

John Kjøbli
Roar Solholm
Marit Reer
Terje Christiansen
Elisabeth Askeland
Gunnar Bjørnebekk

Tidlig innsats for barn i risiko: Et program for å forebygge og redusere atferdsproblemer

For 17 år siden tok norske myndigheter initiativ til et prosjekt for å styrke arbeidet med å forebygge og behandle atferdsvansker hos barn. Det første steget var å øke behandlingskompetansen i spesialisttjenestene for barn og unge gjennom å implementere Parent Management Training-Oregon modellen (PMTO). Prinsippene fra PMTO dannet grunnlaget for det forebyggende programmet Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR). TIBIR har som mål å tidligst mulig oppdage og identifisere barn som er i ferd med å utvikle alvorlige atferdsproblemer og tilby disse barna tilpasset og virksom hjelp i de kommunale tjenestene. I denne artikkelen blir det redegjort for utviklingen av TIBIR og forskningsaktivitetene knyttet til programmet. Noen av utfordringene knyttet til implementering, som kvalitetssikring og opprettholdelse av metodeintegritet, blir diskutert. Til slutt presenteres noen fremtidige forskningsspørsmål.

John Kjøbli Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis
RKBU Vest - Regionalt kunnskapssenter for barn og unge

Roar Solholm Universitetet i Bergen

Marit Reer Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis

Terje Christiansen Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis

Elisabeth Askeland Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis

Gunnar Bjørnebekk Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis

TIDLIG INNSATS FOR BARN I RISIKO:

Et program for å forebygge og redusere atferdsproblemer

Barn som over tid viser alvorlige atferdsproblemer har økt risiko for å utvikle og møte på mange problemer senere i livet. Disse problemene inkluderer kriminalitet og tidlig kontakt med politi- og påtalemyndighet, manglende fullføring av utdanning, vold, rusmisbruk, sosiale vansker og internaliserte problemer. Hvis barn i denne gruppen ikke mottar egnet hjelp, vil de senere i livet risikere å stå for mye av kriminaliteten i samfunnet (Moffitt 1993).

Med dette som bakteppe etablerte norske myndigheter i 1998 Atferdsprosjektet (nå Atferdssenteret), tilknyttet Universitetet i Oslo. Senteret fikk som oppdrag å styrke kunnskapen og kompetansen i arbeidet med å hjelpe barn og ungdom med atferdsproblemer. En av innsatsene som ble gjennomført for å få til dette, var å utvikle et opplæringsprogram for terapeuter i samarbeid med de amerikanske grunnleggerne av Parent Management Training, Oregon modellen (PMTO; Askeland, Apeland, & Solholm (2014), og implementerte intervensjonen i alle helseregionene i Norge (Ogden et al., 2005). Dessuten bestod arbeidet i å gjøre evidensbaserte intervensjoner tilgjengelige i det kommunale tjenesteapparatet. Med evidensbasert menes det å bygge på solid teori og ha dokumentert effekt. Viktigheten av å videreføre – og forsterke – denne innsatsen har i senere tid blitt aktualisert i en rapport som tyder på at det kun er en liten andel av barn med atferdsvansker som mottar noen form for hjelp i Norge (Skogen & Torvik, 2013). Samtidig viser en rapport fra Danmark at det kan oppnås betydelige samfunnsøkonomiske besparelser ved å tilby PMTO til barn og familier med atferdsvansker (Skov, 2013). Forskningen, samt myndighetenes tydelige ønske om å heve den kommunale kompetansen (Rundskriv Q-16/2001), understreker viktigheten av å gjøre evidensbaserte intervensjoner lett tilgjengelig. Denne artikkelen handler om utviklingen av programmet Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR), som har som mål å øke kompetansen i kommunale tjenester når det gjelder å tidlig

forebygge og behandle atferdsproblemer hos barn (Solholm, Kjøbli, & Christiansen, 2013). Et viktig prinsipp i TIBIR er at intervensjonene skal være evidensbaserte, tilpasset den enkelte families behov og rettet mot de arenaene (f.eks. hjemme eller på skolen) der problematferden finner sted. For å være så tilgjengelig som mulig er altså de kommunale tjenestene hovedmålet for implementeringen av TIBIR. Dette inkluderer helsestasjoner, pedagogisk-psykologisk tjeneste, den forebyggende barneverntjenesten, barnehager og skoler.

Vi vil i denne artikkelen presentere bakgrunnen for og innholdet i TIBIR, forskningen så langt, samt noen fremtidige utfordringer.

Forebygging i kommunene

Intervensjoner deles ofte i 3 nivåer ut i fra om de retter seg mot hele barnepopulasjonen (universell gruppe), barn som er i risiko/står i fare for å utvikle atferdsproblemer (selektert gruppe), eller de som allerede har utviklet atferdsproblemer (indikert gruppe). Den første kategorien intervensjoner inkluderer både universelle og selekterte intervensjonsprogrammer. Den andre kategorien retter seg mot barn i selektert og indikert gruppe. I og med at TIBIR rettes mot barn som står i fare for eller allerede har utviklet atferdsvansker, hører TIBIR til den andre kategorien av intervensjoner.

