

**TIBIR foreldrerådgivning – balansekunst mellom metodelojalitet og
individuell tilpasning i møte med unike familier**

En kvalitativ studie om helsesykepleieres erfaringer med TIBIR foreldrerådgivning som
veiledningsverktøy

Lill Kristin Olsøy Smerud

VID vitenskapelige høgskole
Oslo

Masteroppgave i sykepleie med et kommunehelsetjenesteperspektiv
Fordypning helsesykepleier

01. juni 2023

Antall ord: 13168

Tittel: TIBIR foreldrerådgivning – balansekunst mellom metodeloyalitet og individuell tilpasning i møte med unike familier.

Dato for innlevering: 1. juni 2023

Veileder: Kristin Heggdal

Biveileder: Åshild Gjellestad

© Forfatter

År 2023

Tittel: TIBIR foreldrerådgivning – balansekunst mellom metodeloyalitet og individuell tilpasning i møte med unike familier.

Forfatter: Lill Kristin Olsøy Smerud

Forord

Å skrive en masteroppgave var ikke i utgangspunktet målet da jeg startet på videreutdanning i helsesykepleie, men ønsket og lysten til å lære mer og gjøre en egen studie kom etterhvert. Prosessen med masteroppgaven har vært lærerik og spennende, og ikke minst en god blanding av frustrerende og gøy. Jeg sitter igjen med ny innsikt om prosjektgjennomføring, forskningsmetodikk og TIBIR foreldrerådgivning som vil være nyttig i jobben som helsesykepleier.

Helsesykepleie som fag dreier seg både om fysisk og mental helse, og helsefremming og forebygging står sentralt. Mange foreldre søker råd og veiledning knyttet til samspillsvansker og atferdsutfordringer hos barna, og målet er å gi riktig støtte så tidlig som mulig. TIBIR foreldrerådgivning tilbys foreldre i kommunen jeg jobber, og det var et naturlig valg av tema for masteroppgaven, da dette er et verktøy både jeg og flere kollegaer benytter i arbeidshverdagen.

Jeg vil rette en stor takk til mine veiledere, Kristin Heggdal og Åshild Gjellestad. Det er godt å ha erfarne folk med på laget til å gi tips, råd, innspill og korrigeringer underveis! Tusen hjertelig takk for god veiledning! Takk til Hilde og Elisabeth, mine trofaste kollokviupartnere gjennom 4 år med videreutdanning og masteroppgave – det er godt å ha noen som er på akkurat samme sted, og veit hvordan det føles! Takk til kollegaer ved Familiesenteret i Øvre Eiker som har hørt på spørsmål, refleksjoner og frustrasjoner, og spesielt takk til Marie som har gått løypa før meg og bare har vært «one call away» (som Charlie Puth synger).

Å være student når man også har familie gjør at det føles som at det ikke bare er jeg som har skrevet en masteroppgave, men hele familien, og særlig min bedre halvdel. Tusen takk Ole-Jørgen! Du har vært tålmodig med alle mine frustrasjoner og spørsmål. Takk for korrekturlesning, og takk for overbærenhet når jeg har vært i «masterbobla» og ikke har hengt helt med på andre ting.

Og sist, men ikke minst, takk til deltakerne i studien. Uten deres ønske om å dele sine tanker og erfaringer hadde ikke studien blitt noe av.

Lill Kristin Olsøy Smerud, Hokksund, 29.05.2023

Sammendrag

TIBIR foreldrerådgivning – balansekunst mellom metodelojalitet og individuell tilpasning i møte med unike familier

Denne masteroppgaven består av to deler. Del I er en vitenskapelig artikkel og del II er en fordypningsoppgave i forskningsmetode.

Foreldreveiledning har blitt en viktig del av det forebyggende og helsefremmende arbeidet i norske kommuner over de siste tiårene. Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR-programmet) er et av mange veiledningsprogram som brukes i Norge i dag. Det er utviklet for bruk i primærhelsetjenesten, og TIBIR foreldrerådgivning er én av seks moduler i programmet. Denne studiens hensikt var å få innsikt i, og utvikle kunnskap om helsesykepleieres erfaringer med å bruke TIBIR foreldrerådgivning som verktøy i veiledningssituasjoner. Studien har et kvalitativt design, og det er gjennomført åtte individuelle intervjuer. Data er innhentet fra et strategisk utvalg helsesykepleiere, og analysert ved hjelp av Braun og Clarkes reflekssive tematiske analyse.

Studiens funn viser at helsesykepleierne oppfatter TIBIR foreldrerådgivning som et nyttig og konkret veiledningsverktøy. Deltakerne var opptatt av programlojalitet, men beskrev samtidig at de gjorde individuelle tilpasninger for at veiledningen skulle oppfattes mest mulig nyttig for foreldrene. Deler av grensesettingsverktøyene ble problematisert, og det ble beskrevet et behov for mer fokus på å forstå og bekrefte barnets følelser samtidig som man setter grenser. Helsesykepleierne utfordres av spenningen mellom atferdsfokuset og emosjonsfokuset veiledning, og bruker sitt faglige skjønn for å balansere dette.

Fordypningsoppgaven i del II redegjør for de metodiske valgene som er tatt underveis i forskningsprosessen, fra valg av tema til ferdig skrevet masteroppgave. Ved å gi en slik detaljert redegjørelse forsøker jeg å gjøre forskningsprosessen transparent, og ved det styrke studiens troverdighet utover det som kommer frem i artikkelen i del I.

Nøkkelord: Helsesykepleier, foreldreveiledning, TIBIR foreldrerådgivning, erfaringer, atferdsvansker, kvalitativ forskning

Abstract

Brief Parent Training – a balance act between program fidelity and individual adaption to unique families.

This master thesis consists of two parts. Part I is an article, and part II is an in-depth study of the methodological choices made throughout the research process.

Parent counseling has become an important part of the preventive and health-promoting work in Norwegian municipalities over the past decades. Early Intervention for Children at Risk (Norwegian acronym TIBIR) is one of many counseling programs used in Norway. It has been developed for use in primary healthcare services, and Brief Parent Training (BPT) is one of six modules in the program. The purpose of this study was to gain insight into, and develop knowledge about public health nurses' experiences of using BPT as a tool in parent counseling. The study has a qualitative design, and eight individual interviews have been conducted. Data has been obtained from a strategic selection of public health nurses, and analyzed using Braun and Clarke's reflexive thematic analysis. Findings in the study shows that the public health nurses perceive BPT as a useful and practical tool for parent counseling. The participants were concerned with program fidelity. At the same time all participants described that they made individual adaptations so that the counseling would be perceived as useful as possible for the parents. Parts of the boundary-setting tools were problematized, and there is a need for more focus on understanding and confirming the child's feelings while setting boundaries. The public health nurses are challenged by the tension between behavior-focused and emotion-focus parent counseling, and use their professional judgement to balance this.

The in-depth study in part II explains the methodological choices that have been made throughout the research process, from the choice of topic to the finished master's thesis. By giving such a detailed account, I have tried to make the research process transparent, and by that strengthening the study's trustworthiness beyond what appears in the article in part I.

Key words: Public health nurse, parent counseling, Brief Parent Training, experiences, problem behavior, qualitative research

Innholdsfortegnelse

Forord	III
Sammendrag	IV
Abstract	V
Del I: TIBIR foreldrerådgivning – balansekunst mellom metodelojalitet og individuell tilpasning i møte med unike familier	1
Sammendrag	2
Abstract	3
Bakgrunn	4
Metode	9
Funn	13
Diskusjon	18
Konklusjon	23
Referanser	25
Del II: Metodisk fordypning	29
1 Innledning	30
2 Design og metode	31
3 Teoretisk perspektiv	33
4 Litteratursøk	36
5 Datasamling	39
5.1 Rekruttering og utvalg	39
5.2 Gjennomføring av intervjuene	40
5.3 Transkribering av intervjuene	42
6 Kvalitativ analyse	44
6.1 Braun og Clarkes reflekssive tematiske analyse	44
6.1.1 Fase 1 – Gjøre seg kjent med datamaterialet	44
6.1.2 Fase 2 – Utforme innledende koder	44
6.1.3 Fase 3 – Utvikle temaer	46
6.1.4 Fase 4 – Evaluere temaer	48

6.1.5	Fase 5 – Definere og navngi temaer	48
6.1.6	Fase 6 – Fullføre analyse og forskningsrapport	49
7	Forskningsetiske overveielser.....	50
7.1	Godkjenning av prosjektet.....	50
7.1.1	Informert samtykke	50
7.1.2	Personvern og konfidensialitet	51
7.2	Rollen som forsker	51
7.2.1	Refleksivitet og tolkning av data.....	52
7.2.2	Min for forståelse	53
8	Kvalitet i kvalitativ metode – styrker og svakheter ved studien.....	55
8.1	Pålitelighet og bekreftbarhet.....	55
8.2	Troverdighet	57
8.3	Overførbarhet.....	58
9	Avslutning.....	60
	Litteraturliste.....	61
	Vedlegg 1 – Informasjonsskriv informanter	64
	Vedlegg 2 – Intervjuguide.....	67
	Vedlegg 3 – Godkjenning av studien, meldeskjema fra NSD	69
	Tabell 4.1. Innledende litteratursøk.....	37
	Tabell 4.2. Søkeord og kombinasjoner i ORIA.....	38
	Tabell 6.1. Eksempel på koding.....	46
	Tabell 6.2. Eksempel på preliminært tema.....	47

Del I: TIBIR foreldrerådgivning – balansekunst mellom metodeloyalitet og individuell tilpasning i møte med unike familier

Engelsk tittel:

Brief Parent Training – a balance act between program fidelity and individual adaption to unique families.

Artikkelen er bearbeidet for innsendelse til Nordisk Sygeplejeforskning.

Artikkelen følger tidsskriftets retningslinjer.

Antall ord: 4985

Sammendrag

Bakgrunn: En stor del av helsesykepleierhverdagen består i å veilede foreldre som opplever samspills- eller atferdsvansker hos barna. Norske myndigheter har initiert implementering av ulike foreldreveiledningsprogrammer. Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR-programmet) er et av disse. Det er utviklet med tanke på bruk i primærhelsetjenesten og TIBIR foreldrerådgivning er én av seks moduler i programmet.

Mål: Å få innsikt i, og utvikle kunnskap om helsesykepleieres erfaringer med å bruke TIBIR foreldrerådgivning som verktøy i veiledningssituasjoner.

Metode: Studien er kvalitativ. Det er gjennomført åtte individuelle dybdeintervjuer.

Funn: Verktøyet beskrives som konkret og fleksibelt. Helsesykepleierne investerer tid i relasjonen til foreldrene. Programlojalitet etterstrebes, men helsesykepleierne beskrev et behov for å legge til noe mer enn det TIBIR formidler når det gjelder grensesettingsverktøyene.

Konklusjon: Helsesykepleierne opplever verktøyet som nyttig. Helsesykepleierne utfordres av spenningen mellom atferdsfokuset og emosjonsfokuset veiledning, og bruker sitt faglige skjønn for å balansere dette.

Nøkkelord: Helsesykepleier, foreldreveiledning, TIBIR foreldrerådgivning, erfaringer, atferdsvansker

Abstract

Introduction: A large part of a public health nurse's job consists of guiding parents who experience interactional or behavioral difficulties with their children. Norwegian authorities have initiated implementation of various parent counseling programs. Brief Parent Training (BPT) has been developed for use in primary healthcare services.

Aim: To gain insight into, and develop knowledge of, public health nurses' experiences of using BPT in parent counseling.

Method: The study is qualitative. Eight individual in-depth interviews have been conducted.

Findings: BPT is described as specific and flexible. Public health nurses invest time in building relationship with the parents. Program fidelity is strived for, but it's described a need to add something more to the boundary setting tools than the BPT offers.

Conclusion: The BPT program is described as useful, but the public health nurses are challenged by the tension between behavior-focused and emotion-focused counseling. Professional judgement is needed to balance this.

Keywords: Public Health Nurse, parent counseling, Brief Parent Training, experiences, problem behavior

Bakgrunn

Et stadig økende antall foreldre oppsøker hjelp for å håndtere samspillsvansker og atferdsproblemer hos barna sine. Kartlegging av omfanget foreligger ikke, men fagfolk peker på en økende åpenhetskultur om foreldreskap og at det er mindre tabubelagt å be om råd og veiledning som årsak til dette (1). Det er estimert at 5-10% av barn og unge i Norge har atferdsvansker, og ca halvparten av disse har det fortsatt i ungdomsårene (2). Som en konsekvens av dette har foreldreveiledning på individuelt nivå eller i gruppe blitt en stadig større del av det forebyggende og helsefremmende arbeidet i norske kommuner over de siste tiårene (1), og er forankret i nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (3).

Helt siden 1998 har foreldreveiledningsprogrammer vært et nasjonalt satsningsområde for norske myndigheter. Evidensbaserte tiltak rettet mot familier hvor barn og unge har atferdsvansker ble innført i hele landet. Utgangspunktet var at alle kan mestre foreldrerollen, men noen trenger ekstra veiledning for å få det til (1, 4). Målsettingen er å komme tidlig inn for å støtte foreldre som opplever atferdsvansker og samspillutfordringer i familien, og styrke deres foreldrekompetanse (1).

Tidligere forskning på foreldreveiledning

Det finnes mange ulike foreldreveiledningsverktøy. Noen verktøy gis på individuelt nivå, noen er gruppebaserte, andre kombinerer flere typer intervensjoner.

I de nordiske landene benyttes mange like foreldrestøttende tiltak, men Norge har en mer sentralisert forvaltning av tiltakene, og implementering og forskning er i større grad statlig initiert og finansiert (4). Eksempler på tiltak som benyttes i Norge og andre nordiske eller skandinaviske land er Parent Management Training – Oregon (PMTO), Multisystemisk terapi (MST), Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC), De utrolige årene (DUÅ) og International Child Development Programme (ICDP) (4). PMTO, MST og MTFC er rettet mot barn/ungdom med alvorlige atferdsproblemer (1). ICDP og DUÅ er universelt innrettede tiltak (1). Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR) er et tiltak på selektert nivå, men hvor

atferdsproblemene fortsatt er milde til moderate (5). ICDP og DUÅ er tiltak som ligger nærmest TIBIR med tanke på målgruppe.

Effekt av foreldreveiledningstiltak

En effektevalueringstudie av ICDP i Norge fra 2021 (6) fant at foreldrene ble tryggere i foreldrerollen og at de følte mer nærhet til barnet sitt. De opplevde også å ha en mer støttende foreldrestil og færre konfliktsituasjoner knyttet til barneoppdragelsen (6). Funnene sammenfaller med tidligere studier av ICDP i Norge (7, 8). En effektstudie av DUÅ viste signifikant effekt på foreldrenes opplevelse av økt livskvalitet, både umiddelbart etter veiledning og tre år senere (9). Andre studier har vist bedring av foreldres oppdragelsesstrategier og reduksjon av atferdsproblemer hos små barn (10, 11).

Mingebach et al. har gjort en metaanalyse av 26 metaanalyser på ulike foreldreveiledningsprogram hvor utfallsmålet var effekt på atferdsutfordringer (12). Funnene viser at veiledningsprogram rettet mot foreldre, med fokus på å bedre foreldreferdigheter, samlet sett gir reduserte atferdsutfordringer hos barna (12). Lundahl et al. og Epstein et al. viser også til samme resultater (13, 14). Et særlig interessant funn var at familier med lav sosioøkonomisk status hadde dårligere effekt av gruppebaserte tilbud enn familier med høyere sosioøkonomisk status. Familier med lav sosioøkonomisk status profitterte betydelig mer på individuell foreldreveiledning (13).

Det er identifisert ulike hemmende og fremmende faktorer for at foreldre takker ja og fullfører foreldreveiledningsprogram. Foreldre og fagpersoner vektlegger faktorene noe ulikt, men to systematiske oversikter over kvalitative studier viser til dels sammenfallende resultater (15, 16). Tilgjengelighet og rekruttering fremheves som viktig for å nå ut til foreldrene. Veiledningsprogrammer som er fleksible og individuelt tilpasset verdsettes. Foreldrene vektla kjennskap og tillit til veileder (15). Veiledere bør ha høy kompetanse knyttet til metoden, men også evne til å adressere behovene i den enkelte familie. Gruppebaserte program omtales positivt da det gir foreldrene opplevelse av støtte hos likesinnede, men det fremheves også at gruppeveiledning kan være en barriere fordi foreldrene kan oppleve å ikke passe inn eller ikke våge å bidra i gruppa (16).

