

Denne artikkelen finnes også i engelsk utgave. Publiseringsdato: 03.09.2018

Helsesøstre bruker program for foreldreveiledning aktivt i praksis

Helsesøstre bruker International Child Development Programme (ICDP) aktivt i arbeidet for å forbedre samspillet mellom foreldre og barn.

Forfattere

Berit Margrethe Sandvik

Universitetslektor

Institutt for sykepleie- og helsevitenskap, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Universitetet i Sørøst-Norge

Ragnhild Dybdahl

Førstemanuensis

Institutt for sosialfag, Fakultet for samfunnsvitenskap, OsloMet – storbyuniversitetet

Solveig Hauge

Professor

Institutt for sykepleie- og helsevitenskap, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Universitetet i Sørøst-Norge

Nøkkelord

Foreldreveiledning

Helsestasjon

International Child Development Programme (ICDP)

Kvalitativt intervju

Sykepleien Forskning 2018 13(71217)(e-71217)

DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.71217>

Bakgrunn: Godt samspill mellom barn og omsorgsgivere er vesentlig for barns utvikling. Helsepolitiske føringer understreker helsestasjonenes rolle i å styrke slikt samspill. Det er derfor viktig at helsesøstre har kompetanse til å fremme godt samspill.

Hensikt: Å undersøke helsesøstres erfaringer med å bruke kompetansen de har fått gjennom opplæring i foreldreveiledningsprogrammet International Child Development Programme (ICDP) i helsesøsterutdanningen.

Metode: Studien er kvalitativ og basert på sju semistrukturerte, individuelle intervjuer med helsesøstre som har hatt opplæring i programmet, men som bare bruker deler av det i arbeidet sitt på helsestasjonen. Vi analyserte dataene ved hjelp av innholdsanalyse inspirert av hermeneutisk meningsfortolkning og tekstkondensering.

Resultat: Deltakerne ser ut til å bruke ICDP i konsultasjoner, både som et begrepsapparat for samspill, og som et verktøy i observasjon, samtale, veiledning og dokumentasjon.

Helsesøstrenes erfaringer kan oppsummeres i tre hovedkategorier:

- ICDP har gitt helsesøstrene et nyttig begrepsapparat.
- Helsesøstrene legger vekt på å styrke foreldrenes opplevelse av egen kompetanse.
- Helsesøstrene legger vekt på foreldrenes evne til å se og forstå barnet.

Konklusjon: Når helsesøstrene ikke gjennomfører ICDP-programmet i form av strukturerte gruppemøter gjennom åtte uker, bruker de likevel kunnskapen og tenkemåten fra programmet i kommunikasjon og veiledning når de observerer barn og foreldre.

Relasjonen med omsorgspersonene tidlig i livet er viktig for utviklingen, livskvaliteten og helse hele livet (1–3). Gjennom helsestasjonen nås de yngste barna og deres familier. Det er vesentlig i helsesøstres helsefremmende arbeid å oppmuntre til et godt samspill mellom foreldre og barn. I nasjonal faglig retningslinje for helsestasjoner og skolehelsetjenesten (4) blir foreldreveiledning trukket frem som et utviklingsfremmende og forebyggende psykososialt tilbud for å stimulere til et godt samspill.

Det finnes solid evidens for at foreldrestøtteprogrammer har god effekt (5–7). I Norge er International Child Development Programme (ICDP) et av foreldreveiledningsprogrammene som er mye brukt. Fra 2010 har omtrent 120 helsesøstre blitt sertifisert i ICDP som en del av helsesøsterutdanningen.

Foreldreveiledningsprogrammet ICDP

ICDP er et relativt enkelt forebyggende program for å styrke sosialt samspill. ICDP er benyttet i mange land (8, 9), og i Norge er ICDP mye brukt av Bufdir. ICDP ble utviklet av professorene Karsten Hundeide og Henning Rye ved Universitetet i Oslo på 1980- og 1990-tallet for å omsette forskning til praksis.