Forebygging og behandling av atferdsproblemer har lenge vært en utfordring for norske kommunale hjelpetjenester, både på grunn av problemenes kompleksitet, mangelfull kompetanse (Zeiner et al. 1998) og lite systematisk samarbeid mellom ulike tjenesteområder. Dette på tross av myndighetenes retningslinjer og anbefalinger om at kommunene skal prioritere å få på plass et slikt samarbeid.

TIBIR omfatter både kortvarige intervensjoner for barn som viser begynnende atferdsproblemer, og langvarig og mer intens behandling for barn som viser høy risiko for å utvikle vedvarende atferdsproblemer. Sentralt står målsetningen om å iverksette intervensjoner tidlig på de arenaer hvor barnas problematferd kommer til uttrykk. For å øke tilgjengeligheten av effektiv

hjelp, er kommunene den utvalgte arenaen for implementering av TIBIR. TIBIR er tjenesteovergrepene: Ansatte i kommunale tjenester (f.eks. helsestasjoner og PPT) får opplæring i både å identifisere barn i risiko, samt å tilby intervensjoner for å forebygge alvorlige atferdsvansker.

Forskjeller i befolkningsstørrelsen mellom de ulike kommunene og måtene tjenestene er organisert på representerer imidlertid en utfordring. Løsningen har vært å tilpasse TIBIR til de eksisterende tjenestene i den enkelte kommune, og systematisk trene opp deres nøkkelpersonell. Målet har vært å først øke kompetansen i de ulike tjenestene, for så å sikre et systematisk samarbeid på tvers av tjenestene gjennom en felles forståelse av atferdsvansker.

Teoretisk rasjonale for TIBIR

Negative og tvingende samspillsmønstre (gjensidig tvang og press) mellom barn og foreldre er i følge modell for sosial interaksjon og læring (SIL) den viktigste enkeltfaktoren for utvikling av atferdsvansker (Patterson, 1982). Tvingende samspillsmønstre i familien oppstår når barns aggressive atferd blir negativt forsterket. Eksempel på dette kan være at et barn hyler og slår for å få viljen sin. Ofte vil tvingende samspill mellom foreldre og barn bli automatisert og blir en sentral del av samhandlingen i familiene. Barna i disse familiene får et dobbelt handikap: De lærer å bruke negativ atferd, trusler og makt for å få viljen sin. Samtidig svekkes deres utvikling av sosial kompetanse fordi de ofte avvises av prososiale jevnaldrende og lærere (Dishion & Patterson, 2006). Tre av intervensjonene i TIBIR (beskrevet nedenfor) er foreldretreningsprogrammer rettet mot å redusere tvang og aggresjon hos familier ved å øke det positive spillet mellom foreldre og barn.

I tillegg til tvingende samspill i familien og på skolen har forskning vist at barn med atferdsvansker ofte trekkes til og påvirkes av jevnaldrende som også har sosiale vansker (Dishion & Patterson, 2006). Førskole- og barneskolesituasjoner kan derfor forsterke prosesser som allerede er initiert i familiene og lede til nye,

mer utbredte og ofte mer alvorlige former for atferdsvansker. Derfor har det å redusere disse barnas sosiale vansker i forhold til jevnaldrende og barnehage- og skolelærere høy prioritet i TIBIR. To av intervensjonene i TIBIR er utviklet nettopp for å ivareta disse utfordringene.

Implementeringen av TIBIR

Per august 2015 var det 97 norske kommuner som hadde gått i gang med å implementere TIBIR og 1203 fagfolk var opplært i en av de fem intervensjonene i TIBIR. I tillegg hadde 130 fagfolk gjennomført kurs i kartlegging for tidlig identifisering av atferdsproblemer. Stadig flere kommuner uttrykker et ønske om å implementere TIBIR. Kommuner som ønsker å implementere TIBIR, forplikter seg til å gjennomføre implementeringen i henhold til en intensjonsavtale med Atferdssenteret. Målet er at kommunen skal kunne bli selvstendig i den videre driften av TIBIR i løpet av en 3-5 års periode. Dette innebærer bl.a. å kunne drive opplæring, oppfølging og veiledning av egne ansatte. Kommunen må også forplikte seg til å bistå med å samle inn data til kvalitetssikrings- og forskningsformål. Et nasjonalt implementeringsteam har ansvar for å levere nødvendig opplæring, veiledning og kvalitetssikring av TIBIR. Dette teamet består av seks regionskoordinatorer (ansatt ved Atferdssenteret) og sju regionkonsulenter (ansatt i Bufetat). Implementeringsarbeidet er ledet fra Atferdssenteret og foregår i tett samarbeid med fem regionale team.

TIBIR består av seks moduler: individuell PMTO-behandling, PMTO foreldregruppe, kortvarig forelderådgivning, konsultasjon for ansatte i barnehage og skole, sosial ferdighetstrening, og kartlegging/tidlig identifisering. Den sistnevnte modulen er et kartleggingsverktøy for tidlig identifisering av atferdsproblemer, mens de fem andre modulene er forebyggende og terapeutiske intervensjoner for familier med barn med ulik grad av atferdsproblemer.