TIBIR-programmet er utviklet ved Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge (NUBU) i Oslo, og implementeringsarbeidet startet i 2008 (17). Verktøyet benyttes kun i Norge. Det er så langt relativt sparsomt med forskning knyttet til TIBIR foreldrerådgivning (18), men en randomisert kontrollert effektivitetsstudie viste signifikant effekt på utfallsmål som atferdsproblemer og foreldreferdigheter (5, 19). Særlig kunne man se økning av positiv foreldreatferd og reduksjon av for streng bruk av disiplin. Utfallsmål som angst/depresjon og sosial kompetanse viste ikke signifikant effekt over tid. En kunnskapsoppsummering om TIBIR-verktøyet påpeker at de observerte effektene i disse studiene kan betegnes som middels store, og at dette må regnes som betydningsfulle effekter da sammenligningen gjelder to grupper (intervensjonsgruppa og kontrollgruppa) som begge får et behandlingstilbud. Det påpekes imidlertid et behov for flere uavhengige effektivitetsstudier (18).

Semistrukturerte litteratursøk viser at det kun er gjennomført kvantitative studier av TIBIR-verktøyet. Det har ikke blitt identifisert kvalitative studier som undersøker hvordan de som tilbyr intervensjonen opplever å bruke den i praksis. Studiens hensikt var derfor å få innsikt i, og utvikle kunnskap om helsesykepleieres erfaringer med å bruke TIBIR foreldrerådgivning som verktøy i veiledningssituasjoner.

TIBIR foreldrerådgivning

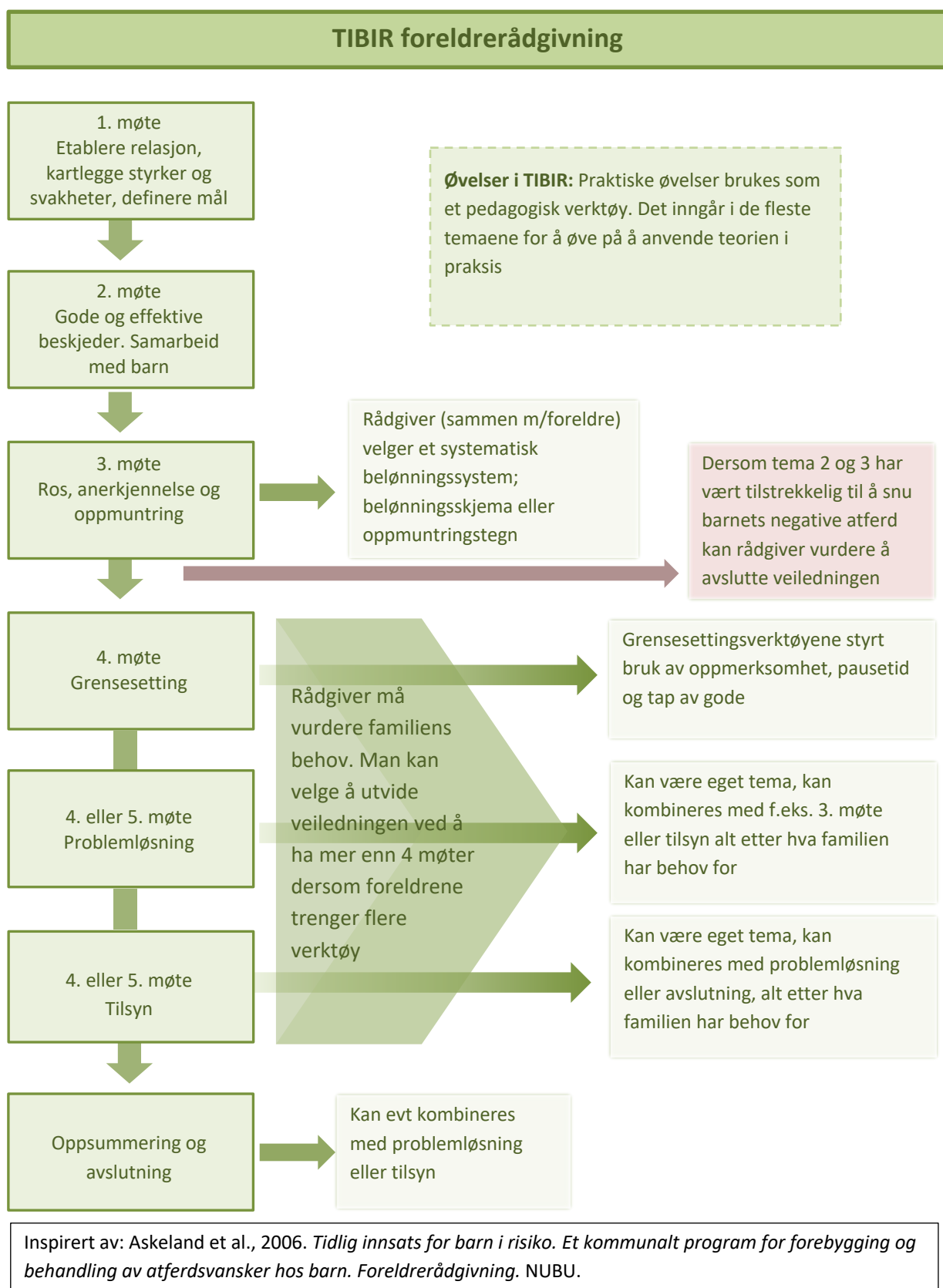
Bakgrunnen for utviklingen av TIBIR-programmet var ønsket om å jobbe med tidlig innsats og forebygging. Programmet ble utviklet med tanke på bruk i primærhelsetjenesten for å kunne nå tidlig ut til familier der man ser tegn til utvikling av atferdsproblemer og samspillutfordringer (5). TIBIR-programmet består av seks ulike moduler: kartlegging, foreldrerådgivning, PMTO-foreldregruppe, konsultasjon (for skole/SFO/bh), sosial ferdighetstrening for barn og PMTO-behandling (18). Denne studien omhandler modulen TIBIR foreldrerådgivning.. TIBIR foreldrerådgivning er bygget på samme teoretiske grunnlag som PMTO (Parent Management Training – Oregon), men er et kortere program rettet mot mindre omfattende atferdsutfordringer (19). Alle moduler i TIBIR-programmet, utenom PMTO-behandling, er utviklet ved NUBU (18). TIBIR foreldrerådgivning består av 3-5 møter med foreldre og veileder, og målet er at foreldrene skal lære strategier for å øke sine

positive foreldreferdigheter (5). Figur 1 viser skjematisk oversikt over oppbyggingen og temaene i TIBIR foreldrerådgivning.

Sosial interaksjons læringsteori (SIL-modellen) er det teoretiske fundamentet for PMTO og TIBIR-programmet. SIL-modellen er utviklet av Gerald Patterson (20) og omhandler utvikling av antisosial atferd og hvordan slik atferd tilegnes gjennom læringserfaringer i familien. Grunntanken er at ineffektive foreldreferdigheter er drivkraften til barnets problematferd, og at positive foreldreferdigheter kan endre negative samspillsmønstre og ved det redusere antisosial atferd og øke barnets sosiale kompetanse (20, s.7-8).

Teoretisk rammeverk

Studien ble gjennomført med et helsefremmende og forebyggende perspektiv. Teorien om Strengths-Based Nursing (SBN) er valgt som teoretisk rammeverk (21). Teorien innebærer en holistisk tilnærming til helse og mestring, og fokuserer på styrker hos enkeltpersoner og hos familien som utgangspunkt for sykepleie. Dette er også et sentralt fokus i TIBIR foreldrerådgivning og SBN ble derfor vurdert som relevant for studien. Teorien bygger på åtte kjerneverdier som guide for sykepleie. Verdiene fremmer styrke, kraft og makt i eget liv (empowerment) (22, s. 21), og tro på egen mestring hos pasient/bruker/familie. De åtte kjerneverdiene er helse og tilheling; mennesket og familiens unikhet; helhet og kroppslig erfaring; subjektiv virkelighet og opplevelse av mening; person og miljø er en helhet; selvbestemmelse; læring, timing og villighet; samarbeid og partnerskap (21). I denne studien vil ikke rammeverket for SBN kunne ytes full rettferdighet. Følgende kjerneverdier ble vurdert som spesielt relevante for studien: mennesket og familiens unikhet; subjektiv virkelighet og opplevelse av mening; læring, timing og villighet og samarbeid og partnerskap. For at disse kjerneverdiene skal benyttes hensiktsmessig i klinisk praksis fordrer det klokskap og dømmekraft, altså at fagpersonen anvender sitt faglige skjønn i møte med unike mennesker og familier (23).



Figur 1. Figuren viser en skjematisk oversikt over TIBIR foreldrerådgivning.

Metode

Forskningsdesign

Studien har et kvalitativt design med en induktiv og fortolkende forskningstilnærming (24) for å få innsikt i og kunnskap om helsesykepleieres erfaringer med TIBIR foreldrerådgiving. Datamaterialet ble samlet inn gjennom individuelle forskningsintervju (25). Braun og Clarkes refleksive tematiske analyse ble anvendt i analyseprosessen og består av følgende seks faser (24); Gjøre seg kjent med datamaterialet, utforme innledende koder, utvikle temaer, evaluere temaer, definere og navngi temaer, fullføre analyse og forskningsrapport. Tabell 1 viser eksempler fra analyseprosessen.

Utvalg

Rekruttering av deltakere ble gjort ved strategisk utvelgelse (25) for å sikre at deltakerne kjente TIBIR foreldrerådgivning som veiledningsmetode og hadde grunnlag for å dele erfaringer. Inklusjonskriteriene var; å være sertifisert TIBIR foreldrerådgiver; ha minimum to rådgivningssaker per år; fullført sertifisering for minimum et år siden; ha tilstrekkelige norskkunnskaper til at intervjuet kunne gjennomføres på norsk.

Rekrutteringen ble gjort ved skriftlig kontakt med Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge (NUBU) som er ansvarlige for implementering av TIBIR i Norge. Regionskoordinator i NUBU kontaktet kommuner i østlandsområdet hvor TIBIR er implementert. Tre kommuner gav positiv respons, og i første omgang var det åtte helsesykepleiere som ønsket å delta. Intervjuer med disse ble avtalt per telefon. Etter seks intervjuer var gjennomført forelå et rikholdig datamateriale og informasjonsstyrken i utvalget var høy (26). Det kom lite nytt fram i de to siste intervjuene, og datametning var oppnådd etter åtte intervjuer.

Alle inkluderte deltakere var kvinner med mellom 7-22 års erfaring som helsesykepleiere, 2-8 års erfaring som TIBIR foreldrerådgivere og mellom 2-7 veiledningssaker per år. Seks av åtte hadde sertifisering i andre foreldreveiledningsverktøy i tillegg til TIBIR foreldrerådgiving.

Datasamling

De åtte intervjuene ble gjennomført i perioden september – oktober 2022, og fant sted på informantenes arbeidsplass i deres arbeidstid. Intervjuene varte fra 47 til 57 minutter, og ble tatt opp ved å bruke nettskjema-diktafon utviklet av Universitetet i Oslo. En semistrukturert intervjuguide (25) bidro til noe struktur innledningsvis i intervjuet, og samtidig stor fleksibilitet til å følge deltakeren og la samtalen flyte naturlig. Noen oppfølgingsspørsmål ble stilt underveis for å oppklare utsagn fra deltakerne. Mot slutten av intervjuene ble intervjuguiden benyttet for å kontrollere at hovedtemaene var berørt.

Analyseprosess

Første fase i analyseprosessen var å bli kjent med datamaterialet. Både datasamling og analyseprosess er utført av forfatter. Intervjuene ble transkribert ord for ord, og deretter validert ved å høre på lydfilene parallelt som transkripsjonene ble lest. Denne fasen danner et viktig grunnlag for det videre analysearbeidet (24). Neste fase var preget av en induktiv tilnærming til datamaterialet og besto i å utarbeide koder. Tekstnær koding ble vektlagt for å unngå tolkning og bearbeidelse av datamaterialet i særlig grad allerede i denne fasen (24). Videre fulgte en lengre prosess med glidende overganger mellom fase tre-fem for å utvikle, evaluere og navngi temaer. Kodene ble samlet i grupper kategorisert etter innhold som en begynnende identifisering av mønstre og temaer i datamaterialet. Deretter fulgte flere omganger med omarbeiding og restrukturering før endelige temaer var utviklet. Det ble også identifisert mønstre på tvers av kodegruppene. Underveis ble temaene vurdert opp mot datasettet som helhet for å sikre at meningsinnholdet ble formidlet på en tilfredsstillende måte. Dette fremheves som essensielt for å unngå underutviklede temaer (27). Tabell 1 viser eksempler fra analyseprosessen.

Tabell 1. Eksempler fra analyseprosessen. Et eksempel fra hvert undertema.

*Deltaker nr.	Tekstutdrag	Tekstnære koder	Undertema	Hovedtema
H8	Jeg syns at de som er gode på å skjønne, de skjønner konseptet. De skjønner god beskjed, ros og oppmuntring og de skjønner positiv involvering. Jeg er ganske opptatt av å si noe om på dette tidspunktet hvem det er som har ansvaret for at barna lykkes, de som skjønner det, som skjønner positiv involvering, de trenger mindre av grensesettingsdelen enn de som ikke helt skjønner det.	De foreldrene som skjønner konseptene, god beskjed, positiv involvering osv., har mindre behov for grensesettingsmodulene. De forstår at det er deres ansvar at barna lykkes.	Å skape gode rammer for endring	Å skape et trygt rom for foreldreveiledning
H2	Så kan jeg klare å gjøre en litt "varmere" variant av den pausetiden. Alt kommer an på hvordan ting sies...så den pausetiden den kan man si at, og det er det jo med alle elementene i TIBIR og at vi skal jo ha en varm tone og tilnærming til barna våre, [...] hvis de skal i pausetid så tenker jeg at det går an å si noe om at det er ikke greit det som skjedde nå, jeg skjønner at du ble sint....og da kan man også dra inn litt COS og bekrefte litt følelser, og si at nå skjønner jeg at du ble lei deg/sint, men det er ikke lov å slå, så nå kan du gå i pausetid. Og jeg tenker det er ikke forbudt å sitte der sammen med ungene sine der heller. Du får ikke anmerkning, hvertfall ikke av meg...så jeg kan klare å følge prinsippene i TIBIR, samtidig som det går an å bekrefte ungen.	Kan dra inn COS og bekrefte følelser selv om barnet skal i pausetid. Gjør en varmere variant av pausetid TIBIR mener også at man skal ha en varm tilnærming til barna Jeg følger prinsippene i TIBIR samtidig som barnet kan få bekreftelse	Forståelse og følelsesfokus i grensesetting	Spenning mellom atferdsfokus og emosjonsfokus

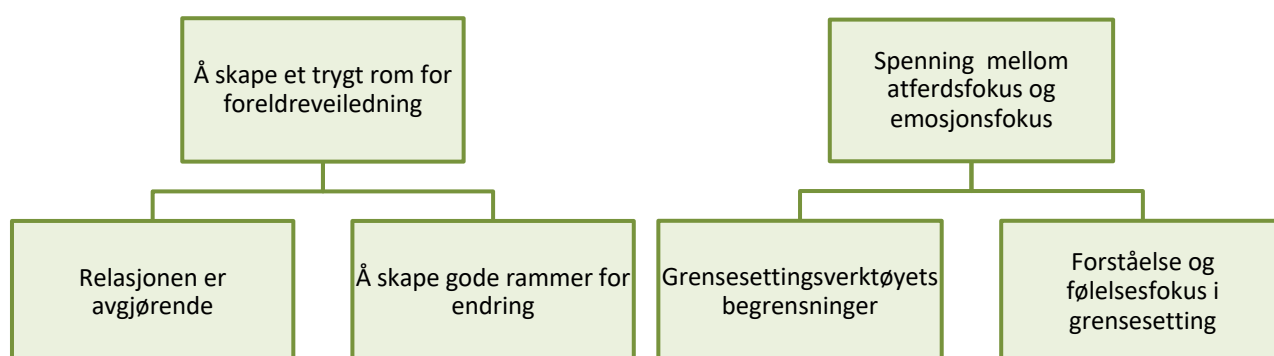
*Nummereringen benyttes ved direkte sitater i presentasjon av funn for å skille mellom deltakerne.

Forskningsetikk

Deltakerne ble via skriftlig invitasjon til deltakelse informert om studiens hensikt, plan for datahåndtering, ivaretagelse av anonymitet, frivillig deltakelse og mulighet til når som helst å trekke sitt samtykke tilbake. Samtykkeskjema ble signert av alle deltakerne før intervjustart. Alle personopplysninger ble behandlet i fortrolighet, og datamaterialet ble oppbevart separat fra identifiserbare personopplysninger (25). I tilfeller hvor fornavn og navn på arbeidskommune ble nevnt i intervjuet ble dette utelatt ved transkribering. Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Meldeskjema nr.: 256189.

Funn

Analyseprosessen resulterte i to hovedtemaer og fire undertemaer som gir innsikt i, og kunnskap om helsesykepleieres erfaringer med å bruke TIBIR som veiledningsverktøy. De to hovedtemaene er (1) Å skape et trygt rom for foreldreveiledning og (2) Spenning mellom atferdsfokus og emosjonsfokus. Figur 2 viser hovedtemaer med tilhørende undertemaer.



