

(Kinge, 2009, s. 21)

Kommunen ble raskt klar over at for å kunne gjennomføre prosjektets målsettinger var det nødvendig med en endring av etablert praksis. Noen av våre spørsmål var: Hva ville være best å endre? Kunne kommunen endre en så etablert praksis som barselgruppe, og ville vi klare å gjennomføre nye gruppesammensetninger? Hvordan ville vi lykkes med en radikal endring? Flere spørsmål var rettet mot hva foreldrene ville si og om ville de komme. Ville prosjektet kunne tilføre noe nytt til både foreldre, barn og fagpersonene som ville skape begeistring og glede ved å leve eller arbeide i kommunen?

For kommunen var det viktig at både ansatte og foreldre skulle oppleve dette som nyttig. Flere andre spørsmål ble også stilt, slik som: Hvordan ville foreldre oppleve at barnevernet kom inn sammen med helsesøster? Ville helsesøster og barnevernet klare å jobbe så tett sammen? Ville helsesøstre miste noe av sin gode relasjon til foreldrene nettopp på grunn av samarbeidet med barnevernet? Kinge (2009) trekker fram relasjonen som sentral og avgjørende for hvor langt en kommer i hjelpeapparatet, og at brukerens opplevelser av denne relasjonen og kommunikasjonen dem i mellom, som svært sentral.

Blant de ansatte som var involvert, var det et sterkt ønske om å prøve noe nytt. Jeg vil støtte meg på Lundstøl (2002) som mener at en ikke bare lærer gjennom de vennlige utfordringene som en møter.

Selve beredskapen til å lære, å danne seg stadig på nytt, innebærer også viljen til å stå i smertefulle og motsigelsesfulle situasjoner uten å flykte fra dem. Men en må utvikle en praktisk klokskap som gjør at en ikke setter seg i situasjoner som overgår det en kan bære. (Lundstøl, 2002, s. 207)

Fisch, Watzlawick, & Weakland, (1980) sier at enhver forandring av en situasjon krever en form for endring. Da den er endret, krever endringen uansett hvor liten den er, andre og mindre forandringer. Om forandringene er forbigående, permanente eller om de utvikler seg til enda nyere forandringer, er av betydning. Menneskelig atferd, både de som skal forta endringene og for de endringene gjelder, lar seg påvirke av forandringer. Alvsvåg (2010) mener dette innebærer å være undrende og engasjert. I et hvert møte mellom mennesker møtes ulike livshistorier, ulike selvforståelser, ulike livssituasjoner og ulike framtidsutsikter. Dette gjelder det å være seg bevisst som profesjonelle utøvere. Kinge (2009) mener at tilknytningslitteraturen viser at relasjonen barn - foreldre fortjener mer oppmerksomhet enn vi kanskje har tenkt på til daglig. Mor - barn relasjonen har vært dominerende, og forskning på hvordan familier og fars rolle påvirker barn, har vært mer snever hittil (Kvelling, 2010). Jeg vil komme nærmere inn på fars rolle senere i oppgava.

Varighet og forandring må betraktes sammen, til tross for at disse begrepene

tilsynelatende er av motsatt natur. To ting kan aldri være nøyaktig like. Madsen beskriver det på denne måten: «Man kan være mer eller mindre like eller forskjellige, men derimod ikke være mer eller mindre likeverdige» (Madsen, 1993, s. 209). Kinge (2006) mener at det å bli sett handler om å bli anerkjent, det vil si å bli forstått, bekreftet og akseptert for den du er under overflaten. Dette er det viktig å reflektere over, siden målgruppen ikke er ensartet i universal forebyggende tiltak. I dette prosjektet består likheten kun i at alle er foreldre til babyer.

Forandring kan gjøres på ulike måter, og Fisch et al. (1980) beskriver to ulike typer forandring. Den ene inntreffer inne i et gitt system som selv forblir uforandret, og den andre er en forandring som forandrer systemet i seg selv. En forandring som forandrer selve systemet, har alltid en form av en avbrytelse og endringer som må komme utenfra. En forandring som endrer systemet virker vanligvis merkelig, uventet og kan virke ufornuftig for noen. Et prosjekt som bryter inn i tradisjonelle arbeidsmåter og som utfordrer medarbeiderne til nytenking, kan være en forandring som forandrer selve systemet. Når en snakker om forandring i forbindelse med problemdannelse og problemløsning, mener en alltid en systemendring (Fisch et al., 1980). Anvendelse av systemendring betyr at situasjonen blir endret her og nå.

Det er makt knyttet til alle relasjoner, og kommunen har et selvstendig ansvar for å organisere sin virksomhet på en hensiktsmessig og fleksibel måte som ivaretar helhetsperspektivet (Alvsvåg, 2010). Utfordringen mener Alvsvåg (2010) er å bruke den makten vi har på en moralsk ansvarsfull måte. I denne sammenhengen har barnevernet en stor grad av makt, og hvordan ville foreldrene oppleve nettopp barnevernet i en forebyggende rolle?

Å ta et valg kan innebære engstelse. Engstelse for det nye, for ikke å mestre, for forventningene og for ansvaret. Sosial- og helsedirektoratet påpeker at vi må tørre å ta valg overfor det ukjente, og noen ganger uten å vite konsekvensene fullt ut (2007a). Prosjektorganisering er en slik arbeidsmåte. Dette er en prosess hvor en ikke vet hva som skjer. For å gjøre veloverveide valg, og for å sette gode og konstruktive handlinger ut i livet, kreves dømmekraft. Dømmekraft er kjernen i praktisk kompetanse og grunnlaget for å handle (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a).

For å fremme samarbeidskompetansen ønsket kommunene å prøve ute et tettere forebyggende samarbeid mellom helsesøster og barnevern. Vi undret oss i fellesskap over om en endring av tidligere barselgrupper kunne være en egnet arena. Det har de siste årene ikke vært tilbud om barselgrupper av ulike årsaker, men det har tidligere vært en etablert praksis og vært en ønske om å få etablert igjen. Gjennom prosessen med felles kursing i ICDP metoden både for helsesøstre, barnevern og pedagoger i barnehager, fikk jeg som prosjektleder i oppdrag å organisere ICDP grupper som barselgrupper. Det ble nå ikke stilt spørsmål om hvorfor endre barselgruppene, men mer hvem skal praktisk delta, hvordan organiserer vi team bestående av helsesøster og barnevern, hvilke dager, sted og hva med barnepass? Det ble også ønsket å etablere ICDP grupper i barnehager som en del av sertifiseringen som ICDP veiledere for noen pedagoger.

Alvsvåg (2010) mener at ytre rammebetingelser gir en del begrensninger, men gir også muligheter dersom vi tør å prøve. Da vi valgte å sette sammen team bestående av helsesøster og barnevern, var det å bevege seg inn i det som kunne oppleves utrygt, men mulighetsfylt og spennende. I tradisjonelle barselgrupper har foreldre hatt med seg barna, men kommunen ønsket å tilby foreldrene en arena hvor de selv kunne være i sentrum uten barn. Skulle kommunen få til dette var vi avhengig av å kunne tilby barnepass helt i nærheten, da mange barn fortsatt blir ammet i denne perioden. Spørsmål som ble reist var knyttet til om helsestasjonen ville klare å få barnepass på dagtid, og om foreldrene ønsket å bruke barnepass.

Å endre hverdagsarbeidet fra konkret informasjon, instruksjon og «kokebok» til å lære foreldrene å tolke barnets signaler og være mer sensitive, krever også vilje til endring hos de som skal være veiledere. Kompetansen som kreves for å kunne veilede i foreldreveiledningsprogrammet ICDP er i seg selv omfattende. Det kreves pr. i dag 4 kursdager, selvtreningsgrupper over 8 ganger og 2 veiledningsdager før en er sertifisert. For å bli sertifiserte som minoritetsveileder kreves det ytterligere 2 kursdager. Som prosjektleder var det gledelig å oppleve at alle aktuelle fagpersoner hadde vilje til å prøve. Med få fagpersoner innen fagfeltene, som det er i små kommuner, er dette derfor en ekstra utfordring. De som ønsket å bli veiledere, måtte legge ned en egeninnsats og tørre å by på seg selv i samspill og relasjon med andre på en utradisjonell måte. Tilbudet om ICDP grupper på helsestasjonen til alle foreldre i barselpermisjon er

imidlertid en sannhet med modifikasjoner. Kommunen valgte i sertifiseringsrunden at foreldre på asylmottaket og foreldre som ikke snakket godt norsk, ikke fikk tilbud om ICDP grupper. Å starte med grupper hvor det var lettere å kommunisere direkte og ikke via tolk, var klare anbefalinger. Kommunen ser imidlertid at ulike minoritetsgruppene har mange ulike utfordringer, og som kunne hatt nytte og glede av deltagelse i ICDP gruppe. Det er bosatt mange somaliske familier i kommunen. Dette førte til at det høsten 2011 ble satt i gang ei ICDP gruppe med somalisk tolk tilstede sammen med helsesøster og barnevernet. Denne gruppa har fulgt deler av opplegget til foreldreveiledning for minoritetsfamilier, slik at gruppa har vært samlet 12 ganger. Noen familier hadde barn som var i målgruppa for deltagelse på helsestasjonen, mens andre hadde eldre barn.

Uansett hvilket lovverk, retningslinjer eller veiledere vi forholder oss til, finnes det mye forskning om oppvekstmiljøets betydning for barn. Det finnes mye kunnskap om hva barn trenger, men hva slags kvalitet som tilbys barn vil variere. Vår lille kommune vil naturlig nok gi andre utviklingsmuligheter enn en stor bykommune. Hvordan kan Øyer kommunen gi barn muligheter til «god nok» oppvekst? Som mennesker har vi mange rettigheter, og for barn må FNs barnekonvensjon være styrende for våre valg som voksne samfunnsborgere.

I teorikapittelet vil jeg derfor gå inn på FN s barnekonvensjon som overordnet styringsdokument før jeg knytter teoribegreper til barn-foreldre relasjonen.

4.0 DET FAGLIGE GRUNNLAGET FOR PROSJEKTET TIDLIG INTERVENSJON

Gjennom FNs barnekonvensjon har barn fått mange rettigheter. Barns beste er her et sentralt begrep. Et spørsmål var hvilke tiltak en skulle velge i prosjektet og hvordan valg av tiltak ville komme barnet til gode. Den norske longitudinelle studien av norske barn presentert i TOPP studien (Mathiesen et al., 2007) har vist at det er nødvendig å sette inn adekvat forebyggende tiltak så tidlig som mulig i barnas liv. Studien viser at det er viktig å merke seg at halvparten av barna som utvikler betydelige psykiske plager

og normbrytende atferd, ikke kommer fra spesielle risikogrupper. Videre viser studien at problematferd hos ettåringer henger sammen med mødres symptomnivå. Mødres symptomnivå viser seg å være tett knyttet til støtte og belastningsforhold i hverdagen slik som blant annet barnepassordninger. Å iverksette gode universelle tiltak som bedrer oppvekstmiljøet til alle barn, syns derfor å være den største utfordringen.

Hunneide (2003) og Rye (2009) la i sin utvikling av ICDP metoden vekt på at barnet kommer inn i en sosial verden. Barnets utvikling kan ses på som en reise inn i et kulturlandskap en ikke vet hvordan utvikler seg, men som gir føringer for barnets utvikling. For å forstå et barns utvikling er det ikke tilstrekkelig å forstå barnet individuelt, men det må forstås i en større sammenheng med sosiokulturelle og historiske rammebetingelser. For mange minoritetsfamilier er det en stor utfordring å tilpasse oppdragelsen til nye omgivelser uten å miste sin egen kulturs kjerneverdier. ICDP-minoritetsprogrammet er derfor utvidet med andre temaer enn det generelle programmet. Minoritetsbarn opplever ofte store forskjeller på «utebane» i det norske samfunnet i forhold til hva som tilbys på «hjemmebane».

Hunneide og Rye bygger sin metode på en rekke kjente fagpersoner innen tilknytningsteori. Som utgangspunkt har Hunneide og Rye vært kritisk til et lite differensiert syn på forståelse av barndom som fenomen. Barndom blir gjerne framstilt som atskilt fra de voksnes verden.

De mener at fellesskapet som barn vokser opp i er det vesentlige, og at relasjonen til andre mennesker blir utgangspunkt for selvdannelse.

Barnet blir til egne individer gjennom utvikling av sine relasjoner i fellesskapet, og barndom må forstås i denne konteksten (Hunneide, 2003). Det teoretiske begrepet mentalisering knyttes nå stadig sterkere til denne forståelsen, noe som jeg vil komme tilbake til senere i oppgaven

Videre i teorikapittelet har jeg valgt å se på forskjellige begreper.

Jeg vil først komme nærmere inn på FNs barnekonvensjon, deretter begrepet «god nok oppvekst», foreldrerollen, barnets uttrykksmåte og begrepet mentalisering.

4.1 FNs barnekonvensjon

I 1959 vedtok FNs generalforsamling Erklæringen om barns rettigheter. Den bygget i hovedtrekk på Menneskerettighetserklæringen av 1948. Denne var ikke juridisk bindende for medlemslandene, men en rekke av FNs særorganisasjoner, bl.a. UNESCO, arbeidet for å virkeliggjøre dens intensjoner. Fram til konvensjonen ble vedtatt, var barns rettslige status i en rekke land først og fremst knyttet opp mot foreldrenes, og deres rett til å bestemme over barna. FN vedtok 20. nov. 1989 Barnekonvensjonen som en ny, folkerettslig bindende konvensjon om barns rettigheter. Barnekonvensjonen kan ses som et forsøk på å oppnå allmenn anerkjennelse for at også barn er selvstendige individer, med særskilte behov og rettigheter. Konvensjonen trådte i kraft i 1990, og har vært bindende for Norge siden 8.januar 1991. 1. oktober 2003 ble barnekonvensjonen inkorporert i norsk lov. Dette betyr at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn ved alle handlinger som angår barn. Blant annet betyr dette at konvensjonen skal ha forrang dersom det oppstår strid mellom konvensjonen og annen norsk lovgivning. Ved å gjøre barnekonvensjonen til en del av den nasjonale retten, har staten også sikret at alle myndigheter, enkeltpersoner og organisasjoner er direkte forpliktet av konvensjonens bestemmelser. Barnekonvensjonen er en av de mest omfattende menneskerettighetskonvensjonene framforhandlet i regi av FN. Dette er både avtalens styrke og dens svakhet. Det omfattende vernet for barn er særlig betydningsfullt, men dette svekkes av at en lang rekke stater har fått anledning til å reservere seg mot større deler av innholdet. For mange innvandrerfamilier betyr dette at i Norge er det langt strengere vern for barn enn mange er klar over. Reservasjonene tydeliggjør hvor problematisk det kan være å vedta ved lov hva som skal være den beste formen for barndom og barnets beste. På verdensbasis er det på ingen måte universelt anerkjent at barn i det hele tatt kan ha egne rettigheter, og at familien er av betydning. For å støtte familiens betydning kan en i innledningen til FNs barnekonvensjonen lese følgende:

... som er overbevist om at familien, som den grunnleggende enhet i samfunnet og den naturlige ramme for alle sine medlemmers og særlig barns vekst og trivsel, bør gis den nødvendige beskyttelse og hjelp slik at den fullt ut kan påta seg sine forpliktelser i samfunnet, erkjent at barn bør vokse opp i et familiemiljø, i en atmosfære av glede, kjærlighet og forståelse for å sikre full og harmonisk utvikling av deres personlighet (Barne- og familiedepartementet, 2003).

Konvensjonen er ikke direkte konkret, og angir ikke tydelig hva som er minstestandard. Artiklene må derfor vurderes skjønnsmessig, noe som selvfølgelig gir store utfordringer

Historisk har denne konvensjonen kun vært gjeldende svært kort tid. For å sikre at konvensjonen skal gjelde for alle, er det viktig med gode tilbud og tjenester lokalt og en utfordring for alle kommuner. Dette må knyttes til blant annet barnehage, skole, barnevern, helse og fritidstilbud. God samordning av tjenester rettet mot barn og unge og deres familier, er en forutsetning for å sikre et inkluderende oppvekstmiljø. Som nevnt tidligere er det mange som er forpliktet til å drive forebyggende arbeid, og i § 3-1 i Barnevernloven står det følgende om barneverntjenestens forebyggende virksomhet:

Kommunen skal følge nøye med i de forhold barn lever under, og har ansvaret for å finne tiltak som kan forebygge omsorgssvikt og atferdsproblemer.

Barneverntjenesten har spesielt ansvar for å søke å avdekke omsorgssvikt, adferds-, -sosiale og emosjonelle problemer så tidlig at varige problemer kan unngås, og sette inn tiltak i forhold til dette. (Lov om barneverntjenester)

Barnevernet skal også etter § 3-2 og § 3-3 samarbeide med andre deler av forvaltningen og frivillige organisasjoner. I samsvar med barnekonvensjonens ordlyd står det i Barnevernloven § 4.1 at et overordna prinsipp er at det skal legges avgjørende vekt på hva som er barnets beste. Dette gjelder både ved vurdering av om det skal settes inn tiltak, men også ved vurderinger om hvilke tiltak som eventuelt skal settes inn.

Barneverntjenesten har således et lovverk som både skal forebygge, men som tidligere nevnt også muligheter til omfattende tiltak hvor foreldre i ytterste konsekvens fratras daglig omsorg for sine barn. Nettopp dette med vurderinger av barns beste er gjerne en kilde til maktkamp. Dette gjelder både mellom foreldre og barnevernet, men også mellom ulike instanser som jobber med barna fra sine ståsteder. Barnevernet omtales ofte som «den store stygge ulven» nettopp for deres mulighet til omsorgsoppløsning. De fleste medieoppslag om barnevernet dreier seg nettopp om barnevernets omsorgsplasseringer, og da enten for tidlig eller for seint. Dette kan jamføres med to saker nylig i Stavanger som har fått stor mediedekning. Dette er et svært vanskelig

tema, og Hunneide hevder følgende: «Fremfor å fokusere bare på å gi absolutte diagnoser av barnet som mer eller mindre avvikende i forhold til våre normer, er det kanskje like viktig å vite noe om de egenskaper som barnets omsorgsgivere tilskriver barnet» (Hunneide, 2003, s.34). Kinge (2006) sier hun har opplevd foreldre som sier de har helt umulige barn og at de har «prøvd alt» for at de skal forandre seg. Noen foreldre kan ordlegge seg på den måten at de sier barns oppførsel er å være direkte slemme for kun å terge foreldrene. Det er nettopp når foreldre- barn strever i samhandlingen blant annet på denne måten, det er viktig å stoppe opp og få hjelp til å stille nye spørsmål.

4.2 «God nok» oppvekst

Alle voksne har det til felles at vi engang har vært barn. Hvordan dette var for den enkelte, oppleves og erindres ulikt. Hundeide (2003) vil avvike fra de vanlige oppfatningene om barnets sone for mulig utvikling, og heller søke etter soner for mulig utvikling i foreldrenes oppfatning av barnet. Han mener at en kan si at kvaliteten på det samspillet som utvikler seg mellom foreldre og barn har sammenheng med hvordan foreldrene oppfatter barnet og sin egen rolle. Emilie Kinge mener vi må hjelpe foreldrene som sliter til å stille følgende spørsmål: «Hva tror jeg dette barnet trenger av meg nå, og hva kan jeg gjøre for å hjelpe det videre? Og hva hjelper ikke?» (Kinge, 2006, s. 39)

Tetzchner hevder at «... felles oppmerksomhet forutsetter ikke kommunikasjon, men kommunikasjon forutsetter felles oppmerksomhet. Når felles oppmerksomhet innebærer kommunikasjon, har den alltid et formål» (Tetzchner, 2010, s. 427).

Killèn (2010) støtter også Hunneide og Tetzchner og mener at forståelse av relasjoner er avgjørende. Det gjelder ikke bare relasjonen foreldre-barn, men også foreldre-profesjonelle og profesjonell-barn relasjonen. Rye (2009) sier at dypt i vår menneskelige natur finnes det et behov for å bli sett, møtt, forstått, akseptert, anerkjent og elsket. Mange bærer kanskje på et savn over det de selv ikke fikk som små, og som voksne bærer de på en skyldfølelse over at de ikke strekker til for barna. Mange har ikke opplevd omsorgsfulle foreldre selv. De kan derfor være avhengig av støtte og hjelp for å lære hvordan de kan gi god omsorg til barnet sitt (Moe, Siqveland & Slinning, 2010). I

denne sammenhengen må en være klar over at dette kan gjelde både hjelperen og de som skal hjelpes.

«God nok» er et begrep som brukes i ulike sammenhenger og som er et vagt begrep. Det finnes ikke måleinstrumenter som kan måle dette. Både «god» og «nok» er ikke faste størrelser. En betegner imidlertid ofte omsorg mer som varm eller kald, men dette er heller ikke faste størrelser som kan måles.

Et universelt forebyggende tiltak ønsker å nå flest mulig, men Killèn (2010) mener det er viktig å innse at det ikke vil kunne være mulig å hjelpe alle foreldre til å bli gode foreldre. Et godt forebyggende arbeid vil imidlertid kunne hjelpe mange foreldre fra å være i risikosituasjon til å bli «gode nok». De vil fortsatt være sårbare og ha sårbare barn, og de vil fortsatt ha behov for støtte og oppfølging gjennom mange år. Killèn (2010) mener at vi må ta denne utfordringen hvis vi skal forebygge problemer på lang sikt.

Winnicott brukte begrepene «en god nok omverden», eller den faciliterende omverden og begrepet «den gode nok mor» (sitert i Hart & Schwartz, 2009). Winnicott undersøkte hvordan foreldrenes omsorg bidro til å skape et rom hvor barnet kunne realisere sitt potensiale og utvikle seg. «En god nok mor» er etter Winnicotts oppfatning den alminnelige moren som verdsetter barnet sitt, irriterer seg over det, blir sint osv. Dette står i kontrast til den perfekte moren. Hunneide og Rye er opptatt av å vri oppfatninger mer over til en positiv oppmerksomhet mellom foreldre og barn, slik at sinne og irritasjon ikke skal overstyre foreldrenes relasjon til barna. Jesper Juul hevder at: «Perfeksjonisme er farlig av den grunn at det er umulig å være, eller bli perfekt som menneske» (Juul, 2006b, s. 41). Juul sier videre at vi må vite når vi strekker til, godta vår utilstrekkelighet og gjøre så godt vi kan. Det beste man kan gjøre er å erkjenne at vi alle gjør feil, men dette innebærer ikke at man er dårlig som menneske (Juul, 2006b)

Blant mange teoretikere har også Hunneide og Rye støttet seg på Winnicott som var opptatt av omverdens betydning for utviklingen. Dette synspunktet var banebrytende på Winnicotts tid. Senere kom Bowlby som regnes som tilknytningsteoriens egentlige grunnlegger. Tilknytningsteorien oppfatter mennesket som et grunnleggende sosialt vesen med tilbøyelighet til å kommunisere og knytte seg til en annen (Hart & Schwartz, 2008). Da Winnicott snakker om den hengivende moren og lite om farens rolle, må det

legges til at han arbeidet i en tid med tradisjonelt kjønnsrollemønster. Winnicott var imidlertid opptatt av at et godt parforhold var støttende for foreldreskapet. For barnet mente han det var viktig å ha to foreldre å utfolde seg i samspill med, og danne relasjon til. På denne måten kan en si at Winnicott var framsynt i sin tanke (Hart & Schwartz, 2009). Winnicotts tanker om «en god nok omverden» for å støtte barnets modningsprosesser, er fremdeles svært relevante. En «god nok» eller støttende omverden er forutsetningen for at barnet skal kunne foreta sin utviklingsmessige reise. Dette understøttes i TOPP- studien til Folkehelseinstituttet (Mathiesen et al., 2007).

For at barn skal ha det bra, trenger de foreldre som viser kjærighet og omtanke ved å vise interesse (Hannsson & Oscarsson, 2006). For mange familier i konflikt kan imidlertid dette være vanskelig. Som en konsekvens av dette, ble Barneloven endret i 2010 med sikte på å bedre foreldresamarbeidet. Med denne loven legges det til rette for at barn skal ha god kontakt med begge foreldre også etter et samlivsbrudd. Det blir her også presisert at barn ikke skal utsettes for noen former for vold, verken fysisk eller psykisk.

Et «godt nok» omsorgsmiljø vil sannsynligvis gi en positiv utvikling, og et barn med en moderat skjevutvikling vil under slike forhold mest sannsynlig slå inn på en bedre utviklingsvei (Smith, 2010). Et slikt argument er det godt å ha å støtte seg på. Også Walhovd & Fjell (2010) mener at dersom miljøet er «godt nok», vil heldigvis hjerneutviklingen hos barn uten særlige sårbarhetsfaktorer utfolde seg helt fantastisk uten videre. På den andre siden beskrives hvordan barn som lever i omsorgsmiljø som gjennomgående er preget av stress, påvirkes negativt både somatisk og mentalt via stresshormonet kortisol (Brantzæg et al., 2011). Hvordan blant annet stress påvirker hjernestrukturer på en negativ måte, kan nå måles med nye medisinske vitenskapelige metoder (Hart & Schwartz, 2009). I denne sammenhengen kan det også stilles spørsmål ved om vi som ansatte hjelpere i noen tilfeller er med på å skape mer stress enn vi tilbyr hjelp. Emilie Kinge (2012) utfordrer oss i det tverrfaglige samarbeidet og sier det på denne måten:

... vi utfordres alle på å skulle innlemme tilstrekkelig og bred fagekspertise i et tverrfaglig samarbeid i prosessen med å forstå barnets og familiens vansker og

behov, hvordan vi gjør våre felles faglige vurderinger og prioriteringer og hvordan vi så koordinerer tiltakene (Kinge, 2012, s. 233).