De bygde blant annet på kunnskap om barn som aktive deltakere i samspill (10, 11), og på at foreldres egne ideer og følelser i stor grad påvirker hvordan de er overfor barna sine (12, 13). Kjernen er å hjelpe barn gjennom å styrke foreldrenes omsorgskompetanse. Dette gjøres ved å anerkjenne det foreldrene gjør som er bra, aktivere deres sensitivitet og styrke forståelsen for barnet.



«ICDP er et relativt enkelt forebyggende program for å styrke sosialt samspill.»

ICDP-foreldreveiledningsprogrammet består av prinsipper for sensitivisering og tre dialoger: den emosjonelle, den meningsskapende og den regulerende. Dialogene er delt inn i åtte temaer for godt samspill:

- Vis positive følelser – vis at du er glad i barnet ditt.
- Juster deg til barnet og følg barnets initiativ.
- Snakk med barnet ditt om ting det er opptatt av.
- Gi ros og vis anerkjennelse for det barnet klarer å gjøre.
- Samle oppmerksomheten om felles opplevelser.
- Gi mening ved å beskrive opplevelser med følelser og entusiasme.
- Utdyp og forklar felles opplevelser.
- Planlegg sammen og sett grenser på en positiv måte.

Programmet gjennomføres under ledelse av en sertifisert ICDP-veileder med åtte ukentlige gruppemøter à halvannen til to timer med foreldre eller andre omsorgsgivere. Det blir lagt vekt på sensitivisering gjennom egenaktivitet, deltakelse og refleksjon (8).

En evaluering av ICDP-programmet har vist positiv effekt på samspillet mellom foreldre og barn (14). Grunnelementene i ICDP ble brukt sammen med en traumetilnærming i en randomisert, kontrollert studie under krigen i Bosnia på 1990-tallet (15). Resultatene indikerte at barn av mødre som deltok i gruppeintervensjonen, hadde bedre fysisk, kognitiv og emosjonell helse enn kontrollgruppen etter seks måneder.

Effekten av hele programmet med åtte gruppemøter har tidligere blitt evaluert ut fra foreldres erfaringer (14, 16). Vi finner kun én fagfelleverdert studie der sertifiserte veilederes erfaringer blir utforsket (17). Denne studien konkluderer med at det er utfordringer knyttet til å gjennomføre programmet i sin helhet.

Dette funnet stemmer med tilbakemeldinger vi har fått fra helsesøstre i praksisfeltet som er sertifiserte ICDP-veiledere. De forteller at de sjelden får gjennomført ICDP i form av åtte foreldregruppemøter, men at de bruker metodikken i møte med foreldrene på helsestasjonen. I våre datasøk fant vi ingen fagfelleverderte studier som kunne si noe om hvordan ICDP ble brukt når de ikke gjennomførte åtte ukentlige gruppemøter.

Hensikten med studien

Hensikten med studien vår var å få kunnskap om hvordan helsesøstrene opplever at de bruker og har nytte av ICDP-veilederkompetansen når de møter foreldre og barn i ordinære konsultasjoner på helsestasjonen.

Metode

Design

For å prøve å forstå hvordan helsesøstrene opplever at de bruker og har nytte av ICDP-veilederkompetansen når de møter foreldre og barn på helsestasjonen, valgte vi kvalitativ metode. Vi gjennomførte sju semistrukturerte intervjuer.

Vi valgte følgende forskningsspørsmål:

- Hvilke erfaringer har helsesøstrene med å bruke ICDP-veilederkompetanse?
- Hvordan mener helsesøstrene de kan fremme et godt foreldre–barn-samspill?

Deltakere

Deltakerne var sju helsesøstre med sertifisering i ICDP-foreldreveiledningsprogram som jobbet på helsestasjoner. Rekrutteringen foregikk ved at førsteforfatteren sendte e-post med informasjon om studien til tilfeldig utvalgte helsesøstre fra tre tidligere studentkull i tre ulike fylker.