PMTO-behandling, PMTO foreldregruppe og forelderådgivning er rettet mot foreldre. Modulen konsultasjon er laget for å hjelpe viktige voksenpersoner i skole og barnehage. Modulen

Tabell 1. TIBIR opplæringsmoduler		Omfang av opplæringen	
6 TIBIR opplæringer	Målgruppe for opplæringen	Kursdager	Veiledning
PMTO-terapeut	Ansatte med min. 3 års utdanning fra universitet/høyskole i helse-, sosial- eller pedagogiske fag, f.eks. psykolog, helsesøster, spesialpedagog, barnevernspedagog	21 kursdager over en periode på 1 ½ -2 år	En hel dag 2. hver uke
PMTO-gruppeleder	PMTO-terapeuter og utvalgte TIBIR-foredrerådgivere	2 kursdager (påbyggingskurs)	
TIBIR-foredrerådgiver	Ansatte i en rådgiverposisjon overfor foreldre, f.eks. helsesøstre, kommunepsykologer, ansatte i barnevernstjeneste, PP-tjeneste og andre ansatte som planlegger å gå videre med «Konsultasjon».	9 kursdager	6 ganger à 2 timer, en gang per måned
Konsulent for ansatte i skole/barnehage	Ansatte som gir konsultasjon og veiledning til ansatte i skole/barnehager, for eks. PP-rådgivere, spesialpedagogisk enhet, fagteam. I noen tilfeller skolens egne sosiallærere/rådgivere.	4 kursdager (påbyggingskurs)	6 ganger à 2 timer, en gang per måned
Sosial ferdighetstrener	Ansatte som arbeider direkte i forhold til barn med atferdsproblemer, f.eks. ansatte i barnehager, skoler, SFO, pedagogisk team etc.	6 kursdager	12 ganger à 2 timer, hver 14. dag.
TIBIR-kartlegger	Ansatte i utbredt kontakt med barn og deres familier og som har et spesifikt utrednings- og oppfølgingsansvar, fortrinnsvis helsesøstre, men også ansatte i familiesenter, barnevern- og PP-tjeneste.	3 kursdager	

Tabell 1. TIBIR opplæringsmoduler

Sosial ferdighetstrening er rettet mot det enkelte barnet. Modulene er utviklet både for å kompensere og utfylle hverandre. Felles for alle modulene er at de er utledet fra prinsippene i PMTO, og at opplæringen baserer seg på øvelser og ferdighetstrening (rollespill og hjemmeoppgaver), i tillegg til formidling av kunnskap om positiv foreldrepraksis.

Som vist i tabell 1, varierer opplæringene fra 9 kursdager spredt over 6 måneder, med ukentlige veiledninger, til en to dagers påbyggingsmodul (PMTO Foreldregruppe). Med unntak av PMTO-behandling, der opplæringen strekker seg over 18 måneder med 21 kursdager i 6 bolker, er modulene bygget opp slik at de har en relativt kort opplæringsperiode for å sikre effektiv implementering i kommunene. Opplæringsprogrammene og intervensjonene er beskrevet i egne håndbøker.

KARTLEGGING OG TIDLIG IDENTIFISERING
To kartleggingsprosedyrer er utviklet, én for barn i alderen 3-6 år, og én for barn fra 6-12 år. Begge prosedyrene består av en kombinasjon av intervjuer, observasjon og spørreskjemaer. Barn som i løpet av kartleggingsprosessen blir identifisert til å være i risiko, blir vurdert videre for en eller flere intervensjoner ut fra hvilke risikofaktorer som er til stede.

Foredrerådgivning

Hvis foreldrene under kartleggingsprosedyren gir uttrykk for at de trenger hjelp og støtte til å håndtere et krevende barn som er vanskelig å samarbeide med eller er usikre på egne foreldreferdigheter, vil de bli tilbudt foredrerådgivning. Denne intervensjonen består av 3-6 møter med en foredrerådgiver og har som mål å hjelpe foreldrene til å bruke forelderferdigheter slik at de håndterer barna sine på en mer hensiktsmessig måte. Intervensjonen skreddersys ved at foreldrene øver på ferdigheter som fremsto som vanskeligst i kartleggingen. Familier med barn som i løpet av foredrerådgivningen viser seg å ha utviklet mer alvorlige og omfattende atferdsproblemer, vil kunne bli tilbudt PMTO-behandling individuelt eller i gruppe.

PMTO foreldregruppe

Denne intervensjonen er rettet mot foreldre til barn som viser tegn til eller er i risiko for å utvikle alvorlige atferdsproblemer og består av 12 ukentlige møter på ca. 2,5 time. Maksimum antall deltakere er 16 (foreldre til 8 barn). Foreldrene blir rekruttert til intervensjonen gjennom kartleggingsprosedyren beskrevet tidligere. PMTO foreldregrupper er basert på de samme prinsippene som PMTO, men tilbys til grupper av foreldre, noe som tidligere har

blitt gjort i USA (Forgatch og DeGarmo, 1999). Intervensjonen er rettet mot de samme grunnleggende foreldreferdighetene som i individuell PMTO-behandling. PMTO foreldregrupper blir gjennomført i helsestasjoner, kommunalt/statlig barnevern, PPT og psykisk helsevern for barn og unge.