Noen vet de ikke fungerer helt «godt nok» etter flertallets normer, men det kan oppleves vanskelig å endre en bestemt væremåte. Det å bli foreldre gir uansett endringer, og dette er derfor et mulighetsrom. Perioden fra svangerskap til sped- og småbarnsperioden er en fase da mange foreldre er positivt innstilt til å få bistand og gjøre varige endringer (Kvello, 2010).

Alle mennesker har behov for en positiv opplevelse av seg selv i en meningsfull sammenheng, og foreldreveiledningsgrupper kan være en mulig arena (Rye, 2009). Et lite barn er totalt avhengig av hjelp, trøst og kos. Kvello (2010) hevder at ved å øke foreldres varme, stimulering og oppmerksomhet i forhold til barnet, hjelpes både foreldre og barn. Dette gjøres først og fremst gjennom å bygge på foreldrenes egne ressurser og gi dem rom for egne refleksjoner. Utviklingspsykologisk mener mange at barnets behov for trygghet ikke bare knyttes til nære omsorgspersoner, men også til dets fysiske omgivelser. Gjenkjennelse av de fysiske, materielle omgivelser, rutiner og mønstre i dagliglivet, er med på å danne grunnlaget for trygghet (Hunneide, 2003). Dette kan også reflekteres over om det kan oppleves stressende for de minste barna å være med på mange turer både innenlands og utenlands, slik mange nå har fått både økonomisk råd og tid til.

4.3 Trøst

Barn søker utallige ganger trøst hos foreldre for store eller små hendelser i livet. Fenomenet trøst i barndommen, og sammenhenger og betydning mellom trøst og trygghet over to generasjoner, ble undersøkt av Klette (2007). Studien til Klette viser at på tross av at barna gråt og var fortvilet når mødrene gikk fra dem, var det mange mødre som ikke trøstet barna sine da de kom tilbake. Dette førte til spørsmål om hva trøst er. Trøst forklares som atferd rettet mot å berolige og lindre barnets uro, frykt eller smerte, og er en konkret handlemåte som kan observeres (Kvello, 2010). Trine Klette anser at trøst har sammenheng med sensitivitet og empati, og at evnen til å trøste særlig læres

gjennom tidlig samspill med de nærmeste. Det ble funnet sterke sammenhenger mellom mødrenes erfaringer med trøst fra egen oppvekst og deres trøstende atferd overfor barna sine. Det ble også funnet sterke sammenhenger mellom dette og barnas tilknytningstrygghet ved ett år. Trøst kan ses på som en av de sterkeste omsorgsfunksjonene for å skape gode tilknytningsbånd (Kvello, 2010). Trygg tilknytning kan forstås som et psykologisk immunforsvar mot de utfordringer livet kan gi (Brantzæg et al., 2011). Som en motsetning kan en anta at utrygg tilknytning er tegn på et svekket psykologisk immunforsvar. Undersøkelsen tyder på at mange foreldre har behov for å lære å trøste barna sine. I den emosjonelle dialogen, som er en del av ICDP, legger Hunneide (2007) og Rye (2009) vekt på samspillet mellom foreldre og barn. Trøsting av barn er en konkret uttrykksform for sensitivitet (Kvello, 2010). Trygge relasjoner kan beskrives som relasjoner der barn uanstrengt kan søke trøst og beskyttelse og samtidig få støtte når de trenger det (Brantzæg et al., 2011). Trøst er svært lett å observere, i motsetning til blant annet tillit, anerkjennelse og empati. Helsestasjonen opplever daglig foreldres trøsteevne, særlig i forbindelse med vaksinasjoner. Barnehagen er også en arena som både observerer foreldres trøsteevne og som selv trøster barn mye. Kvello (2010) mener at det som er karakteristisk for omsorgspersoner for andres barn, er at de er sensitive i samspillet med barna, og tenker på hva som ligger til grunn for barnets atferd. Virmani og Ontai fant i sin studie i 2010 at «... de som jobber med å gi omsorg til andres barn og vurderes til å være sensitive i samspillet med barna, selv hadde en trygg tilknytningsstil» (sitert av Kvello, 2010, s.59).

Å trøste barnet ved å stryke barnet, klappe og klemme det, er noe som faller naturlig for de fleste. Winnicott snakker om foreldre som ved å holde om barnet og ta i mot dets utspill, danner en slags hinne rundt det, som en ekstra hud (Hart & Schwartz, 2009). Kjærlighet er uansett hvor spinkelt eller forvrengt den uttrykkes, alltid tilstede som et kraftfullt potensiale. Juul (1996a) mener at i forlengelsen må en si at kjærlighetens uttrykk er avgjørende for utviklingen av barnets selvfølelse. Et samlet hjelpeapparat antar jeg i utgangspunktet er mest opplært til å se etter problemer og lite opplært til å holde kontakten når ting ser bra ut. Dette er igjen knyttet til ressurser og generelle tanker om forebyggende arbeid kontra behandling.

Følelser, relasjoner og opplevelser vil for den enkelte være høyst personlig. Mange foreldre oppsøker nettopp helsestasjonen for å få hjelp i en endret livssituasjon. Barnets atferd knyttet til motorisk utvikling kan observeres, og mange sammenligner barn og har ulike spørsmål knyttet til dette. Kinge antar at: «Barns atferd er i øyeblikket uansett å betrakte som logisk for barnets selv og må forstås som det beste barnet klarer å prestere under de rådende forhold» (Kinge, 2009, s. 32). For omgivelsene blir det derfor viktig å prøve å forstå hvordan barnet egentlig har det, og dermed tilpasse sin handling ut fra dette.

4.4 Foreldrerollen

Foreldre forholder seg til barnet ut fra en forståelse av hva barnet forsøker å formidle. Hunneide (2003) har en påstand om at spedbarnet er biologisk disponert for å invitere sensitive foreldre til å inngå i ekspressive samspill. Dette samspillet utvikles videre til veiledende samspill. Gjennom en fortolkning av barnets kommunikasjon, justerer foreldre sitt svar i forhold til det som antas å være barnets mening. Dette er en begrunnelse for at ICDP programmet også kan benyttes til foreldre med spedbarn (Hunneide, 2007).

Innenfor alle samfunn finnes det sosialisering- og utviklingsprogram som bygger på en oppfatning av hva barn bør kunne på bestemte tidspunkter i livet. Dette er med på å bestemme i hvilken grad og på hvilken måte individet blir en del av det kulturelle fellesskapet. Foreldres tolkning av barnets signaler blir avgjørende for det svar barnet får. Det kan være mange måter å tolke barns utspill på. Det betyr at det kan være vanskelig å gi faste oppskrifter på hva som er riktig omsorgshandling i enhver situasjon. Juul (1996a) antar at oppgaven som veileder blir å hjelpe foreldre til å få tillit til sin egen omsorgsevne og gi støtte. Oppgaven blir videre å sensitivisere foreldrene slik at de utvikler en positiv, empatisk og engasjert holdning til det nye barnet og de andre barna. «For å skape et familiefellesskap må vi gå ut fra begrepet familiekompetanse, det vil si vår evne til å være familie. Vi må kunne kommunisere, snakke med og lytte til hverandre» (Aldèn & Missios, 2006, s.32). Når samspillet med foreldrene svikter eller bryter sammen, er det ikke så uventet at det kan oppstå utviklingsforstyrrelser hos barnet (Kvelling, 2010).

Mennesker er en del av verden, og som deltagere i interaksjonen med omverden, lagres erfaringer og erkjennelser i kroppen (Engelsrud, 2006). «Mennesket forholder seg til det det er midt i» sier Thornquist (2003, s. 113). Thornquist (2003) refererer til Merleau-Ponty som understreker at mennesket har tilgang til verden på to måter, både gjennom persepsjon og gjennom handling. Kroppen er kjernen i dem begge. Han beskriver dette med begrepet livsverden eller levd liv. Å koble kropp og kommunikasjon sammen på denne måten, frigjør kroppen fra det naturvitenskaplige synet på kropp. Skal en klare å forebygge er det viktig å erkjenne kroppens flertydighet og sammensatte karakter. Vi har vel alle mer eller mindre kjent og følt på egen kropp hvor lett det er å svare positivt bekreftende på spørsmål om en har det bra, mens kroppens signaler sier noe helt annet. Små barn mellom null til to år har kroppen å snakke med ved hjelp av bevegelser og lyder. Kvaliteten i kroppsspråket og motorikken er derfor av betydning. Barnets uttrykksmåte beskrives nærmere i neste underkapittel.

Det kan ikke gis noen fasitsvar på hvordan det er å være foreldre. Foreldrerollen er en dynamisk rolle i stadig endring. Den tidligere erfaringen er med på å bestemme både hva som erfares, oppleves, oppfattes og forstås her og nå. Thornquist (2003) mente at det naturlig reises mange spørsmål med hensynet til personlig og privat livshistorie, samfunnsmessige og kulturelle forhold. Hvordan krenkede barn blir syke voksne, og hvordan barn kan krenkes på mange ulike måter som får ulike konsekvenser, beskrives av Kirkengen (2009).

Uttrykkene, tonen og stemningen som kroppen har i møte med andre, etterlater spor som tolkes (Alvsvåg, 2010). Familier varierer i betydelig grad, og omsorgsutøvelsen og konsekvensene av den blir også ulik (Kvello, 2010). Folk fra forskjellige kulturer kommuniserer også forskjellig non-verbalt (Jåvo, 2010). Fortolkning av non-verbale uttrykksmåter kan være svært krevende og gi grobunn for mange feiltolkninger og misforståelser (Jåvo, 2010). Spesielt kan dette gjelde minoriteter som har med seg helt andre kulturer og syn på barn, kvinner og foreldrerollen. Det som ser ut som overinvolvering hos oss, kan ofte bli vurdert som naturlige i mer kollektive kulturer (Kvello, 2010). Når noen menn slår sin kone og sine barn, kan dette være noe de er oppvokst med. Synet på kvinner og barn som mindre verdt enn menn, ligger dypt nedarvet i mange kulturer, ikke bare minoritetskulturer. Vi skal ikke glemme at FNs barnekonvensjon først ble bindende i Norge for litt over 20 år siden.

Gleden over konstruktive og sunne samspill er den samme, selv om den uttrykkes forskjellig. Jesper Juul (1996a) sier at det samme gjelder smerten over destruktive relasjoner. De fleste foreldre vet innerst inne når de handler uhensiktsmessig. Juul (1996a) sier videre at han aldri har møtt foreldre som ikke elsker barna sine. De har av og til imidlertid ikke maktet å omsette de kjærlige følelsene sine, til kjærlige handlinger. En av de faktorene som syns å spille en rolle for hvorvidt subtile negative innslag i foreldres atferd kan få alvorlige følger for barnets psykososiale utvikling senere, er hvorvidt foreldrene gjør forsøk på å reparere eller gjenopprette kontakt og interaksjonen (Rye, 2009). Kravet om likeverdighet betyr åpenhet og respekt for ulikheter, som igjen betyr at vi må oppgi en stor del av våre forestillinger om det generelt riktige og det generelt gale. Dette gir spesielle utfordringer i arbeidet med minoritetsfamilier. Det kan hevdes at verken kulturkompetansen på helsestasjonen eller rutiner og arbeidsmåter ellers i kommunal virksomhet, er tilstrekkelig i forhold til familier med annen kulturbakgrunn enn norsk (Jåvo, 2010).

Mange foreldre er «sultne» på å prøve å forstå og respondere på sitt nyfødte barn. Samspillet mellom voksne og barn er en gjensidig læreprosess hvor graden av likeverdighet er proporsjonal med begge parters utbytte (Juul, 1996a). Ved å knytte foreldreveiledning opp mot hverdagsaktiviteter, utnytte foreldres egne ressurser og foreldres evner, regnes ICDP som en ressursorientert tilnærming til tidlig intervensjon (Rye, 2009). Et barns utvikling kan ses på som en reise, og det er ikke bare en vei framover, det kan være flere. Det kan være flere valgpunkter der barnet sammen med foreldrene har muligheten til å skifte retning og komme inn på nye spor (Hunneide, 2003). En grunn til at tidlige erfaringer gjerne får langsiktige virkninger, er at de er knyttet til en kjede av forskjellige negative opplevelser (Rye 2009).

4.5 Barns uttrykksmåte

Selv nyfødte barn er som regel tydelige i sin kommunikasjon allerede umiddelbart etter fødsel. Den fysiske kontakten de oppnår i form av å bli holdt, strøket over kroppen, er åpenbart både beroligende og trøstende, men kan også avlede fra smerteopplevelser (Rye, 2009). Hunneide (2003) mener at barnet fort tar opp i seg de forventninger som knyttes til dets sosiale posisjon og tilegner seg de ferdigheter og kunnskaper som kreves

for å fylle en tilskrevet rolle. Barnet tilfredsstiller gjennom dette de normative forventninger som stilles til fellesskapet. De fleste er nå enige om at barnet får mange erfaringer allerede i fosterlivet, for eksempel hørselsopplevelser og bevegelseserfaringer. Etter fødsel blir barnet imidlertid utsatt for en mengde nye impulser. Den første berøringen og kjærtegn som foreldre gir til barnet, er et kroppslig uttrykk for følelsene (Engelsrud, 2006). Et lite barn forholder seg til andre mennesker gjennom bevegelse og utforskning av omgivelsene. Bevegelse blir en måte å være i verden, og en måte å uttrykke seg på. Stern fant at barn og mødre hadde synkroniserte atferdsmønstre. Gjennom kreativt samspill mellom mor og barn fant han ut at ikke bare støttet mødre barnets atferd, mødre kommuniserte også med spedbarnet på en måte som hjalp det med å definere seg selv. Stern mener at barnet er i en «følelsenes verden» som er viktig for foreldrene å være klar over (Hart & Schwartz, 2009). Når et barn føler seg overstimulert og invadert, vil det snu seg vekk eller søke et annet sted med blikket, trekke seg og holde pusten osv. Slike bevegelser er signaler på ubehag. «Når et barn føler ubehag i relasjonen med andre, reagerer kroppen i sitt grunnleggende puste- og spenningsmønster» (Engelsrud, 2006 s.121). Schore har bygget bro mellom tilknytningsteori og nevrovitenskap og vist hvordan utviklingen av barnets hjernestrukturer avhenger av dets erfaringer med tilknytning. I følge Schore «... vil sårbare spedbarn som er født med en hjernemessig forsinkelse og derfor har svake interaktive mestringsstrategier, oppleve selv små episoder av stress som traumatiske» (Hart & Schwartz, 2009, s. 189).

Et barn som tvinges til å tilpasse seg for mye, bruker nesten all sin energi på tilpasning. Dette gir som regel stressreaksjoner (Ellenby, 2006). Forskning viser at dersom et barn lever i et omsorgsmiljø som gjennomgående er preget av stress, forblir systemet for stressrespons «slått på» i lengre perioder. Da det skjer, blir det frigjort store mengder av stresshormonet kortisol fra binyrebarken. Det er også påvist at økt kortisolnivå kan ha negative somatiske effekter (Hart & Schwartz, 2009).

Kinge (2006) sier at barn ofte ikke er vanskelige, men at de har det vanskelig. Det mange opplever som en negativ atferd hos barn, er kanskje nettopp en sunn normal kroppslig reaksjonsmåte. Følelser er like grunnleggende som fysiske erfaringer, og følelser opererer ikke med klare grenser på lik linje med begrepet «god nok». For å erfare våre følelser, samt å uttrykke dem for andre, kan det følelsesmessige bli knyttet

opp mot det konkret sansbare. Som tidligere nevnt er trøst observerbar, og for spedbarn er gråten ofte av ulik karakter, noe som også kan observeres. Et spedbarn som sender svake signaler, sover mye, skriker lite eller har svake kroppslige signaler, kan være langt vanskeligere å tolke. Dette er barn en kan forvente til en viss grad blir oversett og misforstått. Alvsvåg mener at «... det sårbare er knyttet til det levende. Det levende kan krenkes. Det er det levende som skal vernes» (Alvsvåg, 2010, s. 40). Thornquist sier videre: «Det er åpenbart at kroppen kan være vanskelig å forstå og tolke» (Thornquist, 2003, s. 131).

I foreldre- barn relasjonen er nettopp den non-verbale kommunikasjonen og gjensidig tolkningen av signaler, forbundet med utfordringer. Mange opplever livet som komplisert. Vi søker tilflukt i egne kropper, men vi har alle kropper som er rike i sin uttrykksform. Finn Skårderud er blant annet opptatt av at mennesker trenger et bedre språk enn kroppens språk om kroppens språk (Skårderud, 2008). «De snakker, og de snakker meget konkret, direkte og effektiv. Hvordan vi tolker kroppsspråket kan være fattig, nettopp fordi det er så konkret og direkte», mener Skårderud (2008, s.218). Han minner oss dessuten på at det er aldri så mye kroppslige endringer som skjer som i barnets første leveår. Kroppen er et reservoar hvor både positive og negative følelser og opplevelser blir lagret (Rye, 2007). Merleau-Ponty sier: « Kommunikasjon lykkes når det finner sted en bekreftelse av meg gjennom den andre og av den andre gjennom meg. Det er gjennom kroppen en får tilgang til andre» (Sitert av Engelsrud, 2006, s. 92). Skårderud (2008) mener det ikke er noen dristig hypotese å hevde at i framtidens psykiske og sosiale lidelser, vil kroppen få en ytterligere fremskutt og problematisk plass. Merleau-Pontys fokus på kroppen som kommunikasjon med bevisst øyekontakt, kroppslig støtte og snakking med barnet for på den måten og utforske barnets behov, må av og til læres (Steine, 2010). Mathiesen (2008) mener: «Fortellingene, ordene som følger kroppsuttrykkene, vil åpne for en forståelse av hva det handler om» (Mathiesen, 2008, s. 128). Det er mye som tyder på at barnets tidligere opplevelser av seg selv i sitt forhold til omverden, er sterkt knyttet til kroppslige opplevelser. Berøring og fysisk nærhet er derfor hos de fleste barn en opplevelse som danner grunnlaget for følelse av trygghet og omsorg (Rye, 2007). Berøring har imidlertid forskjellige betydninger i forskjellige kulturer (Jàvo, 2010). Dette er det viktig å ha et bevisst forhold til, men jeg

tror de fleste uansett kan være enige i May Sarton f.1912 som har uttrykt det på følgende måte:

«Ikke glem at sammenlignet med en voksen er hvert eneste barn et geni. Tenk over evnen til å lære! Uskylden, temperamentet, viljestyrken hos en baby som bare er noen måneder gammel» (Exley, 2003, s. 54).

Hvordan ulike temperamentsstiler påvirker oss alle, er blitt aktualisert gjennom diskusjoner om arv eller miljø. Det kan være stor forskjell på barnets og foreldrenes temperamentsstil sammen med mange andre forhold som bidrar til en vanskelig situasjon for barnet, men de voksne har ansvar for å tilpasse seg barnet og ikke motsatt (Kvello, 2010). Kvello sier videre: «Selv om temperamentsstil tenkes å være strekt genetisk betinget, er det likevel betydelige uklarheter i hvor sterk den genetiske versus den miljømessige påvirkningen er, og hvordan disse faktorene står i gjensidig påvirkningsforhold til hverandre» (Kvello, 2010, s.78).

Temperamentsstiler deles ofte i fire. Barn med lett temperamentsstil omtales ofte som velfungerende og tilpasningsdyktige og har stor grad av fleksibilitet. Dette utgjør ca. 40 % av alle mennesker. Ca. 15 % har en reservert stil, og slike barn har ofte utydelig kroppsspråk og er vanskelige å tolke og forstå. De er trygghetssøkende og liker rutiner. Barn med vanskelig temperamentsstil utgjør ca.10 %. Dette er barn som virker trassige og som har vansker med å tilpasse seg situasjoner. Disse setter de voksnes tålmodighet på prøve. Den siste gruppa er en blanding av de andre gruppene (Kvello, 2010).

Temperamentsstiler og trygghetsformer er også blitt vurdert sammen, og barn med lett temperamentsstil vurderes ofte som trygge barn (Kvello, 2010).

Rye (2009) hevder at jo flere risikofaktorer barn utsettes for og jo lenger de vedvarer, desto mindre evne har de til å håndtere senere negative erfaringer. På den andre siden mener han at barn som opplever sensitiv, varm og trygg kontakt med foreldre, ser ut til å bære med seg en psykologisk «beskyttelse» mot stress og andre negative emosjonelle og sosiale erfaringer. Han mener at mye kan rettes opp ved nye positive erfaringer.

Hunneide (2007) sier at omsorg er svar på barnets uttrykk slik foreldre tolker det. Med andre ord, foreldres tolkning av barnets signaler blir avgjørende for det svar barnet får. I følge ICDPs teoretiske forankring blir det viktig å få foreldre til å utvikle en empatisk,

positiv og engasjert holdning til barnet slik at de «ser barnet og dets utspill», og kan svare barnet deretter (Hunneide, 2007).

Det er med undring jeg som barnefysioterapeut observerer hvordan trender, moter og tolking av informasjon påvirker hvordan foreldre håndterer barna. Dette påvirker igjen blant annet barns egeevne til motorisk utvikling. Et eksempel på dette er informasjon om hvordan soving på rygg har påvirket hvor mange barn som dør i krybbedød. Mange foreldre har tolket informasjon dithen at det uansett er farlig for små barn å ligge på magen. Motebransjen har fulgt opp og tilpasset klær slik at barn slipper å snus ved stell. Barn trenger å lære å forstå seg selv i verden, noe som innebærer ulike kroppslige utgangsstillinger og læring av tyngdekraftens påvirkning (Steine, 2010). Kjerstin Söderstöm (2008) sier at dette handler om både forståelse og følelser, om å oppleve og å regulere barnets indre tilstand så vel som sin egen i den konteksten de befinner seg i.

Dette knyttes til begrepet mentalisering som jeg vil komme inn på i neste avsnitt. I denne sammenhengen kan det stilles spørsmål, med støtte av Kinge (2012), ved om det hjelper at vi er fornøyde med oss selv og hverandre i teamet hvis ikke foreldrene føler at de blir sett, og at barna ikke blir sett av sine foreldre.

4.6 Mentalisering

Mentalisering er et forholdsvis nytt begrep for kjente fenomener. Begrepet viser til fenomener som angår absolutt alle (Skårderud, 2008). Mentalisering kan beskrives som vår evne til å forstå både egne og andres sinn. Kan vi forstå hverandre? Det er et menneskelig trekk at vi fortolker hverandre. Vi erfarer andres handlinger, og fortolker så følelser, tanker og intensjoner bak handlingen. En mer utdypende definisjon er «at det handler om implisitt og eksplisitt å fortolke egne og andres handlinger som meningsfulle ytringer av indre liv, eksempelvis behov, ønsker, følelser og fornuft» (Nygren & Skårderud, 2008, s. 198). Mentalisering er en kompetanse i det å utvikle empati, selvinnsett og selvrefleksjon. Imidlertid er det ikke bare barnet som må ha denne kompetansen, det gjelder også foreldrene (Steine, 2010). Fonagy har forent psykoanalyse, tilknytningsteori og nevrobiologi i teorien om mentalisering, og han beskriver mentalisering som en kapasitet til «to hold mind in mind» (Skårderud, 2008,

s. 215). Det kan også beskrives som å se seg selv fra utsiden og andre fra innsiden (Skårderud, 2008). En viktig side er at barnet i utgangspunktet er et sosialt vesen. Foreldrementalisering handler om å forstå sitt eget barn og seg selv. Det betyr at foreldrene trenger en sensitiv veileder som kan fungerer som en følelsesmessig trygghetsbase for utvikling. Ved å tilskrive mentale kvaliteter til situasjoner og fenomener, kan en veilede barn og foreldre inn i fellesskapet. Dersom foreldres oppfatning av barnet er negativt, begrensende eller i verste fall tingliggjørende, kan mishandling og overgrep skje (Hunneide, 2003). Söderström (2008) mener at foreldrementalisering er viktig som omsorgskompetanse, som i sin tur legger viktige føringer for barnets utvikling. Spedbarnsforskningen understreker at barnet er avhengig av foreldre som er tilstedeværende og psykologisk nærværende. Den viktigste læringen er den som skjer i samhandling med viktige andre, og dette er først og fremst foreldrene (Kvillo, 2010).

I det tverrfaglige samarbeidet har vi en del felleskunnskap som overlapper de ulike faggrupper. Jesper Juul (1996a) påpeker at hvis ikke alle i teamet er like opptatt av å skaffe seg ny kunnskap og kompetanse, kan det lett skapes en underliggende konflikt i systemet. «Sterkt tverrfaglig samarbeid og tverretattlig samarbeid kan være en trussel mot barnets beste hvis partene ikke har et reflektert syn på hva det innebærer» (Gjertsen, 2007, s. 211).

Jeg tror vi alle kjenner igjen tendensen til den faren som ligger i forenklinger og forhastede konklusjoner. Juul (1996) sier han oppdaget hvordan foreldre altfor ofte ble tapere i møtet med fagfolk i den forstand at de forlot sine rådgivere og terapeuter mer handlingslammet og med mindre selvfølelse enn de var kommet. De samme fagfolkene følte seg hjelpeløse og inkompetente, men av pliktfølelse følte de seg mer opptatt av å finne feil enn å se på muligheter. Kinge (2006) antar at vi bør undre oss mer, men å undre seg betyr å tåle og ikke ha full kontroll. Dette appellerer mer til følelsene, og er også noe annet enn bare å stille spørsmål. Undring tar tid. Hvis vi både i det tverrfaglige samarbeidet og i samspillet foreldre-barn kan forsøke mer «å undre seg, kunne være reflektert og usikker, det å lure, gruble, søke og utforske, det blir da ingen svakhet, men en styrke» (Kinge, 2006, s.159). Kinge (2012) mener videre at det er naturlig at vi vil betrakte verden gjennom våre ulike briller, men at vi kan bidra til et

helhetssyn ved å tilføre vår spesialkompetanse og erfaringskunnskap, høre på foreldrene og dermed komme til konklusjoner som er basert på felles vurderinger.