Figur 2. Hovedtemaer og undertemaer som viser helsesykepleiernes erfaringer med TIBIR.

Å skape et trygt rom for foreldreveiledning

Helsesykepleierne fortalte utfyllende om hvordan de jobber for å tilrettelegge for god og effektiv veiledning for foreldrene gjennom hele veiledningsprosessen, altså å skape et trygt «rom» for foreldreveiledning. Temaet rommer to undertemaer; *Relasjonen er avgjørende*; *Å skape gode rammer for endring*.

Relasjonen er avgjørende

Deltakerne beskrev at relasjonen de klarer å etablere til foreldrene er en avgjørende faktor i veiledningstimene. Uttrykk som «avslappet» og «ufarliggjøring» av veiledningstimene går igjen i intervjuene. En deltaker påpekte at «det er viktig å utfarliggjøre at mange syns atferdsvansker er vanskelig» (Helsesykepleier 8). Deltakerne var opptatt av normalisering

knyttet til det å oppleve utfordringer i samspillet med barna, og beskrev at de bruker seg selv og situasjoner fra egne familier som eksempler for å normalisere veiledningsbehovet og skape en god arbeidsallianse. En deltaker fortalte at hun ofte benytter en dårlig beskjed hun har gitt hjemme hvor hun bryter flere prinsipper for hvordan man gir en god beskjed som eksempel. En gang fikk hun følgende respons fra en pappa i veiledning: «Snakker du sånn?! Jeg trodde du var helt proff på det her» (H2) .

En av deltakerne uttrykte at «man må veilede uten å avvise» (H1). Foreldrenes eventuelle motstand mot elementer i veiledningen skal adresseres på en konstruktiv måte. Om helsesykepleierne ikke evner det kan det bli utfordrende å skape en fruktbar veiledningsrelasjon.

Tidsbruk ble omtalt som en viktig for relasjonsbyggingen. Det er viktig å gjøre en grundig kartlegging av familiens utfordringer og styrker i oppstartsfasen. Videre ble det beskrevet som gunstig å ha god tid i oppstarten for å sikre at foreldrene får god forståelse av de faglige prinsippene i verktøyet som handler om å styrke det positive samspillet. Dette gjøres ved at helsesykepleierne for eksempel velger å bruke to konsultasjoner på et tema i startfasen for å gi foreldrene tid til å forstå og omsette i praksis det som formidles i veiledningstimene.

Å skape gode rammer for endring

Helsesykepleierne beskrev at TIBIR tydelig legger ansvaret for godt samspill og endring i familien hos foreldrene, ikke hos barnet. Det kom imidlertid fram at en del foreldre fremstår som usikre i foreldrerollen. Beskrivelser som «redd for å ta ledelsen» og «ikke viser hvem som har ledelsen» gikk igjen i intervjuene. En deltaker beskrev følgende om foreldrestil: «De er kompisforeldre, hvis du skjønner...Man tenker at man gjør barnet sitt en tjeneste ved å være venn da, man skal jo selvfølgelig være venn med barnet, men man er mamma eller pappa» (H4). Usikre foreldre og manglende struktur i familien ble fremhevet av deltakerne som en årsak til at samspillet kan være utfordrende. «Foreldrene er veldig konkrete i beskrivelsen av hva som ikke fungerer og hva de trenger. De sier de trenger verktøy [...]. Man unngår å havne i diskusjoner ved å følge prinsippene for en god beskjed, så man går ikke i diskusjonsfella» (H6). Deltakerne fremhevet at struktur og tydelighet er en av styrkene

til TIBIR når målet er å få til endring. Foreldrene lærer konkrete måter å gi beskjeder på, strukturert bruk av belønningsskjemaet, og at det som skjer ved grensesetting skal være forklart for barna «i fredstid». Videre ble TIBIRs fokus på positivt samspill, ros og oppmuntring beskrevet som en viktig faktor for endring. Helsesykepleierne beskrev at noen foreldre uttrykte motstand til dette positive fokuset i starten, men at det som regel snur når foreldrene forstår prinsippene i TIBIR og opplever endring hjemme. Mange foreldre opplever da mindre behov for grensesettingsverktøyene når man kommer så langt i veiledningen.

Helsesykepleierne fremhever øvelsene som noe av det som gjør TIBIR konkret og praktisk, og at det er en helt essensiell del av å tilrettelegge for endring i foreldreatferden. Gjennom øvelsene lærer foreldrene nye måter å håndtere situasjoner på, de blir mer bevisste på hvordan de kommuniserer med barna sine, og øvelsene gir konkrete forslag til hvordan beskjeder og grensesetting bør formidles. Samtidig gir helsesykepleierne uttrykk for at øvelsene er det som er mest utfordrende å gjennomføre i veiledningstimene. Noen foreldre håndterer øvelser godt, mens andre har vegring mot øvelser, og opplever det flaut eller skummelt.

Det blir noen ganger litt kunstig, men det er en del av pakka på en måte. Jeg hadde et foreldrepar som skulle presentere belønningsskjema for barnet, og gangen etterpå sa de at de ikke hadde klart å snakke sånn med barnet sitt om skjemaet hvis vi ikke hadde øvd på det. Jeg tenker at en sånn tilbakemelding gjør at vi må passe på at vi bare får gjort øvelsene (H3).

Spenningen mellom atferdsfokus og emosjonsfokus

Gjennom analyseprosessen ble det tydelig at helsesykepleierne opplever en spenning mellom atferdsfokus og emosjonsfokus i veiledningen, og at det er utfordrende å balansere dette på en god måte i møte med foreldrene.

Grensesettingsverktøyets begrensninger

Helsesykepleierne vektla at de etterstreber programlojalitet til TIBIR-verktøyet, men de problematiserte allikevel grensesettingsverktøyene. De beskrev utfordringer knyttet til gjennomføring av grensesetting, og hvordan det skal formidles til foreldrene slik at det blir til det beste for familien. En helsesykepleier trakk fram pausetidsverktøyet som særlig utfordrende. «...men så har de [foreldrene] vært usikre på om det føles greit å gjøre det, og jeg kan kjenne på det sjøl, det er jo mine egne følelser...jeg veit ikke om jeg hadde gjort det på den måten med egne barn...» (H4). Helsesykepleierne betviler ikke pausetid som effektivt verktøy i atferdskorrigerende, men de uttrykte ambivalente følelser til måten pausetiden skal gjennomføres på ifølge TIBIR-manualen. En deltaker uttrykte bekymring for at grensesettingen kan bli hard:

Jeg legger jo min variant på det [...].Det står kanskje ikke nok [i TIBIR] om kjærligheten og varmen som bør ligge i bunn. Kjærligheten ligger sikkert der i bunn, men hvordan den synes og vises og kommuniseres, det kunne det stått litt om. Atferdsregulering kan bli hardt (H2).

En annen deltaker beskrev TIBIRs grensesetting som en form for avvisning selv om den er rettet mot barnets handlinger og ikke barnet i seg selv. Dette knytter hun opp mot hvordan grensesettingen kan formidles til barnet. Videre påpekte hun at TIBIR vektlegger milde konsekvenser i grensesettingen og at «det vil kanskje være en mildere konsekvens enn det som kommer hvis man er kjempesint og frustrert...hvor foreldrene ikke har tenkt gjennom konsekvensen på forhånd» (H3). Samtidig påpekte deltakeren at dersom pausetid brukes på rett måte, oppleves det ikke problematisk. En annen deltaker uttrykte at «pausetid skal også gjøres med et stort hjerte, selv om det kan være vanskelig når det stormer» (H2). Disse utsagnene synliggjør verdien av pausetid som en planlagt konsekvens som gjør det lettere

for forelderen å holde seg rolig i situasjonen. Å ha en plan for grensesettingen gjør det lettere å formidle konsekvensen med «et stort hjerte».

Forståelse og følelsesfokus i grensesetting

Gjennom intervjuene kom det fram at helsesykepleierne opplevde et behov for å nyansere eller balansere budskapet om atferdsregulering og grensesetting i enda større grad enn det TIBIR-metoden legger opp til. De beskrev at det de legger til er veiledning som fokuserer på å gi barnet mer støtte til følelsesregulering: «...kontrollere følelser, hjelpe dem med følelsene slik at de ikke skal sitte aleine i følelseskaoset sitt. Man skal ikke sette ungen på en stol, la den sitte der aleine og så gå» (H7). Helsesykepleierne vektla grensesettingens formidling ved å legge ekstra fokus på hvordan foreldre kan møte og forstå barnas følelser samtidig som atferden reguleres. Ved gjennomføring av pausetidsprosedyren vektla helsesykepleierne at fokuset må være å fjerne barnet fra den eskalerte situasjonen, ikke nødvendigvis «bare» be det om å gå til pausetid. Det ble poengtert at barn som regel vil trenge hjelp til å gå til pausetid fordi de ikke er i stand til å gjøre det på egenhånd når de står i sterke følelser, at foreldrene må sitte sammen barna i noen tilfeller, og at det skal oppleves trygt og forutsigbart for barnet samtidig som uønsket atferd skal få en tydelig konsekvens.

Flere deltakere presiserte at de er glad de har sertifisering i både TIBIR og Circle of security (COS). COS er emosjonsfokusert, og vektlegger forståelse og håndtering av følelser. En helsesykepleier uttrykte at hun skulle ønske alle foreldre fikk både COS- og TIBIR-veiledning fordi begge verktøyene oppleves nyttige. Flere av deltakerne beskrev å ha jobbet aktivt med egen forståelse av veiledningsverktøyene og de ulike retningene de representerer. En helsesykepleier beskrev at hun som nyutdannet opplevde ting mer svart-hvitt, og at hun tidligere strevde med at TIBIR og COS var så ulike metoder. Videre fortalte hun at hun har kommet til at det er greit at de er ulike fordi det er ingen fasit, og ulike familier trenger ulike løsninger.

Diskusjon

Hensikten med denne studien var å få innsikt og kunnskap om helsesykepleieres erfaringer med TIBIR forelderådgivning som veiledningsverktøy. Resultatene oppsummeres i hovedtemaene; *Å skape et trygt rom for foreldreveiledning og Spenning mellom atferdsfokus og emosjonsfokus* med tilhørende undertema (se figur 2). Funnene vil her diskuteres i lys av begrepet faglig skjønn og teorien om Strengths-Based Nursing (SBN), spesielt deler av teorien som gjelder individuell tilpasning i møte med den enkelte familie.

Bruk av skjønn i møte med en standardisert metode

Studiens funn viser at helsesykepleierne var opptatt av å være tro mot metoden og følge TIBIR-manualen i stor grad. Rambøll (4) påpeker at det ser ut til å være lettere implementering og høyere grad av programlojalitet i Norge enn i andre nordiske land, og peker på tydeligere støtte fra nasjonale myndigheter som mulig årsak.

Funn fra denne studien indikerer at programlojaliteten er sterk blant helsesykepleierne. Samtidig viser funnene at helsesykepleierne i stor grad gjør individuelle tilpasninger av TIBIR-verktøyet når de opplever behov for det. Dette støttes av også av tidligere forskning som viser at individuell veiledning gir anledning til å skreddersy veiledningen til familiens behov (15, 16). Som sykepleier er man trent til å bruke sitt faglige skjønn for å yte god sykepleie (28). Alvsvåg og Martinsen (23) beskriver faglig skjønn som en kombinasjon av klokskap og dømmekraft. Tilpasning av veiledningen for å møte individuelle behov er en del av det faglige skjønnet, og omfatter helsesykepleierens evne til å møte foreldrene der de er, og ikke kun følge retningslinjer eller standardiserte metoder (23, s.149). Deltakerne i studien gav flere eksempler på slike tilpasninger: valg av belønnings- og grensesettingsmetode, ved behov brukte de mer enn et møte per tema, og at temaene vektlegges ut fra familiens behov.

Helsesykepleierens bruk av skjønn for å møte familiens behov kan også forstås i lys av teorien om SBN (21). Det er særlig kjerneverdiene mennesket og familiens unikhhet; læring, timing og villighet; samarbeid og partnerskap som er essensielle i denne sammenhengen

(21). Anerkjennelsen av at *hvert menneske og hver familie er unik* fordrer at helsesykepleierne må bli kjent med familiens styrker og svakheter. Helsesykepleierne tilrettela for dette ved å bruke god tid på oppstartssamtale og kartlegging for å etablere en god relasjon til foreldrene. Videre er *læring og villighet* (21) avgjørende for å få til endring i familien, og derfor kjerneverdier helsesykepleierne også må arbeide i tråd med for å skape endring. Funnene viser at foreldrene i noen tilfeller gav uttrykk for motstand mot deler av verktøyet, eller at de ikke hadde egenmotivasjon for å delta i veiledning. Motstanden kunne være knyttet til fokuset på å gi ros og belønning til barnet eller gjennomføring av øvelser i veiledningstimene. I de situasjonene brukte helsesykepleierne sitt faglige skjønn ved å adressere familiens situasjon og utforske bakgrunnen for motstanden. I SBN fremheves lydhørhet for foreldrenes tanker i en slik situasjon som helt essensielt for å komme inn i en samarbeidsrelasjon der foreldrene kan bruke sine styrker i endringsprosessen i samspillet med barnet. Dette ble også tydeliggjort i studiens funn gjennom beskrivelser om at de fleste foreldre endret innstilling når de forsto prinsippene i TIBIR, begynte å bruke verktøyene i samhandling med barna og da merket endring og bedring i barnas atferd. Helsesykepleierne beskrev blant annet at foreldre gav tilbakemelding om endret atferd hos barna når de benyttet prinsippene for å gi en god beskjed. I tråd med grunntanken i SBN om empowerment og styrking av tro på egen mestring (21) viser også tidligere forskning at helsesykepleierne må møte foreldrene på en empatisk og ikke-dømmende måte som fremmer nettopp empowerment og en tillitsfull relasjon for å jobbe med motstanden (15, 16).

SBN fremhever kjerneverdien *samarbeid og partnerskap* (21) mellom foreldre og helsesykepleier som et viktig grunnlag for at foreldrene faktisk vil dele sine opplevelser av styrker og svakheter, være villig til å endre seg, og lære nye måter å håndtere utfordrende situasjoner med barna sine på. Tilrettelegging for en tillitsfull og empatisk relasjon fremmer samarbeid og partnerskap, og utøvelse av skjønn i en slik situasjon fordrer engasjement og tilstedeværelse (29, s. 86). Helsesykepleierne fortalte at de helt bevisst brukte eksempler fra eget liv, og situasjoner hvor de selv gjør feil ut ifra TIBIR-prinsippene for å styrke opplevelsen av partnerskap og likeverd. Dette sammenfaller med funn som viser nytte av visse likhetstrekk mellom veileder og foreldre (16, 30). Det handler om å vise seg som et feilbarlig

menneske selv om man er en profesjonell fagperson. Dette krever trygghet på egen person og tillit i relasjonen.

Å balansere atferdsfokusert og emosjonsfokusert veiledning

Funnene viste at helsesykepleierne problematiserer deler av TIBIR-verktøyet. Det gjelder særlig grensesettingsverktøyet pausetid. Helsesykepleierne betvilte ikke effekten av verktøyet knyttet til atferdsendring, men uttrykte bekymring knyttet til gjennomføringen eller formidlingen fra foreldrene til barna. De undret seg på om grensesetting blir formidlet for hardt, og kun fokusert på atferden uten nødvendig omsorg, bekreftelse og forståelse av barnets følelser i tillegg. Woodfield et al. fant også at foreldreveiledere uttrykte samme type bekymring knyttet til time-out, som er en liknende grensesettingsmetode (31). At veiledere gjør slike tilpasninger av et verktøy betegnes som vanlig knyttet til mange typer veiledningsverktøy, og forstås som et forsøk på å kompensere for en opplevelse av dissonans mellom verktøyets hensikt og omsetting til praksis (32), eller som en tilpasning til kulturen eller den aktuelle familien (33, 34). Dette viser spenningen mellom atferdsfokus og emosjonsfokus, og balansen helsesykepleierne hele tiden etterstreber i veiledningen. Rammeverket om SBN definerer en persons *subjektive virkelighet og opplevelse av mening* som en kjerneverdi. I det ligger at opplevelser og erfaringer er viktig for hvordan man forstår og skaper mening i ulike situasjoner (21). Med det som forståelsesramme kan funnene som indikerer behov for ytterligere vektlegging av forståelse og bekreftelse av barnets følelser tolkes som et bidrag i prosessen med å skape opplevelse av mening, både for foreldre og barn, i en situasjon som krever fasthet og grensesetting fra forelderens. Helsesykepleiere gir uttrykk for et behov for «å sikre seg» at foreldrene forstår verktøyene og bruker de på en balansert måte i møte med barna sine. I en verden med metoder og verktøy som vektlegger det ene eller det andre blir det faglige skjønnet (23) avgjørende for å balansere veiledningens fokus på en hensiktsmessig måte. Dette støttes også av tidligere forskning. Mytton et al. (15) fremhever muligheten for fleksibilitet i veiledningsverktøyene som essensielt for at foreldrene skal oppleve det nyttig. I denne studien tydet funnene på at helsesykepleierne forsøkte å utvide foreldrenes kunnskap og forståelsesramme ved å gi nyansert og individuelt tilpasset veiledning. Samtidig fremhevet de at budskapet må

formidles slik at det blir praktisk anvendbart i familielivet. Dette ønsket om å gi balansert og nyansert veiledning støttes av kjerneverdiene om *familiens unikhhet og læring, timing og villighet*, og er helt essensielt for å yte gode tjenester til familiene man møter (21). Samtidig påpekes det at tilfeldig eller veileder-avhengig justering av et forskningsbasert verktøy kan risikere å redusere den dokumenterte effekten av verktøyet (32, 34), og bør gjøres med forsiktighet.