De åtte første som svarte positivt på henvendelsen og jobbet på helsestasjon, men ikke brukte hele ICDP-programmet, ble invitert til å delta. Bare en av de forespurte takket nei.

Gjennomføring av intervjuene

Førsteforfatteren gjennomførte alle intervjuene i tidsrommet mai til juni 2016. Intervjuene varte omtrent en time og foregikk på den enkelte helsesøsterens arbeidsplass. Følgende er et eksempel på spørsmål som vi stilte: «Hva er du opptatt av i konsultasjoner når det gjelder foreldre–barn-samspill?» Oppfølgingsspørsmål var for eksempel «Hvordan gjør du det?» og «Hvordan responderer foreldrene på det?».

Intervjuene ble tatt opp på diktafon og transkribert i sin helhet. Intervjuene fikk en dialogisk form med en anerkjennende tilnærming, samtidig som vi fortolket informantens utsagn underveis i dialogen.

Analyse

Førsteforfatteren analyserte teksten i en firetrinnsprosedyre ved hjelp av systematisk tekstkondensering med en fortolkende tilnærming (18) (tabell 1). I første trinn leste førsteforfatteren materialet gjentatte ganger og noterte refleksjoner før hun skrev ned helhetsinntrykket og identifiserte foreløpige temaer.

På bakgrunn av disse temaene gjennomgikk hun teksten igjen i trinn 2 ved å kode innhold med ulike farger ettersom hun oppdaget et nytt tema i teksten. Hun identifiserte sju temaer. Tekstene som ga mening til de enkelte temaene, ble tatt ut av den opprinnelige sammenhengen og sortert under hvert enkelt tilhørende tema (dekontekstualisering).

I trinn 3 ble teksten under de sju foreløpige temaene kondensert ved at hvert utsagn ble komprimert samtidig som meningen og innholdet i teksten ble bevart. Videre gjennomgikk førsteforfatteren den komprimerte teksten i sin helhet og sorterte de sju temaene i fem kategorier med underkategorier.

I trinn 4 gjennomgikk førsteforfatteren den kondenserte teksten i lys av forskningsspørsmålene. Kategoriene og underkategoriene ble omformulert til tre hovedkategorier som utgjør essensen i det kondenserte datamaterialet. Deretter utarbeidet hun en analytisk tekst som beskrev og ga mening til disse tre kategoriene, som betegnes som funn.

Andreforfatteren gjennomgikk de transkriberte intervjuene på nytt. Hun så etter mulige andre temaer og tolkninger. Til sist gjennomgikk alle forfatterne materialet én gang til og diskuterte for å se om funnene fra trinn 4 stemte overens med intervjumaterialet i sitt opprinnelige innhold.

Tabell 1. Eksempel på analyse fra meningsbærende enhet til funn

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Kategori med underkategorier	Hovedkategori/funn
<p>Jeg var glad for å ha ICDP, for da har jeg et språk, slik at jeg kan si noe om samspillet – det ble veldig konkret. Jeg bruker prinsippene som bakgrunn for det blikket jeg har, og når jeg observerer og dokumenterer i journalen hva jeg ser i samspillet.</p> <p>Jeg bruker den måten å møte barnet på – sånn prøver jeg å møte foreldrene. Anerkjenner foreldrene for den de er, slik vi skal gjøre med barna. Møter dem der de er med ydmykhet. Jeg tenker det er et kjempebra verktøy, jeg tror det bevisstgjør oss på en unik måte, du blir bevisst på hvor viktig de små tingene er, det er så enkelt og så praktisk og lett å bruke.</p> <p>Det er kjempebra og blitt en del av meg. Jeg bruker ICDP mye uten å være så bevisst på det, det har blitt integrert. Jeg jobber med det daglig på helsestasjonen, og aller mest med måten jeg er mot foreldrene.</p>	<p>Jeg var glad for å ha ICDP, for da har jeg et språk, slik at jeg kan si noe om samspillet.</p> <p>Verktøyet bevisstgjør oss på en unik måte, det har blitt en integrert del av meg, og er bakgrunn for det blikket jeg har når jeg observerer og dokumenterer. Jeg jobber med det daglig på helsestasjonen, og aller mest med måten jeg er mot foreldrene.</p>	<p>Språk i veiledning og holdning i tilnærming</p> <ul style="list-style-type: none">– observere– dokumentere– bevisstgjøre– integrert del	<p>Begrepsapparat og fagutøvelse</p>