En av årsakene til at mentalisering er blitt et sentralt begrep i studier og arbeider med foreldre-barn samspill, er at mentalisering betegner en forutsetning for å kunne lese og forstå barns indre verden. Kvello (2010) mener dette er en forutsetning for å kunne gi en «god nok» oppvekst. Mentalisering betyr også å forstå sine egne og andres misforståelser. Svekket mentalisering bidrar til at en kan misforstå og bli misforstått. Barn lærer best å mentalisere ved at man undrer seg sammen med dem, mer enn belærer dem og gir svar på hvordan de bør forstå situasjoner (Söderström, 2008). Har foreldrene dårlig mentaliseringsevne er nettopp barnehager en mulighet til å påvirke barn på positiv måte, noe enkelte barn virkelig trenger. Utvikling av omsorgskompetanse gjennom utvikling av mentaliseringskompetanse handler om flere aspekter, og mentalisering som omsorgskompetanse understreker handlingsaspektet.

«Foreldrementalisering betyr å la sin konkrete omsorgspraksis styres av intuitiv og eksplisitt forståelse av barnets behov» (Söderström, 2008, s. 228). Det hevdes at sikker tilknytning fremmer mentaliseringsevnen, mens usikker tilknytning svekker eller hemmer den (Kvello, 2010). På samme måte er det vist at lett temperamentsstil knyttes til sikker tilknytning som igjen gir trygge barn.

ICDP programmet bygger på foreldrenes egne evner til mentalisering, og i den neste delen har jeg valgt å beskrive ICDP programmet mer inngående.

4.7 ICDP Programmet

Som tidligere nevnt regnes ICDP programmet som et andregenerasjons samspillsprogram, og utprøving av programmet ble gjennomført i Bergen i begynnelsen av 90tallet på noen helsestasjoner. Intervensjonen varte i tre måneder, og ble gjennomført av helsesøstre. Helsesøstrene rapporterte at de hadde hatt godt utbytte av veiledningen de fikk, og at programmet hadde hatt klar effekt på samspillet mellom mor og barn. Parallelt med Bergensprosjektet ble det gjennomført en stor studie i Etiopia. Intervensjonen varte i tre-fire måneder og var hjemmebasert. I etterundersøkelse ble det konkludert med at mødre hadde en signifikant bedring i forhold til positivt samspill med

barna, selv om de ikke kunne lese og skrive. De viste økt grad av sensitivitet ovenfor barnas behov, og økt grad av bevisstgjøring rundt egen rolle som omsorgsgiver (Rye, 2009).

I følge ICDP stiftelsen har programmet fått stor anerkjennelse, og er nå benyttet av UNICEF og WHO i en rekke land både i Europa, Afrika og Asia. I Norge er også ICDP blitt et nasjonalt satsingsområde for regjeringen i statsbudsjettet både i 2011 og 2012. I 2012 er Foreldreveiledning med ICDP nevnt som mulig tilbud i alle regioner til alle foreldre, men som samtidig tar sikte på å fange opp utsatte familier tidlig (Barne-, og Likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2012). Program for foreldreveiledning basert på ICDP-metoden blir brukt i hele Norge, og ved utgangen av 2010 var det registrert 1773 veiledere og 73 trenere. Imidlertid viser evalueringsrapporten at det er mange sertifiserte veiledere som ikke bruker programmet, og at mangel på tid og økonomiske ressurser blir oppgitt som de største hindrene (Sherr et al., 2011). På tross av mange sertifiserte veiledere er Øyer kommune foreløpig den eneste kommunen i Oppland som har fått opplæring. I kommunen har det vært ønskelig å få sertifisert flere, men det har ikke vært mulig for Bufetat å kunne tilby ny opplæring i Oppland enda.

4.7.1 Målsetting med ICDP programmet

Målsettingen med ICDP programmet er først og fremst å påvirke og forbedre kvaliteten av kontakt, samspill og relasjon mellom foreldre og barn (Hunneide, 2007).

Programmet er ment som supplerer til de eksisterende tiltakene som blir gjennomført av fagpersoner som arbeider med barn og familier. ICDP har et humanitært grunnlag. Det er utviklet som et forebyggende tiltak for å støtte og fremme psykososial omsorgskompetanse. Målsettingen for programmet er i følge Rye (2009):

- Å påvirke foreldres positive opplevelse av barnet, slik at foreldre kan identifisere seg med og føle med barnet.
- Å hjelpe foreldre til å bli bevisst barnets tilstand og behov og tilpasse omsorgen til barnets egne behov og initiativ.
- Å styrke foreldrenes selvtillit.
- Å fremme en sensitiv og uttrykksfull kommunikasjon mellom foreldrene og

barnet, slik at det følelsesmessige forholdet mellom de to blir positivt og utviklende.

- Å fremme et berikende og stimulerende samspill mellom foreldre og barnet. Berike dets opplevelse av verden.
- Å utvikle og veilede barnets mestring av de oppgaver som kreves i forhold til andre mennesker og omverdenen.
- Å benytte og aktivere lokal praksisformer i barneoppdragelse og barnekultur gjennom lek, spill, sang og felles aktiviteter.

Hunneide (2007) beskriver tre dialoger, den emosjonelle, den meningsskapende og den regulerende. I ICDP metoden er det så utformet åtte temaer for godt samspill. Jeg gjengir her de tre dialogene for senere å beskrive de åtte samspillstemaene.

De tre dialoger er:

- 1: Foreldres opplevelse og oppfatning av barnet- den emosjonelle dialogen
2. Foreldres opplevelse av seg selv som omsorgsgiver - den meningskapende dialogen
- 3: Foreldres oppfatning av betydningen av sitt samvær med barnet – den regulerende dialogen

Når en skal veilede omsorgsgivere til å forbedre sitt samspill og forhold til barnet, går man bort fra tradisjonelle pålegg og instruksjoner. De ressursorienterte intervensjonsmåtene tar sikte på å hjelpe foreldrene til utvikling av større sensitivitet for barns natur og behov i tråd med utvikling av foreldrementalisering. Ulike barns personlighetstrekk, som temperament og biologisk utrustning, er også mer ivaretatt i denne nye metoden enn tidligere metoder i foreldreveiledning (Rye, 2007).

Rye hevder ICDP metoden gjør at «... foreldrene får større bevissthet om hvordan de kan modifisere sin egen interaksjon og tilpasse den til barnas funksjonsmåte» (Rye, 2007, s. 164). Programmet er rettet mot de som har omsorg for barn, enten foreldre

eller forskjellige institusjoner. Når programmet gjennomføres i praksis, er det viktig å finne gode lokale modeller for å skape trygghet og tillit. Programmet har en grunnmanual, men kan tilpasses ulike aldersgrupper og spesielle målgrupper. Det har etter hvert vist seg at de ulike teamene hos oss, har utviklet ulike presentasjonsmåter ut fra personlige egenskaper, erfaringer og ønsker. Det er laget et eget veiledningshefte for minoritetsprogrammet, men det trengs en egen sertifiseringsdel for å benytte dette. De åtte samspillstemaer er utgitt på en rekke språk. Dette er viktig for å kunne ivareta det kulturelle mangfoldet.

4.7.2 De åtte tema for godt samspill

De åtte enkelte temaene for godt samspill, er først og fremst ment å skulle benyttes i en gruppeprosess. Foreldre møtes jevnlig og utveksler erfaringer og reflekterer over egen omsorgspraksis. Målsettingen med veiledningsgruppa er at de enkelte foreldre skal finne trygghet og bekreftelse på at de er «gode nok» foreldre. Gjennom gjenkjenning, utforskning og ved å bli bevisst det de gjør som er bra for barna sine, kan foreldre få hjelp til å finne sine egne løsninger og øke egen omsorgskompetanse (Rye, 2009)

Den første dialogen er den følelsesmessige kommunikasjonen, og omhandler utviklingen av et positivt følelsesmessig samspill med barnet. De fire første temaene inngår her. I den meningsskapende dialogen inngår tema fem, seks og sju, mens i den regulerende dialogen inngår tema åtte som gjerne deles i tre underdeler.

1: Vis positive følelser- vis at du er glad i barnet ditt.

Det er viktig at foreldre viser kjærlighet til barna, da dette er trygghetsskapende. Når foreldre kjærtegner, viser entusiasme og glede, er dette kommunikasjon som selv små barn kan oppfatte. Små barn kan på samme måte oppfatte avvisning og sorg. Det er mange måter å vise positive følelser på for eksempel gjennom å smile og le sammen, positiv berøring som omfavne og klemme, snakke med mild og kjærlig stemme og si en er glad i barnet, når det er naturlig. Måten dette gjøres på varierer selvsagt med alder til barnet (Hunneide, 2009).

2: Juster deg til barnet og følg dets initiativ.

I samspill med barnet er det viktig at foreldre er oppmerksomme på barnets ønsker, hva det gjør og hva det føler. Det er viktig å prøve å leve seg inn i hvordan barnet har det, tilpasse seg til barnet, og følge det som barnet er opptatt av. Rye (2009) mener at barnet må få tid til å komme med egne initiativ, men det betyr ikke at barnet skal styre foreldrene. Alle, både voksne og barn, har bruk for å bli «sett» og «forstått». Det er viktig å tolke barnets kroppsspråk og kanskje gjette hva barnet ønsker og føler. På samme måte er det viktig å svare ordentlig, når barn spør (Rye, 2009).

3: Snakk med barnet ditt om ting det er opptatt av og prøv å få i gang en «følelsesmessig samtale».

Allerede kort tid etter fødsel er det mulig å få i gang en følelsesmessig dialog med smil og øyekontakt. Den følelsesmessige samtale vil være forskjellig etter barnets alder. Med små barn er øyekontakt, nærkontakt, rytmisk samspill gjennom kroppsspråk en viktig følelsesmessig samtale. Rye (2009) mener dette er viktig for framtidig tilknytning, og for barnets sosiale og språklige utvikling.

4: Gi ros og anerkjennelse for det barnet klarer å gjøre

For at barnets skal utvikle en realistisk selvtillit, er det viktig å forklare på forhånd hvorfor noe er bra, og i ettertid forklare hvorfor det barnet gjorde, var bra. For at barn skal tørre å prøve noe nytt, få pågangsmot, er det viktig at barnet føler det er verdt noe, og at det får til noe. Ros kan gis både ved øyekontakt, smil og positiv berøring, eller som verbal anerkjennelse (Hunneide, 2009).

5: Hjelp barnet til å samle oppmerksomheten sin, slik at dere har felles opplevelser av det som er rundt dere.

Barn trenger ofte hjelp til å samle oppmerksomheten sin. Dette kan gjøre verbalt med å påkalle og lede oppmerksomheten til ting i omgivelsene, eller å gi fysisk støtte av

kroppen (Steine, 2010). Klette (2007) viste også viktigheten av trøst, og hvordan dette har betydning for barnas tilknytning. Ved å lære foreldrene å forstå babyers unike styrke og behov, kan en hjelpe foreldre til å respondere i en positiv samspillsrelasjon (Hunneide, 2009).

6: Gi mening til det barnet opplever av omverden ved å beskrive det dere opplever sammen og ved å vise følelser og entusiasme

Fokusering av oppmerksomhet og mening går ofte sammen. En snakker ofte om felles oppmerksomhetsfokus, men for «å treffe» barnet må de voksne vise følelser, entusiasme og sette ord på handlinger. Denne dialogen med fokus på mening og benevnelse, er viktig for språkutviklingen. Barn som opplever utilgjengelige foreldre og manglende oppfølging på å gjøre det ukjente kjent, vil kunne føle utrygghet. Deres hverdag blir gjerne preget av uforutsigbarhet og kaos (Hunneide, 2007).

7: Utdyp og gi forklaringer når du opplever noe sammen med barnet ditt

Dette er den siste komponenten i den meningsskapende dialogen, og den går utover den foreliggende situasjonen. Det kan være viktig å gå både «framover» og «bakover» og gi forklaringer. Forklaringer går utover barnets kunnskap og må tilpasses barnets alder. Ved å knytte assosiasjoner i situasjoner til andre tider, personer og steder, hjelper en barnet til å utvikle nye begreper (Hunneide, 2007).

Den siste delen er den regulerende dialogen, og den deles gjerne inn i tre deler.

8 a: Planlegging steg for steg

Dette handler først og fremst om å tilrettelegge slik at barnet får oversikt og innbyr til handlinger. En må her fjerne mulige distraksjoner og legge til rette slik at barnet etter hvert har noe å strekke seg mot. På denne måten kan en sikre kontinuerlig læring og

vekst. Hos eldre barn er det viktig med forklaringer på hvorfor visse ting ikke er tillatt (Rye, 2009).

8 b: Gradert støtte

Gradert støtte vil si å gi akkurat passe hjelp. Dette vil ofte si at i begynnelsen av en ny oppgave som læres, må barnet få mye hjelp. Så snart barnet selv mestrer, er det viktig å trekke tilbake støtten slik at en ikke overtar initiativet fra barnet. Dette skjer i stor grad ved at voksne på en positiv måte leder barnet uten å overta barnets initiativ (Hunneide, 2007).

8c: Positiv grensesetting.

Positiv grensesetting er det siste elementet, og omhandler foreldrenes evne til å lede barnet på en positiv måte. Barn må vises hva som er lov til, istedenfor å påpeke hva som ikke er lov. Gjensidig respekt og vennlighet kjennetegner denne måten å sette grenser på. Forhandlinger om regler og følger ved å bryte dem, er en del av denne type grensesetting. Dette handler mye om barns selvkontroll og evne til å følge vanlige regler for hensynsfull samhandling og oppførsel. Det er imidlertid ikke nok at barnet er veldisiplinert og lydige, det må vite hvorfor deres handlinger er riktige eller gale. Det er den moralske forståelse og ansvarlighet som skal utvikles (Hunneide, 2007).

I neste hovedkapittel vil jeg gå inn på metodevalg i denne masteroppgava.

5.0 METODE

I metodekapittelet vil jeg beskrive min vitenskapsteoretiske forankring, mine valg av metoder, sammensetting av grupper og intervju. Deretter vil jeg beskrive etiske betraktninger og eget ståsted.

5.1 Introduksjon til metodevalg

Regjeringens satsingsområder for barn og unge i 2011 og 2012 viser betydningen og viktigheten av tidlig innsats for å bedre barns levekår og utviklingsmuligheter. Da jeg startet på denne masteroppgava forsøkte jeg gjennom ulike søk å finne noen som hadde vurdert og tolket foreldres opplevelser og erfaringer etter deltagelse i ICDP programmet, men fant ingen studier på master- eller doktorgradsnivå. Jeg fant derimot noen få studier som hadde sett på de ansattes utbytte av programmet. Etter kontakt med organisasjonen ICDP Norge, fikk jeg kjennskap til at Barne-, likestilling og inkluderingsdepartementet hadde initierte og finansiert evaluering av ICDP programmet i perioden 2007-2010, i samarbeid med Universitetet i Oslo og University College London. Denne evalueringsrapporten ble publisert høsten 2011 (Sherr et.al., 2011). Hensikten var å få fram foreldreopplevelser og erfaringer fra det brede området ICDP kan brukes på. Der ble det brukt spørreskjemaer som ble sendt ut til 141 foreldre, som hadde deltatt på ICDP opplæring over tre år, og 79 foreldre i ei sammenligningsgruppe to ganger med tre måneders mellomrom. Gjennomsnittsalder for barnet var da 3,8 år.

Foreldreopplevelsene og foreldrerfaringene fra vår kommune kan anses som viktige innspill, ikke bare for oss i kommunen, men også for andre som benytter seg av ICDP som metode. Innspillene fra foreldrenes opplevelser og erfaringer er viktige siden vårt ICDP-tilbud er gitt som et universelt tilbud til alle spedbarnsforeldre, og at det i utgangspunktet ikke er knyttet til risikogrupper. Samtidig har vi en annen organisering med blant annet barnepass under møtene. Den store evalueringsstudien brukte spørreskjemaer som metode, mens jeg har valgt å bruke fokusgruppeintervjuer og tallanalyse for deltagelse. Dette beskrives i neste del av oppgava. Det som imidlertid synes klart er at mine funn ikke kan direkte sammenlignes med den store evalueringsstudien, da jeg ikke har fokusert på de samme spørsmålene som ble stilt i spørreskjemaene.

5.2. Metodevalg

Forskning er systematiske studier i et emne for å finne svar på spørsmål, og metodevalg er alltid avgjørende for enhver studie (Langdridge, 2006).

Ut fra studiens formål og problemstilling, hadde jeg et klart ønske om å bruke en kvalitativ studie som hovedmetode. Kvalitative metoder har gradvis blitt mer akseptert, og en viktig målsetting er å oppnå en forståelse av sosiale fenomener (Thagaard, 2008). Slike metoder egner seg også godt til å studere personlige og sensitive emner som omfatter private forhold i personens liv. For noen grupper kan en nær kontakt med forskeren være avgjørende for om de er villige til å delta i forskningsprosjektet, men nærhet kan også virke mot sin hensikt (Thagaard, 2008). I alle kvalitative metoder er resultatet avhengig av hvordan den som utfører undersøkelsen er i stand til å bruke seg selv som metodisk verktøy (Halkier, 2010). Jeg har senere i oppgava et eget avsnitt om mitt ståsted. Inspirert av begrepet mentalisering har det vært en utfordring å finne et teoretisk perspektiv som kunne bidra til å øke forståelsen av datamaterialet på en god og meningsfylt måte. Det har vært viktig å være bevisst sitt eget engasjement og rolle, og dermed være åpen for foreldrenes opplevelser og erfaringer. De teoretiske analysebegrepene med oppdeling i kjernekatogrier ut fra problemstillingen, har derfor sakte vokst fram i løpet av skriveprosessen.

Jeg ønsket å få innsikt i foreldrenes egenopplevelse og erfaring ved deltagelse, vår organisering og videre anbefalinger. Ville foreldrene anbefale videre satsing og hvilke arenaer ville foreldrene anbefale satsing på? Hva med de foreldrene som takker nei til deltagelse? Ville de av foreldrene komme med innspill på hvorfor de ikke ville delta? Vil foreldrene delta dersom tilbudet blir gitt i barnehagen?

I metodevalg ble det også viktig å få et tallbilde på hvor mange familier som har deltatt i foreldreveiledning totalt, og hvor mange barn disse har. Jeg har derfor valgt å se på tall for deltagelse både på helsestasjonens gruppetilbud, samt minoritetsgruppa og de barnehagene som har gjennomført kurs.

5.3 Vitenskapsteoretisk forankring

En viktig målsetting ved bruk av kvalitativt design, er å oppnå økt innsikt og forståelse av fenomenet en studerer. Både fenomenologiske og hermeneutiske studier vektlegger fortolkning og forståelse av hvilken mening som knytter seg til ulike handlinger. Begge tilnærmingene tar utgangspunkt i enkeltpersoners egen forståelse av handlinger og

forståelse av egen erfaring. Det framheves at handlingenes mening må fortolkes i lys av aktørenes intensjoner (Grønmo, 2004). Siden jeg ønsket både foreldres opplevelse og erfaringer, syns jeg dette var et egnet perspektiv. Jeg ønsket samtidig å ha muligheten til å fortolke og fokusere på et dypere meningsinnhold. Fortolkningsdelen i kvalitativ forskning påberopes stor betydning. Det ses på som viktig å presisere og tydeliggjøre de prosesser som fører til resultatene i kvalitativ forskning (Thagaard, 2009). ICDP metoden bygger på et fenomenologisk-hermeneutisk perspektiv, fordi det bringer inn hele det komplekse settet av forhold som påvirker en persons handlinger og valg (Hunneide, 2003).

I styringsgruppe og referansegruppa ønsket jeg å få innspill til valg av metode, og anbefalingene gikk på bruk av fokusgrupper som metode, nettopp fordi ICDP kursene gjennomføres som gruppetilbud. Jeg diskuterte også metodevalg sammen med veileder. Halvor Fauske anbefalte meg å ta kontakt med Liv Altman, høgskolelærer på HIL, som hadde erfaring i bruk av fokusgrupper. Hun var positiv til henvendelsen, og ble med som intervjuer i fokusgruppene.

Jeg hadde flere muligheter da jeg skulle bestemme meg for vitenskapsteoretisk forankring, men valgte fortolkende fenomenologisk analyse (Smith, Flowers, & Larkin, 2009). Dette mente jeg var det som passet best for å få belyst min problemstilling og mine forskerspørsmål.

5.4 Fortolkende fenomenologisk analyse (IPA)

Fortolkende fenomenologisk analyse eller Interpretative Phenomenological Analysis (heretter kalt IPA) er en forholdsvis ny metode, og hovedfokus er hvordan mennesker forstår sine livserfaringer (Smith et al., 2009). I begynnelsen ble IPA beskrevet som en metode for å overskride skillet mellom kvantitative sosio-kognitive tilnærminger og diskursive tilnærminger til helsepsykologi gjennom å benytte fortolkningsprosesser (Langdridge, 2006). IPA er i stor grad hentet fra fenomenologi, hermeneutikk og ideografisk tenkning. Metoden er opptatt av å utforske informantenes personlige erfaringer og fokuserer på hvordan de forklarer disse. Smith et al. (2009) definerer

erfaring som en kompleks prosess av meninger og perspektiver som er nært knyttet til den relasjonen et menneske har til verden.

Fenomenologer har fokus på levde erfaring, eller som Grønmo sier: «Det er aktørens egen opplevelse av fenomenene, eller aktørens livsverden, som legges til grunn for analysene» (Grønmo, 2004, s.372). Ved bruk av IPA vil en erkjenne at forskeren ikke kan unngå å fortolke data (Smith et al., 2009). For å kunne fortolke handlingene må forskeren få innsikt i aktørens hensikter med handlingen. Forskeren vil være opptatt av å få innsikt i erfaringer, opplevelser og oppfatninger i en mer generell forstand. På denne måten kan intensjonen settes inn i en større sammenheng (Grønmo, 2004). Hvis en tar utgangspunkt i at mennesker er forstående og fortolkende individer preget av sin historie og sine sosiokulturelle sammenhenger, innebærer det å erkjenne at samme spørsmål kan oppfattes og fortolkes forskjellig. Likeledes kan ulike spørsmål aktualisere erfaringer og tanker av samme art hos forskjellige personer (Thornquist, 2003). IPA er tosidig i den forstand at informanten forsøker å gi uttrykk for sin forståelse av en erfaring og opplevelse, mens forskeren igjen forsøker å tolke hva informanten formidler (Smith et al., 2009).

Smith et al. (2009) oppfordrer til at forskeren gjør seg kjent med egne erfaringer med det valgte tema for å være bevisst sin egen forforståelse av temaet. Thornquist (2003) hevder at vår forforståelse endres med våre konkrete undersøkelser. Dette betyr at fortolkninger vi gjør av oss selv og våre omgivelser er betinget av en rekke forhold. Disse kan aldri beskrives på en helt uttømmende måte (Alvsvåg, 2010). At det er vanskelig å beskrive fortolkninger, viser til et viktig fortolkningsmessig prinsipp. Forenklet sagt betyr dette at vi forstår «delene ut av helheten og helheten ut av delene» (Thornquist, 2003, s. 142). Flere forfattere deler også denne oppfatningen, blant annet Alveson & Skjölberg som sier det samme på denne måten: «... delen kan endast förstås ur helheten och helheten endast ur delarna» (Alveson & Skjölberg, 1994, s. 115)

I samsvar med den kvalitative forskningens fortolkende perspektiv, skal analysen føre frem til en helhetsforståelse av dataenes meningsinnhold.

IPA er ideografisk i den forstand at det er opptatt av det unike og spesifikke. Metoden ønsker å undersøke viktigheten av detaljer. Dette ses på som nødvendig for å kunne gjennomføre et grundig og systematisk analysearbeid. IPA er fleksibel i sin form og

tillater tema og emner å oppstå i løpet av analyseprosessen. Metoden skal ikke bekrefte eller avkrefte hypoteser (Smith et al., 2009).

Smith et al. (2009) mener at IPA er godt egnet i fokusgrupper dersom spørsmål handler om hva som er viktig for ei gruppe. På den måten kan en få fram perspektiver og behov fra flere antall deltagere enn i individuelle intervjuer. I IPA som analysemetode er det fem steg. Det første er lesing av hvert tilfelle med blick for det overordnede meningsinnholdet. Her begynner en med individuelle tilfeller som hos meg er to fokusgrupper, for så å bevege seg mot det generelle. Det neste steget er identifisering av temaer. Dette steget er omtrent som i andre analysemetoder hvor en prøver å trekke ut meningsstrukturene. I IPA trenger en imidlertid ikke kun bruke deltagerens språk. Identifisering av temaer kan forstås som en forhandling, hvor forskeren må unngå å påtvinge teksten sitt eget verdisyn. Målet er å se verden gjennom deltagerens øyne, og i størst mulig grad legge bort ens egne forutinntattheter. Videre struktureres temaene. Her vil noen temaer ofte utpeke seg som overordna, mens andre forblir mer underordna. I steg fire lages en oppsummerende tabell for temaene og gruppene. Dette er åpenbart en prosess basert på skjønn. Ved å unnlate ting man selv ikke liker, kan man miste viktige meningsenheter. Det siste steget er en tematisk integrering av enkelttilfellene og mønstre på tvers av intervjuer. Ved presentasjon organiseres intervjuene etter de overordnede temaene og diskuteres i lys av eksisterende litteratur, og med støtte av direkte sitater fra deltagerne (Langdridge, 2006).