Noen helsesykepleiere uttrykte at de opplever en del foreldre som usikre i foreldrerollen, og at de stor grad etterspør barnets følelser og ønsker i situasjoner hvor de burde tatt ledelsen. De ble beskrevet som «kompisforeldre» som fremstår redd for å ta ledelsen overfor barnet sitt. SBN fremhever *læring og villighet* som viktig. Sett i lys av dette kan funnene indikere at noen foreldre trenger praktiske verktøy og støtte for å lære og opptre som en trygg forelder overfor barnet sitt. En systematisk review gjennomført i Storbritannia bekrefter dette, og viste at verktøy som støtter foreldrene til en tryggere og mer selvsikker atferd fungerer som fasilitator for atferdsendring hos barnet (15). Tidligere forskning viser at de mest effektive komponentene for å fasilitere tryggere foreldreatferd og dermed redusere atferdsutfordringer er økt positivt samspill mellom foreldre og barn, kommunikasjon med fokus på følelser, konsistent foreldreatferd, og grensesettingsteknikker som time-out (35). Denne studien viser delvis sammenfallende funn ved å påpeke økt behov for fokus på følelser, samtidig som bildet nyanseres ved at helsesykepleierne problematiserte grensesettingsverktøyene. Time-out som grensesettingsteknikk er omdiskutert i tidligere forskning, og problematisert fra et tilknytningspsykologisk perspektiv (36). I likhet med noen av helsesykepleierne i studien argumenterer også Dadds og Tully (36) for at time-out brukt riktig kan fasilitere trygg foreldreatferd og i neste omgang trygg tilknytning mellom foreldre og barn.

Metodiske overveielser

Studiens styrke er de unike dataene om hvilke individuelle tilpasninger helsesykepleierne gjør i veiledning med foreldre, og deres opplevelse av å måtte legge til ekstra fokus på omsorg og forståelse av barna i grensesettingssituasjoner. Som sertifisert TIBIR-rådgiver selv har forfatteren inngående kjennskap til og forståelse av TIBIR-verktøyet. Dette har vært både

en styrke og en utfordring i arbeidet med studien. Det har vært en styrke å kjenne verktøyet fra tidligere, og intervjuene opplevdes i stor grad som en naturlig samtale om erfaringer knyttet til metoden. Det har vært utfordrende å jobbe bevisst med å holde kritisk distanse til funnene, og ikke ta utsagn fra deltakerne for gitt (24). For å ta høyde for dette har hovedveileder og biveileder vært konferert fortløpende gjennom hele forskningsprosessen og bidratt med nye perspektiver og forståelse av funnene.

TIBIR er utviklet i Norge, noe som gjør det vanskelig å vise til sammenlignbare studier og praksisbruk i internasjonal sammenheng. Samtidig gir funnene viktig kunnskap og innsikt i et verktøy som anvendes i mange norske kommuner.

Det var ikke mulig innenfor rammene av denne studien å samle inn data fra familiene som mottar TIBIR-veiledning. Data som omhandler deres erfaringer med å motta foreldreveiledning ved bruk av TIBIR kunne ha gitt viktig innsikt i tematikken og anbefales som tema for videre forskning.

Konklusjon

Studien indikerer at helsesykepleierne i hovedsak opplever TIBIR foreldrerådgivning som et nyttig, givende og konkret verktøy for foreldreveiledning. Studien belyser hvordan helsesykepleierne jobber systematisk, men med utstrakt bruk av skjønn for å skape en arbeidsallianse med foreldrene for å få til nødvendig endring i familiens samspill. Helsesykepleierne opplever utfordringer med deler av veiledningsmaterialet knyttet grensetingsverktøyene, og må kontinuerlig balansere spenningen mellom atferds- og emosjonsfokusert veiledning i møte med foreldrene, med mål om å bidra til reduserte atferdsutfordringer hos barna og bedre samspill innad i familien.

Implikasjoner for praksis og forskning

- I mars og april 2023 ble det lansert revidert veiledningsmateriell for TIBIR foreldrerådgivning fra NUBU. Noen av endringene i det reviderte materialet bidrar til å tydeliggjøre TIBIRs fokus på omsorg og forståelse av barnet, og imøtekommer en del av momentene knyttet til grensesetting som ble problematisert av helsesykepleierne i denne studien. Det reviderte materialet vil kunne gi et noe økt fokus på følelser og forståelse av barnet i opplæringen i bruk av verktøyet, og også videre i veiledningen av foreldre. TIBIR-rådgiverne vil i veiledning med foreldre muligens i større grad kunne føle seg trygge på at foreldrenes fokus ikke kun blir på å korrigere atferd, men også forstå hvorfor barna agerer som de gjør og hva de trenger av støtte for å endre atferd.
- Til tross for revidert veiledningsmateriell vil helsesykepleierne fortsatt måtte ta hensyn til individuelle behov og familiens kontekst og gjøre faglige vurderinger for å balansere spenningen mellom atferds- og emosjonsfokusertveiledning. Det fordrer både faglige skjønn og relasjonell kompetanse for å vurdere hver enkelt families behov slik at veiledningen oppleves effektiv, og foreldrene opplever økt mestring i foreldrerollen.
- Studiens funn impliserer behov for flere kvalitative studier som gir mulighet for dypere innsikt i både foreldres og fagpersoners erfaringer med TIBIR

foreldrerådgivning, særlig knyttet til grensesettingsteknikkene, og forståelse og formidling av disse.

Interessekonflikt:

Ingen interessekonflikter

Finansiering:

Ingen ekstern finansiering

Referanser

1. Bråten B, Sønsterudbråten S. Foreldreveiledning - virker det? En kunnskapsstatus. Fafo; 2016. Report No.: Fafo-rapport 2016:29.
2. Berg RC, Johansen TB, Jardim PSJ, Forsetlund L, Nguyen L. Tiltak for barn og unge med atferdsvansker eller som har begått kriminelle handlinger: en oversikt over systematiske oversikter. Folkehelseinstituttet; 2020. Report No.: Rapport - 2020.
3. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom Oslo: Helsedirektoratet; 2006 [updated 18.01.2023]. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>.
4. Rambøll. Robuste samliv. Forskningsoppdrag om kunnskapsstatus og evalueringsverktøy av foreldrestøttende tiltak i norden Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet; 2013.
5. Kjøbli J, Ogden T. A randomized effectiveness trial of brief parent training in primary care settings. *Prev Sci.* 2012;13(6):616-26.
6. Brekke I, Skjøsberg EE, Smith R, Røsand G-M, Holt T, Aarø LE, et al. Effektevaluering av International Child Development Programme (ICDP). En randomisert kontrollert studie. Oslo; 2021. Report No.: Report 2021.
7. Sherr L, Skar A-MS, Clucas C, Tetzchner Sv, Hundeide K. Evaluering av Program for foreldreveiledning basert på International Child Development Programme. Rapport til barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. London; 2011.
8. Sherr L, Skar A-MS, Clucas C, Tetzchner Sv, Hundeide K. Evaluation of the International Child Development Programme (ICDP) as a community-wide parenting programme. *Eur J Dev Psychol.* 2014;11(1):1-17.

9. Reedtz C, Klest SK, Aalo NM, Rasmussen ID, Vitterso J. Results From an RCT on Brief Parent Training: Long Term Effects on Parental Quality of Life. *Frontiers in psychology*. 2019;10:260.
10. Reedtz C, Handegård BH, Mørch W-T. Promoting positive parenting practices in primary care: Outcomes and mechanisms of change in a randomized controlled risk reduction trial. *Scand J Psychol*. 2011;52(2):131-7.
11. Drugli MB, Fossum S, Larsson B, Mørch W-T. Characteristics of young children with persistent conduct problems 1 year after treatment with the Incredible Years program. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010;19(7):559-65.
12. Mingebach T, Kamp-Becker I, Christiansen H, Weber L. Meta-meta-analysis on the effectiveness of parent-based interventions for the treatment of child externalizing behavior problems. *PLoS One*. 2018;13(9):e0202855-e.
13. Lundahl B, Risser HJ, Lovejoy MC. A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clin Psychol Rev*. 2006;26(1):86-104.
14. Epstein R, Fennesbeck C, Williamson E, Kuhn T, Lindegren ML, Rizzone K, et al. Psychosocial and Pharmacologic Interventions for Disruptive Behavior in Children and Adolescents. *AHRQ Comparative Effectiveness Reviews*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2015.
15. Mytton J, Ingram J, Manns S, Thomas J. Facilitators and Barriers to Engagement in Parenting Programs: A Qualitative Systematic Review. *Health Educ Behav*. 2014;41(2):127-37.
16. Koerting J, Smith E, Knowles MM, Latter S, Elsey H, McCann DC, et al. Barriers to, and facilitators of, parenting programmes for childhood behaviour problems: a qualitative synthesis of studies of parents' and professionals' perceptions. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2013;22(11):653-70.

17. Solholm R, Kjøbli J, Christiansen T. Early Initiatives for Children at Risk—Development of a Program for the Prevention and Treatment of Behavior Problems in Primary Services. . *Prevention Science*. 2013(14):535-44.
18. Eng H, Patras J, Handegård BH. Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket TIBIR-Rådgiverintervensjonen (2. utg.). *Ungsinn*. 2015;2(1).
19. Kjøbli J, Bjørnebekk G. A Randomized Effectiveness Trial of Brief Parent Training: Six-Month Follow-Up. *Research on Social Work Practice*. 2013;23(6):603-12.
20. Askeland E, Berg ET, Christiansen T, Flock M, Launes E. Håndbok grunnkurs i foreldrerådgivning. Tidlig innsats for barn i risiko. Oslo: NUBU, Unirand Universitet i Oslo; 2006.
21. Gottlieb LN. CE: Strengths-Based Nursing. *The American journal of nursing*. 2014;114(8):24-32.
22. Askheim O.P. Empowerment - ulike tilnærminger. In: Askheim OP, Starrin B, Heyerdahl CH, (red.). *Empowerment: i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2007. p. 21-33.
23. Alvsvåg H, Martinsen KM. Omsorg og skjønn. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*. 2018;4(3):215-22.
24. Braun V, Clarke V. *Thematic analysis : a practical guide*. Los Angeles, California: SAGE; 2022.
25. Malterud K. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4 utg. Oslo: Universitetsforl.; 2017.
26. Malterud K, Siersma VD, Guassora AD. Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qual Health Res*. 2016;26(13):1753-60.
27. Connelly LM, Peltzer JN. Underdeveloped Themes in Qualitative Research: Relationship With Interviews and Analysis. *Clin Nurse Spec*. 2016;30(1):52-7.

28. Gottlieb L. Strengths-based nursing care : health and healing for person and family. New York: Springer Pub. Co.; 2012.
29. Alvsvåg H. Å tenke sykepleiefaglig : essay i utvalg. 1 utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2022.
30. Walz A, Wang M, Bianchini J. Parental perspectives on successful parent education and behavioral intervention. *International journal of developmental disabilities*. 2019;65(5):359-67.
31. Woodfield MJ, Cargo T, Barnett D, Lambie I. Understanding New Zealand therapist experiences of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) training and implementation, and how these compare internationally. *Children and youth services review*. 2020;119:105681.
32. Shelton RC, Lee M, Brotzman LE, Wolfenden L, Nathan N, Wainberg ML. What Is Dissemination and Implementation Science?: An Introduction and Opportunities to Advance Behavioral Medicine and Public Health Globally. *Int J Behav Med*. 2020;27(1):3-20.
33. Cabassa LJ, Baumann AA. A two-way street: Bridging implementation science and cultural adaptations of mental health treatments. *Implement Sci*. 2013;8(1):90.
34. Lau A, Barnett M, Stadnick N, Saifan D, Regan J, Wiltsey Stirman S, et al. Therapist Report of Adaptations to Delivery of Evidence-Based Practices Within a System-Driven Reform of Publicly Funded Children's Mental Health Services. *J Consult Clin Psychol*. 2017;85(7):664-75.
35. Wyatt Kaminski J, Valle LA, Filene JH, Boyle CL. A Meta-analytic Review of Components Associated with Parent Training Program Effectiveness. *J Abnorm Child Psychol*. 2008;36(4):567-89.
36. Dadds MR, Tully LA. What Is It to Discipline a Child: What Should It Be? A Reanalysis of Time-Out From the Perspective of Child Mental Health, Attachment, and Trauma. *Am Psychol*. 2019;74(7):794-808.

Del II: Metodisk fordypning

I denne fordypningsoppgaven blir studiens design beskrevet, og jeg redegjør for valg av metode for datasamling og analyse. Analyseprosessen beskrives trinn for trinn slik at selve forskningsprosessen og grunnlaget for resultatene i studien kommer tydelig fram. Jeg redegjør også for egen forforståelse knyttet til temaet, min rolle som forsker, og grunnlaget for vurderinger av kvalitet i kvalitativ metode.

Antall ord: 8183

1 Innledning

Foreldreveiledning på individuelt nivå eller i gruppe har blitt en stadig større del av det forebyggende og helsefremmende arbeidet i norske kommuner over de siste tiårene (Bråten & Sønsterudbråten, 2016). Mange foreldre opplever i større eller mindre grad utfordringer knyttet til samspill og samarbeid med barna sine. Disse utfordringene ledsages også i mange familier av atferdsvansker i noen form hos barnet/barna. Aase et al. (2020, s. 28) påpeker at atferdsvansker utvikles og opprettholdes gjennom ugunstige samspillsmønstre mellom barnet og oppvekstmiljøet. Foreldreveiledning er derfor en viktig arbeidsoppgave både i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Dette trer tydelig fram i den kliniske hverdagen, men er også forankret i nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2006).

TIBIR foreldrerådgivning er en veiledningsmetode som brukes på min arbeidsplass, og en relativt stor andel av helsesykepleierne er sertifiserte TIBIR-rådgivere. TIBIR foreldrerådgivning er, blant flere andre, en metode som det fra nasjonalt hold er satset økonomiske ressurser på, og programmet brukes p.t. i 101 norske kommuner og bydeler (TIBIR, u.å.).

Det er sparsomt med forskning på erfaringer med og effekt av TIBIR foreldrerådgivning. Semistrukturerte litteratursøk viser at to effektstudier på intervensjonen er gjennomført med målinger pre-post og etter 6 måneder (Kjøbli & Bjørnebekk, 2013; Kjøbli & Ogden, 2012). Jeg har ikke funnet kvalitative studier som undersøker hvordan de som tilbyr intervensjonen opplever å bruke den i praksis. Med bakgrunn i min egen og kollegaers erfaringer med metoden oppleves det nyttig å studere andre helsesykepleieres erfaringer og bruk av metoden. Studiens hensikt var derfor å få innsikt i, og utvikle kunnskap om helsesykepleieres erfaringer med å bruke TIBIR foreldrerådgivning som verktøy i veiledningssituasjoner.

2 Design og metode

Siden denne studiens hensikt er å få innsikt i, og utvikle kunnskap om helsesykepleieres erfaringer med å bruke TIBIR foreldrerådgivning, har jeg valgt et hermeneutisk og fortolkende perspektiv som vitenskapsteoretisk grunnlag. Denne tilnærmingen vektlegger å forstå og fortolke menneskelig erfaring i lys av en helhet, ut fra den forforståelsen man har og den konteksten man står i (Thagaard, 2018, s. 37).

Kvalitativ metode egner seg for å utdype en persons erfaringer rundt et tema (Johannessen et al., 2021, s. 23), og det er valgt et kvalitativt design for denne studien for å kunne få fram nyanserte og detaljerte beskrivelser fra helsepersonellens perspektiv. Tjora (2021, s. 36) utdype dette når han skriver at man i kvalitativ forskning stiller andre spørsmål og bruker andre formuleringer enn man ville gjort i en kvantitativ undersøkelse. Ved å stille åpne spørsmål og gi deltakeren rom til å utdype sine svar vil man få informasjon på et annet og dypere nivå med kvalitativ metode enn med kvantitativ metode. Dette kan bidra til større forståelse og refleksjon rundt et fenomen, noe som er et viktig mål for kvalitative metoder. Slik blir det mulig å utvikle kunnskap som ikke kan måles i kvantitet eller frekvens (Thagaard, 2018, s. 11 og 15). En kvalitativ tilnærming gir detaljkunnskap om hvilke valg helsesykepleiere tar i veiledningssituasjoner, og vil belyse deres tanker rundt bruk av TIBIR som veiledningsmetode i praksis. Malterud (2017, s. 31) påpeker også at en kvalitativ tilnærming kan fungere godt når man skal utforske dynamiske prosesser hvor samhandling, utvikling og bevegelse er involvert, noe som er svært relevant i denne studien hvor temaet er foreldreveiledning.