Forskningsetiske overveielser

Deltakerne signerte på informasjons- og samtykkeskjema i forkant av intervjuet. Lydopptak av intervjuene ble oppbevart utilgjengelig for uvedkommende og slettet etter transkribering. Personopplysninger fremkom ikke i lydopptaket, informantene kunne ikke identifiseres, og prosjektet omfattes ikke av meldeplikt til Datatilsynet. Under intervjuene vektla vi en anerkjennende holdning, og deltakerne uttrykte at det var en positiv opplevelse å delta.

Resultat

Vi presenterer studiens funn i form av tre hovedkategorier som beskriver hvordan ICDP-veilederkompetansen blir brukt og kommer til nytte i konsultasjoner på helsestasjonen for å fremme et godt foreldre–barn-samspill:

- ICDP har gitt helsesøstrene et nyttig begrepsapparat.
- Helsesøstrene legger vekt på å styrke foreldrenes opplevelse av egen kompetanse.
- Helsesøstrene legger vekt på foreldrenes evne til å se og forstå barnet.

ICDP har gitt helsesøstrene et nyttig begrepsapparat

Helsesøstrene fortalte at foreldreveiledningen i konsultasjoner på helsestasjonen gjerne er situasjonsbestemt og kortvarig. De beskrev ICDP som noe som har gitt dem begreper og verktøy i arbeidsdagen, og noe de bruker både i observasjon, samtale, veiledning og dokumentasjon. Flere beskrev at ICDP-elementene har blitt integrert i fagutøvelsen deres:

«Jeg bruker prinsippene som bakgrunn for det blikket jeg har.»

«Jeg er glad for å ha ICDP, for da har jeg et språk, slik at jeg kan si noe om samspillet.»

Selv om alle ICDP-temaene ble brukt i deres faglige og personlige tilnærming til og i veiledning med foreldre, var det spesielt to forhold de fremhevet: 1) ros og anerkjennelse, og 2) hvordan barnet forstås. De fremhevet at ros og anerkjennelse for det foreldrene gjorde bra, var viktig for å utvikle en god relasjon til foreldrene.

Helsesøstrene mente at anerkjennelsen har betydning for å komme i posisjon til å veilede, og for å kunne ta opp vanskelige ting i samspillet: «Jeg har veldig fokus på det de mestrer, og det jeg ser er bra. Da åpner de seg om det som er vanskelig, og blir mer mottakelige for veiledning.»

Helsesøstrene fortalte at de bruker ICDP når de underviser i og veileder om hva barn trenger i ulike stadier av utviklingen. De bruker også ICDP for å bevisstgjøre foreldrene om at barnet er et eget individ med behov for kjærlighet og anerkjennelse.



«Jeg er glad for å ha ICDP, for da har jeg et språk, slik at jeg kan si noe om samspillet.»

Informant

De fremhevet at det åttende temaet i ICDP om positiv grensesetting og regulering var nyttig for å konkretisere alternativer til oppdragervold.

Helsesøstre mente at positiv grensesetting også kan redusere slitsomme hverdagskonflikter: «Det kan ofte bli kjefting for små ting i en travel hverdag. De opplever at det blir mye mindre krangling når du gir ros for de tingene som er bra, det gjør at du får lyst til å gjøre mer av det.»

Helsesøstre legger vekt på å styrke foreldrenes opplevelse av egen kompetanse

Et gjennomgående funn var at det å anerkjenne foreldrene, bidrar til å styrke deres opplevelse av samspillskompetanse. Helsesøstre sa at de veileder foreldrene slik at de selv kan finne løsninger som passer dem. Flere vektla at denne veiledningen må gjøres på en «ikke-belærende måte», men at de heller må «undre seg sammen med dem» samtidig som de gir råd og informasjon.