I neste del av oppgava vil jeg presentere fokusgruppe som metode, styrker og svakheter ved bruk av fokusgrupper og min sammensetting av fokusgruppene. Jeg vil videre beskrive gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene, deretter etiske betraktninger og så mitt ståsted.

5.5 Fokusgruppe

Fokusgrupper er et intervju hvor data produseres via gruppeinteraksjon omkring et emne som er forhåndsbestemt av intervjueren (Halkier, 2010). Grønmo definerer fokusgrupper slik:

Fokusgrupper er gruppe av personer som deltar samlet i uformell intervjuing. Intervjuingen ledes av forskeren og foregår i form av diskusjoner i gruppen. Formålet med fokusgrupper er ofte å få fram et mangfold av synspunkter, vurderinger og kreative assosiasjoner om bestemte, forholdsvis avgrensede temaer (Grønmo, 2004, s. 416).

Halkier (2010) sier at fokusgruppe er en form for gruppeintervju, men at alle gruppeintervjuer ikke er fokusgrupper. Fokusgruppekombinasjonen gjør de spesielt egnet til å produsere empiriske data som sier noe om betydningsdannelse i en gruppe. Halkier hevder videre at «... det i hverdagslivet foregår betydningsdannelse som en del av menneskers sosiale erfaringer» (Halkier, 2010, s. 10).

Halkier (2010) mener videre at fokusgrupper rommer potensialet for at deltagerne i deres interaksjon med hverandre, kan formidle hverdagslige og gitte forutsetninger. Det kan gjøres gjennom å «tvinge» hverandre til diskusjon, for på den måten å komme fram til hva som er av betydning. Halkier beskriver videre følgende for bearbeiding av fokusgruppedata: «Koding, kategorisering og begrepsdannelse er redskaper til å danne seg et overblikk over datamaterialet og få det redusert på noenlunde systematisk vis» (Halkier, 2010, s. 84).

Halkier (2010) mener at man ser etter temaer, gjentakelser og mønstre. Samtidig er det viktig å se etter variasjoner, kontraster, brudd og paradokser.

Det passer godt inn i det overbyggende teoretiske grunnlaget for IPA.

5.5.1 Styrker og svakheter ved bruk av fokusgrupper

Fokusgrupper er først og fremst egnet til å produsere data om sosiale grupper, fortolkning, interaksjoner og normer. De er mindre egnet til å produsere data om enkeltindividets livsverden. I denne oppgava er det mest interessant å få innblikk i gruppas uttalelser og tanker.

Det er den sosiale interaksjonen som kilde til data, som er en styrke ved fokusgrupper (Halkier, 2010). En må være klar over at i fokusgrupper, nettopp på grunn av den sosiale interaksjonen, kan oppstå en tendens til at noen prater hele tiden og andre forblir

stille. Begge tendenser kan legge en demper på variasjonen i deltagerens uttrykk for forståelse og erfaringer. Det kan også være forskjell på foreldres temperamentsstil og deres evne til å tilpasse seg gruppedynamikken (Kvillo, 2010). Dette er det viktig å ta hensyn til i analysen, fordi det kan være få som representerer gruppas meninger (Halkier, 2010). Det er mulig å undres over om ulik sosial interaksjon, at noen få overtok styringa og at gruppedynamikken muligens ikke følte god, kanskje var medvirkende årsak til at den ene gruppa hadde stort frafall i løpet av de 8 møtene. Dette fikk også konsekvens for mitt utvalg av antall fokusgruppeintervjuer og antall informanter.

5.5.2 Sammensetting av fokusgrupper

Fokusgruppers produksjon av kunnskap, avhenger av deltagerens sosiale samhandling med hverandre. Som en hovedregel bør fokusgrupper verken være for homogene eller for heterogene. Halkier (2010) mener at dersom deltagerne er i samme livssituasjon, kan det overskygge andre forskjeller i sosial bakgrunn, og på denne måten egne seg som fokusgruppe. For å få best utbytte av fokusgrupper, kommer det ulike anbefalinger i litteraturen. Ulikhetene er knyttet til hvor mange fokusgrupper en bør ha, og hvor mange deltagere det bør være i gruppa. Det er imidlertid enighet i at antall grupper og antall deltagere betyr ganske mye (Halkier, 2010). Et argument for å bruke få grupper er muligheten for å bearbeide datamaterialet mer i dybden med hensyn til sosiale forhandlinger, språklige uttrykk og meningsdannelse. Halkier anbefaler «at man holder antall fokusgrupper i et prosjekt på et absolutt minimum, særlig i studentprosjekt da fokusgrupper er svært arbeidskrevende å analysere» (Halkier, 2010, s. 42). Av denne grunn bør man ikke produsere så mye materiale at fortolkninger og analyse bare blir overfladiske. Jeg valgte å invitere de første tre ICDP gruppene i 2010 til fokusgruppeintervju (Vedlegg nr.1).

Disse tre første gruppene ble ledet av tre ulike team bestående av helsesøstre og barnevernspedagoger. Dette var de første kursene i Øyer kommune, og de første gruppene i Oppland fylke. Disse gruppene inngikk i sertifiseringsdelen som ICDP veiledere. Fokusgruppeintervjuene ble avholdt flere uker etter de åtte ICDP kursdagene var gjennomført, men spørsmål om de kunne tenke seg å delta i dette forskningsarbeidet

fikk jeg anledning til å spørre om direkte på den siste sammenkomsten. De uttrykte det var koselig å bli invitert tilbake på helsestasjonen sammen senere.

Den ene gruppa hadde stort frafall i løpet av de åtte møtene som ICDP gruppene varte, og til fokusgruppeintervju møtte bare en forelder. Vi gjennomførte intervjuet, men ut fra veiledning er ikke uttalelser fra denne forelderens med i analysen. Jeg ønsket å få innsikt i foreldrenes opplevelser gjennom gruppetilhørighet. Fordi en person ikke er ei gruppe, ble dette intervjuet forkastet. På grunn av frafall stod jeg da igjen med to fokusgrupper med til sammen 11 informanter. Umiddelbart synes jeg det var synd å måtte forkaste intervjuet med den ene forelderens. I løpet av skriveprosessen har jeg imidlertid vurdert materialet jeg hadde som tilstrekkelig og passe stort for å få belyst min problemstilling. Det er imidlertid grunn til å anta at jeg ville fått med andre synspunkter dersom alle intervjuene hadde kunne involveres.

5.5.3 Fokusgruppeintervjuene

Fokusgruppeintervjuene ble foretatt på helsestasjonen som var en kjent arena for alle. Jeg og Liv Altmann hadde en samarbeidsprosess fram mot intervjuene. Vi kom der fram til at vi ikke ønsket en intervjuguide. Vi ønsket imidlertid å stille noen kjernesporsmål knyttet til problemstillingen min. Denne måten å strukturere fokusgruppeintervju på er i tråd med det Morgan kaller traktmodellen. Her innledes det åpent og avslutter med en strammere styring (Halkier, 2010). Et kritisk spørsmål Halkier (2010) stiller, er om gyldigheten ved kunnskapen, analysene og de argumentene vi produserer når vi bruker fokusgrupper, gir gode svar. Validitet og generalisering er begreper som ofte brukes innen forskning, men også faggrupper diskuterer hvilken betydning dette har i daglig arbeid. I undersøkelser med fokusgrupper fordrer validitet eller gyldighet «først og fremst at man utfører et systematisk håndverk og gjør det gjennomskuelig for andre, og at man argumenterer analytisk overbevisende nok til at andre aksepterer resultatene» (Halkier, 2010, s.129). I gruppeintervjuer validiserer og generaliserer en ved hjelp av variablene som kommer fram (Halkier, 2010). Temaene som utpekte seg under gruppeintervjuene ble avgjørende for hva som ble analysert. Grønmo sier: «Kvalitative tilnærminger basert på et fleksibelt design, og et nært og sensitivt forhold til kildene skulle gi særlige gode muligheter for relevante tolkninger» (Grønmo, 2004, s. 131).

Intervjuer ønsket at informantene skulle fortelle sin historie. Selv om det ikke var utarbeidet noen intervjuguide, forsøkte intervjuer med å stille noen spørsmål for deretter å følge opp med spørsmål basert på foreldrenes svar. Problemstillingen min var kjent for intervjuer, slik at samtidig som det ble gitt mye plass til deltagerens perspektiver og samhandling med hverandre, ville jeg kunne få svar på forskerspørsmålene mine.

Intervjuene ble tatt opp på bånd. Thagaard (2003) skriver at bruk av båndopptager kan gi intervjuet et formelt preg, noe jeg ikke opplevde. Gruppene hadde åtte tidligere samlinger bak seg, og tonen og stemningen var god fra første øyeblikk. Jeg lyttet så flere ganger gjennom intervjuene og transkriberte intervjuene. Fordi analyser med IPA primært ønsker å få fram mening og tilfredshet og deltagerens utbytte, trengs det ikke å transkribere eksakt lengde på pauser og ikke alle non-verbale ytringer (Smith et al., 2006). Jeg har ikke brukt noe dataprogram i analysearbeidet. Etter hvert som jeg hørte intervjuene mange ganger, syns jeg det var overbyggende temaer som ble tydelige. Disse passet inn for å få belyst problemstillingen min. Et etisk krav er at studien blir meldt til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste NSD. Dette ble gjort og godkjenningen ligger som vedlegg nr.to. Foreldreuttalelsene passet også godt med NSD prosjektvurderinger og kommentarer (Vedlegg nr.2). Alle fokusgruppeintervjuene hadde en varighet på 1 ½ time.

I kvalitative intervjuer benytter intervjueren seg av dobbelt blikk. Halkier (2010) mener at dersom intervjuene skal fungere, må man vie oppmerksomheten både til innholdet i samtalen og til prosessene rundt. Den sosiale samhandlingen og samtalene, altså samspillet i fokusgruppen, er viktig for at gruppa skal fungere. Intervjuer var spontan, ga mye av seg selv, og delte sine private erfaringer som mor. Det lot ikke til å gå utover intervjuet at flere av foreldrene, tross tilbud om barnevakt, måtte ha med sitt hylende barn i perioder. For meg opplevdes det både godt og trygt, men ikke minst metodisk viktig, å få muligheten til å få med meg en så dreven og stødig hovedintervjuer. På tross av uforutsette handlinger, beholdt hun roen og fokuset. Jeg tok ikke notater underveis. I noen tilfeller ble jeg dratt inn i diskusjoner, men forholdt meg stort sett som en observatør. Det var i ettertid spennende å høre gjennom intervjuene før transkribering. Ville jeg gjenkjenne og tolke gruppenes svar på tilnærmet samme måte som jeg hadde opplevd det ved deltagelse i intervjuene?

Det etiske perspektivet løper som en rød tråd gjennom kvalitativ forskning, og Widerberg sier at er ikke etikken god, så er ikke kvaliteten det heller. Hun mener at det etiske ansvaret er både større og mer gjennomgripende i kvalitativ forskning enn i kvantitativ forskning (Sisert i Thagaard, 2003).

Jeg har valgt å skrive et eget avsnitt om etiske betraktninger.

5.6 Etiske betraktninger

All vitenskapelig virksomhet krever at forskeren forholder seg til etiske prinsipper (Thagaard, 2003). Et viktig etisk aspekt er anonymitet (Thagaard, 2003). Jeg har forsøkt å ivareta den ved at jeg benevner alle som foreldre, selv om gruppene besto både av mødre, fedre og par. Jeg har i tillegg ikke nevnt antall barn de forskjellige informantene har, bare totalantallet. Som barnefysioterapeut er jeg nært knyttet til utøvere av veiledningen, og for å unngå eventuelle videre spørsmål om habilitet og min nærhet til disse, var det betryggende å ha med en utenforstående intervjuer.

Rasmussen skriver at «dersom man ikke er villig til å gi av seg selv, nytter det ikke å diskutere etiske problemstillinger» (Rasmussen, 2010, s. 7). Det arbeider i dag mer en 350000 i helse- og sosialtjenesten i Norge. Mange av klagen fra brukere dreier seg om hvordan utøveren har oppført seg overfor den som mottar tjenester. Prioriteringer er anvendt etikk, sier Rasmussen (2010). Han hevder videre at «løsningen på etiske problemer kan aldri vedtas. Prioriteringsdebatten vil ikke forsvinne og må ikke forsvinne» (Rasmussen, 2010, s. 20).

Sosial og helsedirektoratet (2007a) beskriver at det er brukernes opplevelser av tjenestene som er komplekse. Kompleksiteten gjør at det kan stilles spørsmål ved om opplevelser kan gjenspeiles fullt ut gjennom spørreskjemaer om brukertilfredshet. Bruk av kvalitative metoder kan kanskje være med på å gi andre verdifulle innspill i forbedring av tjenestene. Det er derfor etisk viktig å ha en bevisst holdning til valg av metoder, og evaluere tiltakene på en etisk forsvarlig måte. I veilederen (2007a) beskrives målet for all sosial- og helsefaglig virksomhet at tjenestene skal være virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gi de innflytelser, være samordnet og preget av kontinuitet, samt utnytter ressursene på en god og rettferdig

måte. Det anbefales videre å sette av tid og ressurser til kontinuerlig forbedringsarbeid, men også styrke systematisk erfaringsutveksling og refleksjon over praksis (Sosial og Helsedirektoratet, 2007b). Dette kan være vanskelig i en travel hverdag, men denne oppgava vil forhåpentlig kunne bidra til å reflektere over innholdet i prosjektet. Målet er at kommunen også får verdifulle innspill fra foreldrene i overgang fra prosjekt til varig implementering. Rasmussen (2010) er svært bastant da han skriver at Norge bruker mer og mer helseressurser på tilstander som ikke burde hatt noe tilbud innen helsevesenet i det hele tatt. Han mener med dette at norske myndigheter må ta enda mer ansvar for samfunnsmessige, forebyggende tilnærminger, og ikke bruke så mye penger på tiltak som ikke virker. Programmer rettet mot foreldre generelt, har ikke vært vanlig, men Sherr et al. (2011) beskriver hvordan økt fokus på samfunnsorientert tilnærminger kan styrke den viktige barn-foreldre relasjonen. Det skal bli spennende å følge hvordan det forebyggende perspektivet i Folkehelseoven vil påvirke satsingen på dette fagfeltet i ulike kommuner, også i Øyer.

Etisk ansvar i kvalitative studier skal blant annet knyttes opp mot informert samtykke. Reglene sier: «Forskningsprosjekter som forutsetter aktiv deltagelse, skal vanligvis bare settes i gang etter deltagerens informerte og frie samtykke. De som blir forsket på har til enhver tid rett til å avbryte sin deltagelse» (Thagaard, 2008, s.23). Det er forskerens ansvar å unngå negative konsekvenser for de som deltar, og for den gruppa de representerer. Jeg støtter meg på Thagaard (2003) som uttrykker at etikken ikke er det som er i oss, men det som er mellom oss.

I neste del vil videre gjøre rede for mitt eget ståsted og min nærhet til ICDP metoden før jeg går videre med analysedelen.

5.7 Eget ståsted

Som barnefysioterapeut i 25 år med spesialistkompetanse fra 2001, har jeg mye erfaring med barn og deres foreldre. Ved siden av deltidsstilling som barnefysioterapeut, er jeg som tidligere nevnt prosjektleder i Tidlig intervensjonsprosjektet i kommunen. Jeg hadde på forhånd et godt utviklet nettverk gjennom mangeårig tverrfaglig samarbeid både her i kommunen, men også gjennom min deltidsstilling på sykehuset i

Lillehammer i flere år og ett år i Habiliteringstjenesten for barn i Oppland. Som prosjektleder ser jeg at jeg er «farget av» ønsket om at prosjektet som helhet skal evalueres som vellykket, både av fagfolkene og foreldrene. Det kan således stilles spørsmål ved om jeg er nøytral nok i forhold til et kritisk perspektiv. Da det gjelder ICDP, deltok jeg på alle fire opplæringsdager og jeg har også deltatt på veiledningsdagene. Jeg har imidlertid ikke hatt selvtreningsgruppe, og er derfor ikke sertifisert ICDP veileder. Jeg antar at dersom jeg hadde ledet gruppe, ville ei slik oppgave som dette vært langt vanskeligere. Jeg måtte da ha vurdert annerledes i forhold til hvem som skulle fått tilbud om deltagelse i fokusgruppe. På sikt har jeg imidlertid ønske om å bli sertifisert. Da en forsker i eget fag og dokumenterer kollegaers praksis, snakker en ofte om en dobbelthet. En har på den ene måten stor tilgang til å forstå feltet når det er kjent, men på den andre siden kan en være blind i den betydningen at en tar mye for gitt. Utfordringen er og ikke late som en er nøytral.

Jeg er glad jeg for å ha vært med på en rivende utvikling innen barnefagfeltet, og ikke minst betydningen av godt tidlig samspill mellom barn og foreldre. Som fysioterapeut er jeg opptatt av de signaler og den kommunikasjonen særlig babyer og småbarn, uten verbalt språk, formidler gjennom kroppsspråk. Det har derfor vært en spennende faglig prosess for meg å gå inn i teorier knyttet til relasjonelle forhold. Da jeg studerte fysioterapi, var det mest fremtredende det naturvitenskaplige synet på kropp. Jeg syns ICDP som metode er spennende, nettopp for den knyttes til relasjoner. Aubert & Bakke (2008) beskriver noe av dette med sin boktittel: Utvikling av relasjonskompetanse. Nøkler til forståelse og rom for læring. Det at foreldrene må finne ut hva som passer best for seg selv i samarbeid med hjelpeapparatet, gir nye utfordringer.

Rasmussen(2010) skriver at i norsk helsepolitikk har det de siste tiårene vært en tendens til å si at forskning er noe andre kan gjøre. Jeg opplever imidlertid at i min kommune er det stort engasjement for kompetanseheving og støtte for videreutdanning og forskning. Jeg har daglig tett tverrfaglig samarbeid. Mye av min forforståelse, glede og engasjement i jobben, er det tverrfaglig samarbeidet. På den andre siden er også min kritiske holdning til fagfolks ekspertmakt overfor foreldre, nettopp bygget på det praktiske samarbeidet. Jeg støtter meg på Kinge (2012) som minner oss på at samarbeid er ferskvare som må vedlikeholdes. En avklaring av ens egne og andres holdninger og synspunkter kan gi et godt utgangspunkt for spennende samarbeid.

5.8 Invitasjon til ICDP grupper

De tre første ICDP gruppene på helsestasjonen ble rekruttert likt. For å nå foreldrene ble det gitt muntlig informasjon av helsesøstre da barna var på kontroll. I tillegg ble det sendt ut egen informasjon (Vedlegg nr. 3) og informasjon fra organisasjonen ICDP Norge (Vedlegg nr. 5). Foreldrene fikk valget mellom to alternative dager på helsestasjonen på Tretten og ei gruppe lokalisert i Øyer. I disse første gruppene var derfor geografisk stedsplassering, dag og tid en mulig årsak til gruppesammensetning. Invitasjon til nye grupper har deretter foregått uten valgmulighet på dag, tid og stedsplassering (Vedlegg nr. 4). Alle disse gruppene er gjennomført på dagtid. I 2012 ble det foretatt en forespørsel om foreldre ønsket kveldskurs på helsestasjonen, men dette var ikke ønskelig.

5.9 Analysemetode

I metodebøker settes gjerne kvantitativ og kvalitativ forskning opp mot hverandre. Det fremheves at målet med kvalitativ forskning er å komme fram til dybdekunnskap, og få helhetlig forståelse av få enheter. Målet i kvantitativ forskning er å fremskaffe kunnskap om omfang og utbredelse, frekvenser og fordelinger, og statistiske sammenhenger i forhold til mange enheter (Thornquist, 2003). Det er fra flere hold kommentert at det ikke er forskningen som er kvantitativ eller kvalitativ, men det er det empiriske materialet og dataene som er kvalitative eller kvantitative. Noen har derfor tatt til ordet for heller å snakke om tekst- og tallbasert forskning. Det er imidlertid klart at i enhver beskrivelse og presentasjon av materialet, er det nødvendig å foreta utvalg. Helse- og sosialfaglig virksomhet vil alltid dreie seg om både målbare forhold og meningsfulle fenomener (Thornquist, 2003). Å velge analyseperspektiv betyr at noe belyses, mens andre ting kommer mer i skyggen. Dette betyr at noen spørsmål aktualiseres, mens andre aldri blir stilt. Å erkjenne at det finnes mange perspektiv som bestemmer retningen og oppmerksomhetsfeltet, betyr at samme fenomen, samme situasjon, hendelse og handling kan betraktes ut fra flere synsvinkler. Nøkkelord her er varsomhet, selvkritikk og åpenhet. Her kommer også grad av nærhet og avstand inn i bildet. Thornquist sier: «Vi har dessuten alltid både faglige og sosiokulturelle briller på oss» (Thornquist, 2003, s. 219).

I neste del av oppgava vil jeg belyse tallmaterialet jeg har brukt som empirisk grunnlag for tolkning og analyse.

5.9.1 Tallanalyse

Et av målene i prosjektet var å starte bredt, som et universelt forebyggende tilbud, for å gi tilbud til alle foreldre med barn mellom null og to år. Ved å starte ved de aller minste, vil kommunen kanskje også nå de foreldre med mange risikofaktorer for uheldig utvikling hos barna. Spørsmålet ble så: Ville vi få så mange foreldre til å delta at vi kunne anta at tiltaket ville være verdt å satse på framover? Ville foreldrene anbefale tilbudet til nye foreldre i barselpermisjon?

Eksterne samarbeidspartnere som yter økonomiske midler, er ved siden av de som drifter prosjekter til daglig, engasjert for at prosjektet skal framstå som «vellykket». Hvordan måle grad av vellykkethet i forebyggende tiltak er i seg selv utfordrende. Jeg mener det er en berikelse, både for prosjektet og denne oppgava, at jeg ved siden av kvalitative data har med kvantitative data. Tallene gir muligheter til interessante refleksjoner i mange sammenhenger, både rundt deltagelse på helsestasjonen, men også videre satsing i barnehagene og for minoritetsgrupper. Vi har ingen tidligere statistikk over hvor mange som har vært med i barselgrupper før omlegging til ICDP grupper, slik at det er umulig å finne sammenlignbare tall.

5.9.2 Kvalitativ analyse

I IPA som analysemetode kan en gruppere og behandle data etter temaer som framkommer i intervjuene (Langdridge, 2006). Fordi IPA ikke har en streng intervjuguide, var det spennende å se om temaene som ble tatt opp ville være i overensstemmelse med NSD sin godkjenning. Her står det følgende: «Intervjuet vil omhandle foreldrenes forventninger, opplevelser og erfaringer med deltagelse i foreldreveiledningsprogrammet, synspunkter på barnevernets forebyggende rolle, organisering med bruk av barnevaktordning, tidspunkt samt anbefalinger» (Vedlegg nr.2).

Utgangspunktet for videre presentasjon i oppgava er de overordnede temaene som vokste fram i analyseprosessen og deretter med undertemaer. Jeg har valgt støtte av direkte sitater fra deltagerne for å belyse temaene. I analyse og tolkningsdelen vil jeg først presenterer omfanget av foreldredeltagelse og antall barn disse har.

6.0 ANALYSE OG TOLKNING

Ulike levekårsstatistikker viser at Norge er et av verdens beste land og vokse opp i. Øyer kommunes visjon er at kommunen skal være den beste kommunen og leve i. Visjoner er noe å strekke seg mot. For kommunen kan en slik visjon være krevende å nå opp til, men samtidig et godt mål å streve mot. Norge har utviklet vernet av barn til det ypperste av hva som finnes i verden, men mange barn kjenner seg ikke igjen i denne beskrivelsen (Hjermann, 2009). Skal Øyer kommune klare å gjennomføre sin visjon, er oppvekstfamilien til barna viktig. Nettverk er således viktig, og den «hjelpsomme naboen» er gull verdt for mange. På den andre siden er den «brysomme nabokjerringa» som varsler ved forhold som ikke er bra for barna. Denne varsleren kan for mange voksne oppfattes som ingen god nabo eller venn. Haavind hevder følgende: «Foreldrearbeidet er personlig, men foreldrene står ikke alene i sine bestrebelser på å skape et robust hverdagsliv med sine barn» (Haavind, 2009, s.113).

Det kan i mange tilfeller stilles spørsmål ved vi som helse- og omsorgsarbeidere har et barne- eller foreldreperspektiv. Er vi «gode nok» til å ivareta både barna og foreldrene, eller kan det tenkes at vi bevisst eller ubevisst utnytter vår såkalte ekspertrolle? Og hvem prioriteres da? Uansett må vi huske at FNs barnekonvensjon er overordna annet lovverk. Barns beste skal prioriteres, men det kreves varsomhet da mye beror på tolkning.

Ensomhet i barselperioden er et tema det ikke har vært rettet mye oppmerksomhet mot. Vi ser at det finnes mange både offentlige og private tilbud, også for babyer. I media har det vært mye oppmerksomheten knyttet til tilbud som finnes, slik som babykafé, babysang, babykino, trillegrupper og babysvømming for å nevne noen De fleste slike tilbud koster penger, og for noen er dette et ekskluderende grunnlag. Det er blitt mer

offentlig bevissthet knyttet til fattigdomsproblematikk, og vi vet at sosiale og materielle forskjeller i barndommen kan føre til dårligere helse senere i livet (Straand, 2011). Straand (2011) hevder videre at psykisk helse blir påvirket av samspillet mellom individuelle og miljømessige forhold. Forebygging må derfor rette seg både mot individ og miljø. I dette prosjektet har en nettopp knyttet individuelle tiltak med rusforebygging og psykisk helse sammen med foreldreveiledning i gruppe. Foreldreveiledning med ICDP metoden er et forebyggende tiltak som støtter og fremmer psykososial omsorgskompetanse. Det gis her ingen klare og like «oppskrifter» for ulike foreldre, men fokuserer mer på å bevisstgjøre de positive kvaliteter i samspillet mellom foreldre og barn. På denne måten kan foreldrene framstå som «gode nok» omsorgsgivere.