I kvalitative metoder støtter forskeren seg også som regel til ulike teoretiske perspektiver for å tolke sine data (Malterud, 2017, s. 35). I denne studien støtter jeg meg til teorien om Strengths-Based Nursing (SBN) og dette redegjør jeg for i kapittel 3. Videre vil studiens problemstilling og formål være styrende for valg av konkret forskningsmetode (Johannessen et al., 2021, s. 52). Tjora (2021, s. 43) påpeker at pragmatiske og mer praktiske hensyn som for eksempel ressurser og tilgang på informanter som regel også er med å påvirke metodevalg. I denne studien kunne for eksempel både fokusgruppeintervjuer og individuelle intervjuer vært med på å belyse studiens problemstilling og hensikt. På bakgrunn av både

faglige og pragmatiske hensyn falt valget på å gjennomføre individuelle intervjuer med helsesykepleiere som tilbyr TIBIR foreldrerådgivning som veiledningsmetode til foreldre de kommer i kontakt med i sin jobb på helsestasjon eller i skolehelsetjenesten. Dette for å gi hver enkelt deltaker god anledning til å fortelle i dybden om sine erfaringer med metoden, og også for å løse mer pragmatiske utfordringer knyttet til logistikk og deltakernes tid og timeplan. Utfyllende redegjørelse for datasamlingen følger i kapittel 5.

3 Teoretisk perspektiv

Studien er utført i et helsefremmende og forbyggende perspektiv fordi helsesykepleie er en retning innen sykepleie som har nettopp helsefremming og forebygging som sitt hovedformål (Helsedirektoratet, 2006). «Helsefremming handler om alt vi gjør for at pasient eller bruker skal utvikle eller videreutvikle kompetanse i å opprettholde helse og livskvalitet....Helsefremming kan ses i lys av empowerment» (Tveiten, 2016, s. 22).

Empowerment defineres som myndiggjøring, delaktighet og at personen har kraft og handlingsrom i eget liv (Tveiten, 2016, s. 29). Å videreutvikle foreldrenes kompetanse for å mestre foreldrerollen og øke familiens livskvalitet er jo nettopp målet med å tilby TIBIR foreldrerådgivning.

TIBIR er utviklet med tanke på prinsippet om tidlig innsats og forebygging for å hjelpe familier å fremme eller opprettholde helse og livskvalitet. Laurie Gottliebs teori om Strengths-Based Nursing (SBN) er valgt som teoretisk rammeverk for studien (Gottlieb, 2014). Teori fungerer som et nyttig verktøy for å kunne tenke konstruktivt om praksis, og verditilnærmingen bak SBN kan gi nyttige perspektiver når man studerer helsesykepleie. SBN har en holistisk tilnærming til helse og mestring der hovedfokus er å identifisere og anvende styrker hos enkeltpersoner og hos familien som helhet. Dette er et helt sentralt fokus i veiledning generelt, og et viktig prinsipp i TIBIR foreldrerådgivning. SBN ble derfor vurdert som et relevant teoretisk rammeverk for denne masterstudien. Teorien bygger på åtte kjerneverdier for sykepleie som fremmer empowerment, håp og tro på egen mestring hos brukerne (Gottlieb, 2014). Disse åtte kjerneverdiene er helse og tilheling; mennesket og familiens unikheter; helhet og kroppslig erfaring; subjektiv virkelighet og opplevelse av mening; person og miljø er en helhet; selvbestemmelse; læring, timing og villighet; samarbeid og partnerskap (Gottlieb, 2014). I denne oppgaven vil ikke rammeverket for SBN kunne ytes full rettferdighet. Flere av kjerneverdiene kunne vært aktuelle, men i det følgende forklares de kjerneverdiene som er ble oppfattet som mest essensielle for denne studien, og som benyttes i diskusjonen i del I av oppgaven:

- Mennesket og familiens unikheter – Gottlieb vektlegger at alle mennesker er unike. Hvert menneske erfarer og responderer ulikt på miljøet rundt seg. Utdrende

livssituasjoner vil få fram styrker og svakheter i oss. For å kunne gjenkjenne og anerkjenne en persons unike egenskaper kreves forståelse av både personens styrker og svakheter (Gottlieb, 2012, s. 68).

- Subjektiv virkelighet og opplevelse av mening – Det er opplevelser og erfaringer som former vår forståelse og gir mening til situasjonen. Gottlieb vektlegger at det å forstå fortellingen om seg selv er del av en viktig indre prosess for å skape helse og fasilitere helingsprosessen i det enkelte mennesket (Gottlieb, 2012, s. 75).
- Læring, timing og villighet – Sykepleieren må være tonet inn på klienten for å vite når en intervensjon vil være mest effektiv eller hensiktsmessig. Sykepleieren skal legge til rette for læring og utvikling, og det krever at man velger rett tidspunkt og at klienten selv er klar for endring (Gottlieb, 2014).
- Samarbeid og partnerskap – Relasjonen mellom sykepleier og klient er en samarbeidsrelasjon. Begge parter må bidra til utvikling av relasjonen. Det krever at sykepleieren er åpen, ikke dømmende og er villig til å dele makt med pasienten og familien i den aktuelle situasjonen (Gottlieb, 2012, s. 101; Gottlieb, 2014).

Foreldreveiledning kan variere i form og innhold, men har som overordnet mål «å fremme barnets beste ved å styrke relasjonen mellom foreldre og mellom foreldre og barn» (Barne- og likestillingsdepartementet, 2018, s. 12). Veiledningsbegrepet kan defineres på ulike måter, avhengig av kontekst og formål. Sidsel Tveiten definerer begrepet slik: Veiledning er «...en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier» (Tveiten, 2006, s. 89). Denne definisjonen harmonerer godt med grunnlaget for kjerneverdiene i SBN (Gottlieb, 2012, s. 57).

Tjora (2021, s. 39) slår fast at teoriens rolle i et forskningsprosjekt kan variere betydelig. Den kan brukes som et bakteppe for studien, og vil da si noe om forskerens utgangspunkt. Den kan også fungere som en hjelp til å fokusere analysen i en spesifikk retning, og brukes aktivt inn i fortolkningsprosessen og diskusjon av resultatene (Malterud, 2017, s. 189-191). Det teoretiske perspektivet i denne studien har hjulpet meg å holde fokus på studiens hensikt

gjennom hele prosessen. Særlig har teorien om SBN vært nyttig i fortolkningen av funnene, og for å tydeliggjøre det helsefremmende og forebyggende perspektivet i helsesykepleiepraksis.

4 Litteratursøk

I innledende fase av masteroppgaven gjennomførte jeg semistrukturerte litteratursøk etter relevant litteratur i databasene Academic Search Elite, Cinahl, Medline, PubMed og Embase. Tabell 4.1 viser søkeord, kombinasjoner av søkeord og antall treff. Begrepet «Brief parent training» er det engelske begrepet for TIBIR. Underveis i søkeprosessen fremkom det at begrepet også brukes i andre sammenhenger, blant annet om veiledningsprogrammet «De utrolige årene» og også knyttet til ulike somatiske problemstillinger hvor foreldre trenger veiledning. I kombinasjon med «children», «problem behavior» og «parent counseling» kommer det kun treff som omhandler TIBIR-programmet i alle databaser. TIBIR-programmet er utviklet i Norge, og dette gjenspeiles trolig i antall treff. Søkekombinasjonen gav kun 6 treff eller mindre knyttet til TIBIR-programmet i de databasene som ble benyttet.

Søkekombinasjonen «Public health nursing AND Parent training program OR Parent counseling OR Parent education» (år 2010-2020) gav totalt 62 treff i de tre databasene Academic Search Elite, CINAHL og Medline. Det var imidlertid et fåtall av treffene, i alt 5 treff, som omhandlet foreldreveiledning knyttet til atferdsproblematikk hos barna i familien. Mange treff omhandlet situasjoner hvor foreldre fikk veiledning knyttet til håndtering av ulike somatiske diagnoser hos barna, eller situasjoner hvor foreldrene hadde diagnoser og fikk veiledning knyttet til det, og var av den grunn ikke relevante for denne studien.

Tabell 4.1 Resultat av innledende litteratursøk i ulike databaser.

Database	Søkeord og kombinasjoner	Antall treff
Academic Search Elite	Brief parent training	11
	Brief parent training AND Children AND problem behavior AND Parent counseling OR parent training programs OR parent education	6
	Public health nursing AND Parent training program OR Parent counseling OR Parent education (år 2010-2020)	18
Cinahl	Brief parent training	8
	Brief parent training AND Children AND problem behavior AND Parent counseling OR parent training programs OR parent education	2
	Public health nursing AND Parent training program OR Parent counseling OR Parent education (år 2010-2020)	42
Medline	Brief parent training	8
	Brief parent training AND Children AND problem behavior AND Parent counseling OR parent training programs OR parent education	0
	Public health nursing AND Parent training program OR Parent counseling OR Parent education (år 2010-2020)	2
PubMed	Brief parent training [text word]	16
	Brief parent training [text word] AND Children AND problem behavior	4
Embase	Brief parent training	15

I april 2023 gjennomførte jeg nye litteratursøk, og benyttet da kunnskapsdatabasen ORIA for å søke etter aktuelle artikler. Tabell 4.2 viser søkeord og antall treff. I tillegg har jeg benyttet håndsøking (Kirkehei & Ormstad, 2013) og snøballsøk (Ali & Tanveer, 2022) for å finne aktuell forskning.

Tabell 4.2. Søkeord og kombinasjoner benyttet i ORIA

Søkeord og kombinasjoner bruk i ORIA	Avgrensninger	Antall treff
Public health nursing AND children problem behavior AND parent training program	Engelsk språk Fagfellevurderte artikler År 2010-2023	151
Parent training program AND problem behavior AND review	Engelsk språk Fagfellevurderte artikler År 2010-2023	279
Parent training program AND children AND problem behavior AND experience AND review	Engelsk språk Fagfellevurderte artikler	48

Søk i de ulike databasene viser at mye tidligere forskning fokuserer på barn innen spesifikke diagnosegrupper (både somatiske og ulike utviklingsforstyrrelser). Ved bruk av begrepet «experience» begrenses antall treff relativt kraftig. For å identifisere aktuelle studier leste jeg gjennom overskrifter, og sammendrag i de tilfellene hvor overskriftene ikke gav tilstrekkelig informasjon. Enkelte av de relevante studiene er benyttet og henvist til i bakgrunn og diskusjon i del I av denne masteroppgaven. Studiene gav kunnskap om effektmålinger av ulike foreldreveiledningsverktøy og også hva som anses som hemmende og fremmende faktorer for at et veiledningsprogram er virkningsfullt.

5 Datasamling

I denne studien er kvalitative, individuelle forskningsintervjuer valgt som metode for datasamling. Det egner seg godt når man ønsker fylldige beskrivelser knyttet til et tema fordi det gir informantene mulighet til å utdype sine erfaringer, meninger og refleksjoner knyttet til temaet (Johannessen et al., 2021, s. 106). Thagaard (2018, s. 91) beskriver det kvalitative forskningsintervjuet som en «samtale mellom forsker og intervjuperson som styres både av de temaene vi ønsker å få kunnskaper om, og de temaer intervjupersonen tar opp». I intervjusituasjonen med deltakerne forsøkte jeg etter beste evne å få til en slik dialog heller enn et spørsmål fra meg og svar fra deltakeren. Som beskrevet av Tjora (2021, s. 128) gav denne formen for datasamling meg som forsker stor fleksibilitet til å følge informanten, og rom for å følge opp digresjoner og temaer deltakerne tok opp slik at samtalen kunne bidra til å etablere et rikt datamateriale for videre analyse.

5.1 Rekruttering og utvalg

Et strategisk utvalg av helsesykepleiere ble invitert til å delta i studien. Dette ble gjort for å sikre at deltakerne kjente TIBIR foreldrerådgivning som veiledningsmetode og hadde grunnlag for å gjøre refleksjoner knyttet til temaet (Tjora, 2021, s. 145). Utgangspunktet for utvelgelse av deltakere i en kvalitativ studie er ofte hensiktsmessighet, slik at utvalget bidrar til å oppfylle studiens hensikt (Johannessen et al., 2021, s. 59). Malterud et al. (2016) sin beskrivelse av «Information power» tydeliggjør dette ytterligere. Begrepet «Information power» innebærer at jo mer informasjon relevant for den aktuelle studien deltakerne innehar, jo lavere antall deltakere er nødvendig. Malterud beskriver fem variabler som påvirker nivået av Information power: studiens hensikt; grad av spesifisitet knyttet til temaet hos deltakerne; teorigrunnlag; kvalitet på dialogen i intervjuene; analysestrategi. Alle disse variablene vil være med på å avgjøre hvor mange deltakere man trenger i studien (Malterud et al., 2016). Før oppstart ble det antatt at 8-10 deltakere ville være nødvendig for å oppnå tilstrekkelig «Information power» for denne studien. Samtidig var det også et realistisk

anslag for hvor mye datamaterialet det er hensiktsmessig å håndtere innenfor for masteroppgavens rammer.

Før oppstart med rekruttering ble det definert fire inklusjonskriterier for deltakere: de måtte være sertifiserte TIBIR foreldrerådgivere, ha fulgt krav til antall rådgivningssaker per år (minimum to saker per år), fullført sertifiseringen for minimum et år siden, og ha tilstrekkelige norskkunnskaper til at intervjuet kunne gjennomføres på norsk.

Rekrutteringen ble gjort ved å kontakte Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge (NUBU) som er ansvarlige for implementering av TIBIR i Norge. Regionskoordinator i NUBU kontaktet kommuner i østlandsområdet hvor TIBIR foreldrerådgivning er implementert og benyttes av helsesykepleiere. Tre kommuner gav positiv respons, og i første omgang var det åtte helsesykepleiere som ønsket å delta. Intervjuer med disse åtte ble avtalt per telefon. Da seks intervjuer var gjennomført opplevde jeg at mye og kraftfull informasjon var kommet fram, og at informasjonsstyrken i utvalget var høy. Det kom lite nytt fram i de to siste intervjuene, og etter åtte intervjuer var gjennomført vurderte jeg det slik at datametning var oppnådd (Johannessen et al., 2021, s. 74). Datasamlingen ble da avsluttet.

Det var stor variasjon i informantenes alder, antall år som TIBIR-rådgiver og antall år de hadde jobbet som helsesykepleiere.

5.2 Gjennomføring av intervjuene

De åtte intervjuene ble gjennomført i perioden september-oktober 2022. Deltakerne valgte sted for intervjuet, slik at det skulle føles naturlig og lett tilgjengelig for dem (Tjora, 2021, s. 135). Alle intervjuer ble utført på den enkelte deltakerens arbeidsplass, enten på møterom eller på deres kontor, og varte fra 47 minutter til 57 minutter. Intervjuene ble tatt opp ved å bruke nettskjema-diktafon utviklet av Universitetet i Oslo. Deretter transkriberte jeg intervjuene så raskt jeg hadde mulighet til dette, mens jeg hadde intervjusituasjonen friskt i minne.

Datagenereringen i et kvalitativt intervju er avhengig av en god relasjon mellom forskeren og deltakeren, og de første minuttene av intervjuet har stor betydning for atmosfæren man får utover i intervjuet. Det er essensielt at deltakeren opplever intervjusituasjonen som trygg og avslappet, og det er intervjueren som har hovedansvar for å skape en tillitsfull atmosfære (Thagaard, 2018, s. 101). I gjennomføringen av intervjuene brukte jeg noen minutter på uformell samtale med deltakerne før lydopptaket og intervjuet startet. I denne samtalen ble også informasjonsskriv med studiens hensikt, hva deltakelse i studien innebar, personvern, anonymitet og samtykkeskjema gjennomgått (vedlegg 1). Deretter signerte deltakerne samtykkeskjemaet. Selve intervjuet ble gjennomført etter en semistrukturert intervjuguide (vedlegg 2) hvor noen innledende spørsmål, hovedspørsmål og avsluttende spørsmål var formulert på forhånd og ble brukt som utgangspunkt for samtalen (Johannessen et al., 2021, s. 108). Den semistrukturerte intervjuguiden gav stor fleksibilitet underveis i intervjuet, og mulighet til å følge utsagn og digresjoner fra deltakerne slik at samtalen fløt naturlig fram. Samtidig fungerte den som en huskeliste for meg til å holde framdriften i intervjuet. Tjora (2021, s. 172) påpeker at de fleste intervjuere modnes utover i intervjuprosessen, og at man som regel kan frigjøre seg fra intervjuguiden i betydelig grad etter å ha gjennomført noen intervjuer. Dette er svært gjenkjennbart for meg. Dette er første gang jeg gjennomfører en intervjustudie, og i de første intervjuene var jeg helt avhengig av å holde meg relativt nær til intervjuguiden. Etter 2-3 intervjuer kunne jeg intervjuguiden såpass godt at jeg i stor grad kunne følge deltakerne og deres naturlige skifter fra tema til tema. Mot slutten av hvert intervju benyttet jeg intervjuguiden som en sjekklister for å kontrollere om alle temaer var berørt, og fulgte opp med spørsmål etter behov. Oppfølgingsspørsmål underveis fungerte som hjelp til å få mer konkrete eller utfyllende svar fra deltakerne. I enkelte intervjuer var det også behov for flere oppfølgingsspørsmål fordi deltakerne var mer tilbakeholdne i sine beskrivelser og refleksjoner eller fordi de gav mye interessant informasjon om tematikken som med fordel kunne utdypes nærmere.