PMTO

PMTO tilbys familier med barn som har utviklet alvorlige atferdsvansker. Slik PMTO utøves i Norge, møter terapeuten foreldrene gjennomsnittlig 20 til 30 ukentlige møter, ut fra familienes behov, problemenes varighet og alvorlighetsgrad (Kjøbli & Ogden, 2009, Ogden & Hagen, 2008). Familiene vil få trening i fem sentrale foreldreferdigheter: Oppmuntring av nye ferdigheter, grensesetting, tilsyn, problemløsning og positiv involvering. Sertifiseringen av terapeutene baserer seg på fire videofilmer av utvalgte terapitimer hvor terapeuten evalueres med et observasjonsbasert kvantitativt skåringssystem som måler i hvilken grad de følger metodens intensjoner og prinsipper (metodeintegritet; Forgatch, Patterson & DeGarmo, 2005). Etter tre år må terapeuten resertifiseres ved å dokumentere antall behandlede klientsaker, seminardeltakelse og deltakelse på veiledninger (se for øvrig Askeland et al. 2014 for en mer detaljert fremstilling av PMTO og kvalitetssikringskravene).

Konsultasjon for ansatte i barnehage og skole
Der barn er identifisert med atferdsproblemer på skolen eller i barnehagen vil lærer eller barnehageansatt bli tilbudt konsultasjon av en TIBIR konsulent. Intervensjonen består av 6 til 8 konsultasjoner med skole- eller barnehagepersonell, hvor de mottar veiledning i bruk av konkrete verktøy og strategier som kan stoppe og redusere atferdsproblemer og fremme prososial atferd i klasser/grupper. Utøverne av konsultasjon er som hovedregel ansatt i PPT. Konsultasjon er en påbyggingsmodul i TIBIR, og de som skal ta dette kurset må tidligere ha gjennomført opplæring som forelderrådgiver eller PMTO-terapeut.

Sosial ferdighetstrening

I denne modulen arbeider skole- eller barnehagepersonell direkte og individuelt med barn som er identifisert med atferdsproblemer. Målet er å redusere videreføring av antisosiale strategier og hindre kontakt med avvikende jevnaldrende, samt øke bruken av prososiale ferdigheter. Sosial ferdighetstrening består av 8-10 møter hvor barnet får øvelse i å bruke positive sosiale ferdigheter. Ferdighetene læres gjennom praktiske øvelser, kombinert med oppmuntring av nye ferdigheter og positiv oppmuntring. Opplæringen for de som skal tilby sosial ferdighetstrening kombineres med veiledning på egne saker av en utdannet PMTO-terapeut. I løpet av opplæringen får deltakerne grunnleggende undervisning om atferdsproblemer. Det fokuseres videre på vurdering og trening av spesifikke sosiale ferdigheter som er relevante for barn med atferdsproblemer (for eksempel sinnemestring, problemløsning og samarbeid).

EVALUERING AV TIBIR

Forskningen på TIBIR har hatt som overordnet mål å undersøke om intervensjonene er virksomme. Dette arbeidet har nå pågått de siste 10-15 årene og vi skal her gi en kort gjennomgang av forskningsresultatene. De første ikke-eksperimentelle studiene av intervensjonene i TIBIR var oppløftende (Kjøbli & Sørli, 2008; Solholm & Jakobsen, 2009). Likevel var ikke disse studiene egnet til å trekke endelige konklusjoner om at intervensjonene var effektive. Siden den tid har vi imidlertid gjennomført fem randomiserte kontrollerte studier og flere er på vei. Det er slike studier som regnes som særlig egnet til å evaluere effekten av intervensjoner (Schulz, Altman & Moher, 2010).

Evalueringen av PMTO

Dette var den første randomiserte studien som ble gjennomført på en av intervensjonene i TIBIR. I studien ble 112 familier med barn i alderen 4-12 år rekruttert, hvorav halvparten ble tilfeldig trukket til PMTO, mens den andre halvdel ble trukket til den type tilbud som var vanlig å tilby denne klientpopulasjonen. Rett

etter at behandlingen var avsluttet, viste funnene at PMTO ga positive effekter på barnas ekster-nalisierende problematferd (rapportert av foreldrene), sosial kompetanse i skolen (rapportert av lærere) og foreldrenes grensesettingsstrategier (observasjonsdata; Ogden & Hagen, 2008). Ett år senere kom familiene i PMTO-gruppen bedre ut med hensyn til at familiemedlemmene totalt sett tok færre negative initiativ i samspill med hverandre. Ellers var de to gruppene like. De familiene som fikk styrket familiesamholdet og/eller de foreldrene som forbedret sine positive grenssettingsferdigheter ved å delta i PMTO-behandling hadde imidlertid bedre utbytte av terapien både med hensyn til sosial kompetanse og nivå av atferdsproblemer et år etter behandlingslutt (Hagen, Ogden, Bjørnebekk, 2011).

Evalueringen av foreldrerådgivning

I evalueringen av dette tiltaket ble 216 barn (3-12 år) og deres foreldre tilfeldig fordelt til foreldrerådgivning eller til annen hjelp som var tilgjengelig i de kommunale tjenestene. Funnene viste positive, og relativt store, effekter på foreldrepraksis og barnas sosiale kompetanse og problematferd rett etter at foreldrerådgivningen var avsluttet (Kjøbli & Ogden, 2012). Selv om effektene var noe redusert, hadde foreldrerådgivning fortsatt positive effekter på foreldrepraksis og barnas problematferd ett halvt år senere (Kjøbli & Bjørnebekk, 2013). Foreldrerådgivning hadde imidlertid ikke på noe tidspunkt bedre effekt i barnehage eller skole enn annen hjelp som var tilgjengelig i kommunene.