Helsestasjonens tjenester er gratis, og således ekskluderes heller ingen fra denne arenaen ut fra økonomiske hensyn. Kan det tenkes at tilbudet dermed også fanger opp noen foreldre som en tenker har mange risikofaktorer og færre beskyttelsesfaktorer? Vil tilbudet være med å gjøre foreldrene til «gode nok» slik at barnevernet muligens ikke vil måtte gripe inn senere med noen av sine sterke virkemidler? Hvis foreldrene gjennom deltagelse opplever at de forbedrer sin kommunikasjon, bedrer sin evne til å formidle erfaringer og læring til barnet, er det grunn til å anta at gevinsten er stor. En må imidlertid også være klar over at ICDPs ressursorienterte tilnærming i gruppe ikke passer for alle. Det kan derfor tenkes at andre metoder passer bedre for noen.

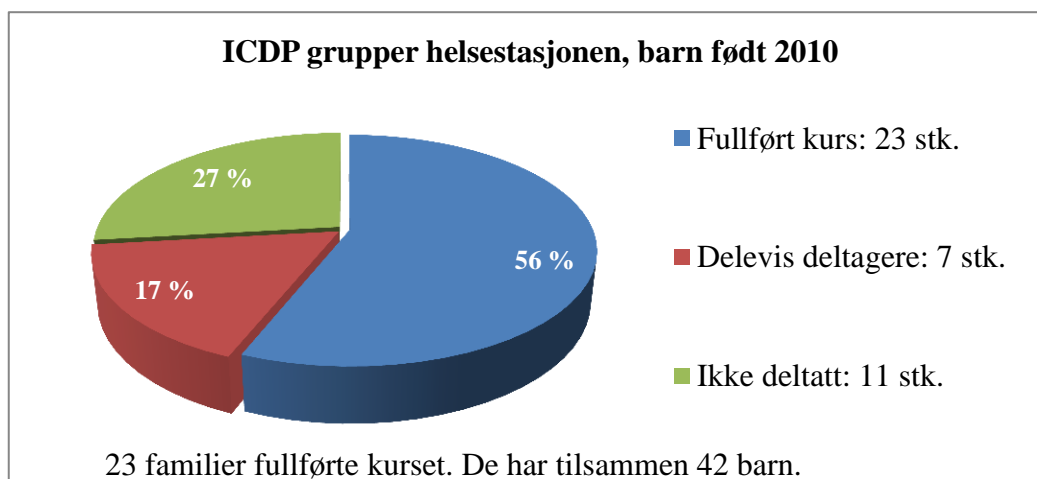
Til leserens orientering har jeg valgt å skrive intervjuers spørsmål og foreldrenes svar i kursiv skrift.

6.1 Antall deltagere

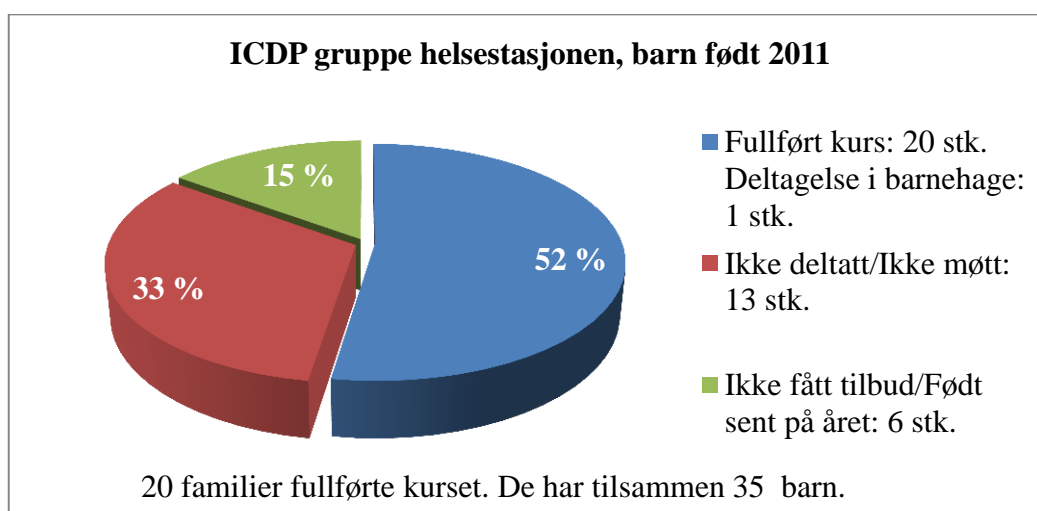
Et av forskningsspørsmålene mine var om mange har benyttet seg av tilbudet. For kommunen har det vært viktig å få et overblikk over hvor mange familier og deres barn som totalt har deltatt på ICDP grupper.

Jeg har derfor valgt å se på deltagelse i årskull 2010 og 2011 på helsestasjonen, men også valgt å se på antall deltagere utenom helsestasjonen, i barnehagene og i minoritetsgruppa. Jeg har videre i oppgava valgt å beskrive deltagelse med ord sammen med en grafisk framstilling.

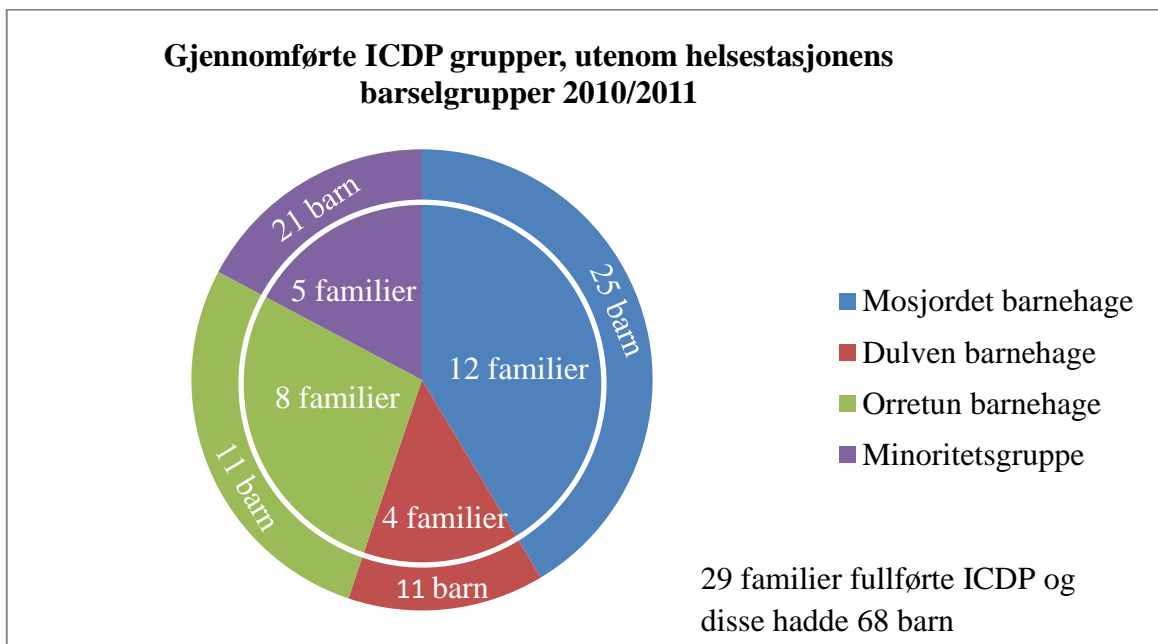
I 2010 var det 51 nyfødte barn hvorav 41 fikk tilbud om deltagelse i ICDP grupper. Av disse deltok 23 foreldre, sju deltok en eller to ganger og 11 takket nei. En familie deltok både på helsestasjonen og i barnehage, men er tellet med på helsestasjonen. De 23 familiene som gjennomførte kurset hadde til sammen 42 barn.



I 2011 er det gjennomført to ICDP grupper, og ei gruppe er gjennomført i 2012 med barn født i 2011. Det ble født 46 barn, hvorav seks barn ikke fikk tilbudet, og ytterligere seks har nå fått tilbud med oppstart i mai. 34 barn født i 2011 var dermed aktuelle deltagere. En familie hadde nylig deltatt i barnehagen, og ønsket derfor ikke å være med en gang til. 13 takket nei umiddelbart eller takket ja, men møtte ikke. 20 familier har deltatt og fullført kurset, og de har til sammen 35 barn.



I 2010/2011 har tre barnehager blitt sertifisert og det er holdt et kurs i to barnehager, mens den tredje barnehagen har holdt to kurs. De har nå venteliste med ni familier med til sammen 17 barn som meldte seg på kurs. Dette kurset starter også nå i mai 2012. I de to andre barnehagene har det ikke vært mulig med flere kurs, grunnet permisjon og flyttinger. Det har vært ei somalisk minoritetsgruppe i 2011 med fem foreldre. Dette har her vært et samarbeid med læringscenteret, slik at foreldreveiledningen har vært en del av opplæringen og introduksjonsprogrammet, og dermed knyttet til frammøteregele og økonomi. For å få til at tre fedre kunne delta, har det i tillegg vært et samarbeid med en annen kommunal arbeidspraksisplass. På alle kurs på helsestasjonen har det vært organisert barnepassordning, også ved behov i en barnehage. Det har det således vært 29 familier med til sammen 68 barn som har deltatt i ICDP grupper utenom helsestasjonen.



Hvis jeg oppsummerer disse tallene, viser det seg at på helsestasjonen har 43 familier med til sammen 77 barn deltatt. Dersom en i tillegg tar med foreldredeltagelse utenom helsestasjonen har 72 familier med til sammen 145 barn deltatt på ICDP veiledning.

Dette høye tallet viser at det er både førstegangsforeldre og foreldre med flere barn som har deltatt på gruppene både på helsestasjonen og i barnehagene. Dette er i seg selv interessant. En kunne lett anta at det først og fremst i utgangspunktet var førstegangsfødende som ønsket å benytte seg av tilbudet for blant annet å treffe andre småbarnsforeldre. Det viser seg at å få denne muligheten, også fanger interessen hos foreldre med flere barn.

Noen foreldre mente spørsmålene i programmet var rettet mer mot eldre barn, og at de savnet mer konkrete spørsmål knyttet til de minste. Flere mente imidlertid at spørsmålene måtte være så åpne for å fange interessen for hele aldersgruppa 0-18 år. Samtidig var det en enstemmighet i begge gruppene om at sammenblanding av foreldre med barn i ulike aldersgrupper var positivt, både for de som skulle lede gruppene og for deltagerne.

En uttrykte det slik:

Det har vært veldig interessant å høre og lære, og det har vært lett å sette seg inn i andres situasjon med større barn, selv om jeg nå bare har et lite barn.

ICDPs grunntanke er nettopp at dette skal kunne anvendes på barn i alle aldre. I et prosjekt i Danmark er temaene transformert til skolealder og formulert som oppfordringer til læreren. Et eksempel er tema nr. fem og seks som er omformet på denne måten: Hjelp eleven med å samle sin oppmerksomhet og gi mening til elevenes opplevelser (Rye, 2009).

Noen foreldre som også hadde barn i skolealder, uttrykte det var fint at de generelle spørsmålene kunne omformes. Det opplevdes således lettere å kunne bruke temaene på hjemmebane til barna i ulik aldre. Flere foreldre kunne også tenkt seg at dette programmet ble gitt til skolebarnsforeldre. Noen mente også det var mulig å omformes spørsmålene slik at de passet for å ivareta parforholdet.

Ved et universelt tilbud som dette på helsestasjonen er det urealistisk å regne med 100 % oppslutning. Et frivillig tilbud som dette, vil alltid gi en valgmulighet. Skal jeg delta eller ikke? For å kunne delta, hva må jeg forsake og hva prioriterer jeg? Sosial- og

helsedirektoratet (2007b) sier at det er alltid en frihet med i spillet, menneskets frihet til å treffe sitt valg mellom å motta eller avstå et tilbud. Intervjuer sa følgende:

Ja det er mange år siden jeg sluttet med å gjøre ting jeg egentlig ikke har lyst til å gjøre privat... Ja iallfall når jeg har valg...

I neste del ønsker jeg å se på frafall og sette det i sammenheng med hvem som takker ja til tilbudet.

6.1.1 Frafall

Her vil jeg først si litt om de som i første omgang ikke fikk tilbud om deltagelse på helsestasjonen. Foreldre på mottaket og bosatte flyktninger som snakket lite norsk fikk ikke tilbud. De hadde ikke klart å følge en gruppediskusjon uten tolk. Som tidligere nevnt har vi imidlertid klart å gjennomføre ei somalisk gruppe. Orretun barnehage som er en av barnehagene som har gjennomført ett kurs, hadde i 2011 16 ulike nasjonaliteter i sin barnehage. Dette viser at også Øyer kommune er blitt en internasjonal kommune med stort kulturelt mangfold. Dersom en skulle tilby ICDP grupper, hvor en er avhengig av bruk av mange ulike tolker, ville dette blitt for ressurskrevende. Det som kan være en mulig framtidstanke er interkommunalt samarbeide.

Hva med de foreldrene som takket nei til deltagelse? I samtale med helsesøstre har jeg fått informasjon om at noen av de som takket nei beklaget at de ikke fikk vært med, men ønsket å være med senere. Noen takket ja, men fikk syke barn eller andre ting som forhindret dem fra å komme de første to gangene. Noen få takket nei uten begrunnelse, og ble heller ikke spurt om det. Det er mulig å tenke at noen av disse foreldre ikke vil prioritere å delta, fordi de følte de ikke har behov for verken nettverk eller temaene som ble tatt opp. Ingen av de som begrunnet hvorfor de ikke ville delta, oppga barnevernets rolle som årsak. Jeg undrer meg likevel over om noen av de som takket nei ville vært med dersom barnevernet ikke hadde vært en av veilederne. Det kan tenkes at en del foreldre har med seg negative erfaringer knyttet til barnevernet, enten fra egen barndom eller som foreldre. En av foreldrene sa det på følgende måte da sammensetting av team ble diskutert:

Men det med barnevernet kan kanskje også skremme noen av de som virkelig trenger et sånt tilbud...

Barnevernet har deltatt på alle gruppene på helsestasjonen og i minoritetsgruppa, men ikke deltatt i barnehagens ICDP grupper. Flere av foreldrene var opptatt av ulike risikofaktorer, og mange uttrykte at de mente det var lurt av kommunen å lage tilbud for alle, istedenfor tilbud til noen få. Flere reflekterte og undret seg over hvordan de hadde reagert dersom de visste at kommunen definerte de som risiko for sine barns utvikling. Med et bevisst valg om at tilbudet gikk til alle, mente mange at langt flere deltok. Flere mente en muligens også ville få med såkalte «risikoforeldre» for som en forelder sa:

Hvordan kan dere påta dere å definere hvem som er risikoforeldre for sine barn utenom dem vi «alle» ser har problemer?

De som «alle» ser har problemer, kan også være «gode nok» foreldre. Her ligger det store dilemmaet i barnevernets arbeid. Hva er nemlig «godt nok»? Det en vet er imidlertid at barns beste må og skal være det ledende prinsippet (Kvello, 2010). Barn må ikke utsettes for unødig lidelse mens de venter på at foreldrene skal bli «gode nok» omsorgspersoner (Söderström, 2012).

I våre faglige diskusjoner i valg og prioriteringer av tiltak, var det viktig å stille spørsmål om hvorvidt vi når de som det er ønskelig å nå. Dette er det umulig å svare på. Vi vet at samfunnet er blitt mer komplekst, problemene mer sammensatte og brukerne ulike. Valgfrihet fra brukerne er et prinsipp som er blitt tydeligere de siste årene, og brukermedvirkning er en sentral verdi (Gjertsen, 2007). For den enkelte tilflyter det store mengder informasjon gjennom ulike kanaler, og det å delta i grupper med 8 planlagte samlinger kan for mange kanskje virke uoverkommelig. Det kan være mange faktorer som virker inn på om foreldre velger å delta. Jeg ønsker ikke å dra noen entydige konklusjoner eller videre tanker om hvorfor noen har takket nei. Jeg ønsker heller ikke å spekulere i om noen av de som ikke har deltatt, er det noen kanskje vil karakterisere som risikoforeldre.

Det var stor spenning knyttet til hvordan foreldre ville ta imot dette nye tilbudet. I tallmaterialet som foreligger er det over av 50 % deltagelse og som nærmer seg 60 %. Vi ser en tendens fra 2010 til 2011 til at de som startet i 2011 fortsetter, mens noen flere takket ja til deltagelse i 2010, men falt fra. Dette kan kanskje indikere at flere vet hva de gikk til i 2011. Dersom flere av de som får tilbud nå takker ja, vil også deltagelsesprosenten for barn i født i 2011 stige. Hvorvidt i nærmere 60 % oppslutning kan regnes som høyt for et universellforebyggende tiltak, kan alltid diskuteres. Vi ser nå at foreldre begynner å etterspørre tilbudet og ønsker å delta, og det må betgnes som bra. Dersom jeg tar med de barnehagene som har hatt kurs, er det mange foreldre har deltatt. For meg var det et overraskende funn at så mange som 72 familier med til sammen 145 barn har deltatt. Hvorvidt effekter av deltagelse kan måles senere, er uavklart. I rapporten til Sherr et al.(2011) antydes det at effekten av programmet forsvinner gradvis. Det derfor kan synes nødvendig med gjentakelser, og barnehagenes og kanskje skolens rolle vil bli sentral videre.

Noen foreldre takket nå nei til tilbud fra helsestasjonen, fordi de hadde vært på kurs i barnehagen. Det er også mulig å tenke seg motsatt virkning ved at de som har deltatt på helsestasjonen ikke vil være med i barnehagen, mens noen kanskje vil ha mer påfyll i barnehagen. En annen mulighet er at de som takket nei i første omgang på helsestasjonen, kanskje vil få nye tilbud senere, og da takker ja til deltagelse. Vi er alle forskjellige, og noen foreldre vil bruke lengre tid på å tilpasse seg gruppedynamikken (Kvello, 2010). Det kan stilles spørsmål ved om disse kanskje først kan tenke seg å delta i grupper etter at barnet har vært i barnehagen en periode. De har da fått snakket med andre foreldre i barnehagen, har kunnet gjøre avtaler om å delta sammen. Det kan også tenkes at noen foreldre har mest utbytte av individuell veiledning. Barnevernet har utvidet sitt tiltaksspekter ved at ICDP nå også brukes som tertiær forebyggende tiltak.

Det er spesielt ønskelig at de som strever med sin foreldrerolle av en eller annen årsak, melder seg på kurs. Ved å delta i gruppene, kan det dannes nettverk hvor foreldrene også møtes i andre sammenhenger. En kan anta at det på disse andre arenaene også er muligheter for læring og dermed gir endringsmuligheter for den enkelte. Betydningen av aktivt foreldreengasjement understrekes etter hvert i mange sammenhenger, ikke minst som viktig for barns utvikling og læring i skolen (Rye, 2009). Nettverkets betydning tas opp som et eget punkt senere i oppgava.

6.2 Foreldres opplevelser og forventninger

Det å bli foreldre vekker ikke bare dype følelser, men stiller også krav. Når synet på barn endres, endres synet på foreldreskap (Bø & Olsen, 2008). De fleste forventer som sagt at helsestasjonen tar initiativ til barselgrupper. Dette gjenspeiler også noen av foreldrenes forventninger til ICDP gruppene. De offentliges innsats for tilrettelegging gjennom nettverksbygging antas å være viktig, særlig på grunn av endrede familiemønster og langt mindre nettverk mellom generasjoner (Dencik et al., 2008). De mener at utviklingen gjennom de siste 20 årene tydelig har understreket viktigheten av å sette hele diskusjonen om forebyggende og sosial intervensjon inn i både en sosial, en kulturell og en samfunnsmessig sammenheng. Det betyr mer en forståelse av intervensjon i retningen av relasjons- og nettverksorientering. Det vil si: «... den bygger på tilhørsforhold til et fællesskab præget af synlige værdier, krav om aktiv deltagelse og respekt for den enkeltes egen tolkning af verden» (Dencik et al., 2008, s. 371)

I utviklingen av ICDP metoden var det viktig å favne om flere sider ved barns oppvekstmiljø. I metoden ble derfor blikket først og fremst rettet mot å bedre familiens erfaringsmiljø. Rye (2009) mener at ved å styrke foreldres evner til å være foreldre og deres mestringsevne, har dette stor betydning for hvordan nye erfaringer møtes og hvordan erfaringene deles med andre. Det offentlige har nå sett mer behov for å være med å tilrettelegge for møtepunkter. En kan lett anta at i en liten kommune har de fleste babyforeldre oversikt over hverandre, men dette er ikke nødvendigvis tilfelle. Et lite bygdemiljø kan også lett oppfattes som snevert, hvor blant annet janteloven herjer. For noen kan det tenkes at dette gjør det vanskelig å ville delta i offentlige arrangerte nettverk, og ikke minst nettverk hvor barnevernet er en av veilederne. Mange har private vennenettverk og en foreldre sa dette om å ha gode venner med småbarn:

Ja jeg får overskudd av å treffe andre å høre hva døm, ja åssen døm opplever dette med å være foreldre. En får en litt ny giv når en da kommer hjem og det er messom litt mer ålreit at og en kan bli litt høy---ja glad, --ja for det er alltid bra å få prate litt sånn sammen.

Et svært viktig tema som klart kom fram i analysen var nettopp nettverksbygging utover vennenettverk, og dette vil jeg se nærmere på i neste avsnitt.

6.2.1 Nettverksbygging: «... og så har en jo bedre forutsetninger for å lage sånne gode nettverk»

Av tilbakemeldinger til helsestasjonen visste jeg at tiltak for å knytte nettverk var etterspurt, men ville kommunen med etablering av ICDP grupper på helsestasjonen nå opp i kampen i forhold til alle andre tiltak som tilbys? I denne sammenhengen må en huske at det kun er maksimalt tre kvarter med bil til Lillehammer. Her finnes det enda flere tilbud enn vi har i egen kommune. De fleste småbarnsmødre kommer enten fra arbeidsliv eller studieliv, og mange er vant til å ha flere mennesker rundt seg i det daglige. Øyer er en landkommune og selv med to tettsteder er det flere som bor uten nære naboer, eller de bor uten å ha kontakt med naboene. Som tidligere nevnt har Øyer kommune en stor grad av tilflytting. En kan anta at mange ikke har tidligere nettverk her, eller mistet mye av sitt gamle nettverk. Ville foreldrene se på ICDP grupper som en ny måte å danne nettverk på? Hadde noen tanker om nettverkets betydning videre?

Nettopp dette med langtidsperspektivet var det en forelder som trakk fram. Erfaringer var at det fokuseres mye på å danne foreldrenettverk på skolen. Denne foreldereren uttrykte det på følgende spennende måte:

... og så har en jo bedre forutsetninger for å lage sånne gode nettverk---ja framover--- hvis en kjenner hverandre litt fra før av da. ...Har tenkt på det at vi får alle barn sammen på ungdomsskolen...

Et av de viktigste målene med tidligere barselgrupper har nettopp vært nettverksbygging. Det var tydelig at foreldrene hadde forventninger til dette på helsestasjonen, og noen skilte ikke mellom barselgrupper og dette tilbudet om ICDP grupper.

Ja jeg gledet meg veldig til å treffe barselgruppa mi, ja for det er jo det en hører om, ja det er jo alltid barselgrupper.

En mor fortalte at hun gledet seg mens hun gikk gravid, og hadde hørt om barselgrupper fra venninner. At Øyer kommune og helsestasjonen ikke tok initiativ til tradisjonelle

barselgrupper var ukjent. Hun hadde lite kjennskap til andre spedbarnsforeldre i kommunen og sa følgende:

... å ja, jeg gledet meg så for nå var det min tur til å få gå i barselgruppe og treffe andre babyforeldre. Jeg har jo mistet mitt gamle nettverk...

En forelder understreket behovet for nettverksbygging på følgende måte:

Jeg tenkte først og fremst det å møte andre og ha et nettverk, fordi det er veldig viktig å ha. Ja når jeg går hjemme, ja, ja, ikke bare går hjemme og prate med baby`n sin, men at en har et nettverk som gjør at en får prate med andre voksne å. En kan forresten bli litt sprø av bare å gå og prate med baby`n dagen lang... Vi er jo vant til å ha mange rundt oss og skravle...

Forskjellene fra tidligere barselgrupper som noen hadde opplevd, ble også diskutert. ICDP grupper er temaorganisert med mange møter, i motsetning til tradisjonelle barselgrupper. Flere trakk imidlertid også fram likhetene med at både tradisjonelle barselgrupper og ICDP grupper er at begge er gruppebaserte tiltak hvor foreldre møtes på helsestasjonen og knytter nettverk. Hvordan ville foreldre oppleve forskjellen, og ville de formidle hva forskjellen bestod i?

ICDP grupper har en klar struktur hvor de «tvinger» i større grad foreldrene inn i diskusjoner som det ikke finnes klare svar på. Tradisjonelle barselgrupper har en tendens til en løsere struktur. Forskjellene på tradisjonelle barselgrupper og ICDP grupper resulterte i en livlig diskusjon, men hvor de fleste var enige om følgende som kan gjengis med dette foreldreutsagnet:

... det med nettverket betydde mye, ja det å møte andre, men dette blir jo noe helt annet enn barselgruppe---ja for det ble satt fokus på temaer, og det syns i alle fall jeg var bra...