I etterkant av intervjuene har jeg reflektert over logistikken knyttet til intervjuene, og om jeg burde hatt kun ett intervju per dag. Første intervju ble gjennomført en dag. Deretter ble det to og to intervjuer på samme dag, og siste dag ble tre intervjuer gjort samme dag. Totalt 4 dager med intervjuer fordelt på 7 uker. Om jeg hadde hatt ett intervju per dag ville jeg muligens klart å bearbeide intervjuet mer umiddelbart i etterkant. Samtidig var det tilfeller

hvor deltakerne beskrev erfaringer som jeg tenkte det var fint å ta videre med i neste intervju. Den bevisstheten ville jeg ikke hatt i samme grad om jeg hadde gjort ett intervju per dag fordi foregående intervju da ville vært mindre framme i bevisstheten. Årsaken til at intervjuprosessen ble lagt opp som den ble var logistikk og praktiske hensyn med reisevei for å gjennomføre intervjuene, og selvfølgelig hva som passet for deltakerne.

5.3 Transkribering av intervjuene

«Å transkribere betyr å transformere, skifte fra en [uttrykks-]form til en annen» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 205). Kvale og Brinkmann påpeker at man med ordrette transkripsjoner ikke fullt ut kan gjengi et muntlig intervju. I transkripsjonen mister man deler av kommunikasjonen, som stemmeleie, intonasjon og pust. Allikevel er skriftliggjøring av muntlige intervjuer en vanlig metode i kvalitativ forskning fordi det skriftlige materialet muliggjør systematisk fortolkning i mye større grad enn om datamaterialet skulle forblitt i muntlig versjon (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 205-206). På dette tidspunktet i forskningsprosessen vet man ikke hvilke detaljer man kommer til å trenge senere, og det anbefales derfor å gjøre en fullstendig transkribering av materialet (Tjora, 2021, s. 185).

I transkriberingsprosessen valgte jeg å skrive transkripsjonene på bokmål. Dette kan bidra til bedre lesbarhet i etterkant, og beskrives som en normalisering av Tjora (2021, s. 186). Det var ingen utpregede dialektord som ble benyttet av deltakerne som mistet mening ved denne normaliseringen. Dette kan ha sammenheng med at alle bor på østlandet og snakker ulike varianter av østlandsdialekt til daglig.

For å «mest mulig lojalt ivareta det opprinnelige materialet» (Malterud, 2017, s. 77) transkriberte jeg intervjuene ord for ord, og etterstrebet å bevare visuelle ledetråder i materialet (Tjora, 2021, s. 186). Pauser i talen ble markert med «...». Latter ble også skrevet inn. Der deler av sitatet ble utelatt ble det markert «[...]». I starten tok jeg med alle bekreftende ord/lyder fra meg selv, som «mmm», «mhm» osv. Etterhvert ble disse utelatt for å få mer flyt i teksten med fokus på deltakernes refleksjoner og fortellinger. I starten markerte jeg egen tale med «M» og informantenes utsagn med «I». Etterhvert erfarte jeg

imidlertid at det gav mer flyt i transkriberingen når jeg brukte linjeskift hver gang det byttet mellom deltakerne og meg selv. Fordi jeg selv har gjennomført både intervjuene og transkriberingen, hadde få informanter og god kjennskap til materialet, var det uproblematisk å holde oversikt over hvem som hadde sagt hva.

Transkribering er en tidkrevende prosess, og jeg brukte omtrent 3,5 timer på å transkribere de lengste intervjuene. Jeg spilte av opptaket på halv hastighet, og skrev fortløpende. Allikevel måtte jeg ta mange pauser i lydopptaket for å skrive ferdig lengre setninger og resonnementer. Da transkriberingen var gjennomført ble det skriftlige materialet validert ved å høre gjennom opptakene og lese transkripsjonen parallelt.

I forkant av intervjuene var jeg forberedt på at det kunne komme fram sensitive opplysninger om barn og familier, deres utfordringer, sosioøkonomiske situasjon osv., som ikke var av betydning for studiens hensikt. Dette skulle i så fall utelates fra transkripsjonene av etiske hensyn. Dette ble imidlertid ikke en problemstilling, da deltakerne naturlig holdt dette utenfor i intervjusamtalene. Enkelte steder i intervjuene brukte deltakerne navn på kollegaer, ledere eller kommunens navn. Dette er anonymisert i transkripsjonene, og jeg har brukt vedkommendes funksjon eller «kommune» i stedet for egennavn for å ivareta deltakernes og arbeidsplassen anonymitet.

6 Kvalitativ analyse

6.1 Braun og Clarkes refleksive tematiske analyse

Braun & Clarkes refleksive tematiske analyse er benyttet som analysemetode i denne studien (Braun & Clarke, 2006). Metoden består av 6 steg eller faser, og beskrives som fleksibel og lett tilgjengelig for nye forskere. Tematisk analyse foregår ikke som en lineær prosess hvor man fullfører en fase før man går videre til neste. Fra datasamlingen starter og til analysen er fullført beveger man seg fram og tilbake mellom de ulike fasene (Braun & Clarke, 2022, s. 34).

6.1.1 Fase 1 – Gjøre seg kjent med datamaterialet

Analyseprosessen starter allerede i transkriberingsfasen fordi man allerede der begynner å gjøre seg kjent med dataene. Transkribering av rådata tok lang tid, men det at jeg selv både har samlet og bearbeidet rådataene, gjorde at jeg også kjente datamaterialet godt, og det gav et bedre utgangspunkt for den videre analyseprosessen (Malterud, 2017, s. 80). Etter transkriberingen hørte jeg på lydfilene av alle intervjuene for å kunne sjekke nøyaktigheten av og validere transkripsjonene samtidig. Braun og Clarke understreker hvor viktig denne fasen er for å ha et godt utgangspunkt for videre analysering (Braun & Clarke, 2022, s. 42-43). I valideringsprosessen noterte jeg enkelte sitater og refleksjoner som jeg oppfattet som aktuelle å følge opp i videre arbeidet.

6.1.2 Fase 2 – Utforme innledende koder

Etter å ha gjort meg kjent med datamaterialet og ha fått en viss oversikt beveget jeg meg videre til fase to. Denne fasen handler om å identifisere meningsbærende innhold i datamaterialet som er relevant for studiens problemstilling, og å utforme passende koder. Kodene gjengir innholdet i datamaterialet på en komprimert måte. Braun og Clarke (2022, s. 56) vektlegger at man vanskelig kan være helt og holdent induktiv i sin tilnærming til datamaterialet, men påpeker samtidig at dersom man ønsker å utforske erfaringer og

perspektiver hos deltakerne er en induktiv, eller datadrevet, tilnærming naturlig i startfasen. Etterhvert vil man kanskje skifte mer mellom induktiv og deduktiv tilnærming til datamaterialet. Denne studiens problemstilling dreier seg nettopp om å utforske erfaring med å bruke TIBIR foreldrerådgivning som veiledningsmetode, og det har derfor vært naturlig å ha en induktiv innfallsvinkel til analyseprosessen i denne første analysefasen. Jeg har valgt å holde meg tekstnær, eller semantisk, i arbeidet med å utvikle koder (Braun & Clarke, 2022, s. 57) for å unngå og komme med tolkninger eller bearbeiding av datamaterialet så tidlig i prosessen. Jeg er selv sertifisert TIBIR foreldrerådgiver, og har en relativt tung forforståelse knyttet til problemstillingen (jf. kapittel 6.4.2. om forforståelse). Fokus på tekstnær koding har derfor vært ekstra viktig for å «temme min egen tolkningsiver».

Arbeidet med utvikling av koder har foregått ved at jeg har lest gjennom intervjuer, og hver gang jeg kom til noe jeg oppfattet som relevant for problemstillingen ble tekstutdraget kodet, enten med en eksisterende kode, eller med en ny kode. I denne tidlige fasen av analyseprosessen vet man ikke helt hva som er aktuelt å bringe med videre til temautvikling i neste fase. Derfor er det et poeng å kode så store deler av datamaterialet som mulig, og alt som kanskje kan være relevant. Et annet viktig poeng er at sitatenes kontekst må bevares slik at det blir tolket ut fra riktig sammenheng. Derfor er noe av teksten rundt koden beholdt i tekstutdragene knyttet til kodene (Braun & Clarke, 2006). I frykt for å miste kontekst gjennom kodeprosessen er noen av kodene relativt lange. Jeg har vært usikker på om dette er riktig, men har samtidig tenkt at det viktigste er at jeg er tekstnær i kodingen og ikke tolker data ut av sin kontekst, derfor valgte jeg heller å bruke noen flere ord i kodingen enn å gjøre det så kort at kontekst og/eller mening blir borte. Tjora (2021, s. 219-220) fremhever verdien av tekstnær koding og beskriver det som uproblematisk om kodene er relativt lange og blir unike for hvert intervju. Det medfører derimot at man «...bevarer empirisk innhold, noe som bidrar positivt i de neste trinnene i arbeidet» (Tjora, 2021, s. 220).

Det er mange ulike måter å gjennomføre kodeprosessen på. Braun og Clarke nevner helt manuelle måter å gjøre det på eller helelektroniske, men vektlegger at man skal gjøre det som fungerer best for en selv (Braun & Clarke, 2022, s. 65). Jeg valgte å bruke kommentarfunksjonen i Word for å kode datamaterialet. Det gav meg god oversikt, og jeg

fargekodet også hvert intervju og tilhørende koder med samme farge. På den måten ble det lett å finne tilbake til hvilke intervjuer de ulike kodene tilhører. Tabell 6.1 viser eksempler på koder.

Tabell 6.1: Eksempel på koding

Tekstutdrag	Kode
Når vi bruker god tid på de tre første temaene, altså dette med ressurser, god beskjed, og ros og oppmuntring, så opplever jeg at foreldre sier noe om at, kanskje allerede etter god beskjed, sier noe om at det har skjedd noe med han, eller det har skjedd noe med henne.	God tid på samarbeidstemaene gir forandring
Jeg pleier å være opptatt av å si til foreldrene at dette er ikke mye nytt. Dere kan det, dere gjør det, men det er satt i et system, så istedenfor å prøve alt mulig samtidig, så er det dette vi jobber med.	Styrke foreldrenes tro på mestring Systematiserer det for foreldrene

Da alle intervjuer var kodet var det stor variasjon i antall koder per intervju. Det varierte fra 36 koder til 107 koder per intervju. I etterkant har jeg erfart at dette har sammenheng med hvor rikt datamaterialet er i det enkelte intervju. Når deltakeren delte mye og gave rikelig beskrivelser av sine erfaringer og bruk av TIBIR, gav dette grunnlag for mange koder.

6.1.3 Fase 3 – Utvikle temaer

I denne fasen av analysen startet jeg å utvikle temaer på bakgrunn av kodene fra fase 2. Det er mange ulike måter å gjøre dette på, og jeg valgte å printe ut alle intervjuene, og klippe alle koder fra hverandre, for så å gruppere de ut fra tematikk. Kodene ble først gruppert på bakgrunn av det åpenbare innholdet. På denne måten fikk jeg god oversikt over alle koder og kunne starte å se antydning til mønstre med tanke på temaer. Rent praktisk festet jeg alle koder fra en gruppe til et A4-ark, og skrev forslag til tematikk og viktig innhold fra kodene på arket. Braun og Clarke (2022, s. 77) påpeker i den sammenheng at dette kun er utgangspunktet for videre utvikling av temaene, og at man må være oppmerksom på at disse grupperingene og gjengivelsen av innholdet i grupperingene ikke er et tema. Det er kun en

oppsummering av innholdet. Identifisering og utvikling av temaer er noe mer enn dette, og vil ofte dreie seg om noe som ikke er direkte lesbart i kodene, men som ligger under overflaten. Tabell 6.2 viser eksempel på denne første temautviklingen. Kodegruppen dreier seg om helsesykepleieres utsagn om hvordan det oppleves å bruke TIBIR som veiledningsverktøy. Et preliminært tema var *Helsesykepleiere har en positiv opplevelse av å bruke TIBIR som verktøy*, kolonnen til venstre viser noen av de tilhørende kodene.

Tabell 6.2. Eksempel på preliminært tema

Eksempel på koder knyttet til temaet	Preliminært tema
Positivt inntrykk av verktøyet og opplegget	Helsesykepleiere har en positiv opplevelse av å bruke TIBIR som verktøy
En styrke at det er så konkret	
Moro å jobbe	
Har troen på verktøyet	

Etter alle koder var plassert i grupper kunne jeg begynne å se mønstre på tvers av grupperingene, og så at grupperingene har flytende overganger mellom hverandre i større eller mindre grad avhengig av hva de handler om. Dette var utgangspunktet for videre utvikling av hovedtemaer og subtemaer (Braun & Clarke, 2006). Et eksempel på disse mønstrene på tvers av kodegruppene er at det tidlig ble klart for meg at kodegruppene *Relasjonen til foreldrene er avgjørende, Øvelser er utfordrende og God tid i oppstart av veiledningen* på et eller annet vis hørte sammen, men helt hvordan det skulle henge sammen til slutt, visste jeg ikke på dette tidspunktet. Andre grupperinger av koder var mer uklare for meg med tanke på hvor de ville passe inn i helheten. Ifølge Braun og Clarke er dette helt vanlig, og også helt uproblematisk (Braun & Clarke, 2006). De påpeker at man allikevel skal ha disse «løse» kodene med videre fordi man ikke enda vet hvordan koder og temaer passer sammen til slutt. For å få et utgangspunkt for videre utvikling av temaer lagde jeg et tankekart over preliminaire temaer etter denne første gjennomarbeidingen av koder og temaer (Braun & Clarke, 2006).

6.1.4 Fase 4 – Evaluere temaer

Fase 4 beskrives som en foredlingsprosess hvor temaene videreutvikles og justeres etter behov (Braun & Clarke, 2006). Ifølge Braun og Clarke (2022, s. 97) er målet i denne fasen å utvikle gode temaer som kjennetegnes ved at de er tydelig avgrenset i sin tematikk samtidig som de skal være nyanserte og gi dybde til problemstillingen. For å få til dette hadde jeg en todelt prosess videre. Først gikk jeg gjennom grupperingene av koder på nytt for å vurdere om de passet inn i det aktuelle temaet, om de passet inn i flere temaer, eller om de burde flyttes til andre kodegrupper. Jeg fant at noen koder måtte flyttes til andre grupper, noen ble tatt ut av grupper, og noen grupper av koder ble føyet sammen med andre eksisterende grupper (Braun & Clarke, 2006). Den andre delen av prosessen dreide seg om å gjøre samme type gjennomgang av temaene vurdert opp mot datasettet som helhet for å sikre en så nøyaktig presentasjon av dataene som mulig (Braun & Clarke, 2022, s. 98). Underveis i prosessen hadde jeg samtaler med min veileder og presenterte foreløpige temaer for henne. Hun kom med gode innspill til videre analyse. Dialogen frem og tilbake mellom meg, hoved- og biveileder har derfor fungert som en styrking av studien troverdighet.

Videre ble det enda en runde med evaluering av temaene opp mot datasettet som helhet for å sikre at de gjenspeilet meningsinnholdet i datasettet på en tilfredsstillende måte (Braun & Clarke, 2006). Connelly og Peltzer (2016) fremhever også betydningen av at temaene er tett knyttet til datasettet som helhet, og at dersom temaene er det forfatterne beskriver som underutviklet, vil de ikke klare å formidle meningsinnholdet i datasettet på en tilfredsstillende måte.