Evalueringen av PMTO foreldregruppe

Denne modulen er evaluert i to randomiserte studier. I den ene ble 137 familier med barn i alderen 3–12 år tilfeldig trukket til PMTO eller en sammenligningsgruppe hvor familiene kunne søke annen tilgjengelig hjelp. Funnene fra studien viste store positive effekter på foreldrepraksis, barnas sosiale kompetanse og problematferd både rett etter og ett halvt år etter avsluttet behandling (Kjøbli, Hukkelberg & Ogden, 2012). Effektene var generelt større enn i foreldrerådgivning; noe som blant annet kan

forklares av at PMTO foreldregruppe er en langt mer omfattende intervensjon enn foreldrerådgivning utført av terapeuter med høyere kompetanse enn foreldrerådgiverne.

I den andre studien ble PMTO foreldregruppe evaluert for mødre med etnisk minoritetsbakgrunn. Utvalget var 96 somaliske og pakistanske mødre og deres barn (4-8 år) tilfeldig fordelt til et PMTO-kurs eller til en venteliste med kursstart senere. Kurset ble tilpasset ved at kursmateriale ble oversatt, mødrene fikk komme med eksempler fra oppdragelse i egen kultur, og ved at linkarbeidere, som hadde samme språk og erfaringsbakgrunn som mødrene i prosjektet, deltok i gruppesamlingene. Det ble gjennomført datainnsamlinger før og rett etter kurset. Funnene viste at mødrene som fullførte PMTO-kurset rapporterte bedre foreldreferdigheter og mindre problematferd hos barna enn mødrene i kontrollgruppen ved kurslutt (Bjørknes & Manger, 2013). I videre analyser av dataene ble det funnet at endringene i barnas atferd så ut til å være knyttet til at foreldrene økte sin bruk av positive foreldreferdigheter (Bjørknes, Kjøbli, Manger & Jacobsen, 2012).

Evalueringen av sosial ferdighetstrening

198 barn deltok i denne studien hvor halvparten ble tilfeldig trukket til sosial ferdighetstrening den andre halvparten til sammenligningsgruppen, som ikke fikk noe tilbud utover den hjelpen de ble tilbudt som en del av vanlig praksis. Når man sammenliknet de to gruppene fant man kun forskjell på ett av ti utfallsmål, nemlig foreldrerapportert problematferd rett etter tiltaket (Kjøbli & Ogden, 2014). Funnene fra denne studien tyder på at sosial ferdighetstrening har begrenset effekt når det gis uten en foreldreintervensjon.

Pågående forskning

Vi har igangsatt en randomisert studie hvor effekten av konsultasjon for ansatte i barnehage og skole skal evalueres. I tillegg er det gjennomført en studie som fant at kartleggingsprosedyrene i TIBIR identifiserer barn med atferdsproblemer på en god måte (Grønlie, Apeland, Askeland & Christiansen, 2016).

HVEM VIRKER PMTO OG TIBIR FOR?

Vi har også gjennomført noen studier hvor vi har undersøkt faktorer som påvirker utfallet av intervensjonene i TIBIR (slike studier omtales ofte som prediktor- og moderatorstudier). I PMTO-ADHD studien var utvalget 256 familier som mottok PMTO (Bjørnebekk, Kjøbli og Ogden 2015). Av familiene som deltok hadde 38 % (97) av familiene barn med diagnosen ADHD. Barna med ADHD skilte seg fra de øvrige barna ved at de hadde høyere problembelastning ved inntak til behandling, men de hadde tilnærmet samme sosiale bakgrunn. Atferdsendring målt med foreldre- og lærervurderinger viste ingen forskjeller mellom gruppene foruten at barn med ADHD skåret lavere på sosial kompetanse (foreldre rapportert) – sammenlignet med barn som ikke har ADHD. Til tross for likt behandlingsutbytte fremviste imidlertid barna med ADHD fortsatt et høyere nivå av oppmerksomhetsproblemer både i hjemmet og på skolen og de skåret fortsatt lavere på sosial kompetanse enn barna uten ADHD etter avsluttet behandling. Resultatene tyder videre på at i familier hvor barnet har ADHD, kan tilleggsbelastninger som lav inntekt og depresjon hos mor, føre til redusert virkning av PMTO.

I tillegg har vi undersøkt om gutter og jenter får like godt utbytte av PMTO (Kjøbli & Ogden, 2009). I denne studien, hvor vi brukte det samme utvalget som i PMTO-ADHD studien, deltok 323 familier. Funnene viste at det var få kjønnsforskjeller i endring av problematferd ved avslutning av PMTO, noe som tyder på at intervensjonen er like virksom for jenter som for gutter.