Helsesøstre uttrykte at de legger vekt på å sette ord på bra samspill, og at det er viktig at foreldrene føler at de er gode foreldre: «Jeg tror det er vesentlig at foreldrene føler mestring for at de skal være trygge foreldre og ikke ambivalente i oppdragerrollen. Hvis de føler seg usikre, blir barna utrygge. Når vi har fokus på ting de mestrer og roser dem for det, så opplever jeg at de gjør mer av det.»

Helsesøstre mente at anerkjennelsen av og veiledningen om samspill som foreldrene får, kan bidra til å øke tryggheten i rollen som foreldre:

«Det er ikke nok at foreldrene har kompetanse, de må ha tro på at de kan ta den i bruk på riktig måte, ha tro på seg selv.»

«Jeg håper at de på hver konsultasjon kan gå ut med en bedre følelse, litt tryggere på det de gjør.»

Helsesøstrene legger vekt på foreldrenes evne til å se og forstå barnet

Helsesøstrene fortalte om hvordan de sensitiviserer foreldrene ved å bevisstgjøre dem på å ta barnets perspektiv og få dem til å beskrive barnet, rose barnet og gi det positiv oppmerksomhet allerede på hjemmebesøket uken etter fødselen. Ett eksempel er betydningen av å bli kjent med barnets temperament og personlighet helt fra starten ved å følge barnets initiativ og fortolke signalene til barnet.

De sa at de «kommenterer positivt» og beskriver måten de ser foreldrene viser kjærlighet til barnet på. Alle deltakerne var opptatt av å få foreldrene til å se barnet, forstå barnet og dets signaler, og respondere adekvat på disse.

Deltakerne i studien mente at en måte å fremme godt samspill på, var at foreldrene setter seg inn i barnets opplevelse og forstår atferden i henhold til konteksten barnet er i. Det ble sagt at barna trenger å bli kjent med følelsene sine, og helsesøstre oppfordrer foreldrene til å beskrive følelsene for barnet når det for eksempel er sint eller lei seg.

På den måten kan barnet føle seg sett og forstått, og kan dermed roe seg fortere: «Noen har behov for å få barnet til å slutte å gråte med én gang etter en vaksine, for eksempel. De har klar både smoothie, melk og smokk. Jeg sier på forhånd at det er greit å la barnet få gråte litt og få litt bekreftelse på at det faktisk var litt vondt, før de gir smokken.»

Deltakerne sa at ICDP-temaene hjalp foreldrene til å skjønne hva som ligger bak atferden til barnet, spesielt når foreldrene omtaler atferden negativt: «Når de sier at ungene er trassige, prøver jeg å vri det til at de er selvstendige, det er jo det de skal lære å bli.»

Informantene uttrykte at foreldrenes oppfatning av barnet er avgjørende for omsorgen de gir. At barnet blir sett og anerkjent slik det er, danner grunnlaget for et utviklingsfremmende samspill. Enkelte informanter sa at når foreldre gir uttrykk for et negativt syn på barnet, kan de også noen ganger se et negativt samspillsmønster som kan få uheldige konsekvenser for barnet:

«Mitt hovedprosjekt er å få dem til å forstå hva som skjer inni barnet. Hvilken oppfatning du har av barnet, er grunnlaget for hvordan du møter det. Hvis hovedtonen i ditt bilde av barnet er negativ, så har barnet tapt.»

Diskusjon

Hovedfunnene i denne studien er at helsesøstrene gir en rik beskrivelse av mange måter de kan fremme godt samspill på, og at ICDP-metodologien og -temaene gjenspeiles i den generelle beskrivelsen av hvordan de kan fremme godt samspill. De erfarer at ICDP er verdifullt og nyttig i det daglige arbeidet, selv når de ikke bruker strukturerte gruppemøter basert på de åtte temaene.