6.1.5 Fase 5 – Definere og navngi temaer

I denne fasen beskriver Braun og Clarke (2006) at man skal trekke ut essensen av de ulike temaene for å tydeliggjøre hva som er interessant med dem og hvorfor. Når man har kommet så langt i prosessen bør temaenes innhold kunne oppsummeres i noen setninger. En slik oppsummering kan også fungere som en test for hvor godt temaet fungerer, og være med å klargjøre struktur og flyt i beskrivelsen av funnene og den overordnede historien dataene skal fortelle (Braun & Clarke, 2022, s. 106). Jeg har skrevet en slik oppsummering for

hvert hovedtema. Hovedtemaet *Å skape et trygt rom for foreldreveiledning* ble eksempelvis oppsummert slik:

Temaet forteller om hva helsesykepleierne gjør for å tilrettelegge for god og effektiv foreldreveiledning. Dette innebærer både praktiske rammer rundt veiledningen, og selve overføringen av kunnskap om samspill og relasjon. Temaet beskriver hva helsesykepleierne erfarer at skal til for at foreldrene evner å tilegne seg verktøyet, og senere kan omsette det i praksis hjemme.

Proessen med temautvikling og navngiving av temaene har vært utfordrende. Jeg har gått flere runder hvor jeg har «lekt med ordene» for å finne formuleringer som beskriver kompleksiteten i det enkelte tema, men også avgrenser det. Connelly og Peltzer (2016) vektlegger at hvert ord må velges med omhu i denne prosessen, og Braun og Clarke (2022, s. 112) begrunner det med at temaets navn skal fange leserens interesse og signalisere noe om meningsinnholdet i temaet. Analyseprosessen har resultert i følgende temaer:

Hovedtema I: Å skape et trygt rom for foreldreveiledning

Undertema I: Relasjonen er avgjørende

Undertema II: Å skape gode rammer for endring

Hovedtema II: Spenning mellom atferdsfokus og emosjonsfokus

Undertema I: Grensesettingsverktøyets begrensninger

Undertema II: Forståelse og følelsesfokus i grensesetting

6.1.6 Fase 6 – Fullføre analyse og forskningsrapport

Fase 6 består i å skrive fram funnene i et resultatkapittel og fullføre forskningsrapporten. Braun og Clarke (2006) presiserer at den endelige analysen må fortelle dataenes historie på en sammenhengende og interessant måte. I artikkelen i del I av denne masterstudien vil funnene diskuteres opp mot Gottlieb (2014) sin teori om Strengths-Based Nursing og annen relevant teori og forskningslitteratur.

7 Forskningsetiske overveielser

I kvalitative intervjustudier er nære møter mellom forskeren og deltakeren det som legger grunnlaget for utviklingen av ny kunnskap, og som forsker må man ha bevissthet rundt etiske utfordringer knyttet til metoden (Malterud, 2017, s. 211). Thagaard (2018, s. 20) fremhever en stadig økende bevissthet knyttet til etiske retningslinjer i kvalitativ forskning, og henviser til retningslinjer utarbeidet av De nasjonale forskningsetiske komiteer (NESH). Disse retningslinjene ble benyttet som grunnlag for etiske overveielser som er gjort i denne masterstudien (NESH, 2021). Retningslinjene dreier seg i hovedtrekk om tre typer hensyn en forsker må ta: deltakerens rett til autonomi; forskerens plikt til å respektere deltakerens privatliv; og forskerens ansvar for å unngå å skade (Johannessen et al., 2021, s. 45). Veileder er også konferert fortløpende i forskningsprosessen.

7.1 Godkjenning av prosjektet

Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD), meldeskjemanr.: 256189 (vedlegg 3). Deltakerne ble i forkant av intervjuene informert om studiens hensikt, hvordan deres anonymitet ville ivaretas, og om deres mulighet til å trekke seg fra studien. Samtykkeskjema ble signert i forkant av intervjuene.

7.1.1 Informert samtykke

Deltakerne fikk en skriftlig invitasjon til deltakelse (vedlegg 1) hvor de ble informert om at studiens hensikt var å få innsikt i, og utvikle kunnskap om helsesykepleieres erfaringer med å bruke TIBIR foreldrerådgivning som verktøy i veiledningssituasjoner. Videre at data skulle håndteres i tråd med personvernreglement og VID vitenskapelige høyskoles rutiner for håndtering av personsensitive opplysninger (VID, 2018), at deres anonymitet ville bli i varetatt ved at identifiserbare opplysninger ble oppbevart i låsbart skap og adskilt fra lydfiler og transkripsjoner, og at de når som helst kunne trekke sitt samtykke til deltakelse. Denne informasjonen ble sendt via epost etter intervjutidspunkt var avtalt, i god tid før selve

intervjuet. Informasjonen ble gjentatt muntlig i forkant av intervjuet. Samtlige deltakere signerte samtykkeskjemaet og gav med det et informert samtykke om deltakelse (NESH, 2021).

7.1.2 Personvern og konfidensialitet

Konfidensialitet er et grunnprinsipp i forskningsetikk (Thagaard, 2018, s. 24), og innebærer at den det forskes på har «rett til å begrense andres tilgang på visse typer informasjon om sin person» (Fossheim, 2015). For å ivareta personvern og konfidensialitet i denne studien ble samtykkeerklæringer og innhentede data oppbevart etter gjeldende lovverk (NESH, 2021). Signerte samtykkeerklæringer ble oppbevart i et låsbart skap atskilt fra andre opplysninger knyttet til studien. Kontaktinformasjon til deltakerne har også blitt oppbevart separat gjennom hele prosjektperioden. Intervjuene ble tatt opp og lagret i Nettskjema som er en sikker tjeneste for datalagring (UiO, u.å.). Dataene i denne studien klassifiseres som gule data da det er upubliserte forskningsdata, men datainnholdet er ikke personsensitivt på noen måte (UiO, 2018). Transkripsjonene ble lagret på skylagring gjennom VIDs datasystemer og på kryptert minnepinne, og er aidentifisert slik at bare jeg som masterstudent har kjennskap til deltakernes identitet. Det er heller ikke mulig å identifisere familiene de har erfaring med fra sitt arbeid som TIBIR-rådgiver i transkripsjonene. I de tilfellene hvor deltakerne brukte navn på kommunen de jobber i, eller navn på kollegaer i intervjuene, er dette utelatt fra transkripsjonene (Johannessen et al., 2021, s. 50). Lydfilene ble slettet så snart alle transkripsjonene var gått gjennom og validert.

7.2 Rollen som forsker

Kvale og Brinkmann (2015, s. 108) fremhever at forskerens rolle er helt avgjørende i kvalitative metoder. Ved bruk av intervju som verktøy må man være særlig bevisst sin integritet da forskeren er selve redskapet for å innhente kunnskap. Tjora (2021, s. 54) påpeker også at det må stilles høyere krav til etikk og integritet i forskning enn i samfunnet forøvrig fordi relasjonen mellom deltaker og forsker ikke har oppstått naturlig, og fordi

resultatene skal offentliggjøres. Forskerens evne til å reflektere over egen forskning er derfor essensiell ved bruk av kvalitative metoder. Forskerrollen er ny for meg, og underveis i prosessen har jeg kjent på stor respekt for faget og forskningsprosessen. Det har jeg delvis på grunn av formelle krav som man som førstegangsforsker må få oversikt over, men aller mest på grunn av ønsket om å vise respekt for deltakerne, og å tolke datamaterialet på en mest mulig etterrettelig måte. Deltakerne har villig satt av tid til å bli intervjuet, og viste stor interesse og entusiasme for studiens hensikt. Flere uttrykte tydelig at de ønsker mer kunnskap om andre helsesykepleieres erfaringer med å bruke TIBIR foreldrerådgivning. Når man da vet at det ikke finnes noe fasit i tolkningen av kvalitative data, blir prosessen spennende, men også krevende ut fra ønsket om å sikre studiens troverdighet.

7.2.1 Refleksivitet og tolkning av data

Analysemetoden jeg har støttet meg til i denne studien er Braun og Clarkes refleksive tematiske analyse. Det ligger i navnet at refleksjon er en viktig del av forskningsprosessen. Braun og Clarke (2022, s. 15) beskriver den refleksive forskeren som en som har et bevisst forhold til eget ståsted, egne verdier og valg gjennom forskningsprosessen. «Refleksivitet er en aktiv holdning – en posisjon som forskeren må oppsøke og vedlikeholde» (Malterud, 2017, s. 19).

Det viktigste er ikke å gå ut i felten uten noen faglig eller hverdagslig forutforståelse, men å være åpen om denne og være forberedt på å justere forståelsen underveis...Å redegjøre for egen posisjon og engasjement innebærer å forklare hvordan eget personlig engasjement kan komme til å prege forskningsarbeidet eller hvordan forskerens egen kunnskap og erfaring brukes i analyse og diskusjon av resultatene. Tjora (2021, s. 279)

Refleksivitet er altså noe som må prege hele forskningsprosessen, og ikke noe som redegjøres for i kun dette kapittelet. Min refleksivitet i arbeidet med denne studien dreier seg om studiens hensikt, valg og prioriteringer gjort underveis, og kommer til syne fortløpende gjennom oppgaven. Kapittel 7.2.2. om min forforståelse vil gi leseren innblikk i mitt utgangspunkt før studien, og er med på å danne grunnlag for å forstå mine refleksjoner og tolkninger.

7.2.2 Min forforståelse

Forskerens forforståelse kan beskrives som en ryggsekk med erfaringer forskeren har med seg inn i forskningsprosjektet før oppstart. Det er viktig å ha et bevisst og avklart forhold til forforståelsen slik at man kan bruke det på en konstruktiv måte i prosjektet. Om man har et mer ubevisst forhold til egen forforståelse står man i fare for å gå glipp av interessante funn i forskningsprosessen fordi man i for stor grad farges av erfaringene man har fra tidligere (Malterud, 2017, s. 44-46). Thomassen (2006, s. 86) beskriver det som et ideal å gå åpent inn i forskningsprosjektet, og uten forutinntatte holdninger. Samtidig påpekes det at man alltid vil forstå ny kunnskap ut fra tidligere erfaringer, og at det på mange måter er grunnlaget for all ny kunnskap. Min forforståelse knyttet til TIBIR foreldrerådgivning er relativt inngående. Veiledningsmetoden benyttes på min arbeidsplass, og jeg og flere av mine kollegaer er sertifiserte TIBIR-rådgivere. Jeg har god kunnskap om veiledningsmetoden jeg forsker på, noe som opplevdes verdifullt i intervjusituasjonen fordi jeg forstod hva deltakerne snakket om, og kunne stille oppfølgingsspørsmål knyttet til metoden der det var aktuelt. På den andre siden står jeg med en så inngående forforståelse i fare for å se funnene kun i lys av egne erfaringer (Connelly & Peltzer, 2016). En av årsakene til at jeg først tenkte at denne studien ville være interessant er nettopp min egen opplevelse av utfordringer og behov for tilpasninger knyttet til dette med vektingen av atferd og emosjoner i veiledningssituasjoner med foreldre.

Jeg har gjennom hele prosessen vært bevisst på å ha «forskerbrillene» på, og har etter beste evne holdt egen forforståelse i bakgrunnen slik at empirien kunne være hovedfokus. Mine veiledere har også hjulpet meg å la funnene og deltakernes utsagn være styrende for analyseprosessen. I ettertid er det interessant å se områder hvor deltakernes erfaringer både bryter med og sammenfaller med mine egne erfaringer med metoden. Jeg har for eksempel blitt overrasket over at det er så gjennomgående i funnene at helsesykepleierne utfordres av spenningen mellom atferds- og emosjonsfokus. Dette har jeg også kjent på selv i veiledningssituasjoner, men jeg forventet nok i forkant at dette ville være mer nyansert i funnene.

Det valgte teoretiske rammeverket for oppgaven jobbet jeg ikke bevisst med gjennom den tidlige prosessen med analyse av data, men Gottliebs teori om Strengths-Based Nursing

(Gottlieb, 2014) ble valgt som rammeverk før intervjuene ble gjennomført. Det kan derfor ikke utelukkes at jeg har blitt noe farget av denne også gjennom analyseprosessen. På en annen side er de grunnleggende antakelsene og verdiene i stor grad sammenfallende i SBN og i TIBIR slik at konsistens er i varetatt i valg av teori.

8 Kvalitet i kvalitativ metode – styrker og svakheter ved studien

Kvalitet i forskning vurderes ved hjelp av begreper som *reliabilitet*, *validitet* og *generaliserbarhet*. Begrepene har sitt opphav i kvantitativ metodologi. I kvalitativ forskning er det ulike synspunkter knyttet til forståelsen og nytten av disse begrepene når metodisk fremgangsmåte og resultat skal vurderes. Noen tar til orde for at de er overførbare til kvalitativ metode dersom innholdet endres i noen grad. Andre mener det må brukes begreper som er mer egenartede for kvalitativ metode (Graneheim & Lundman, 2004; Tjora, 2021, s. 259). Johannessen et al. (2021, s. 255) viser til Guba og Lincoln (1994) og presenterer en norsk oversettelse av begreper brukt for kvalitetsvurdering i kvalitativ metode; *Pålitelighet (dependability)*, *bekreftbarhet (confirmability)*, *troverdighet (credibility)* og *overførbarhet (transferability)*. Troverdighet (trustworthiness) er ofte anvendt som et overordnet begrep for å vurdere kvalitet i kvalitativ forskning (Graneheim & Lundman, 2004; Korstjens & Moser, 2018). I redegjørelsen for dette begrepet utdypes de fire tidligere nevnte begrepene fra Guba og Lincoln, samt begrepet *refleksivitet*. Disse begrepene vil til sammen kunne si noen en studies troverdighet. Braun og Clarke (2022, s. 267) påpeker at metodologisk integritet er viktig for å sikre troverdighet i kvalitativ forskning. Jeg har skrevet om refleksivitet i kapittel 7.2.1. I det følgende redegjør jeg for de øvrige begrepene knyttet til kvalitet i kvalitativ metode og valg jeg har tatt underveis for å etterstrebe metodologisk integritet.

8.1 Pålitelighet og bekreftbarhet

«Enkelt sagt handler pålitelighet om intern logikk eller sammenheng gjennom hele forskningsprosjektet» (Tjora, 2021, s. 259). Siden forskeren selv er en essensiell brikke i kvalitativ metodologi, vil det være umulig for en annen forsker å kunne kopiere en kvalitativ studie og komme til eksakt samme resultat. Når man da ønsker å styrke studiens pålitelighet er det viktig å ha en åpen og detaljert redegjørelse for hele forskningsprosessen

(Johannessen et al., 2021, s. 256). Tjora (2021, s. 259) påpeker også at en redegjørelse for forskerens forkunnskaper og teoretisk perspektiv er viktig for å styrke studiens pålitelighet. Denne åpenheten og redeligheten bidrar til å gjøre forskningsprosessen *transparent*. Transparens knyttet til forskningsprosessen er også viktig for studiens *bekreftbarhet*. Dette begrepet omhandler nøytralitet eller objektivitet i forskningsprosessen. Korstjens og Moser (2018) fremhever at en detaljert beskrivelse av hele forskningsprosessen er en måte å styrke både pålitelighet og bekreftbarhet i en kvalitativ studie.

Gjennom metodekapittelet i artikkelen og redegjørelse for teoretisk perspektiv, rekruttering av informanter, datasamling og analyseprosessen i denne fordypningsoppgaven har jeg forsøkt å styrke studiens pålitelighet og bekreftbarhet ved å gjøre forskningsprosessen transparent. Å følge Braun og Clarkes seks faser for refleksiv tematisk analyse har hjulpet meg med å holde struktur og ryddighet i selve analyseprosessen. I kapittel 6 synliggjøres analyseprosessen fra datasamling til utvikling av temaer.

Min inngående forforståelse knyttet til temaet har jeg hele tiden måttet forholde meg kritisk til (jf. kap. 7.2.2). Jeg mener at jeg, med noe hjelp fra mine veiledere, har klart det, og har primært opplevd min kjennskap til metoden som en styrke i arbeidet med denne studien.

Rekruttering av deltakere ble gjort via regionskoordinator i NUBU. Jeg har ikke selv hatt påvirkning på rekrutteringsprosessen. En mulig skjevhet i utvalget av deltakere er at fem av totalt åtte deltakere er ansatt i samme kommune. Det er en stor kommune, slik at alle disse deltakerne ikke har samme arbeidsplass til daglig, men de har likevel naturlige møtepunkter i jobbsammenheng. Intervjuene med disse fem helsesykepleierne ble gjennomført på tre ulike dager, og muligheten er tilstede for at noen av dem kan ha pratet sammen om intervjuene mellom første og siste intervjudag, og sånn sett ha påvirket hverandre i noen grad. Samtidig er det ikke påfallende resultater fra intervjuene med disse fem og sammenlignet med de tre deltakerne fra andre kommuner. Kvalitativ forskning dreier seg om å utvikle ny erkjennelse og forståelse av fenomenet som studeres og eventuelle samtaler deltakerne imellom om TIBIR som verktøy i foreldreveiledning kan slik sett også forstås som kunnskapsutvikling mer enn som «bias».