Kari Killèn (2010) mener mange foreldre opplever seg som sosialt isolerte. Flere mangler støtte fra venner og familie, og de mangler ofte ferdigheter og selvtillit til aktivt å gå ut for å skaffe seg støtte. «Noen har nettverk, familie og venner, men som ikke gir støtte og slett ikke er det beste for barn- foreldre forholdet» (Killèn, 2010, s. 182).

Hun mener at hvorvidt vi lykkes med å hjelpe slike foreldre til å bli «gode nok» avhenger av mange ulike elementer. Deriblant mener Killèn (2010) at vår kompetanse og den relasjonen vi er i stand til å etablere, samt de ressursene vi kan trekke på blant annet i nettverksbygging, er viktige i denne sammenhengen. At kommunen tilrettelegger for nettverksbygging på helsestasjonen, kan være en måte og hjelpe enkelte til å skaffe seg nytt nettverk. Nettverksbygging som i tillegg har temaer som foreldre må reflektere over i sin egen hverdag, gir i tillegg andre erfaringer. Et slikt gruppetilbud som eventuelt løper parallelt med individuelle opplegg, er sannsynlig en god modell, mener Kari Killèn (2010). Hun mener at gruppesituasjonen ofte gir flere muligheter for varierte erfaringer og opplevelser. Killèn siterer til et prosjekt hvor «...de erfarte at gruppe medlemmene var mer egnede identifikasjonsmodeller enn de profesjonelle lederne» (Killèn, 2010, s. 182). Dette understøtter kommunens ønske om å starte et universelt forebyggende tiltak som et gruppebasert tilbud.

Dette bringer meg over til en viktig del av forskningsspørsmålene mine. Hva slags erfaringer hadde foreldrenes etter deltagelse? Uansett kommunens synspunkter på grad av vellykkethet, vil det være viktig å få innsikt i deltagerens utbytte. Vi håper og ønsker at vi tilbyr gode tjenester, men gjør vi det? Og hva med vår organisering og valg av helsesøster og barnevern som veiledere?

6.2.2 Barnevernets rolle: «... alle dere rundt bordet har redefinert deres holdning til barnevernet.»

Da kommunen valgte å satse på foreldreveiledning så tidlig som i barnets første leveår og hvor kursene skulle ledes av helsesøster og barnevern sammen, valgte vi, som tidligere nevnt, å sende ut egen skriftlig informasjon (Vedlegg nr. 3). Denne informasjonen ble revidert andre gang for å få med foreldreanbefalinger (Vedlegg nr. 4).

Det kan undres over om noen av de som ikke ville delta, hadde motforestillinger til barnevernet. Det er mulig å anta dette, siden det viste seg at det var forskjellige oppfatninger om barnevernet ved start, også hos de som takket ja til tilbudet. For å beskrive barnevernets rolle ble hele følelsesregisteret brukt. Noen hadde ikke registrert at barnevernet skulle være med i det hele tatt.

... men jeg husker ikke at det stod noe om barnevernet, husker ikke at det stod...

En forelder hadde heller ikke registrert at barnevernet skulle være med, men uttrykte undring og spørsmål om noen hadde plukket ut nettopp de til å delta, og hvorfor?

Men jeg visste ikke at barnevernet skulle være med... (masse latter fra alle). Jeg tenkte fort og tankene raste gjennom hodet:-- Hvorfor er jeg plukket ut til å være med? Men da var det betryggende at de fortalte det var for alle barn født i 2010... ja, ja for du blir jo litt nervøs for-- ja, du vet jo aldri hva som observeres...

Barnevernets medvirkning ble imidlertid også forbundet med skepsis.

... jeg var skeptisk. Syns først det virket litt skremmende og kontrollerende...

En annen forelder sa det på denne måten:

Barnevernet, ja, ja---. Ja, jeg hadde en forestilling om kontroll og litt oppfølging, men ikke på noen positiv måte.

Slike tanker om barnevernet som denne siste uttalelsen er en stemme for, antar jeg gjenspeiler manges meninger om barnevernet. I kommunen vår er det mange fosterhjemsplasserte barn, og jeg vil anta at flere kjenner fosterforeldre og mange av deres spesielle utfordringer. Spørsmål om hva skal til for at barnevernet griper inn med omsorgsoverdragelser, ble stilt. Dette er det ikke enkle svar på, og taushetsplikten gjør det vanskelig å begrunne hvorfor fra barnevernets side. Argumentet er imidlertid alltid barnets beste. Barnevernet kan derfor for mange kanskje virke både skremmende, truende og kontrollerende. Ambisjonsnivået til barnevernet har alltid vært stort, og det har aldri vært mangel på krevende arbeidsoppgaver. Det forebyggende arbeid har imidlertid alltid vært vanskelig å få til i praksis. Dette bekrefter Befring et al. som sier:

Den store utfordringen nå som før, er å løfte dette arbeidsområdet opp til et perspektiv- og tiltaksnivå som gjør dette mulig. I denne sammenheng må det settes fokus på viktigheten av tidlig innsats, og det innebærer realisering av

adekvat problemforebyggende og mestringsfremmende hjelpetiltak tidligst mulig (Befring et al., 2010, s. 261)

Kommunens organisering av ICDP grupper med barnevernet og helsesøster som likeverdige veiledere, er sentral. For å komme nærmere inn på barnevernet innledet intervjuer med følgende utsagn:

Ja, apro po barnevernet. Er det noen som kan mye om normalutvikling og skjevutvikling og, ja altså, så er det barnevernet uten at det skal brukes i kontrolløyemed, men som råd og veiledning. For de fleste har jo en forestilling om at barnevernet er de som kommer, ja bæ- bu, bæ -bu hjem til noen og henter barn. Og enten er diskusjonen at de henter feil barn eller altfor mange barn eller altfor få barn. Ja, altså, ja og så er det bare en bitte, bitte liten del av det arbeidet som er oppgavene til barnevernet. Ja, de er en hjelpeinstans. Men det er bare kontrolloppgavene folk er opptatt av. Ja, så sånn sett har barnevernet behov for å markere seg som noe annet også. Ja, fordi, ja fordi de nettopp er noe annet også...

Nettopp det at barnevernet har en «dobbel rolle», gir barnevernet en særstilling i det tverrfaglige teamet rundt barn og foreldre. De har lovverk som både krever forebygging, men også krever undersøkelser og dermed muligheter til sanksjoner. Noen hadde tenkt at ICDP grupper i utgangspunktet var tenkt for spesielle grupper, men flere av foreldrene var opptatt av at det var fint at ICDP gruppene var for alle, og ikke knyttet til særskilte grupper.

... Ja- jeg hadde lyst til å delta. Jeg synes det var spennende temaer. Ja og jeg som har flere barn ... Ja, så da jeg leste temaene og synes det ville være nyttig for meg, men det var jo litt slik---ja da vi diskuterte dette hjemme-- Ja så sa jo—nei, vi har jo ikke noen problemer, ja for lissom... Dette er kanskje mer for de som har problemer. Ja og så hørte jeg at disse som er naboene mine hadde meldt seg på og da kjentes det trygt. Ja, for så vidt jeg vet, har ikke de noen problemer... (latter)

Denne uttalelsen viser at temaorganisering som ICDP metoden bygger på, ble oppfattet som positiv. Den viser også at temaene appellerer til foreldre med flere barn.

Det ble også diskutert deltagelse eller ikke i skjæringspunktet mellom det som kunne føles utrygt og trygt. At noen ikke kjente andre som hadde meldt seg på, var det en medvirkende årsak til at noen takket nei? Da foreldrene følte trygghet, overskygget dette eventuelle andre problemer slik som skepsis til barnevernets deltagelse?

Selvfølgelig, vil jeg nesten si, ble barnevernets sterke rolle som kontrollinstans også diskutert. Jeg synes det var spennende at spørsmål ble stilt om vi som profesjonsansatte er «god nok» foreldre. Dette viser en kritisk holdning til autoriteter.

Ja,, når det går en smule varmt hjemme hos oss, så kan vi si at nå kommer nok barnevernet snart. Omtrent som på butikken hvis ungene blir helt rebelske og skal ha godteri og du bare må ta ungene under armen å gå ut --- ja så sier mange: ja --det er godt ikke barnevernet er her nå og ser meg. Men jeg har tenkte--- jeg lurur på hva helsesøster eller barnevernet tenker når døm er i den situasjonen—Tenker de: å herregud hell om barnevernet ser meg nå?

Med de siste årenes kompetanse- og metodetilvekst innenfor både barnevernet og samarbeidende tjenester og nytt lovverk, er det grunn til å tro at forebyggingsperspektivet vil få vekst i årene som kommer (Kinge, 2012). Prosjektet har ført til et enda tettere samarbeid enn tidligere mellom helsestasjonen og barnevernet, og det kommunale tjenesteapparatet har lært hverandre å kjenne og samarbeide på nye måter. Intervjuer spurte om det ble riktig å si at flere hadde vært skeptiske til barnevernet, og om dette kurset hadde gjort noe med deres syn på barnevernet.

Angående barnevernet så er jo, ja, jeg er ikke redd for å ringe barnevernet lenger hvis det er et eller annet jeg lurur på eller hvis jeg skulle bli helt utbrent eller slike ting...

Denne uttalelsen viser at det er blitt mindre avstand, og at barnevernet regnes mer med som en forebyggende hjelpeinstans. Intervjuer fortsatte med å si at barnevernet er jo en hjelpeinstans og en rådgivingsinstans. Hun sa at barnevernet som regel ikke er noen instans som ringer på dørene og river til seg barn og løper. Imidlertid kan dette skje. Det er klart dette gir utfordringer idet barnevernet skal bygge opp igjen sin tillit. Folk flest

kjenner ikke til hvorfor det ble handlet som det ble gjort. Ingen andre enn foreldrene kan forklare hva eller hvorfor, og uttalelse vil derfor være preget av dette. Medias negative fokus på barnevernets omsorgsoverdragelser ble også diskutert i forhold til barnevernets forebyggende arbeid.

Jammen det er jo det en tror. Ja for det er det som kommer fram i media. Ja -for det kommer ikke fram at-- ja.. jøss, ja de kan jo hjelpe til på andre måter òg. Ja de er nok dårlige til å markedsføre seg til å-- ja den andre rollen sin. Ja, så å delta i sånne grupper er ganske lurt (mumling blant de andre ja, ja). Jeg har iallfall endra synet på barnevernet. Ja og så fikk vi se hvor bra helsesøster og barnevernet samarbeider faktisk. At døm ja,ja...

Flere beskrev hvordan de hadde endret synet på barnevernet gjennom kurset, og hvordan dette hadde bidratt til mer trygghet. I de to fokusgruppene som denne kvalitative studien bygger på, var stemningen i gruppene uhøytidelig og løssluppen. Også de som først hadde uttalt seg skeptisk til barnevernets deltagelse, var enig i denne uttalelsen:

Ja dette kurset har bidratt til å endre synet på barnevernet. Ja, du har skjønt at barnevernet ikke bare er en kontrollinstans. Ja, ja,-- for jeg visste jo at barnevernet gjør mye mer enn å gripe inn i familier, men--ja, du--ja om jeg møter døm nå et eller annet sted er det ikke slik at jeg--å,herregud, nå kommer hun som jobber i barnevernet--.Nei,nei så jeg har nok fått et annet bilde ja. Du føler deg trygg, egentlig, ja. (mange positive nikk rundt bordet og mumling med ja, ja)

Samfunnets samarbeid i lokalmiljøet er av betydning. At kommunen hadde turt å prøve en utradisjonell teamsammensetting, ble løftet fram som positivt. Det er lett å anta at i den gruppa som hadde stort frafall, ville stemningen og foreldrenes opplevelser vært annerledes. Ville de formidlet mer kritiske holdninger? Hvorfor kom det ikke frem kritiske stemmer i fokusgruppene som ble intervjuet? Det kan tenkes at dette hadde sammenheng med at noen ikke ønsket å formidle negative holdninger, fordi stemningen var så god. Jeg hadde inntrykk av at alle uttalte seg, men om noen bevisst unnlot å si noe, vet jeg ikke. Det kan også tenkes at det fortsatt ses på som et stigma og nederlag å få hjelp av barnevernet, og hvordan ville resterende av gruppa reagert hvis kritiske

spørsmål hadde blitt stilt? Jeg ønsker ikke å spekulere videre i dette, men med ulikt syn på barnevernet i starten av ICDP veiledningen, er det kanskje grunn til også å være kritisk da intervjuer oppsummerte de stemmene som kom fram på følgende måte:

Vi har vært innom barnevernet i forhold til at ja, hva heter det, jo at alle dere rundt bordet har redefinert deres holdning til barnevernet, og det i seg selv er positivt.

Tverrfaglig samarbeid understrekes også av Sosial- og helsedirektoratet (2007a) for å kunne tilby gode tjenester av høy kvalitet. Dersom det er mulig å tenke seg at uttalelsen under representerer alles tanker, vil de foreldrestøttende nettverksgruppene som ICDP grupper har blitt, ikke være bortkastet ressurser.

Vi er alle foreldre, og at vi har alle ansvaret for barns beste.

6.3 Foreldres erfaringer og utbytte

De to gruppene jeg har intervjuet hadde lite fravær og frafall. Foreldrenes opplevelser og erfaringer var for mange nært knyttet til nettverkets betydning og trygghet.

Sannsynligheten for at jeg ville fått andre svar ved å kunne brukt den gruppa som ble forkastet, er derfor klart tilstede. Flere savnet en tidligere oppstart, nettopp for å bygge nettverk. Det viste seg også at noen startet privat barselgrupper nærmest slik kommunen tidligere hadde tatt initiativ til, for å treffes før. Dette er noe en må ta med i evaluering videre. Hvor tidlig kan et slikt tilbud gis, og hvor mange skal det være i gruppa?

Nettopp utfordringen med å bli foreldre for første gang og dermed tidspunkt på start av nye grupper, opptok flere.

Jeg mener at det er et poeng å få noe helt i starten for det følger ikke med noen brukanvisning. Så med alt annet du skaffer deg så er det med bruksanvisninger-- tv, bil og alt dette andre, ikke sant.--ja så burde det ha vært en kjempestor bruksanvisning på noe slik som dette. Jaaa, for du føler deg jo helt grønn ved førstemann, ikke sant...

ICDP foreldreveiledningsprogrammet er rettet mer direkte mot foreldrene og opplevelser av foreldrerollen, enn tradisjonelle barselgrupper. Hva foreldrerollen innebærer for den enkelte er imidlertid vanskelig å si før en er der. En forelder var opptatt av at det å bli foreldre, er uansett en utfordring.

... en må lære å takle ungen sin i uansett hvilken alder det er i, men ved førstemann er det en kjempeutfordring...

Noen sa tydelig at de hadde andre opplevelser og tanker rundt foreldrerollen nå enn de hadde med sitt første barn. De opplevde ICDP gruppene som positive, særlig det å kunne ta del i andres erfaringer. Mats Linde (2006) sier det er umulig å utdanne seg som foreldre, det må komme fra deg selv, men det er muligheter til å dele erfaringer fra andre på en aktiv måte.

ICDP programmets målområde er barn mellom 0-18 år, men med ulike innfallsvinkler etter barnas alder. Det har vært en bevisst handling fra kommunen å gi tilbudet til alle nybakte foreldre. Kommunen ville at foreldrene skulle kunne dele sine erfaringer og lære av hverandre.

Ja jeg hadde veldig utbytte av å høre ander åssen de opplevde dette med småunger og det å dele erfaringer...

Som blivende foreldre, særlig første gang, har alle tanker om hvordan det vil bli å få barn. Mange har nok tanker om hva en skal gjøre, og ikke minst hva en ikke skal gjøre. Jeg antar at alle de som har fått barn mange ganger har opplevd at egne tanker og prinsipper slett ikke blir gjennomført i praksis. En forelder reflekterte over temaene på denne måten:

Ja, jeg har jo tenkt at det kanskje ikke behøver å være slik jeg har bestemt meg på forhånd at det skal og må være...

Dersom en klarer å være i forkant av nye hendelser, slik som denne forelderen antyder, kan det tenkes kommende hendelser oppleves mindre stressende og kaotisk. Stress vet vi påvirker barn negativt (Hart & Schwartz, 2009). En annen forelder var inne på dette

gjennom undring og refleksjon over forskjellen mellom vanlig foreldredrevne nettverk og temabasert foreldreveiledningsgrupper på denne måten:

... det som på en måte er faren med ikke, ja ikke å ha ---ja at noen har regien på det, klarer vi da--, ja jeg tenker på nettverket--, klarer vi da og ta tak i temaene slik vi har gjort nå i disse møtene? Det kan godt være vi diskutere og sier at sånn og sånn har jeg opplevd ting, men ofte blir det veldig uformelt, ja akkurat som dette har vært så formelt da (latter fra de andre), men nå når vi har sittet ved samme bord og blitt så trygge på hverandre, ja så kanskje har vi vært mer effektivt og kommet nedpå der det gjør vondt eller der problemene er----ja, enn sånn der bare og drikke kaffe og småprate om ungen...

Denne refleksjonen er spennende å dvele ved. Kan det tenkes at nettopp prosessen og at gruppene møtes så mange ganger, er med på å skape den tryggheten som skal til for å tørre å ta opp problemer? Tradisjonelle barselgrupper har samlet foreldre og barn to-tre ganger. Statens helsetilsyn har i sin Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten foreslått mange temaer som aktuelle på barselgrupper, slik som spedbarnets utvikling og behov, amming, samspill og kommunikasjon, foreldreroller og parforhold. Dette er mange temaer på kort tid. Det kan derfor stilles spørsmål ved om to til tre møter er for kort tid til å etablere gode relasjoner og bygge godt nettverk. Er nettverket blitt så trygt at jeg tør å ta opp personlige problemer i denne gruppa, vil det være naturlig å spørre seg selv om. Det at ICDP gruppene har møttes åtte ganger, og minoritetsgruppa 12 ganger, gjorde at foreldrene lærte å kjenne hverandre på mange ulike måter. Det å skape rom for trygghet utpekte seg også som et overordna tema som jeg vil belyse nærmere i neste del av oppgava.

6.3.1 Mestring og trygghet: «Jeg fikk en litt slik--ja en litt slik aha-opplevelse...».

Mats Linde (2006) sier at er det noen gang man virkelig vet at livet er begynt, så er det når man får barn. Det er mye tøffere og mer strevsomt enn før, men mye morsommere hvis en tar vare på det. Han mener videre at det er ikke til å stikke under en stol at det å få barn er en kjempeforandring. For noen gir dette så store utfordringer at de får problemer med å fungere som en familie. Det å kunne dele erfaringer, ha en ressursorientert tilnærming og se muligheter, bygger på rammene som den praktiske

livssituasjonen gir (Rye, 2009). Han mener det bør kunne gi en mulighet til å forebygge og snu en mulig negativ utvikling. For de fleste er det knyttet en stor glede til å bli foreldre. For noen få ligger det ingen glede i å få barn, og hvis barn fødes og ikke er ønsket, skaper dette ekstra utfordringer for foreldrene. For alle skaper det imidlertid varige forandringer. Endringene som inntreffer ved å bli foreldre gir nye muligheter til mestring på helt andre måter enn tidligere. Kjerstin Söderström sier i sin kronikk i GD 10.04.12: «Svangerskap og foreldreskap er som skapt for forandring» (Söderström, 2012)

Kommunen hadde ved starten i prosjektet antagelser om at rammene var viktige for å få foreldrene til å ville ta imot denne muligheten til deltagelse i ICDP grupper. Den ytre rammen kan beskrives med stedsplassering og barnepass. Den indre rammen er knyttet til gruppas sammensetting og veiledere av gruppa. En forelder beskrev at utgangspunktet for påmelding nettopp var trygghet. Flere foreldre var opptatt av at dette var en type barselgruppe, men med annet innhold. En oppsummerte dette på sin måte slik:

Ja, det og dele erfaringer, ja det synes jeg er viktig. Du får overskudd av å treffe andre, blir litt oppmuntra. Ja, og så har vi belyst ting jeg ikke hadde så mye greie på egentlig--ja så jeg fikk en litt slik--ja en litt slik aha-opplevelse...

En annen oppsummert tryggheten gruppene skapte på denne måten:

Det er klart at etter å ha kjent hverandre gjennom mange uker nå, og ikke bare diskutert hvor fortreffelige ens egne barn er, har vi kunnet problematisere en del ting. Det har verdi, og det er vel det som er programmets intensjon. Ja, ja du har forutsetninger for å bli mye bedre og tryggere når du står i vanskelige situasjoner hvis du har andre foreldre å spille på.

En annen forelder uttrykte seg slik som også understøtter betydningen av strukturen i ICDP gruppene kontra tradisjonelle barselgrupper.

Ja, når du har mer strukturerte temaer, ja så blir du kjent med folk på en annen måte enn om du bare hadde drukket den kaffekoppen og skravla lite grann om løst og fast. Du blir en annen, ja du får noen andre holdninger...

Flere var opptatt av tryggheten som ble skapt i gruppa, og at det i første møtet var lagt klare retningslinjer for taushetsplikt. Gruppene ble ledet av forskjellige personer som selvfølgelig ikke ledet gruppene likt, men trygghet i gruppene var felles.

Det er fint å høre på noen som snakker om barneoppdragelse og slike ting, men jeg tror at dette at vi både må gi og ta av oss selv er kjempeviktig for å lære av hverandre. Vi har vært trygge og kunnet gå mer i dybden.

Tryggheten og nettverkets betydning kan kanskje oppsummeres med denne uttalelsen:

... jeg hadde nok turt å snakke om mine problemer nå sammen med de andre...

Slik jeg har tolket og oppfattet foreldrenes uttalelser, har mange av foreldrene satt pris på mestring og læringspotensialet og det forebyggende perspektivet som ligger i selve foreldreveiledningsprogrammet. Dette stemmer overens med rapporten fra Sherr et al. (2011) som beskriver at programmet har hatt en positiv innvirkning på foreldrene i form av økt engasjement overfor barna og bedre oppdragelsesstrategier. I tillegg rapporteres det om nedgang i opplevd ensomhet og negative emosjoner hos foreldrene.

En av foreldrene sa det på denne måten:

Det er veldig viktig å tenke forebyggende, ja, og det er viktig at kommunen virkelig satser på dette her. Jeg hadde veldig nytte av det.

Den store graden av enstemmighet oppsummerte intervjuer på denne måten:

... ja og så er det vel slik at Øyer fortsatt vil satse på dere som foreldre og det tenker jeg er bra. Det er bra forbyggende arbeid både i forhold til barna og foreldrekompetanse. Det er det viktigste at foreldre er gode til å være foreldre. Og så tror jeg dere vil ha glede av det i framtida, ja apropos det å kjenne andre foreldre til jevnaldrende barn. Det blir viktig i forhold til grensesetting og dere er nå i barseltida, men tida går fort.

At tida går fort, ble understreket av de med større barn. Pass på nå og kos dere sammen

med babyen, var en av kommentarene fra de som hadde større barn også.

Ordet samhandling brukes nå av svært mange, ikke minst knyttet til Samhandlingsreformen. Samhandling og samarbeid er en del av helsestasjonens daglige arbeid, noe som vektlegges i veilederen for helsestasjons - og skolehelsetjenesten. Samarbeidet vi hadde fått til i forbindelse med barnepass var flere av foreldrene opptatt av. Barnepassordningen utpekte seg derfor som et eget tema i analysen.

6.3.2 Barnepassordningen: «Som et frikvarter med påfyll»

Når folkehelsearbeidet skal planlegges og gjennomføres ligger det mange utfordringer og et stort potensiale i at det offentlige samarbeider mer med frivillige organisasjoner (Folkehelseloven, 2011). Frivillige spiller en betydelig rolle, både ved at det gir egenverdi til den enkelte som engasjerer seg, men også i kraft av de tilbudene og tjenestene som produseres. Da vi skulle ha første prøvegruppe, ble det med barnevakt luftet som en tanke. Hensikten var at foreldrene skulle unngå at de måtte «vise frem» barnet sitt, noe som er mer vanlig i tradisjonelle barselgrupper. På den andre siden kan det tenkes at noen nettopp også ville savne dette. Hva ville foreldrene si, og ville de benytte seg av barnepass?

Endringer og dynamikk i samfunnslivet gjør at en oftere enn tidligere må være i forkant av nye behovstyper eller grupper (Brantzæg et al., 2011). Vi anså at barnepassordning var et tiltak som kunne bidra til at foreldrene kanskje lettere ville delta. Et godt og kreativt samarbeid med frivillige organisasjoner kunne også bidra til bedre realisering av de helsepolitiske målene. Frivillighetssentralen ble derfor kontaktet for å rekruttere barnepassere. De var villige til å skaffe folk, og i tillegg ble noen rekruttert gjennom personlige kontakter. Vår organisering med barnevern og helsesøster sammen og i tillegg barnepass, er et punkt som i følge Fagteam Gjøvik skiller oss fra andre kommuners organisering. Jeg mener derfor foreldreuttalelser på dette punktet med barnepass er av stor betydning.

Disse sitatene understreker mange av de andres kommentarer.

Det er utrolig bra at de barnevaktene stiller opp altså.. Ja det hadde ikke vært mulig for oss å sitte sammen i et rom og prate som vi har gjort nå hvis vi alle

skulle hatt en baby på fanget. Ja det har på en måte vært en og en halv time hvor du kan være deg sjøl og---. Ja ikke passe på kaffekoppen og, og---. Det er jo litt godt det og- ja som et frikvarter med mye påfyll. Ja det var veldig viktig. Ja, nesten som grunnstøtta. Ja, ellers...