«De erfarer at ICDP er verdifullt og nyttig i det daglige arbeidet, selv når de ikke bruker strukturerte gruppemøter basert på de åtte temaene.»

Helsesøstrene fortalte at de bruker kunnskap og samspillstema fra ICDP, og har fått et begrepsapparat og en faglig tilnærming til foreldrene som er nyttig i konsultasjoner på helsestasjonen. Deltakernes valg av ord i intervjuet gjenspeiler også begreper fra samspillstemaene og sensitiviseringsprinsippene i ICDP-programmet.


Systematisk oppfølging krever regelmessige gruppemøter

I ICDP vektlegges foreldrenes egenaktivitet og refleksjon fremfor instruksjon (8). I samtalen på konsultasjonene er helsesøstrene opptatt av hvordan foreldrene opplever samspillet med barnet i hverdagen, og de stimulerer foreldrene til å reflektere rundt det de forteller. Både foreldrenes oppfatning av barnet og anerkjennelsen av foreldrenes omsorgskompetanse står sentralt i helsesøstrenes samtaler med foreldrene.

Disse prinsippene er grunnleggende i ICDP og blir ivarettatt i konsultasjonene. Men uten regelmessige gruppemøter, slik det legges opp til i ICDP-programmet, blir det ingen systematisk oppfølging av foreldrenes refleksjoner rundt de åtte temaene for godt samspill.

Selv om målet med studien ikke var å sammenlikne ICDP-elementene helsesøstrene brukte i konsultasjoner med det ordinære programmet, er det interessant å tenke på fordeler og ulemper ved ulike arbeidsmåter. Det er mindre mulighet for egenaktivitet og deling av tanker og erfaringer i konsultasjoner enn i de åtte ukentlige ICDP-gruppemøtene.

Helsesøstrene kommer i posisjon til å begynne en prosess med sensitivisering, bevisstgjøring og veiledning allerede i barnets første leveuke. Dermed har de en gylden mulighet til å hjelpe foreldrene inn i et godt og trygt samspillsmønster helt fra starten av barnets liv. De har også muligheten til å følge opp på de tolv ordinære konsultasjonene på helsestasjonen i barnets to første leveår.



«Helsesøstrene kan nå ut til flere ved å integrere ICDP-kunnskap i ordinære konsultasjoner på helsestasjonen.»

I nasjonal faglig retningslinje for helsestasjoner og skolehelsetjenesten anbefaler Helsedirektoratet at seks av de ordinære konsultasjonene på helsestasjonen foregår i gruppe (4), og på den måten ligger også mulighetene til rette for sensitivisering ved å dele erfaringer.

Helsesøstrene kan nå ut til flere ved å integrere ICDP-kunnskap i ordinære konsultasjoner på helsestasjonen. Samtidig kan de antakelig ikke forvente endring hos foreldrene på samme måte som ved en gruppeintervensjon som går over flere uker. I gruppeintervensjoner prøver de ut og deler erfaring i praksis, noe som har vist seg å være viktig for å oppnå varig endring (14, 19).

Det kognitive aspektet vektlegges ikke

Funnene illustrerer et kjennetegn ved ICDP-programmet, nemlig «dets fokus på omsorgsgivers oppfatning (definisjon) av barnet som avgjørende for kvaliteten av det samspill som vil følge» (8, s. 21), noe som også støttes av internasjonale erfaringer (13, 20). ICDP synes å påvirke helsesøstre til å legge vekt på å utforske foreldres tanker og følelser. I tillegg er det et praktisk verktøy. Kanskje bidrar programmet til å redusere rådgivning og forsøk på atferdsendring som ikke bygger på det foreldrene allerede tenker og gjør.

Når helsesøstre reflekterer over hva de bruker fra ICDP, fremhever de de emosjonelle og regulerende elementene fra programmet. De fremhever i mindre grad de pedagogiske og kognitive elementene, for eksempel å sette ord på erfaringer (8). Det er mulig helsesøstre ikke vektlegger det kognitive aspektet.