8.2 Troverdighet

Troverdighet i kvalitativ forskning dreier seg også om «i hvilken grad forskerens fremgangsmåter og funn på en riktig måte reflekterer formålet med studien og representerer virkeligheten» (Johannessen et al., 2021, s. 256). Korstjens og Moser (2018) beskriver fire strategier som kan sørge for denne troverdigheten; langvarig engasjement, vedvarende observasjon, deltakersjekk og triangulering (knyttet til metode, datasamling eller at flere forskere analyserer data). Som regel bruker man noen av strategiene fordi ikke alle er like passende for den aktuelle studien.

I denne studien er langvarig engasjement og vedvarende observasjon elementene som er med på å styrke studiens troverdighet. Jeg har god kjennskap til feltet i forkant av intervjuene fordi jeg selv er helsesykepleier. Jeg har jobbet i både helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og vet hvordan arbeidshverdagen fungerer og hvordan metoden er tenkt benyttet i praksis. Jeg opplevde god tillit og kjemi med deltakerne, noe som gjorde at samtalen i intervjuene i all hovedsak fløt lett og naturlig. Dette er også viktig for dataenes troverdighet fordi det vitner om at deltakerne var avslappet, og ikke bevisst tilbakeholdt informasjon. Dette styrker studiens troverdighet fordi det sannsynliggjør at funnene er valide, og gir et relevant bilde av virkeligheten slik helsesykepleierne erfarer TIBIR-verktøyet i bruk i praksis. Vedvarende observasjon beskrives som at man aktivt jobber med karakteristikk og elementer i datamaterialet som er relevante for studiens hensikt. Ved å følge Braun og Clarkes faser for tematisk analyse ble dette en naturlig del av analyseprosessen. I deres metode er vedvarende arbeid med datamaterialet det som bidrar til å utvikle koder og temaer. Det var flere omganger med gjennomgang av datamaterialet, endring av koder, grupperinger og temaer. Malterud (2017, s. 193) beskriver en form for deltakersjekk som kalles *dialogisk validering*. Det innebærer at forskeren underveis i intervjuet stiller avklarende spørsmål som «har jeg forstått riktig når du sier...?» for å sjekke om man har oppfattet informantens utsagn riktig. Dette brukte jeg med jevne mellomrom underveis i intervjuene, gjerne supplert av oppfølgingsspørsmål, noe som styrker råmaterialets troverdighet fordi det gav økt grad av felles forståelse mellom deltakerne og meg som forsker.

Studiens troverdighet ville naturligvis vært styrket ytterligere dersom triangulering og deltakersjekk (ved å sende deler av datamaterialet til deltakerne) også hadde vært gjennomført. Logistikk og rammene for masteroppgaven er årsak til at dette ikke har vært aktuelt. Selv om jeg har forsøkt å fasilitere og gjennomføre intervjuene etter beste evne, ville trolig en mer erfaren forsker gjort dette med bedre treffsikkerhet og presisjon, og fått enda mer utfyllende og reflekterende svar fra deltakerne. Dette ville igjen påvirket analyseprosessen og resultatene, og kunne styrket studiens troverdighet ytterligere.

8.3 Overførbarhet

I kvalitative studier er hensikten å øke forståelsen for det temaet som studeres, og «derfor er det tolkningen av resultatene som gir grunnlag for overførbarhet, og ikke beskrivelser av mønstre i dataene» (Thagaard, 2018, s. 193). Johannessen et al. (2021) utdyper dette ytterligere ved å forklare at studiens overførbarhet styrkes dersom man klarer å «etablere beskrivelser, begreper, fortolkninger og forklaringer som er nyttige på andre områder enn det som studeres» (s. 258). Min studie omhandler én spesifikk metode for foreldreveiledning. Fortolkninger og resultater kan imidlertid være overførbare til andre situasjoner hvor fagpersoner tilbyr foreldreveiledning, også med andre verktøy enn TIBIR foreldrerådgivning. Jeg vil hevde at resultatene av studien som presenteres i artikkelen omhandler temaer som er interessante for foreldreveiledning generelt, og ikke bare knyttet til TIBIR.

Forskerens ansvar i en kvalitativ studie er å gi gode beskrivelser av deltakere, studiens kontekst og forskningsprosessen som helhet slik at leseren får et grunnlag for selv å avgjøre om resultatene er overførbare til sin sammenheng (Braun & Clarke, 2022, s. 211). Det er altså leseren som bedømmer studiens overførbarhet, ikke jeg som forsker (Graneheim & Lundman, 2004; Korstjens & Moser, 2018). For å legge til rette for overførbarhet i min studie har jeg som tidligere beskrevet forsøkt å gjøre forskningsprosessen transparent ved å gi grundige beskrivelser av rekruttering, utvalg, inklusjonskriterier, datasamling og analyseprosess. I presentasjon av resultatene bruker jeg nøkkelsitater som understreker

viktige momenter i datamaterialet. Dette er også et element i å styrke studiens overførbarhet (Graneheim & Lundman, 2004).

9 Avslutning

I denne fordypningsoppgaven har jeg etter beste evne forsøkt å redegjøre for de ulike valgene jeg har tatt underveis i arbeidet med masterstudien. Det er første gang jeg gjennomfører et slikt forskningsprosjekt, og jeg opplever at læringskurven til tider har vært bratt.

Gjennom hele prosessen har jeg kjent på spenning, frustrasjon, tanker om at dette kan jo bli riktig bra, og timen etterpå så har jeg tenkt at dette får jeg ikke til – jeg har kjent på hele spekteret av følelser!

Jeg har uten tvil tilegnet meg mye kunnskap om forskningsprosessen, og naturligvis særlig knyttet til bruk av kvalitative metoder. Jeg har en helt annen forståelse for forskning som fag nå enn før oppstart, og vil ha stor nytte av det i hverdagen som helsesykepleier og i arbeidet med faglig utvikling av tjenestene vil tilbyr barn og familier på min arbeidsplass. Når det gjelder forståelsen av TIBIR som verktøy, har jeg fått økt kunnskap og reflektert mye rundt deltakernes erfaringer og beskrivelser av verktøyet. Dette er også nyttig å ha med seg i hverdagen på helsestasjonen.

Litteraturliste

Ali, N. b. & Tanveer, B. (2022). A Comparison of Citation Sources for Reference and Citation-Based Search in Systematic Literature Reviews. *E-informatica : software engineering journal*, 16(1). <https://doi.org/10.37190/e-Inf220106>

Barne- og likestillingsdepartementet. (2018). Trygge foreldre - trygge barn. Regjeringens strategi for foreldrestøtte (2018-2021) (06/2018). https://www.regjeringen.no/contentassets/23fff4c08d0440ca84543ff74786c6a0/bld_foreldrestotte_strategi_21juni18.pdf

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Braun, V. & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis : a practical guide*. SAGE.

Bråten, B. & Sønsterudbråten, S. (2016). Foreldreveiledning - virker det? En kunnskapsstatus (Fafo-rapport 2016:29). Fafo. <https://www.fafo.no/images/pub/2016/20591.pdf>

Connelly, L. M. & Peltzer, J. N. (2016). Underdeveloped Themes in Qualitative Research: Relationship With Interviews and Analysis. *Clin Nurse Spec*, 30(1), 52-57. <https://doi.org/10.1097/NUR.000000000000173>

Fossheim, H. J. (2015, 12.08.2015). Konfidensialitet. De nasjonale forskningsetiske komitéene <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/personvern/konfidensialitet/>

Gottlieb, L. (2012). *Strengths-based nursing care : health and healing for person and family*. Springer Pub. Co.

Gottlieb, L. N. (2014). CE: Strengths-Based Nursing. *The American journal of nursing*, 114(8), 24-32. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000453039.70629.e2>

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. I N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Red.), *Handbook of Qualitative Research* (s. 105-117). Sage.

Helsedirektoratet. (2006, 18.01.2023). Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Helsedirektoratet. Hentet 30.03.23 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2021). Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode (6. utg.). Abstrakt forlag.

Kirkehei, I. & Ormstad, S. S. (2013). Litteratursøk. *Norsk epidemiologi*, 23(2). <https://doi.org/10.5324/nje.v23i2.1635>

Kjøbli, J. & Bjørnebekk, G. (2013). A Randomized Effectiveness Trial of Brief Parent Training: Six-Month Follow-Up [Article]. *Research on Social Work Practice*, 23(6), 603-612. <https://doi.org/10.1177/1049731513492860>

Kjøbli, J. & Ogden, T. (2012). A randomized effectiveness trial of brief parent training in primary care settings. *Prev Sci*, 13(6), 616-626. <https://doi.org/10.1007/s1121-012-0289-y>

Korstjens, I. & Moser, A. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. *Eur J Gen Pract*, 24(1), 120-124. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375092>

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

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforl.

Malterud, K., Siersma, V. D. & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qual Health Res*, 26(13), 1753-1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>

NESH. (2021). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora. Hentet 02.april 2022 fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>

Thagaard, T. (2018). Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder (5. utg. utg.). Fagbokforl.

Thomassen, M. (2006). Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag. Gyldendal akademisk.

TIBIR. (u.å.). TIBIR - Tilbud til familier. Hentet 29. mars 2022 fra <https://www.pmt.no/tilbud-til-familier/tibir>

Tjora, A. H. (2021). Kvalitative forskningsmetoder i praksis (4. utg.). Gyldendal.

Tveiten, S. (2006). The public health nurses' client supervision [Faculty of Medicine, University of Oslo Unipub]. Oslo.

Tveiten, S. (2016). Helsepedagogikk : pasient- og pårørendeopplæring. Fagbokforl.

UiO. (2018, 30. mars 2022). Klassifisering av data og informasjon. Universitet i Oslo. <https://www.uio.no/tjenester/it/sikkerhet/isis/tillegg/lagring/infoklasser.html>

UiO. (u.å.). Nettskjema. Universitetet i Oslo. Hentet 13.04.2023 fra <https://nettskjema.no/>

VID. (2018). Rutine for behandling av personopplysninger i forskning og studentoppgaver. Hentet 13.04.2023 fra <https://www.vid.no/filer/rutine-for-behandling-av-personopplysninger-i-forskning-og-studentoppgaver-revidert-29-mars-2019/>

Aase, H., Lønnum, K., Sørli, M.-A., Hagen, K. A., Gustavson, K. & Utgarden, I.-H. (2020, 09.11.2020). Barn, unge og kriminalitet. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2020/barn-unge-og-kriminalitet/>

Vedlegg 1 – Informasjonsskriv informanter

Vil du delta i et forskningsprosjekt som undersøker helsesykepleieres erfaringer med å bruke TIBIR foreldrerådgivning?

Dette er et informasjonsskriv til deg med spørsmål om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke helsesykepleieres erfaringer med TIBIR foreldrerådgivning. Dette skrivet gir vi deg informasjon om formålet med prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Studien er et mastergradsprosjekt og formålet er å få dybdekunnskap om helsesykepleieres erfaringer med å bruke TIBIR foreldrerådgivning som veiledningsverktøy. Dette for å få en bedre forståelse av hvordan verktøyet fungerer i praksis. Problemstilling for studien er derfor:

«Hvilke erfaringer og opplevelser har helsesykepleiere med å bruke TIBIR foreldrerådgivning som veiledningsverktøy?»

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

VID vitenskapelige høyskole ved veileder Kristin Heggdal er ansvarlig for prosjektet. Mastergradsstudent Lill Kristin Olsøy Smerud gjennomfører studien.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta i denne studien fordi du jobber som helsesykepleier og er sertifisert TIBIR foreldrerådgiver.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at du stiller opp til et intervju som vil være ca. 1 time langt. Intervjuet blir gjennomført som et semistrukturert intervju. Det betyr at noen hovedspørsmål er utarbeidet på forhånd, og at resten av intervjuet vil foregå som en samtale. Intervjuet vil bli tatt opp på lydopptaker, og transkriberes i etterkant. Enkelte stikkord/momentene vil bli notert underveis i intervjuet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du velger å delta, kan du når som helst trekke ditt samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Personvern – oppbevaring og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene beskrevet i dette skrevet.

Opplysningene behandles konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket og VID vitenskapelige høyskoles rutiner for håndtering av personsensitive opplysninger.

All informasjon vil bli innhentet og bearbeidet av mastergradsstudent Lill Kristin Olsøy Smerud.

- Samtykkeskjemaer og personsensitive opplysninger vil bli oppbevart i låsbart skap separat fra datamaterialet.
- Ved transkribering anonymiseres dataene og lydfilene slettes.
- Alt skriftlig materiale vil oppbevares på en kryptert minnepinne.
- Det er kun mastergradsstudent og veileder som vil ha tilgang på personsensitiv informasjon i løpet av prosjektet.

Hva skjer med opplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet skal etter planen avsluttes innen utgangen av november 2023. Når mastergradsprosjektet avsluttes vil alle personsensitive opplysninger slettes.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra VID vitenskapelige høyskole har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Har du spørsmål?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Mastergradsstudent Lill Kristin Olsøy Smerud
epost: lillkristin.olsoy@gmail.com eller telefon: 99 58 65 23
- VID vitenskapelige høyskole ved veileder Kristin Heggdal
epost: kristin.heggdal@vid.no
- Personvernombud VID vitenskapelige høyskole ved Nancy Yue Liu
epost: personvernombud@vid.no eller telefon: 93 85 62 77
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost: personverntjenester@sikt.no
eller telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Lill Kristin Olsøy Smerud

Kristin Heggdal

Masterstudent

Veileder

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om forskningsprosjektet om helsesykepleieres erfaringer med TIBIR foreldrerådgivning, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta på individuelt intervju hvor det benyttes lydopptaker
- at personsensitive opplysninger (yrkestittel) benyttes i den publiserte utgaven av studien

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 30. november 2023.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2 – Intervjuguide

Semistrukturert intervjuguide til dybdeintervjuer

Innledning

Presentere meg selv

Informere om mastergradsprosjektet

Gå gjennom informasjon i samtykkeskjemaet som er tilsendt i forkant. Forsikre informanten om dennes rett til når som helst å trekke sitt samtykke tilbake. Informere om at det vil brukes lydopptaker under intervjuet, og at opplysningene vil slettes når prosjektet avsluttes. Informere om at intervjuet vil vare ca 1 time.

Introduksjonsspørsmål

- Arbeidserfaring
- Hvor lenge har du vært sertifisert TIBIR rådgiver.
- Anslagsvis hvor mange saker har du i året?

Hovedspørsmål

Hva er ditt helhetsinntrykk av TIBIR?

- Hva er styrkene til dette verktøyet?
- Noen svakheter du har oppdaget?
- (Godt å ha en konkret framgangsmåte? Ulempe?)

Hvordan du bruker verktøyet?

- Kan du beskrive hvordan du bruker det?
- Hvilke familier rekrutterer du? – oppfatter/bruker du det som et tiltak på universelt eller selektert nivå?
- Hva med målgruppa – barn 3-12 år?

Hvilke komponenter i TIBIR finner du mest nyttig?

- Hvilke komponenter bruker du mest?
- Hvilke velger du evt bort?
- og hva er bakgrunnen for prioriteringer som gjøres underveis?
- Hvilke erfaringer har du med manualen? Hvordan syns du den fungerer?
- Bruker du elementer fra andre verktøy for å komplettere TIBIR? Eller opplever du at manualen er tilstrekkelig?
- (Bruker du «bare» deler av verktøyet slik at du ikke gjennomfører hele veiledningsløpet (kartlegging alle temaer, ukentlige møter osv? Eller gjennomfører du hele?)

Erfaringer i møte med foreldre

- Hvilke erfaringer har du i møte med foreldrene når du bruker TIBIR?
 - (motstand?, skepsis til verktøyet?, elementer i det?)
- Hva tror du foreldrene syns om verktøyet?
- (For det meste en forelder alene, eller to sammen?)

Erfaringer med rollespill

- Hva tenker du om den pedagogiske tilnærmingen i TIBIR?
- (Hvordan legger du opp rollespillene?)
- Hva er din erfaring med foreldrene når det gjelder å delta i rollespill?
- Hvor mye fokus har du på rollespill-delen av veiledningene?)

Kurs/program

- Hvilke kurs/program tilbyr dere utenom TIBIR?
 - Hvordan opplever du TIBIR sammenlignet med disse?

Avslutning

- Har du gjort deg noen tanker om forslag til endringer av verktøyet?
- Noe vi ikke har snakket om....?

Vedlegg 3 – Godkjenning av studien, meldeskjema fra NSD

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer

256189

Vurderingstype

Standard

Dato

24.08.2022

Prosjekttittel

TIBIR foreldrerådgivning. En kvalitativ studie om helsesykepleieres erfaringer

Behandlingsansvarlig institusjon

VID vitenskapelige høyskole / Fakultet for helsefag / Fakultet for helsefag Oslo

Prosjektansvarlig

Kristin Heggdal

Student

Lill Kristin Olsøy Smerud

Prosjektperiode

22.08.2022 - 30.11.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 30.11.2023.

Kommentar**OM VURDERINGEN**

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører forspørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opptil et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art.17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-enderinger-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!