I foreldrerådgiving-depresjon studien viser resultatene at barn av mødre med lavt psykisk stress hadde bedre utbytte av foreldrerådgivning enn når de fikk annen form for oppfølging (Kjøbli, Nærde, Bjørnebekk & Askeland 2014). Resultatene tyder imidlertid på at mødre med mye psykisk stress kan trenge et annet tilbud enn vanlig foreldrerådgivning. Det kan være at depresjon og angst gjør det vanskeligere å ta til seg konkrete råd over kort tid. Sannsynligvis trenger mødre med slike problemer en

mer omfattende behandling for å få satt i gang endringsprosesser. En bør prioritere å finjustere behandlinger – eller intervensjoner – som bedre kan hjelpe mødre som opplever psykisk stress, og som i tillegg sliter med utagerende atferd hos barn i familien.

Viktigheten av kvalitetssikring

Forskning har vist at kvalitetssikring er avgjørende for at virksomme intervensjoner skal nå ut med god effekt når de implementeres i vanlig praksis (Barnoski og Aos 2004).

Kvalitetssikringen av PMTO er mer omfattende og tidkrevende enn i de andre og mer kortvarige intervensjonene i TIBIR. Det er kun i PMTO-behandling at det fins et skåringssystem for sertifisering og resertifisering av terapeuter. Dette skåringssystemet, "Fidelity of Implementation Rating System" (FIMP), har vist seg å være et valid mål på metodeintegritet i PMTO (Forgatch og DeGarmo 2011). Med metodeintegritet menes i hvilken grad fagpersonene utøver en intervensjon i henhold til dens intensjoner og retningslinjer. Kvalitetssikringsrutinene i de andre intervensjonene i TIBIR består av opplæring og saksveiledning fra sertifiserte PMTO-terapeuter. Vi er i ferd med å utvikle og evaluere ulike måter å kvalitetssikre de andre intervensjonene i TIBIR. Blant annet har vi utviklet og utprøvd et foreldrerapportert spørreskjema på metodeintegritet i foreldrerådgivning (Kjøbli et al. 2012). Det er også utviklet mål på metodeintegritet til de andre intervensjonene, men disse har ennå ikke blitt undersøkt. Spørreskjema er mindre kostbart og tidkrevende enn observasjonsdata (for eksempel FIMP), noe som er en fordel når man skal nå ut til så stor del av befolkningen som er ment i TIBIR.

Flere ledende forskere innen implementeringsfeltet har anbefalt at det må utvikles effektive monitoreringssystemer for å sikre hvordan intervensjoner utøves i praksis (se f.eks. Fixsen, Naoom, Blase & Wallace, 2007). Dette har inspirert utviklingen av et nettbasert kvalitetssikringssystem (www.pmt.no) hvor alle fagpersonene som utøver TIBIR-intervensjoner skal registrere seg. Gjennom denne nettsiden er

det mulig å monitorere hver enkelt fagpersoners aktivitet (f.eks. arbeidsmengde, deltakelse i opplæringsprogrammer og veiledning), metodeintegritet, antall saker, barnas atferd før og etter intervensjon og brukerfornøydhets. Via databasen har fagpersonene også tilgang til å laste ned siste oppdaterte materiell fra Atferds-senteret til bruk i intervensjonene. Dette er et nyttig verktøy både for fagpersonene som utøver intervensjonene, lederne i kommunene som implementerer TIBIR, samt fagutviklerne av TIBIR. I tillegg gir også nettsiden informasjon til foreldre og andre som ønsker å vite mer om metodene og atferdsproblemer hos barn.

DISKUSJON

Forskningen har gitt oss noen viktige svar og ny kunnskap. Blant annet viser de tre randomiserte studiene av foreldretrening (PMTO, PMTO foreldregruppe og foreldrerådgivning) samme tendens: Denne type intervensjon gir positive effekter på foreldrepraksis, sosiale ferdigheter og atferdsproblemer i hjemmet. Dessuten er effektene relativt store, sammenlignet med internasjonale oversikter (meta-analyser) (Lundahl et al., 2006; Weisz et al., 2013). Dette tyder på at komponentene i PMTO, som har blitt utviklet i USA, er robuste og lar seg tilpasse og overføre til de kommunale tjenestene i Norge. Dette sammenfaller for øvrig med evalueringer av PMTO blant minoriteter i Norge (Bjørknes & Manger, 2013). Samlet sett er funnene oppløftende og støtter opp under en videre spredning av TIBIR i Norge.

Samtidig tyder funnene at det er vanskelig å overføre effektene fra foreldretrening i hjemmet til skole (Drugli og Larsson 2006; Kjøbli & Bjørnebekk, 2013; Kjøbli; Hukkelberg, & Ogden, 2012; Ogden og Hagen 2008). Dette indikerer at det i mange situasjoner er nødvendig å legge til en intervensjon rettet mot skole/barnehage. Derfor er det viktig å evaluere konsultasjonsmodulen i TIBIR. Gitt at denne intervensjonen gir positiv effekt, vil TIBIR ha en innebygd fleksibilitet til å hjelpe barn som har problemer både hjemme og i barnehage eller skole.