Imidlertid er det også mulig at de faktisk bruker det kognitive aspektet, men at de tar det for gitt, eller at de trodde intervjuerens interesse primært var det emosjonelle og regulerende. Det kognitive aspektet er tidligere vist å være avgjørende for barns utvikling (21) og ville vært interessant å utforske videre, eventuelt følge opp med observasjonsstudier.

Troverdighet og begrensninger ved studien

Funnene i denne studien sier ikke noe om helsesøstre generelt. Studien er basert på deltakernes refleksjoner, ikke på observasjon, og sier ikke noe om hva helsesøstrene faktisk gjør eller hvordan foreldre oppfatter møtet med helsesøster.

Førsteforfatteren er helsesøster og underviser i ICDP. Det kan ha bidratt til at spørsmålene var relevante og atmosfæren tillitsfull under intervjuene, men også til at elementer har blitt oversett, eller at deltakerne i for stor grad vurderte ICDP positivt. Vi forsøkte å redusere førsteforfatterens påvirkning ved å klarlegge forforståelsen gjennom hele forskningsprosessen.

Førsteforfatteren informerte om sin rolle som forsker før intervjuet og utforsket dessuten utsagn som ikke var knyttet til ICDP. Det var ingen kommentarer som tydet på at førsteforfatteren ble oppfattet som eksponent for ICDP. Effekten kunne også vært motsatt hvis deltakerne tenkte at intervjueren ønsket at ICDP blir brukt i tråd med intensjonen.

Troverdigheten og tolkningen kan også ha blitt påvirket av førsteforfatterens inngående kjennskap til temaene slik at vi overvurderer betydningen av ICDP-elementene i dataene. Studiens troverdighet styrkes imidlertid av at vi hadde systematisk oppmerksomhet på forforståelsen, og at andreforfatteren leste alle intervjuene og så etter alternative tolkninger og perspektiver. Sekundæranalyse er omdiskutert, men er likevel utbredt og har ført til økt åpenhet (22, 23).

Studiens bidrag til ICDPs kunnskapsbase

Til tross for studiens begrensninger supplerer den kunnskap om programmet. ICDP-prinsippene ble tidligere brukt i en intervensjonsstudie uten at hele metodologien ble anvendt (15, 24), og funnene er sammenliknbare ved at informantene opplevde at temaene var relevante og syntes å ha positive resultater.

Studien vår kan ikke si noe om hvorvidt helsesøstre som har ICDP-sertifisering, er bedre eller dårligere rustet enn helsesøstre uten denne bakgrunnen. Nyere studier viser at det kan lønne seg å bruke etablerte programmer heller enn å lage nye som er tilpasset den aktuelle konteksten (25).

En av styrkene ved ICDP er kulturell tilpasning fordi programmet er basert på grunnleggende behov og universelle aktiviteter. Et annet sentralt aspekt er betydningen av å aktivere eksisterende omsorgsmønstre.

Globalt er det et skrikende behov for bedre tiltak for de yngste barnas utvikling, ikke minst for å forebygge vold. Verdensbanken (20) dokumenterer at slik støtte bør inkludere foreldres oppfatninger av barnet, og fokusere på emosjonell utvikling, kognitiv utvikling og positiv regulering. ICDP er et av programmene som svarer på en slik utfordring, og denne studien bidrar til å styrke kunnskapsbasen.

Konklusjon

Helsesøstre som deltok i denne studien, uttrykte at ICDP har blitt en integrert del av deres måte å tilnærme seg foreldre og barn på i konsultasjoner på helsestasjonen. ICDP preger hva de velger å rette oppmerksomheten mot, og hvordan de veileder for at foreldre og barn skal få et godt samspill.

De sa at ICDP har gitt dem trygghet, som de synes er nyttig i rollen som veiledere, også når programmet ikke implementeres med åtte ukentlige gruppemøter på helsestasjonen. Slik kan ICDP-veilederopplæringen se ut til å være verdifull, selv når programmet ikke brukes som det var tenkt.

Takk til helsesøstrene som tok seg tid til å dele av sine erfaringer.