Alternativet ville være å ha grupper med barna tilstede, men dette ville ført til andre erfaringer. Sannsynlig ville det blitt langt mer fokus på barna. Kommunens samarbeid med frivillighetssentralen på denne måten, anser jeg derfor som spennende nybrottsarbeid. En forelder sa det på denne måten:

Ja hvis alle skal sitte med ungen sin som enten skriker eller ... ja og så skal du både høre etter og passe på gullklumpen, nei... jo, barnepike er veldig, veldig viktig.

Stedsplassing ble også diskutert. Ulik praksis ble gjennomført i de første gruppene, fordi de tre grupper ble gjennomført parallelt. Det ble en livlig diskusjon knyttet til geografisk plassering, men ved oppsummering var det imidlertid enighet om følgende:

Her på helsestasjonen har vi det fint. Og så er det fint at barnetilsynet bare er adskilt med noen dører og at tilsynet skjer i samme lokaler. Det gir en trygghet i forhold til at ungene er i nærheten, samtidig som det er nok dører til at vi ikke hører så mye til de som er der.

Flere foreldre sa det var første gangen de overlot det nye barnet til fremmede. Den tryggheten de følte selv om de overlot barnet til fremmede, var avgjørende for erfaringene de fikk med seg i kurset.

Noen foreldre var opptatt av forskjeller mellom deltagelse på helsestasjonen og i barnehagene ut fra veileders rolle. Dette var for meg et overraskende funn. Jeg har derfor valgt å lage et eget underpunkt for å løfte disse tankene fram.

6.3.3 Veileders rolle på helsestasjonen kontra barnehagene: «... helsestasjonen er mer nøytral...»

Tanker om veileders rolle var svært aktuelt for noen, fordi de både hadde fått tilbud om deltagelse i barnehagen og på helsestasjonen. Veileders rolle ble her diskutert på samme måte som sammensetting av veiledere på helsestasjonen. At noen ikke ønsket å delta i barnehagene ut fra at barnehagen selv veiledet, nærmest på samme måte som skepsis til det tverrfaglige samarbeidet på helsestasjonen, var overraskende.

Jeg synes det hadde vært vanskeligere å sitte sammen med de ansatte i barnehagen og fortelle om mine utfordringer hjemme enn på helsestasjonen. Hvis jeg har krangla med «storebror», hva ville barnehagen tenke om meg da? Jeg hadde nok hatt problemer med å åpne meg... Helsestasjonen er mer nøytral...

Det er viktig å ta med seg kommentarene fra foreldrene. En må kunne anta at noen vil være skeptiske til barnevernet. Skepsis til å delta i barnehagen på grunn av nærhet til pedagogene, er imidlertid også et viktig innspill. I fortsettelsen av diskusjonen om barnevernets rolle på helsestasjonen kontra barnehagepersonellet som veileder, sa en forelder:

Men er det automatikk i at det bare er ansatte i barnehagen som er gruppeveileder? Jeg vil gjerne at barnevernet stiller opp i barnehagen og gjerne er med som veileder der i alle fall noen ganger. Kanskje grensen for å ta kontakt med barnevernet ville bli lavere?

Det er klart vi hittil har hatt en måte å organisere veilederne på, men det finnes også andre måter. Kanskje dette bør utprøves senere? Det som imidlertid kan synes som viktig, er at foreldrene føler trygghet og tillit til veilederne. Noen foreldre ønsket kurs i barnehagen velkommen, enten for de som ikke hadde deltatt på helsestasjonen eller som en repetisjon for noen. En forelder knyttet dette til at erfaringer endres med barnets alder. Det ble også ytret ønske om at ICDP grupper etter hvert også kan bli et tilbud for barn i skolealder. Hvem som da skal veilede, er avhengig av videre sertifisering. Et samarbeid på tvers av allerede etablerte team, er også mulig å tenke seg i framtida. Hvis

flere blir sertifisert er det også mulig å tenke mer rulling innen for de teamene vi har i dag.

Organiseringen og erfaringene og dermed utbytte av gruppene, ble livlig diskutert. Flere foreldre var opptatt av at ICDP er et foreldreveiledningsprogram. Fedres rolle var et tema som viste seg å engasjere mye. Menn har de siste årene fått en egen selvstendig rolle i forhold til sine barn, og fedres rolle ble et naturlig tema som kom fram i analysen. Jeg har derfor valgt å gi plass til dette som et eget underpunkt.

6.3.4 Fars rolle: «Menn tenker ofte litt enklere rett og slett...»

I gruppene har det, som tidligere nevnt, deltatt både menn og kvinner og par, men selvfølgelig vil jeg si, var det flertall av kvinner.

Hele familien kan beskrives som et system der alle personer er avhengige av og påvirker hverandre. Når familien beskrives som et system, er de igjen en del av et større system. Dette var flere opptatt av i forhold til organisering. Det er nå helt vanlig at fedre følger sine barn på helsestasjonen, og følgende sitat syns jeg er spennende.

... faremomentet er at hvis dette bare blir knyttet til mødre, så blir de på en måte kvalifiserte, mens fedre blir spilt mer og mer ut som amatører...

Flere av gruppe medlemmene trakk fram fordelene med at begge kjønn var representert i gruppene. De uttrykte imidlertid at mødre på grunn av permisjonsregler, var de som lettest kunne være med i ulike grupper på dagtid. Permisjonsreglene gir også far permisjon, men spørsmålet var hvordan det eventuelt ville være å gå inn i ei gruppe dersom en ikke har deltatt i hele tiden. Det var mye latter og ironi i disse diskusjonene om mulighetene til å få med begge kjønn. Foreldre var imidlertid enige i at begge foreldre måtte få invitasjon.

... det er kjempeviktig at det i invitasjonen står at begge foreldre er velkomne, og, ja på en måte oppmuntrer far til å komme i alle fall på første møtet. Da kan veilederne få informert godt om temaene og det, ja det er en annen måte enn å lese invitasjonen og høre mor belære far etterpå...

Etter tidligere sitater og analyser er det tydelig at foreldre har positive erfaringer knyttet til deltagelse, men det ble en omfattende diskusjon om hvordan foreldreveiledning kan gis som et tilbud både til mor og far.

Det er klart skal det være et tilbud for foreldre må det være på tidspunkter som passer foreldrene. Men jeg ser at det handler om arbeidstid og sånn og sånn, og alt er jo knyttet til økonomi...

Alle var imidlertid opptatt av foreldrekompetansen innebærer at både mor og far er viktige aktører for barnets utvikling. Kommunens mulighet til å involvere fedre på en enda bedre måte ble diskutert. Det var her utrolig mange kreative, morsomme løsningsforslag som skapte masse latter, men det ble også løftet opp problemer som barnepass til større barn, kveldstid/ettermiddagstid i forhold til jobb, steds plassering, lørdagssamlinger eller eventuelle egne pappasamlinger. Det ble ikke konkludert med noe, men flere forslag ble lagt fram. Flere foreldre mente at dersom tilbudet ble lagt på andre tidspunkter enn dagtid, ville dette antagelig utelukke de med flere barn. Derfor var mange kritiske til dette.

Lengden på kursene ble også diskutert livlig, og tidsaspektet i forhold til kjønn syns jeg fortjener følgende kommentar:

Å, jeg tror bare karer hadde klart seg med en time hvis vi damer bruker to...

Flere knyttet også dette opp mot damers tendens til å se det verste i situasjoner, mens mange menn er roligere og mer konkrete. Det var enighet i at fedre hadde bidratt mye positivt inn i diskusjonene i gruppene med å dele sine erfaringer.

Ja og så er det det at menn kan se ting på en helt annen måte. Ja de kan, ja de tenker ofte litt enklere enn det vi jenter gjør. Ja, og så blir jeg roligere...

Flere var opptatt av at mødre oftere danner private nettverk for å snakke om erfaringer med barn, mens dette ikke er så vanlig blant fedre. Det var enighet om følgende:

Fedre bør absolutt ha et tilbud altså, for det er viktig å inkludere fedrene, og jeg tror mange fedre ville satt pris på et slikt tilbud for å dele sine erfaringer ...

For praktisk å få til dette, var det flere som mente det måtte organiseres som egne pappagrupper på kveldstid. Det ble stilt spørsmål om kommunen har mannlige sertifiserte veiledere. Da en av de barnevernsansatte med ICDP sertifisering er mann, ble det konkret foreslått å arrangeres egne pappakvelder ledet av denne mannlige veilederen.

Så fint at det finnes begge kjønn hos dere veiledere også. Da kunne vi diskutere ikke bare erfaringer med babyen, men også hvordan takle farsrollen og mannsrollen generelt ja, ... ja, og hvordan vi skal takle kjerringa og (latter)...

Det kunne vært moro å forfølge diskusjonen rundt kjønn. Dette er det imidlertid ikke rom for her, men det kan nevnes at en av barnehagene har forsøkt egen pappakveld etter ønske for mødrene som hadde deltatt. Jeg ønsker imidlertid å knytte en kommentar om papparollen opp mot barnehagene, og her har kanskje barnehagene et større potensiale enn helsestasjonen. Barnehagene som arena er også svært unik. De følger foreldrene svært tett med daglig omgang over flere år. Det er også blitt langt mer vanlig at fedre bringer og henter barna i barnehagen. Dermed har barnehagene blitt en god arena for å nå fedre på en annen måte enn bare for noen år siden.

... men jeg tenker eh, eh, ja altså til sånne baby, baby foreldre er det nok ikke så lett å få med far, men i siste halvdel i barnehagen og mot skolealdre, ja da far begynner å få bryna seg skikkelig på de englebarna –ja de helt medgjørlike—ja som plutselig ikke er det lenger---ja da tror jeg det kunne vært fint med egne fedregrupper.

I siste kapittel har jeg forsøkt å oppsummere og gi noen svar på problemstillingen min.

7.0 OPPSUMMERING OG AVSLUTNING

Problemstillingen i denne oppgava var å få innsikt i foreldrenes egenopplevelse og erfaring ved deltagelse i foreldreveiledningsgrupper på helsestasjonen og videre anbefalinger. Denne problemstillingen ble spesifisert med spørsmål knyttet til deltagelse, organisering, utbytte og forslag om eventuelle endringer og anbefalinger.

Jeg antar alle kommuner har visjoner og ønsker for sine innbyggere. Øyers visjon er at kommunen skal være den beste kommunen å leve i. Kommunen skal være en «livsløpskommune» med fokus på gode levekår fra vugge til grav. Visjoner er noe å strekke seg mot, men vanskelig å oppnå.

Jeg har i denne oppgava forsøkt å få innsikt i et nytt universelt forebyggende tiltak som alle nybakte foreldre i 2010 og mange av foreldrene i 2011 har fått tilbud om deltagelse i. Kan dette tilbudet være med på å gjør kommunen enda bedre å leve i, og et skritt mot visjonens mål?

Når det gjelder deltagelse måtte en forvente at et slikt nytt tilbud som dette ikke nødvendigvis ville «treffer» alle. Det er heller ikke realistisk med en 100 % oppslutning. Det kan være mange ulike årsaker til ikke å delta. Det kan antas at noen ikke synes de har behov for innholdet i programmet, og heller ikke trenger eller ønsker gruppene for nettverksbygging. Noen oppga ellers ulike årsaker til ikke å melde seg på, men ingen oppga barnevernets medvirkning som årsak til ikke deltagelse. Det kan undres på om noen av disse hadde meldt seg på ved en annen organisering. Vi vet imidlertid av erfaring at noen foreldre trenger lang tid til å ville være med i gruppebaserte tiltak, uansett organisering. Det har vært deltagelse fra både mødre, fedre og par. Foreldre med flere barn fra tidligere, har også deltatt. I 2010 takket færre nei til deltagelse, men noen falt fra. I 2011 har de som startet fullført kurs. Det kan tyde på at flere foreldre vet hva de går til. Det kan kanskje også tyde på at det vil bli en økning i prosenttallet for barn født i 2011, da de siste nå har fått tilbud om oppstart. Dette anser jeg som svært positivt, og at dette tyder på at det spres mest positive kommentarer om deltagelse i gruppene. At så mange har deltatt i de få barnehagene som har hatt tilbud, velger jeg også å tolke positivt. Samarbeidet mellom ulike etater for å klare å lage ei minoritetsgruppe, var også bra. Ikke minst var det positivt at tre menn fra det somaliske miljøet deltok. På tross av

kun en sertifiseringsmulighet og ingen flere muligheter, har 72 familier med 145 barn i vår lille kommune deltatt på ICDP foreldreveiledningskurs fra 2010.

En diskusjon som må gjennomføres, er om de som ikke ønsker å delta skal følges på en annen måte på helsestasjonen. Bør helsesøster være enda mer pågående for å skape entusiasme for deltagelse, eller skal en satse på positiv omdømmebygging av tilbudet spedbarnsforeldre seg imellom? I løpet av 2011 så vi klart at dersom det ble gitt mye muntlig informasjon og påminninger fra den helsesøstera de kjente, var dette den beste måten å rekruttere på. Foreldre som verken får den helsesøstera de kjenner, og i tillegg er skeptisk til barnevernet, vil muligens takke nei i utgangspunktet. Et spørsmål som stilles nå, er om foreldre skal få tilbud ut fra hvem helsesøster de kjenner og som leder ICDP gruppe, eller skal grupper settes opp fortløpende? Dette spørsmålet har vi ikke svar på foreløpig, men det er klart at dette i så fall vil påvirke hvor gamle barna er da foreldrene får tilbud om deltagelse.

Glavin & Erdal hevder: «Tidlig intervensjon og tiltak igangsatt på lavest mulig nivå vil øke muligheten til å lykkes med problemløsningen» (Glavin & Erdal, 2007, s.89). Det sies videre at nye tiltak bør integreres i den ordinære virksomheten, og at den største utfordringen er å iverksette tiltak som forebygger problemutvikling hos barn flest og bedrer oppvekstmiljøet til alle barn (Folkehelseinstituttet, 2007). Når det gjelder effektivitet ved forbyggende programmer, er dette også knyttet til samarbeid (Mæland, 2010). Organiseringa av tre team bestående av helsesøstre og barnevern sammen som veiledere, har ført til et tettere forebyggende samarbeid mellom helsesøster og barnevernet. Foreldrene har gjennom intervjuene også evaluert dette samarbeidet som positivt. Den samstemte endringen av synet på barnevernet fra de som uttalte seg, kan tyde på at gjennomføring av ICDP grupper ledet av barnevern og helsesøster på helsestasjonen, kan være en god arena for barnevernet til å markedsføre sitt forebyggende arbeid. I forlengelse av diskusjoner i media om folks vegring om å melde bekymring til barnevernet, kan det kanskje tenkes at en redefinisjon av barnevernet på denne måten har positive effekter på sikt.

Noen foreldre var imidlertid skeptiske til deltagelse på helsestasjonen ut fra sitt syn på barnevernet, og det ble stilte spørsmål om noen kanskje ikke ble med på grunn av at barnevernet var en av veilederne. Noen uttrykte også skepsis for å være med i grupper i barnehagen, ut fra nærheten de til daglig hadde med pedagogene. Det kan også tenkes at

flere i den ICDP gruppa som ikke ble med i analysen, hadde annet syn på barnevernet. Dette er spekulasjoner som på samme måte som hvorfor noen takket nei. Det vi imidlertid vet er at når det gjelder videre oppstart av nye grupper, må gløden og interessen vedlikeholdes framover. Å lede slike grupper er tidsmessig krevende, og i barnehagene er det i tillegg et økonomisk spørsmål.

Da det gjelder utbytte av deltagelse, var foreldrene svært fornøyd. De følte de hadde knyttet gode nettverk. Langtidsperspektiver av deltagelse i disse foreldreveiledningsgruppene i forhold til trygghet og mestring, synes jeg er svært interessant. Det virket som de gruppene som ikke hadde særlig frafall hadde etablert et utrolig tett og nært forhold preget av trygghet, slik at foreldrene faktisk kunne ta opp personlige tanker og eventuelle problemer. De brukte ord som aha-opplevelser, grunnstøtte, frikvarter med påfyll og kjempebra og var selv med på å trekke de lange linjene framover til barna deres ble ungdommer. Kan trygge og gode nettverk og faglig kurs som er etablert allerede i barselperioden, være med på å styrke foreldrerollen som ungdomsforeldre?

Den store internasjonale studien om ICDP (Sherr et al., 2011) har oppsummert positive effekter for foreldre som har deltatt i ICDP programmet. Foreldrene i den generelle befolkningen rapporterte at de særlig hadde profitert på programmet gjennom økt bevissthet rundt samhandling mellom foreldre og barn. Dette hadde resultert i at de fokuserte mer på det som var positivt, som igjen førte til et bedre familieliv og færre konflikter. Kan det tenkes at jeg hadde fått tilsvarende svar, dersom jeg hadde spurt om det? Foreldrene var i alle fall positive til opplevelsene og erfaringen de hadde fått etter deltagelse.

Alle foreldrene var positive til at dette tilbudet var et universelt tilbud til alle, og ikke knyttet til risikoforeldre. Et viktig spørsmål som ble stilt var: Hvem definerer kommunen som risikoforeldre, og kan ikke de også være «gode nok» foreldre hvis dere gir hjelp og foreldrene vil ha hjelp?

At det i alle gruppene hadde vært både førstegangsfødende foreldre og foreldre med flere barn, hadde ført til diskusjoner og refleksjoner på en annen måte enn de ville gjort bare med grupper for førstegangsfødende. Flere sa de hadde hatt stort utbytte av å høre erfaringer fra de andre foreldrene med større barn. Foreldrene var også svært fornøyd

med barnepassordningen, noe de mente var avgjørende for utbytte de hadde fått av veiledningen.

Et prosjekt med helt nye sammensettinger av fagpersoner som veiledere enn foreldre er vant til, kan også tenkes å være til hindre for foreldres utbytte av deltagelse. Det kan være formelle begrensninger slik som lokaler, tid, økonomi, men også ulik kultur og ulikt fagsyn og andre begrensninger av mer personlig art. Kinge (2012) hevder at våre personlige barrierer kan handle om manglende trygghet på egen faglig kompetanse, manglende tro på andres fagkompetanse, tro på egne evner til å inngå i samtale og konflikthåndtering og manglende bevissthet om egne forsvarsreaksjoner. Hun understreker videre betydningen av å utvikle kontakt i rolige tider, for på den måten å kunne møte til samhandling i mer turbulente og utfordrende tider. Dette kan gjelde både foreldre og fagpersoner. Kinge (2012) hevder videre at vi generelt er altfor dårlige til evaluering av samarbeid, spesielt dersom det ikke har vært åpenbare konflikter. Som prosjektleder håper jeg denne oppgava kan bidra til at helsesøstre og barnevernet sammen ser viktigheten av samarbeid om foreldreveiledningsgrupper som likeverdige samarbeidspartnere også i framtida. Foreldre har evaluert dette som et klart alternativ til tradisjonelle barselgrupper, og en god arena for forebyggende barnevernsarbeid.

Utfordringer knyttet til ICDP er først og fremst at kommunen har ønsket flere sertifiserte veiledere. Det er flere personer både i barnevernet, på helsestasjonen og i barnehagene som ønsker å bli sertifisert, men det har ikke vært mulig å tilby mer opplæring foreløpig. Et positivt engasjement som opprettholdes over lang tid, kan være medvirkende til at enda flere ønsker og utforske hva dette er. Det kan dermed føre til at flere ønsker å delta ved senere anledninger. På den andre siden kan engasjerte medarbeidere, slik det er nå, kanskje føle de ikke har avlastningsmuligheter i en travel hverdag. Det er mange lovpålagte oppgaver, mens foreldreveiledning med ICDP grupper ikke er det. Noen kan da miste gløden og entusiasmen for tilrettelegging av tilbudet. Dette er en utfordring.

Foreløpig har ikke barnevernet deltatt i grupper i barnehagen eller på skolene. Det kan være mulig å tenke at barnevernet kommer oftere inn blant annet på foreldremøter og forteller om sin forebyggende rolle, eller blir deltagere på noen av dagene dersom

kommunen etablerer ICDP grupper i flere barnehager og på skoler. Noen foreldre ønsket nettopp dette.

Hvordan vi ivaretar enda bedre fedres selvstendige rolle er en utfordring, men det kan tenkes at vi må være bedre på å utnytte at vi har en mannlig sertifisert ICDP veileder, blant annet med egne pappakvelder som et av alternativene. Egen pappakveld er forsøkt i barnehage, og kanskje dette vil være en samarbeidsarena framover?

En stor utfordring hos oss som sammenfaller med funn i den internasjonale studien er knyttet til ressurser. Slike grupper er tidkrevende. De går over åtte ganger, og med forberedelser går det minst 16 timer for hver gruppe. Det er derfor et stort puslespill å klare å gjennomføre tverrfaglige grupper fortløpende. Flere ønsket også tilbud i flere barnehager og på skolene. Noen var opptatt av at det er tilfeldig hvor en får barnehageplass, mens det er bestemt hvilken skole barna skal gå på. Et ICDP tilbud på skolene vil også være mulig å tenke seg på sikt, men både tilbud i barnehager og skoler er særlig knyttet til økonomiske ressurser, da disse gruppene må forgå på kveldstid. Dette gjenspeiler seg blant annet i vedtatt Ruspolitisk plan (Øyer kommune, 2012) hvor ICDP grupper i barnehagene er tiltak som er lagt inn som et ønske, men som krever økte bevilgninger. Det er klart at økonomi har store innvirkninger på om tilbud etableres etter endt prosjekt.

At tilbudet om deltagelse i tverrfaglige foreldreveiledningsgrupper ikke har kommet i gang før noen av barna har vært nærmere åtte måneder, har også ført til at vi har begynt diskusjonen om det er mulig for jordmor og helsesøster å starte tradisjonelle barselgrupper raskt etter fødsel med tre møter. Dersom vi lykkes med dette, og her danner de nettverkene som etterspørres, vil dette også være en naturlig arena for å rekruttere til deltagelse i ICDP grupper noe senere. For noen vil kanskje muligheten til å danne nettverk tidlig, være avgjørende for om de er villige til deltagelse i foreldreveiledningsgrupper hvor barnevernet er med.

Med den store oppslutningen vi har hatt og i tillegg god oversikt over de som ikke har vært med, vil det på lang sikt bli spennende å følge årskull 2010 og 2011 i ulike statistikker. Særlig i forhold til barnevernet vil det kunne bli spennende å følge med om den tidlige innsatsen for foreldreveiledning, ledet av helsesøster og barnevernet sammen, har påvirket foreldrene til økt evne til å være «gode nok» foreldre. Vi vet av

erfaring at i mange tilfeller er det «et skritt fram og et skritt tilbake». Imidlertid er FNs barnekonvensjon styrende for alt arbeidet, og vi må alltid huske at det viktigste er hensynet til barnets beste.

Det har vært moro og gjennomføre denne analysen, og se de enstemmige anbefalingene som kom fra foreldrene. En klar konklusjon er at foreldrene ønsker at kommunen viderefører dette tilbudet med helsesøster og barnevern sammen som veiledere og med barnepass, men at tilbud også etableres i barnehagene og kanskje på skolene etterhvert.

En av foreldrene oppsummerte på følgende måte:

... det er et viktig poeng at vi får et slik tilbud, slik som vi har gjort, ja for vi føler at vi har vært utrolig heldige med at vi fikk tilbudet, og at vi fikk tilbudet nå mens ungene var så små. Å ja, dere må absolutt invitere til flere foreldreveiledninger. Tusen, tusen takk skal dere ha! (enstemmig summing i bakgrunnen med ja, ja enig...)

Som en avslutning på oppgava ønsker jeg å benytte meg av den australske dikteren Pam Browns ord om relasjonen mellom foreldre og barn, og vår mulighet gjennom mentalisering:

Å betrakte et barn som oppdager verden er å gjenoppdage den selv. Hvordan kunne du ha glemt hvor skinnende og bløt en ball er, hvordan vannet glitrer i lyset, hvordan løvverket skjelver en sommerdag, hvordan endene stiller seg på høykant, hvordan ekornet løper over gresset?

Et barn gjør ting nye igjen (Exley, 2003, s. 69).

LITTERATURLISTE:

- Aldèn, B & Missios, I (2006). Hvordan skaper man et familiefellesskap? I J. Hansson & C. Oscarsson (Red.), *Lykkelige barn. Om å være foreldre* (s. 32). Oslo: Aschehoug & Co
- Alvesson, M. & Sköldbberg, K. (1994). *Tolkning och reflektion. Vitensapsfilosofi och kvalitativ metode*. Lund: Studentlitteratur
- Alvsvåg, H. (2010). *På sporet av et dannet helsevesen: om nære pårørende og pasienters møte med helsevesenet*. Oslo: Akribe
- Aubert, A-M., & Bakke, I. M. (2008). *Utvikling av relasjonskompetanse. Nøkler til forståelse og rom for læring*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Barne-, likestillings- inkluderingsdepartementet (2011). *Barn og ungdom. Regjeringens mål og innsatsområder i statsbudsjettet 2011*. Oslo: Barne-, likestillings- inkluderingsdepartementet.
- Barne-, likestillings- inkluderingsdepartementet (2012). *Barn og ungdom. Regjeringens mål og innsatsområder i statsbudsjettet 2012*. Oslo: Barne-, likestillings- inkluderingsdepartementet.
- Barne- og familiedepartementet (2003). *FNs barnekonvensjon. FNs konvensjon om barnets rettigheter. Vedtatt av De forente nasjoner 20.november 1989. ratifisert av Norge 8.januar. 1991. Revidert oversettelse mars 2003 med tilleggsprotokoller*. Oslo: Barne- og familiedepartementet.
Hentet fra <http://www.regjeringen.no>
- Barneloven. *Lov om barn og foreldre 08.04.1981 med siste endringer 15.04.2011*
Hentet fra <http://www.lovdatab.no>
- Barnevernloven. *Lov om barneverntjenester 17.07.1992 med siste endringer 15.04.2011*
Hentet fra <http://www.lovdatab.no>
- Befring, E., Frønes, I. & Sørli, M-A (2010). *Sårbare unge. Nye perspektiver og tilnærminger*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Brantzæg, I., Smith, L. & Torsteinson, S. (2011). *Mikroseperasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget
- Brønna Biong, T. L. (2005). *Vi er alle opp-ned – en bok for veldig voksne*. Oslo: Flux Forlag
- Bø Puntervold, B. & Olsen Rappana B. C (2008). *Utfordrende foreldreskap- en innledning*. I B. Puntervold Bø & B. C. Rappana Olsen (Red.), *Utfordrende foreldreskap*. Oslo: Gyldendal Akademiske

- Dencik, L., Schultz Jørgensen, P. & Sommer, D (2008). *Familier og børn i en opbrudstid*. København: Hans Reitzels Forlag
- Eberhard-Gran, M. & Slinning, K. (2007). *Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel*. Oslo: Folkehelseinstituttet
- Ellenby, Y. (2006). Hvordan påvirkes barna av stress? I J. Hansson & C. Oscarsson (Red.), *Lykkelige barn. Om å være foreldre* (s. 47-48). Oslo: Aschehoug & Co
- Engelsrud, G. (2006). *Hva er kropp?* Oslo: Universitetsforlaget
- Exley, H. (2003)(Red.), *Livets under*. Kjeller: Genesis Forlag
- Fisch, R., Watzlawick, P. & Weakland, J. (1980). *Forandring. Prinsipper for hvordan problemer oppstår og hvordan de løses*. Pensumlitteratur 1996
- Folkehelseloven. *Lov om folkehelsearbeid*. 24.06.2011
Hentet fra: <http://www.lovdatab.no>
- Gjertsen, P. Å.(2007). Oppsummering og refleksjon. I P. Å. Gjertsen (Red.), *Forebyggende barnevern. Samarbeid for barn beste*. Bergen: Fagbokforlaget
- Glavin, K. & Erdal, B. (2007). *Tverrfaglig samarbeid i praksis. –til beste for barn og unge i Kommune-Norge*. (2. utg.) Oslo: Kommuneforlaget
- Gran, S. (2004, 22.februar). "Foreldrerollen" er ingen rolle.
Hentet fra:
<http://onlinesos.aftenposten.no/tjenester/archive/show.htm?catalog=80572&page=57&date=22.2.2004>
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskaplige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget
- Haavind, H. (2009). Familien som oppvekstarena for barn og unge. I R. Hjermand & K. Haanes (Red.), *Barn* (s. 106-123). Oslo: Universitetsforlaget
- Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS
- Hansson, J. & Oscarsson, C. (2006). Lykkelige barn. Foreldrerollen (2006) I J. Hansson & C. Oscarsson (Red.), *Lykkelige barn. Om å være foreldre* (s. 9-17). Oslo: Aschehoug & Co
- Hart, S. & Schwartz, R. (2009). *Fra interaksjon til relasjon. Tilknytning hos Winnicot, Bowlby, Stern, Schore & Fonagy*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Helsedirektoratet (2010). *Fra bekymring til handling.-En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet*. Oslo: Helsedirektoratet

- Helse- og omsorgstjenesteloven. *Lov om Kommunale helse- og omsorgstjenester*. 24.06.11. Hentet fra <http://www.lovdatab.no>
- Hjermann, R (2009). *Barnas land* (2006). I R. Hjermann & K. Haanes (Red). *Barn*. (s.15-21) Oslo: Universitetsforlaget
- Hunneide, K. (2003). *Barns livsverden: Sosiokulturelle rammer for barns utvikling*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag
- Hunneide, K. (2007). *Innføring i ICDP programmet*. Oslo: ICDP stiftelsen
- Hunneide, K (2009). *8 temaer for godt samspill* BUF 00023. Hentet fra: <http://www.bufetat.no/foreldreveiledning>
- Jåvo, C. (2010). *Kulturens betydning for oppdragelse og atferdsproblemer. Transkulturell forståelse, veiledning og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget
- Juul, J. (1996a). *Ditt kompetente barn*. Norsk utgave Oslo: Pedagogisk Forum
- Juul, J. (2006b). Risikoen ved å strebe etter det perfekte (2006) I J. Hansson & C. Oscarsson (Red.), *Lykkelige barn. Om å være foreldre* (s. 40-41). Oslo: Aschehoug & Co
- Killèn, K. (2010). *Sveket II Ansvar og (be)handling* (4 utg.). Oslo: Kommuneforlaget
- Kinge, E. (2006). *Barnesamtaler-Det anerkjennende samværet og samtalens betydning for barn med samspillsvansker*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Kinge, E. (2009). *Hvor er hjelpen når den trengs? Om relasjonskompetanse. Om foreldresamarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Kinge, E. (2012). *Tverretattlig samarbeid omkring barn. En kilde til styrke og håp?* Oslo: Gyldendal Akademiske
- Kirkengen, A. L. (2009). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne?* (2 utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Klette, T. (2007). *Tid for trøst. En undersøkelse av sammenhenger mellom trøst og trygghet over to generasjoner*. (NOVA Rapport 17/07). Oslo: Kunnskapsdepartementet
- Kvello, Ø. (2010). *Barn i risiko: skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Langdridge, D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode- en innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger*. (Oversatt av Petter Røen; fagkonsulent Sturle D. Tvedt). Trondheim: Tapir Forlag

- Linde, M. (2006). *Våre nye roller som foreldre*. I J. Hansson & C. Oscarsson (Red.), *Lykkelige barn. Om å være foreldre* (s. 204-206). Oslo: Aschehoug & Co
- Lundstøl, J. (2002). Om å gjøre andre gode. I J. Lundstøl (Red.), *I dannelsens tegn. Profesjonell selvforståelse i arbeidet med mennesker* (s.193-207). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Madsen, B. (1993). *Socialpædagogik og samfunnsforvandling. En grundbog*. København: Munksgaard
- Mathiesen, R. (2008). *Sosialpedagogisk perspektiv på individ og fellesskap*. Oslo: Universitetsforlaget
- Mathiesen, K.S., Kjeldsen, A., Skipstein, A., Karevold, E., Torgersen, L. & Helgeland, H. (2007). *Trivsel og oppvekst-barndom og ungdomstid*. (Rapport 2007:5). Oslo: Folkehelseinstituttet
- Mikkelsen, S. (2005). *Hva er forebygging?* Hentet fra [http://www. forebygging.no](http://www.forebygging.no)
- Moe, V., Siqveland, T. & Slinning K. (2010). Barn av foreldre med rusproblemer og psykiske vansker I V. Moe, K. Slinning & M. Bergum Hansen (Red.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s.303-322). Oslo: Gyldendal Akademiske
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS
- NOU 2010:8. *Med forskertrang og lekelyst. Systematisk pedagogisk tilbud til alle førskolebarn*. Oslo: Kunnskapsdepartementet
- Nygren, P. & Skårderud, F. (2008). Mentalisering som sosial kompetanse hos barn og unge. I P. Nygren & H. Thuen (Red.), *Barn og unges kompetanseutvikling* (s.197-209). Oslo: Universitetsforlaget
- Nøvik Stene, T. (1998). Kunnskap om mange- ressurs for den enkelte. Epidemiologisk kunnskap i mestringens tjeneste. I B. Gjørum, B. Grøholt, & H. Sommerchild. (Red.), *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre* (s.99-116). Oslo: Universitetsforlaget
- Rasmussen, K. (2010). *Helsemoral og umoral*. Oslo: Universitetsforlaget
- Røkenes, O. H. & Hanssen, P. H.(2002). *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget
- Rye, H. (2007). *Barn med spesielle behov. Et relasjonsorientert perspektiv*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Rye, H. (2009). *Tidlig hjelp til bedre samspill* (2.utg) Oslo: Gyldendal Akademiske

- Sandø, R. (2012). *Motiverende intervju kan effektivt endre dårlige vaner*.
Tidsskrift for helsesøstre nr. 1. 2012. s. 62-66
- Sherr, L., Solheim Skar, A-M., Clucas, C., von Tetzchner, S. & Hundeide (2011).
*Evaluation of the Parental guidance programme based on the International
Child Development Programme* (Rapport, Barne- likestilling og
inkluderingsdepartementet) London: International Child Development
Programme og University College London
Hentet fra:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/aktuelt/nyheter/2011/evaluering-av-foreldreveiledning.html?id=654486>
- Skårderud, F. (2008). Kropp, kompleksitet og kompetanse. Et mentaliseringsbasert perspektiv på spiseforstyrrelser, selvskade og rus. I P. Nygren, & H. Thuen, (Red.), *Barn og unges kompetanseutvikling* (s.211-219). Oslo: Universitetsforlaget
- Smith, L. (2010). Tidlig utvikling, risiko og psykopatologi I V. Moe, K. Slinning & M. Bergum Hansen (Red.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s.29-52). Oslo: Gyldendal Akademiske
- Smith, J. A., Flowers, P & Larkin, M. (2009). *Interpretive Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research*. London: Sage Publications
- Sosial- og helsedirektoratet (2007a). *Hvordan kommer vi fra visjoner til handling?--- og bedre skal det bli! Praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helsetjenesten*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- Sosial- og helsedirektoratet (2007b). *Muligheter og mot. – Å begripe og gripe eget liv*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- Statens helsetilsyn (1998). *Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Oslo: Statens helsetilsyn
- Steine, A. (2010). *Jeg er meg - du er deg. Barns motoriske og sansemotoriske utvikling 0 – 2 år*. Bergen: Fagbokforlaget
- St.meld. nr. 16 (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- St.meld. nr.47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Straand, S. (2011). Tverrfagleg, helsefremmande psykososialt arbeide. Rammevilkår, kunnskap og praksis. I S. Straand (Red.), *Samhandling som omsorg* (s.19-42). Oslo: Kommuneforlaget

- Söderström, K. (2008). Ensomt spedbarn søker kompetent omsorgsperson. . I P. Nygren, & H. Thuen, H. (Red.), *Barn og unges kompetanseutvikling* (s.221-229). Oslo: Universitetsforlaget
- Söderström, K. (2012, 10.april). Barnevern og foreldrevern. *Gudbrandsdølen Dagningen*. Hentet fra: <http://www.gd.no/meninger/article6005540.ece>
- Tetzchner, S. (2010). Teoretiske og kliniske perspektiver på felles oppmerksomhet. I V. Moe, K. Slinning & M. Bergum Hansen (Red.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s.424-444). Oslo: Gyldendal Akademiske
- Thagaard, T. (2003). *Systematisk innlevelse En innføring i kvalitativ metode* (2 utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget
- Walhovd, K. B & Fjell, A. M (2010). Tidlig sentralnervøs utvikling og betydningen av ytre forhold, stimulering og omsorgsmiljø. I V. Moe, K. Slinning & M. Bergum Hansen (Red.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s.67-91). Oslo: Gyldendal Akademiske
- Øyer kommune: *Kommuneplan for Øyer 2003-2015 Del 4: Mål og strategier*.
Hentet fra: <http://www.oyer.kommune.no/kommuneplan.237542.no.html>
- Øyer kommune: *Overordnet målkart 2011 med kommentarer*.
Hentet fra:
<http://www.oyer.kommune.no/index.php?find=m%C3%A5l%20kart+2011>
- Øyer kommune (2012): *Ruspolitisk plan 2012-2016*
Hentet fra:
<http://www.oyer.kommune.no/cpclass/run/cpesa62/file.php/def/12002775d12002780o5a10db/kommunal-rusmiddelpolitisk-plan.pdf>
- Øyer kommune. *Økonomiplan for Øyer kommune 2012 – 2015: Årsbudsjett 2012*
Hentet fra: <http://www.oyer.kommune.no/okonomi.185211.no.html>

Vedlegg nr. 1

FORESPØRSEL OM DELTAGELSE I GRUPPEINTERVJU I FORBINDELSE MED MASTEROPPGAVE

Som barnefysioterapeut og prosjektleder i prosjektet "Tidlig intervensjon" er jeg i tillegg masterstudent på Høgskolen på Lillehammer i Helse og sosialfaglig arbeid for barn og unge. Etter jul skal jeg starte med den avsluttende masteroppgaven.

Temaet for oppgaven vil være en del av sluttrapport i prosjektet. Hovedmålet i prosjektet er at alle barn i Øyer kommune skal sikres trygge og gode levekår.

Øyer kommune er den første kommunen i Oppland som utdanner personell som kan bruke Foreldreveiledning(ICDP). Dere har derfor vært deltagere i grupper på helsestasjonen.

I oppgava er jeg interessert i å finne ut hvordan tiltakene vi har valgt å satse på oppleves av dere som foreldre. Er dette tiltak som det bør satses på videre?

Spørsmålene vil dreie seg om suksessfaktorer, kritiske faktorer, gruppestørrelser og sammensetting. Jeg er også interessert i å høre om forventninger og erfaringer.

Jeg er også interessert i å finne ut om det er forskjeller og likheter mellom de ulike gruppene.

For å finne ut av dette ønsker jeg å forta gruppeintervju i de gruppene dere har hatt. Jeg vil bruke båndopptager. Intervjuet vil jeg forta sammen med Liv Altmann fra Høgskolen på Lillehammer. Vi beregner ca 1 ½ time omtrent som de vanlige sammenkomstene dere har hatt.

Sted og tid blir vi enige om, og jeg håper vi kan stille barnepike også denne gangen. Håper at vi kan møtes tidlig våren 2011. Vil dere bruke lengre tid etterpå, er dere hjertelig velkommen til det.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst uten å måtte begrunne dette noe nærmere. Opplysninger vil bli behandlet konfidensielt og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgava. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgava er ferdig, sannsynlig innen 2012.

Dersom du kan tenke deg å være med på gruppeintervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkerklæringen og leverer den til meg

Hvis det er noe du lurer på, kan du ringe meg på telefon 41610690 eller sende en e-post til inger.marie.johnsgard@oyer.kommune.no. Du kan evt kontakte min veileder på HIL som er professor Halvor Fauske tlf: 61288000

Studien vil bli meldt til personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskaplig datatjeneste A/S

Med vennlig hilsen

Inger-Marie Walbø Johnsgård

SAMTYKKEERKLÆRING:

Jeg har mottatt informasjon om studien av prosjektet tidlig intervensjon og foreldreveiledningen ICDP og ønsker å stille i gruppeintervju.

.....

Dato:

.....

Navn:

.....

Telefon/ e-post

Vedlegg 2

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald I. Bergsnes gate 29
N-5017 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

Halvor Fauske
Avdeling for helse- og sosialfag
Høgskolen i Lillehammer
Postboks 952
2604 LILLEHAMMER

Vår dato: 15.04.2011

Vår ref: 26694 / 3 / B

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 12.03.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

26694	<i>Foreldres opplevelse av deltagelse i foreldrerådgivningsgruppe ICDP som en annerledes karselgruppe</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Lillehammer, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Halvor Fauske</i>
Student	<i>Inger-Marie Walbo Johansgård</i>

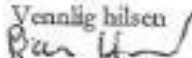
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-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/forsk_stud/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://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Bjørn Hennrichsen


Inga Brautaset

Kontaktperson: Inga Brautaset tlf: 55 58 26 35

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Inger-Marie Walbo Johansgård, Stavsvegen 15, 2635 TRETEN



Utvalget består av foreldre som har deltatt sammen i ICDP-gruppesamlinger i regi av helsestasjonen.

Samtykke til deltagelse i masterprosjektet innhentes skriftlig på bakgrunn av muntlig og skriftlig informasjon. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet iht. kravene i personopplysningsloven.

Data innhentes ved ustrukturert fokusgruppeintervju. Intervjuet vil omhandle foreldrenes forventninger, opplevelser og erfaringer med deltagelse i foreldreveiledningsprogrammet, synspunkter på barnevernets forebyggende rolle, organisering med bruk av barnevaktordning, tidspunkt, samt foreldrenes anbefalinger.

Lyddopptak fra intervjuene behandles elektronisk, og det tas høyde for at materialet vil kunne inneholde personidentifiserende opplysninger.

Det opplyses at datamaterialet vil bli oppbevart på privat pc tilknyttet internett. Det bør avklares med Høgskolen i Lillehammer om slik oppbevaring vil være i tråd med interne retningslinjer for informasjonssikkerhet.

Datamaterialet anonymiseres når prosjektet er avsluttet, senest innen 31.12.2012. For at datamaterialet skal være anonymt, må lyddopptak slettes. I tillegg må eventuelle navn og indirekte personidentifiserende opplysninger i det skriftlige materialet slettes/omskrives/grovkategoriseres, slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes.



Tretten 23.06.10

Til
Foreldre med barn født i 2010

Vi ønsker med dette å invitere dere til å delta og videreutvikle vårt spennende prosjekt Tidlig intervensjon.

For de små barna er ingen mer betydningsfulle enn dere foreldre!

Vi ønsker å styrke dere i gleden av å være foreldre og styrke dere som foreldre ytterligere i den kjempeviktige rollen dere har.

I dette arbeidet trenger vi **deres hjelp** for at vi skal kunne sertifisere oss til å drive familieveiledning (International Child Development Programmes) i framtida. Gjennom dette programmet som er et samarbeid mellom helsestasjon og barnevernstjenesten ønsker vi å få muligheten til å gi støtte og hjelp i de utfordringer som møter dere som foreldre i dagliglivet.

Vi håper at alle foreldre blir med på dette og disse gruppene vil da erstatte nåværende barselgrupper høsten 2010

Det vil bli 2 grupper **mandager kl. 10.00-11.30**. Ei gruppe på helsestasjon på Tretten og ei gruppe på biblioteket i Øyer

Det vil dessuten bli ei gruppe **fredager kl. 10.15-11.45** på helsestasjon på Tretten. Oppstart vil bli i september og det vil bli 8 møter. Nærmere datoer kommer etter påmelding og gruppene er satt sammen.

Vi håper å kunne stille med barnepass der gruppene skal være!

Vi vil prøve å sette sammen gruppene ut fra deres ønsker. Sett opp alternativ 1,2 og 3 og kom gjerne med kommentarer.

VELKOMMEN til spennende spedbarnsgrupper til høsten !

PÅMELDING FORELDREVEILEDNING Sendes på post: Øyer helsestasjon v/ prosjektleder Inger-Marie Walbø Johnsgård, 2635 Tretten eller mail:inger.marie.johnsgard@oyer.kommune.no

NAVN(foreldre og barn som vil delta):

Sett opp sted og dag: ALT: 1
ALT: 2
ALT: 3

Kommentarer:

Vedlegg 4:



Tretten 26.01.11

Til
Foreldre med barn født siste halvdel av 2010

Vi ønsker med dette å invitere dere til å delta i Foreldreveiledningsgruppe.

Dette er et tiltak innen prosjektet Tidlig intervensjon i Øyer kommune, og vi har høsten 2010 gjennomført tre foreldreveiledningsgrupper i samarbeid mellom helsestasjonen og barnevernstjenesten.

Samtlige foreldre vi har spurt og som har deltatt ønsker at andre foreldre også får et slik tilbud.

For de små barna er ingen mer betydningsfulle enn dere foreldre!

Dette tilbudet erstatter tidligere barselgrupper og vil gå over 8 ganger i løpet av våren.

Spesielt første gang er det ønskelig, om mulig, at begge foreldre deltar for at det på denne måten kan være lettere å snakke om teamene hjemme i ettertid. Alle er imidlertid velkomne og vi ønsker på denne måten å gi mulighet til støtte og hjelp i de utfordringer som møter dere som foreldre i dagliglivet.

Et samarbeid med Frivillighetsentralen har fungert utmerket og vi har på denne måten kunne tilby barnepass i umiddelbar nærhet av foreldregruppa.

VELKOMMEN til spennende foreldregrupper våren 2011.

Vi trenger en oversikt over hvem som ønsker å delta for å kunne planlegge vårens grupper. Vær så snill å gi tilbakemelding uansett om du/dere vil delta eller ikke.

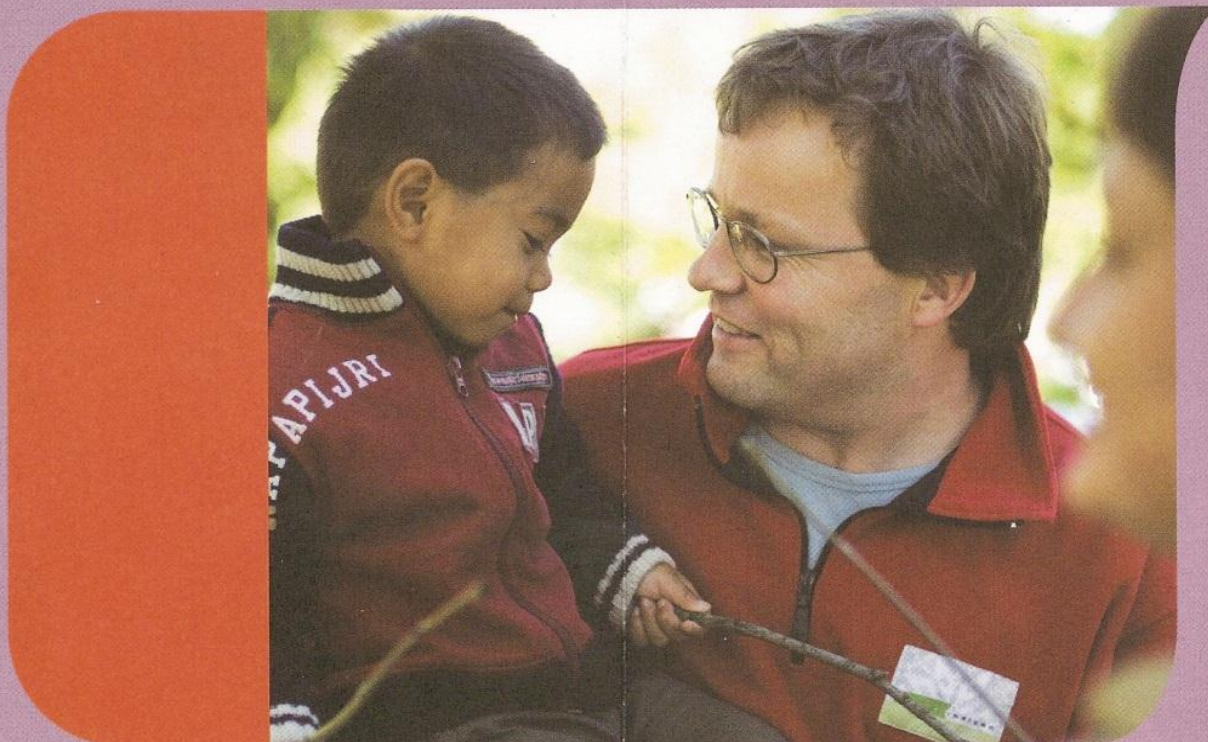
PÅMELDING FORELDREVEILEDNING Sendes på post: Øyer helsestasjon v/ prosjektleder Inger-Marie Walbø Johnsgård, 2635 Tretten eller mail: inger.marie.johnsgard@oyer.kommune.no

NAVN(foreldre og barn som vil delta):

Kommentarer:



MØTEPlass FOR FORELDRE



Informasjon og veiledning
til foreldre og andre voksne

Hvordan kan
du få et enda
bedre forhold
til barnet ditt?



Bli med i en foreldregruppe

Som foreldre har vi mange gleder og utfordringer. I en travel hverdag blir det lite tid til å tenke over hvordan vi er som foreldre og over hvor viktige vi er for barna våre. I Program for foreldreveiledning legges det til rette for å møte andre foreldre, dele erfaringer og drøfte gleder og utfordringer når det gjelder forholdet mellom barn og foreldre. Dette er for deg som

- Er nysgjerrig på hvordan du kan få et enda bedre forhold til barnet ditt
- Er interessert i hvordan du kan støtte og hjelpe barnet ditt til en best mulig utvikling
- Vil vite hvordan andre foreldre løser vanlige utfordringer
- Har lyst til å dele tankene og ideene dine med andre

Få til et enda bedre samspill med barn

Gruppene følger et opplegg der ulike temaer blir tatt opp, med heftet «8 tema for godt samspill» som utgangspunkt.

- Hva slags foreldre ønsker vi å være?
- Når får vi til det gode samspillet?
- Hvordan kan vi gjøre mer av det som fungerer?

Målsettingen er å finne tryggheten og bekreftelsen på at vi er gode foreldre ved at vi blir mer bevisste på hva vi gjør som er bra for barna.

Du vil ikke få noen oppskrifter, men hjelp til å finne dine løsninger for deg og ditt barn – gjennom samtaler og øvelser i gruppen og ideer eller oppgaver du prøver ut hjemme med barnet ditt.

De fleste gruppene møtes seks-åtte ganger, hvert møte på halvannen til to timer. Opplegget er utarbeidet av ICDP-stiftelsen (International Child Development Programmes).

Tilbudet bygges ut gradvis og vil være forskjellig organisert i ulike kommuner. Grupper for småbarnsforeldre blir ofte arrangert i regi av helsestasjonen eller barnehagen. Noen steder er det også grupper for tenåringsforeldre eller foreldre til yngre skolebarn. Noen arrangerer også foreldregrupper på andre språk enn norsk. Sjekk i din kommune hva som finnes av tilbud!

Vil du vite mer? **Se www.bufetat.no/foreldreveiledning/**