Funnene fra PMTO og foreldrerådgivning viste at effektene ble noe mindre over tid. Dette gjaldt vel og merke ikke i samme grad i studien av PMTO foreldregruppe. Like fullt, de to andre studiene, samt andre internasjonale studier (Lundahl et al., 2006) kan tyde på at familier trenger å følges opp etter endt intervensjon hvis vi skal oppnå bedre langtidseffekter. Kanskje kan det som kalles en "tannlegemodell" (Kazdin, 1997) bidra til at effektene holder seg lengre. Med dette menes at man sjekker barn og familier med jevne mellomrom for å tilby mer hjelp ved behov.

Spredningen og implementeringen av TIBIR er en stor og utfordrende oppgave. Noe av grunnen til dette kommer av at TIBIR er et komplekst og omfattende program. For å imøtekomme dette har det nå blitt utviklet en implementeringsveileder, som er et hjelpe- og styringsverktøy for å veilede kommunene gjennom implementeringsprosessen. Den har som hensikt å gjøre det lettere å implementere TIBIR med god kvalitet (Gomez, Grønlie, Kristiansen & Richardsen, 2014). Det blir viktig å undersøke om prosedyrene for kvalitetssikring i TIBIR er gode nok til å sikre høy metodeintegritet når programmet blir implementert i nye og forskjellige kontekster. Det er fortsatt uklart om og i hvilken grad ulike grupper vil benytte seg og ha utbytte av TIBIR. Eksempelvis vet vi fra den norske PMTO effektstudien at det har vært vanskelig å nå immigrantgrupper (Ogden og Hagen 2008). Tilsvarende fant vi i foreldrerådgivningsstudien at kun 4,6 % av utvalget hadde ikke-vestlig bakgrunn (Kjøbli og Ogden 2012). Funnene fra prosjektet rettet mot å nå somaliske og pakistanske innvandrergupper er imidlertid såpass lovende at dette arbeidet bør videreføres (Bjørknes og Manger, 2013).

TIBIR må oppdateres i henhold til hva forskningen viser. Dessuten er det flere ubesvarte spørsmål som bør undersøkes. Ett tema som stadig melder seg er kompleksiteten og komorbiditeten (dvs. at barn har flere problemer på samme tid) blant barn med atferdsvansker (Weisz et al., 2012). For å imøtekomme disse utfordringene kan TIBIR etter hvert kunne inkorporere

behandlingsprosedyrer for angst, depresjon og traumer. TIBIR må alltid være i en dynamisk utvikling.

Mye tyder på at bare en liten andel barn med atferdsvansker får noen form for hjelp i Norge (Skogen & Torvik, 2013). Samtidig vet vi nå at TIBIR gir positive resultater for barna og familiene det gjelder og for samfunnet for øvrig gjennom betydelige samfunnsøkonomiske besparelser (Skov, 2013). Viktigheten av å forsterke innsatsen med TIBIR er avgjørende for at stadig flere barn tidlig skal få mest mulig effektiv hjelp.

Referanser

- Askeland, E., Apeland, A., & Solholm, R. (2014). *PMTO: Foreldretrening for familier med barn som har atferdsvansker*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Barnoski, T., & Aos, S. (2004). *Outcome evaluations of Washington State's research-based program for juvenile offenders*. Washington: Washington State Institute for Public Policy.
- Bjørknes, R., & Manger, T. (2013). Can parent training alter parent practice and reduce conduct problems in ethnic minority children? A randomized controlled trial. *Prevention Science*, 14, 52–63.
- Bjørknes, R., Kjøbli, J., Manger, T., & Jacobsen, R. (2012). Parent Training among Ethnic Minorities: Parenting Practices as Mediators of Change in Child Conduct Problems. *Family Relations*, 61(1), 101-114.
- Bjørnebekk, G., Kjøbli, J., & Ogden, T. (2015). Children with conduct problems and co-occurring ADHD- Behavioral improvements following Parent Management Training. *Child & Family Behavior Therapy* 37.
- Dishion, T. J., & Patterson, G. R. (2006). The development and ecology of antisocial behavior in children and adolescents. In D. Cicchetti & D. J. Choen (Eds.), *Developmental psychopathology* (Vol. 3, pp. 503–541). Hoboken: Wiley.
- Drugli, M.B. og Larsson, B. (2006). Children aged 4-8 years treated with parent training and child therapy because of conduct problems. Generalisation effects to day-care and school settings, *European Child and Adolescent Psychiatry* 15:302-399
- Fixsen, D., Naoom, S.F., Blase, K.A., & Wallace, F. (2007). Implementation: The Missing Link Between Research and Practice. *The APSAC Advisor*, 4–11.
- Forgatch, M.S., DeGarmo, D.S. (1999). Parenting through change: An effective prevention program for single mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 67(5), Oct 1999, 711-724.
- Forgatch, M.S., Patterson, G.R., & DeGarmo, D.S. (2005). Evaluating fidelity: Predictive validity for a measure of competent adherence to the Oregon model of parent management training. *Behavior Therapy*, 1, 3–13.
- Forgatch, M. S., & DeGarmo, D. S. (2011). Sustaining fidelity following the nationwide PMTO (TM) implementation in Norway. *Prevention Science*, 3, 235–246.
- Gomez, B., Grønlie, A. A., Kristiansen, D. E., & Richardsen, K. (2014). *Implementering av Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR). Fra teori til praksis*. Oslo: Atferdssenteret.
- Grønlie, A. A., Apeland, A., Askeland, E., & Christiansen, T. (2016). Hvor godt predikerer to spørsmål barns risiko for problematferd? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 4, 268-275.
- Kazdin, A. E. (1997). Practitioner review: Psychosocial treatments for conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 161–178.
- Kjøbli, J., Bjørknes, R., & Askeland, E. (2012). Adherence to Brief Parent Training as a predictor of Parent and Child Outcomes in Real-World Settings. *Journal of Children's Services*, 7(3), 165-177.
- Kjøbli, J. & Bjørnebekk, G. (2013). A randomized effectiveness trial of