Referanser

1. Smith L. Tilknytning og omsorg for barn under tre år når foreldre går fra hverandre. Tidsskrift for Norsk psykologforening. 2010;47(9):804–11.
2. Hart S, Schwartz R. Fra interaksjon til relasjon: Tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Schore og Fonagy. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009.
3. Black MM, Walker SP, Fernald LCH, Andersen CT, DiGirolamo AM, Lu C, et al. Advancing early childhood development: from science to scale. Early childhood development coming of age: science through the life course. The Lancet. 2017;389(10064):77–90.
4. Helsedirektoratet. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Oslo: Helsedirektoratet; 2017. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten> (nedlastet 29.03.2017).
5. Barlow J, Johnston I, Kendrick D, Polnay L, Stewart-Brown S. Individual and group-based parenting programmes for the treatment of physical child abuse and neglect: Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006;3. DOI: [10.1002/14651858.CD005463.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD005463.pub2).

6. Helle J, Boonstra JO, Broch KR, Rød BY, Vøllestad J. En god sirkel. Tidsskrift for Norsk psykologforening. 2017;54(6):546–57.
7. Britto PR, Ponguta LA, Reyes C, Karnati R. A systematic review of parenting programs for young children. New York: UNICEF; 2015.
8. Hundeide K. ICDP Programmet – et relasjonsorientert og empatibasert program rettet imot barns omsorgsgivere. Skolepsykologi. 2005;7:9–25.
9. Christie HJ, Doehlie E. Enhancing quality interaction between caregivers and children at risk: The International Child Development Programme (ICDP). Today's children are tomorrow's parents. Journal of the National Network for Professionals in Preventing Child Abuse and Neglect. 2011;30:74–84.
10. Stern D. The interpersonal world of the infant. New York: Basic Books; 1985.
11. Trevarthen C. The foundations of intersubjectivity: Development of interpersonal and cooperative understanding in infants. I: Olson DR, red. The social foundations of language and thought. New York og London: W.W. Norton & Company; 1980.
12. Klein P. Formidlet læring. Oslo: Universitetsforlaget; 1989.
13. Super C, Harkness S. The developmental niche: A conceptualization at the interface of child and culture. International Journal of Behavioral Development. 1986;9(4).
14. Skar A-MS, von Tetzchner S, Clucas C, Sherr L. The long-term effectiveness of the International Child Development Programme (ICDP) implemented as a community-wide parenting programme. European Journal of Developmental Psychology. 2015;12(1):54–68.

15. Dybdahl R. Children and mothers in war: an outcome study of a psychosocial intervention program. *Child Development*. 2001;72(4):1214–30.
16. Sherr L, Skar A-MS, Clucas C, von Tetzchner S, Hundeide K. Evaluation of the International Child Development Programme (ICDP) as a community-wide parenting programme. *European Journal of Developmental Psychology*. 2014;11(1):1–17.
17. Westerlund A, Garvare R, Nyström ME, Eurenus E, Lindkvist M, Ivarsson A. Managing the initiation and early implementation of health promotion interventions: a study of a parental support programme in primary care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2017;31(1):128–38.
18. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
19. Engle PL, Black MM, Behrman JR, De Mello MC, Gertler PJ, Kapiriri L, et al. Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. *Lancet*. 2007;369(9557):229–42.
20. Verdensbanken. *World development report 2015: mind, society, and behavior*. Washington DC: Verdensbanken; 2015.
21. Rogoff B. *The cultural nature of human development*. Oxford: Oxford University Press; 2003.
22. Heaton J. *Reworking qualitative data*. London, Thousand Oaks og New Delhi: SAGE Publications; 2004.
23. Bishop L, Kuula-Luumi A. Revisiting qualitative data reuse: A decade on. *SAGE Open*. 2017;7(1):1–15.

24. Dybdahl R. A psychosocial support programme for children and mothers in war. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2001;6(3):425–36.

25. Gardner F. Parenting interventions: How well do they transport from one country to another? Firenze: Innocenti UNICEF. 2017.