- Brief Parent Training: Six-month follow-up. *Research on Social Work Practice*, 23, 603–612.
- Kjøbli, J., Hukkelberg, S., & Ogden, T. (2012). A randomized trial of group parent training: reducing child conduct problems in real-world settings. *Behaviour Research and Therapy*, 51(3), 113-121. DOI: 10.1111/cdev.12040
- Kjøbli, J., Nærde, A., Bjørnebekk, G. & Askeland, E. (2013). Maternal Mental Distress Influences Child Outcomes in Brief Parent Training. *Child and Adolescent Mental Health*, 19, 171–177. doi:10.1111/camh.12028.
- Kjøbli, J., & Ogden, T. (2009). Gender differences in intake characteristics and behavior change among children in families receiving Parent Management Training (PMT). *Children and Youth Services Review*, 31, 823-830.
- Kjøbli, J., & Ogden, T. (2012). A Randomized Effectiveness Trial of Brief Parent Training in Primary Care Settings. *Prevention Science*, 13(6), 616-626.
- Kjøbli, J., & Ogden, T. (2014). A randomized effectiveness trial of individual child social skills training: six-month follow-up. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 8(1), 31. doi: 10.1186/s13034-014-0031-6
- Kjøbli, J., & Sørli, M-A. (2008). School outcomes of a community-wide intervention model aimed at preventing problem behavior. *Scandinavian Journal of Psychology*, 4, 365-375.
- Larsson, B., Fossum, S., Clifford, G., Drugli, M. B., Handegard, B. H., & Morch, W. T. (2009). Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children: Results of a randomized controlled trial. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 42–52.
- Lundahl, B., Risser, H. J., & Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26, 86–104.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674–701.
- Ogden, T., & Amlund-Hagen, K. (2008). Treatment effectiveness of Parent Management Training in Norway; A randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 76, 607-621.
- Ogden, T., Forgatch, M., Askeland, E., Patterson, G. R., & Bullock, B. M. (2005). Implementation of Parent Management Training at the national level: The case of Norway. *Journal of Social Work Practice*, 19, 317-329.
- Patterson, G.R. (1982). *Coercive family process*. Volume 3. Eugene, Oregon: Castalia
- Rundskriv Q-16/ 2001. *Om implementering av metoden Parent Management Training (PMT) i Norge*. Oslo: Barne og Familiedepartementet.
- Schulz, K. F., Altman, D. G., & Moher, D. (2010). CONSORT 2010 statement: Updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. *Journal of Pharmacology & Pharmacotherapeutics*, 1, 100-107.
- Solholm, R. og Jakobsen, R. (2009). Atferdsvansker - kortvarig foreldre-rådgiving og lærerkonsultasjon i arbeidet med atferdsvansker bland barn – modellutprøving i en kommune. *Norges Barnevern*, 1.
- Solholm, R., Kjøbli, J. & Christiansen, T. (2013). Early Initiatives for Children at Risk – Development of a program for the prevention and treatment of behavior problems in primary services. *Prevention Science*, 14, 535–544.
- Skogen, J. C., & Torvik, F. A. (2013). Atferdsforstyrrelser blant barn og unge i Norge: Beregnet forekomst og bruk av hjelpetiltak. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Skov, M. (2013). *Analyse af de økonomiske konsekvenser: Parent Management Training – Oregon (PMTO)*. København: Rambøll Management

- Consulting.
Weisz, J. R., Chorpita, B. F., Palinkas, L. A., Schoenwald, S. K., Miranda, J., Bearman, S. K., Daleiden, E. L., . . . Mayberg, S. (2012). Testing standard and modular designs for psychotherapy treating depression, anxiety, and conduct problems in youth: A randomized effectiveness trial. *Archives of General Psychiatry*, 69, 274–282.
- Weisz, J. R., Kuppens, S., Eckshtain, D., Ugue-
to, A. M. Hawley, K. M., Jensen-Doss, A. (2013). Performance of Evidence-Based Youth Psychotherapies Compared With Usual Clinical Care: A Multilevel Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 70, 750-761.
- Zeiner, P., Bache-Hansen, E., Eskeland, S., Ogdén, T., Rypdal, P., & Sommerschild, H. (1998). *Barn og unge med alvorlige atferdsvansker*. Oslo: Norges Forskningsråd.

John Kjøbli

Postboks 7053 Majorstuen
0306 Oslo.
Telefon: 2320584.
john.kjobli@atferdssenteret.no

Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis

RKBU Vest - Regionalt
kunnskapssenter for barn og unge

Roar Solholm

Universitetet i Bergen

Marit Reer

Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis

Terje Christiansen

Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis

Elisabeth Askeland

Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis

Gunnar Bjørnebekk

Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis