

Forskningsoversikt om alvorlige atferdsvansker blant barn og unge

Vedlegg til hovedrapport

Evaluering
Divisjon for samfunn og helse





Forskningsoversikt om alvorlige atferdsvansker blant barn og unge

**Av Elisabeth Backe-Hansen, Tonje Gundersen,
Marie Hatlelid Føleide og Aina Winsvold**



Forord

Denne forskningsoversikten er skrevet på oppdrag av Norges forskningsråd, som et ledd i den pågående evalueringen av Atferdssenteret. Det har vært interessant å få anledning til å sette seg nærmere inn i det som er en meget omfattende litteratur innen et viktig felt både innen barnevernet og psykisk helse for barn og unge – nemlig hva som er de beste tiltakene for barn og unge med atferdsvansker.

Vi vil takke NOVAs forskningsbibliotekar, Tordis Korvald, for uvurderlig hjelp med litteratursøkene som ligger til grunn for oversikten. Vi vil også takke ansatte ved Atferdssenteret for god hjelp med å finne litteratur som ikke nødvendigvis kommer fram ved vanlige søk, og for oppdateringer om senterets virksomhet. Videre vil vi takke medlemmene av utvalget som har ansvaret for evalueringen av Atferdssenteret for grundige og nyttige kommentarer til tidligere utkast. Den endelige rapporten står for forfatterens regning.

Oslo, november 2015

Elisabeth Backe-Hansen, Tonje Gundersen, Marie Hatlelid Føleide og Aina Winsvold

Innhold

1 Innledning	7
1.1 Kort historikk og bakgrunn.....	7
1.2 Begrepsavklaringer	10
1.3 Viktige, udekkede områder så langt.....	12
1.4 Innholdet i resten av rapporten.....	14
2 Framgangsmåte	15
2.1 Systematisk litteratursøk	15
2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	16
2.3 Styrker og begrensninger ved vår tilnæringsmåte.....	17
3 Oversikt over de mest brukte behandlingsprogrammene og miljøene	19
3.1 Innledning.....	19
3.2 Parent Management Training – Oregon, PMTO	20
3.4 De Utrolige Årene, DUÅ	21
3.4 Tidlig innsats for barn i risiko, TIBIR.....	22
3.5 Positiv Atferd i Læring og Samspill, PALS	22
3.6 Multisystemisk Terapi, MST	23
3.7 Funksjonell Familieterapi, FFT	24
3.8 Aggression Replacement Training, ART	24
3.9 Multidimensjonell behandling i fosterhjem, TFCO.....	25
3.10 Multifunksjonell behandling i institusjon og nærmiljø, MultifunC.....	26
4 Forskning om programmer som primært er rettet mot å redusere barns atferdsvansker	28
4.1 Innledning.....	28
4.2 Parent Management Training – Oregon (PMTO).....	29
4.3 De utrolige årene DUÅ	38
4.4 Tidlig innsats for barn i risiko – TIBIR.....	45
4.5 Positiv atferd, støttende læringsmiljø og samhandling, PALS.....	49
4.6 Sammenlikninger mellom programmer og søken etter felleselementer	52
4.7 Oppsummering.....	56
5 Forskning om programmer som primært er rettet mot å redusere unges atferdsvansker	67
5.1 Innledning.....	67
5.2 Multisystemisk Terapi, MST	67
5.3 Funksjonell familieterapi, FFT	81
5.4 Aggression replacement training – ART.....	82
5.5 Treatment Foster Care – Oregon TFCO (tidligere MTFC)	86
5.6 Multifunksjonell behandling i institusjon og nærmiljø MultifunC.....	92
5.7 Oppsummering.....	95

6 Brukerevalueringer	114
6.1 Norske studier	114
6.2 To studier om MST	115
6.3 Svensk studie om TFCO	116
6.4 Oppsummering.....	117
7 Atferdssenteret og andre forskningsmiljøer	119
7.1 Atferdssenteret sammenliknet med andre forskningsmiljøer	119
7.2 Atferdssenterets tyngde sammenliknet med andre miljøer i Norge, Sverige og Danmark.....	122
7.3 Evaluering av egne programmer	125
7.4 Avslutning.....	127
8 Avsluttende diskusjon	129
8.1 Utfordringer knyttet til forskningen vi har gjennomgått	129
8.2 Transport av metoder mellom land og fra eksperiment til klinikk.....	132
8.3 Har utviklingen i kontroversene rundt evidensbasert praksis betydning?.....	133
8.4 Brukerperspektivet	134
8.5 Kostnadseffektivitet	135
8.6 Et etisk spørsmål.....	136
8.7 Veien videre?	137
Referanser	140
Vedlegg 1: Søkeord og søkestrenger	150
Vedlegg 2: Noen hyppig brukte forkortelser	154
Vedlegg 3: Tabelloversikt over artikler som er gjennomgått	156

1 Innledning

1.1 Kort historikk og bakgrunn

Ekspertkonferanse og ekspertuttalelse fra 1998 var startskuddet

I 1997 ga daværende Barne- og likestillingsdepartementet (BLD) Norges forskningsråd i oppdrag å arrangere en ekspertkonferanse om barn og unge med alvorlige atferdsvansker. Samtidig skulle en ekspertgruppe anbefale valg av tilnærminger for å forebygge og behandle atferdsvansker blant barn og unge (Norges forskningsråd, 1998). På det tidspunktet anslo man omfanget av atferdsforstyrrelser i diagnostisk, psykiatrisk forstand til å være rundt fem prosent av barnebefolkningen, hvilket gjorde dette til den vanligste, psykiatriske forstyrrelsen blant barn og unge i Norge (Norges Forskningsråd, 1998).

Konferansen ble arrangert i 1998, med deltakere fra hele landet. Hovedinnlederne var de ansvarlige for utviklingen av tre amerikanske, evidensbaserte programmer: The Incredible Years, på norsk De utrolige årene (DUÅ), Parent-Management Training (PMT, senere PMTO for Oregon) og Multi-Systemic Therapy (MST). De to første er rettet mot barn, det siste primært mot unge.

Det ble startskuddet for introduksjonen av de tre programmene til Norge. Det daværende Barne- og likestillingsdepartementet opprettet tre prosjektstillinger i 1999, en nasjonal prosjektleder for hver av metodene og en administrativ medarbeider. Parallelt ble det med midler fra Barne- og familiedepartementet og daværende Helsedepartementet opprettet en forskningsenhet ved Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo. Enheten skulle utvikle behandlingsfaglig kompetanse for målgruppen og evaluere tiltakene som ble prøvd ut. Bevilgningen hadde en tidsramme på fem år, og enheten arbeidet med implementering av PMTO og MST. Prosjektet ble avsluttet i 2003, og samtidig ble som kjent, Atferdssenteret (Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis) etablert¹. MST og PMTO ble implementert etter råd fra en ekspertgruppe, og finansiert av flere departementer og den fylkeskommunale forvaltningen. Selve implementeringen skjedde i et samarbeid mellom et nasjonalt senter, barneverntjenesten og psykisk helsevern (Ogden 2010).

Etter hvert har flere programmer blitt implementert av Atferdssenteret. Per 2015 utgjør porteføljen i alt seks evidensbaserte programmer: Tidlig hjelp til barn i risiko (TIBIR), Funksjonell familieterapi (FFT), Multi-treatment Foster Care (MTFC, nå Treatment Foster Care Oregon eller TFCO) og Positiv atferd, støttende læringsmiljø og samhandling (PALS) i tillegg til MST og PMTO. Parallelt ble det utviklet et institusjonstilbud for unge med alvorlige atferdsvansker (MultifunC) i

¹ Se www.atferdssenteret.no

regi av Barne- og likestillingsdepartementet, basert på Andreassens (2003) systematiske oversikt over tiltak for denne målgruppa. DUÅ administreres av Universitetet i Tromsø, og programmet Aggression Replacement Training (ART) av Diakonhjemmets høgskole i Stavanger. Programmene beskrives nærmere i kapittel 3, og det er forskning om disse ni programmene som blir gjennomgått i kunnskapsoversikten. Atferdssenteret arbeider også med utvikling og implementering av nye programmer, og noen av disse vil vi komme tilbake til i siste kapittel.

En rapport fra 1995 i regi av BLD ble en viktig bakgrunnsfaktor

I 1995 kom en rapport fra en faggruppe i regi av BLD, der målsettingen var å finne fram til hvordan egnede behandlings- og opplæringstilbud best kan utformes, organiseres og kvalitetssikres for unge med alvorlige atferdsvansker (BLD 1995:7). Dette var særlig viktig fordi alvorlige atferdsvansker var tatt inn som eget inngrepskriterium i den nye barnevernloven av 1992². Rapporten påpekte at selv om antallet unge som var plassert utenfor hjemmet på grunn av atferdsvansker var relativt lavt, utgjorde de en stor utfordring for barneverntjeneste og andre hjelpeinstanser. Da med tanke på hvordan disse instansene skulle legge forholdene til rette for forebygging og reduksjon av behovet for tvangstiltak, samt kunne gi adekvat behandling og opplæring til de unge. Faggruppa skulle utrede og komme med forslag til endringer i rammene for det faglige innholdet i behandlingstilbudet, utrede og komme med mulige forslag til løsninger for det helhetlige tilbudet til målgruppa og utrede hvordan kvaliteten på tilbudet kunne sikres best mulig (op. cit.:8). Dette var i tråd med forarbeidene til den nye loven, hvor det ble formulert en målsetting om økt vekt på forebyggende tiltak og en utvikling i retning av færre plasseringer utenfor hjemmet. På den organisatoriske siden konkluderte rapporten med et behov for at tiltak og konsultasjon skulle samles på fylkeskommunalt nivå. Når det gjaldt innholdet i tiltakene, inklusive kompetanseoppbygging, kom imidlertid ikke rapporten med konkrete forslag til programmer eller tilnæringsmåter. Det ble i stedet lagt vekt på hvilke elementer som burde være til stede (op. cit.: 109 ff). Dreiningen mot å implementere manualbaserte og evidensbaserte programmer kom derfor først med ekspertutvalgets innstilling i 1998.

² Bvl. § 4-24 definerer alvorlige atferdsvansker slik:

«Et barn som har vist alvorlige atferdsvansker ved alvorlig eller gjentatt kriminalitet, ved vedvarende misbruk av rusmidler eller på annen måte». Med andre ord en definisjon primært basert på bestemte typer atferd, ikke på en diagnostisk prosess knyttet til diagnosesystemer som ICD 10 eller DSM V.

Kobling mellom evidensbaserte tiltak mot alvorlige atferdsvansker og barnevernet

Staten overtok ansvaret for de fylkeskommunale oppgavene i 2004. I tiden før dette var en sentral oppgave for det fylkeskommunale barnevernet nettopp å styrke kompetansen og øke tilgjengeligheten av tjenester for familier med barn og unge med atferdsvansker. Her sto særlig PMTO og MST sentralt (Backe-Hansen et al 2011:54). Fra 2004 overtok det statlige barnevernet ansvaret fra fylkeskommunene. PMTO og MST fikk status som hjelpetiltak i statlig regi, mens MultifunC skulle ivareta behovet for egne institusjonsplasser for unge med alvorlige atferdsvansker i regi av Bufetat. PMTO og MST har vært registrert som egne tiltakskategorier i barnevernsstatistikken fra 2002³. Fra 2013 har DUÅ og Funksjonell familieterapi (FFT) kommet til som egne tiltak i barnevernsstatistikken, men er brukt i vesentlig mindre omfang. I 2013 og 2014 mottok til sammen 54 nye barn DUÅ og 200 nye barn og unge mottok FFT (Kilde: SSBs barnevernsstatistikk).

Var omfanget overestimert, eller har det blitt mindre?

Evidensbaserte tilnærminger til forebygging og behandling av barn og unge med alvorlige atferdsvansker har med andre ord en relativt kort historie i Norge. Per i dag kan det også se ut som om anslaget på fem prosent med alvorlige atferdsforstyrrelser var i overkant. En nyere kunnskapsoversikt anslår antallet til å være ca. 30.000 i aldersgruppa mellom 4 og 18 å. Det vil si ca. 2,7 prosent av en barnebefolkning på 1.1 millioner eller tilnærmet en halvering av det opprinnelige anslaget (Skogen og Torvik, 2013).

Det kan selvsagt tenkes at implementeringen av de ulike programmene har medvirket til den antatte reduksjonen i forekomst. Samtidig har vi sett en endring i ungdommers egenrapporterte problemer som går i samme retning. Siden 1990-tallet viser gjentatte skolebaserte ungdomsundersøkelser både i Norge og i for eksempel Danmark at det har skjedd en reduksjon i andelen som oppgir at de har begått antisosiale handlinger eller kriminalitet eller prøvd rusmidler. Derimot har det skjedd en viss økning i andelen som rapporterer mer internaliserende problemer⁴.

Tilsvarende har det skjedd en klar nedgang i *andelen* barnevernstiltak som iverksettes på grunn av atferdsvansker hos barn og unge, fra 12,2 prosent av nye tiltak i 2003 til 4,7 prosent i 2014. Reduksjonene har vært både i andel og antall: fra 1505 i 2003 til 1167 i 2014. Denne reduksjonen skjedde samtidig som antallet

³ Ettersom staten prioriterte bruken av disse tiltakene, har også kommunene sluppet å betale egenandel for å bruke dem helt fram til nå.

⁴ Se f.eks. <http://vitenogpraksis.no/Barn-og-une/Pliktoppfyllende-generasjon-sliter-mer-psykisk> om utviklingen i Norge og http://www.sfi.dk/visning_af_nyhedsoverskrifter-034.aspx?Action=1&NewsId=4538&PID=11149 om utviklingstrekk i Danmark.

nye barn og unge med barnevernstiltak per år *økte* med ca. 50 prosent fra 2003 til 2014.

1.2 Begrepsavklaringer

Norges forskningsråd har etterspurt en kunnskapsoversikt om alvorlige atferdsvansker hos barn, med angitt aldersspenn fra to til 18 år. Vi kommer derfor til å bruke betegnelsene barn, barn og unge, og unge om hverandre ut fra det som er relevant for forskningen som inkluderes i oversikten. Vi vet dessuten at ulike programmer retter seg mot noe ulike aldersgrupper. Samtidig vil vi regne med at andelen med alvorlige atferdsvansker øker med alder. Vi vil imidlertid påpeke allerede nå at de yngste barna som har inngått i de studiene vi har inkludert, var 3 eller 4 år gamle.

Aldersspennet to til 18 år er langt, og dekker år med enorme forandringer når det gjelder menneskelig utvikling og fungering. Hvordan atferdsvansker forstås, varierer også avhengig om det er snakk om små barn, større barn eller ungdom. For eksempel gir det liten mening å snakke om vedvarende kriminalitet og rusmisbruk blant små barn. Vi forutsetter at alder vil ha betydning for resultatene fra mye av den forskningen vi har inkludert, både når det gjelder prevalens, risiko, inklusjonskriterier, alvorlighetsgrad og innsatser og deres effekt.

I oppdragsbeskrivelsen brukes betegnelsen «alvorlige atferdsvansker», som også var tittelen på forskningsrådets ekspertuttalelse fra 1998. Den gangen ble det brukt flere betegnelser for å avgrense målgruppe for ekspertuttalelsen, nemlig atferdsproblemer, (alvorlige) atferdsvansker, atferdsforstyrrelser, aggressiv og eksternalisert atferd, antisosial atferd og sosiale og emosjonelle vanskeligheter. Dels tyder dette på ulike terskler for å vurdere atferd som uttrykk for atferdsvansker. Som det også ble påpekt i ekspertuttalelsen, ble slike betegnelser brukt med utgangspunkt i ulike faglige tradisjoner, i hvilke elementer ved den avvikende atferden som man var opptatt av, eller som juridiske betegnelser. Dette gjorde det vanskelig å klargjøre hvem som egentlig hører hjemme i målgruppa. Som det også ble påpekt, var vurdering av atferdens alvorlighetsgrad det viktigste hjelpemidlet.

Denne variasjonen i begrepsbruk finnes fortsatt (Skogen og Torvik 2013), og kan eksemplifiseres ved skillet mellom den diagnostiske betegnelsen atferdsforstyrrelser og (alvorlige) atferdsvansker som brukes i lov om barneverntjenester og ulike barnevernstiltak.

Atferdsforstyrrelser

Betegnelsen atferdsforstyrrelser brukes altså i diagnostisk sammenheng, der bestemte kriterier må tilfredsstilles for at diagnostisering kan skje. Dette innebærer relativt høy grad av presisjon i forhold til gitte inklusjonskriterier. Det internasjonale klassifiseringssystemet ICD 10 har en egen kategori for atferdsforstyrrelser (F 91.0-9, Conduct Disorder). Her defineres atferdsforstyrrelse

som en psykologisk forstyrrelse som diagnostiseres i barne- og ungdomsalder. Den viser seg gjennom vedvarende og avvikende atferdsmønstre der andres grunnleggende rettigheter krenkes eller viktige, aldersadekvate normer brytes. Atferden kalles ofte antisosial. Det amerikanskbaserte diagnosesystemet DSM-V har en tilsvarende definisjon, og omfatter fire atferdskategorier som kan være til stede i barnets eller ungdommens atferd: aggresjon mot mennesker og dyr, ødeleggelse av ting, lureri og tyverier og alvorlige normbrudd⁵.

Det understrekes at atferdsforstyrrelser ofte har sammenheng med ulike funksjonsvansker, og at det foreligger betydelig risiko for komorbiditet med for eksempel ADHD, opposisjonell atferdsforstyrrelse og liknende tilstander. Litteraturen som er gjennomgått i forbindelse med denne kunnskapsoversikten, inneholder en god del forskning om behandling av barn og unge med atferdsforstyrrelser i kombinasjon med ADHD. Denne forskningen har vi i all hovedsak valgt å ikke ta med fordi antallet studier da ville blitt for omfattende sett i forhold til kunnskapsoversiktens tidsmessige rammer. Noen av studiene vi har inkludert diskuterer dog programmenes effekt for ADHD og atferdsvansker separat. Spørsmålet som reises, er gjerne i hvor stor grad programmene også har effekt hvis barn eller unge har ADHD, eventuelt om effekten er like stor. Her virker resultatene relativt flertydige, men det får vi ikke analysert nærmere i vår rapport.

Atferdsvansker i henhold til barnevernloven og ulike barnevernstiltak I *barnevernloven* defineres alvorlige atferdsvansker som alvorlig eller gjentatt kriminalitet, vedvarende bruk av rusmidler eller annet. Kategorien «annet» kan selvsagt romme de atferdsbeskrivelsene som brukes i diagnosesystemene. I barnevernstiltaket *MultifunC*, et evidensbasert institusjonstilbud som er rettet mot unge med alvorlige atferdsvansker og høy risiko for fortsatt problemutvikling, defineres alvorlige atferdsvansker som «vold, rus, kriminalitet eller på annen måte»⁶. I Barne-, ungdoms- og familiedirektoratets (Bufdir) beskrivelse av *MST* framgår det at atferdsvansker (NB! Ikke alvorlige atferdsvansker) kan vise seg i form av voldelig eller aggressiv atferd eller det kan dreie seg om ungdom som har problemer på skolen, ruser seg eller som har venner med uheldig innflytelse⁷. En tilsvarende beskrivelse finnes på Atferdssenterets hjemmesider, bare at man her opererer med betegnelsen alvorlige atferdsvansker⁸. *PMTO*, som er rettet mot foreldre og barn mellom tre og 12 år, avgrenses av Bufdir til å omfatte tydelige tegn på atferdsvansker som høyt aggresjonsnivå, mangelfull selvkontroll,

⁵ Se <http://en.wikipedia.org/wiki/Conductdisorder>

⁶ Se <http://multifunc.org/html/malgruppe.html>

⁷ Se <http://bufetat.no/barnevern/atferd/mst/>

⁸ Se <http://www.atferdssenteret.no/multisystemisk-terapi-mst/category150.html>

trassighet og svake sosiale ferdigheter⁹. Symptomer på alvorlige atferdsproblemer beskrives som at barnet: er i konstant opposisjon, viser liten vilje til samarbeid og/eller mangelfull sinnekontroll, viser uvanlig stor trassighet, har svake sosiale ferdigheter og at samhandlingsmønstre mellom foreldre og barn er kjennetegnet av gjensidig negativitet som har vart minimum et halvt år¹⁰.

Betegnelsen atferdsvansker blir følgelig mindre presis enn begrepet atferdsforstyrrelser, blant annet fordi tidsperspektivet er mindre framtrødende, noe som også gir ulike inntrykk av hvor alvorlig atferd det er snakk om. Felles for begge tilnæringsmåter er koblingen opp mot sosialt uakseptable handlinger. Av dette følger et behov for refleksjon over hva slags normbrudd som bør inngå i definisjonen som brukes, og det blir viktig å inkludere alvorlighetsgraden.

Variasjonene i de definisjonene som brukes til å beskrive fenomenet denne kunnskapsoversikten skal omhandle, gjenspeiler seg også i den litteraturen vi har gjennomgått. Vi har valgt å ta med litteratur som bruker ulike definisjoner, ettersom det er slik forskningsfeltet er. Samtidig er det viktig å ha i mente at ulike definisjoner og lite konkrete operasjonaliseringer kan gjøre forskningen vi refererer til vanskeligere å sammenlikne og veie opp mot hverandre. Slike aspekter har vi vært nødt til å forholde oss til underveis i presentasjonen av foreliggende forskning.

1.3 To viktige, men udekkede områder så langt

Alvorlige atferdsvansker og et minoritetsperspektiv

Hva som vurderes som alvorlige atferdsvansker, kan vurderes ulikt avhengig av kulturell kontekst. Dette bør prege utviklingen av tiltak. Jávo (2010) diskuterer både MST, PMTO og De Utrolige Årene, og hevder at det ikke har kommet tydelige svar fra forskningen så langt når det gjelder de evidensbaserte programmene evne til å tilpasse seg personer med ulik kulturbakgrunn, for eksempel etniske minoriteter. Noen studier indikerer at minoritetsforeldre er mindre mottakelige for oppdragelsesstrategiene som brukes i disse programmene, og at resultatene derfor blir dårligere. Videre har man sett indikasjoner på at motivasjonen for deltakelse i programmene er lavere blant minoritetsforeldre, og at frafallet har vært større (Caughty et al 2003, Cunningham et al 2000, Kazdin & Weisz i Jávo 2010:133).

I Norge er det bare PMTO som er prøvd ut med minoritetsforeldre som målgruppe. Doktoravhandlingen til Bjørknes (2011) var basert på utprøving av programmet blant i alt 96 mødre fra Pakistan og Somalia. Det var visse problemer

⁹ Se se <http://www.bufetat.no/barnevern/atferd/pmto/>

¹⁰ Se <http://www.atferdssenteret.no/parent-management-training-oregon-pmto/category158.html>

med oppmøte, som samsvarer med påpekningene til Jávo (2010). Avhandlingen viser for øvrig at mødrene som hadde fulgt foreldreprogrammet rapporterte bedre foreldreferdigheter og mindre problematferd hos barna, enn mødre i kontrollgruppen som sto på venteliste. Mekanismene for den positive endringen var mors positive endringer i foreldreferdigheter, som igjen var en konsekvens av å ha deltatt i programmet. Resultatene er i tråd med tidligere forskning på PMTO, og viser at metoden kan ha positive effekter for etniske minoritetsfamilier i Norge. Vanskeligheten med å finne studier som involverer minoriteter og som diskuterer programmets egnethet, viser at det er behov for mer kunnskap på dette feltet.

Barn, unge og foreldres medvirkning

Barn og unges rett til medvirkning er nedfelt i den norske Grunnlovens § 104, 2. ledd. Brukernes oppfatning er også et vesentlig element i den vanligste definisjonen av evidensbasert praksis der den beste tilgjengelige vitenskapelige kunnskapen skal kombineres med klinisk ekspertise og pasientens verdier og preferanser (Sackett et al. 2000). Vi var følgelig interessert i å undersøke om det finnes studier av hvorvidt og på hvilke måter barn og unge medvirker i utviklingen og implementeringen av de evidensbaserte programmene.

Selvsagt gir barn og unge informasjon om seg selv når de fyller ut ulike kartleggings- og diagnostiske skjemaer for enten å tilbys behandling eller for å vurderes i forskningssammenheng. Disse spørsmålene er imidlertid formulert av voksne, med intensjoner som er definert av behandlere eller forskere.

Det vi var ute etter, var for det første om noen studier beskriver barns og unges vurderinger av tiltaket de har mottatt. Særlig i noen av de skolebaserte studiene har forskere innhentet barn og unges mening om tiltakene gjennom spørreskjemaer, men det ser ikke ut til å være en hyppig valgt tilnæringsmåte. Det ser også ut som om det er mindre vanlig å innhente barn og unges oppfatning i de hjemmebaserte programmene, med unntak av MST. Dette kan ha sammenheng med at deltakerne i PMTO og DUÅ er yngre.

Videre var vi interessert i om det finnes studier der barn og unge har blitt konsultert underveis i en implementerings- eller evalueringsprosess. Er det for eksempel slik at barn og unge blir bedt om å reflektere over hvordan tiltakene ble forklart og implementert, og å gi råd om alternative framgangsmåter. Man kan også tenkt seg at barn og unge gis anledning til å reflektere over hva som er viktig ved deres skolesituasjon, for eksempel når det gjelder mobbing og plaging eller læringsmiljøet i sin helhet. Noe som vil være viktig kontekstuell informasjon for forskere. En slik tilnæringsmåte har vi ikke funnet i noen av studiene som er gjennomgått.

Leser man beskrivelsene av de seks programmene Atferdssenteret har ansvaret for på senterets hjemmesider, står det ingenting der om brukernes

oppfatninger og verdier. Dette er heller ikke tematisert på hjemmesidene til De Utrolige Årene eller ART-senteret.

Det virker mer vanlig å etterspørre foreldres og læreres oppfatninger, kanskje fordi det er de som forholder seg til barna programmene er rettet mot å hjelpe. Men også her ser det ut til å være mer vanlig å gjennomføre tilfredshetsundersøkelser, som handler om deltakernes vurdering av om programmene hjelper, eller vurderinger av ulike elementer i programmene. Foreldre og lærere ser imidlertid ikke ut til å bli involvert i forkant.

1.4 Innholdet i resten av rapporten

Kapittel 2 er rapportens metodekapittel, her redegjør vi for inklusjons- og eksklusjonskriterier for de artiklene som er gjennomgått. I tillegg diskuterer vi sterke og svake sider ved vår tilnæringsmåte, som best kan karakteriseres som en «State of the art» kunnskapsoversikt der de avsluttende diskusjonene bygger på spørsmål som er stilt til de artiklene som inngår.

I kapittel 3 beskriver vi kort de evidensbaserte programmene som er innført i Norge, og for øvrig også i Sverige og Danmark, for å gi et bakteppe for presentasjonen av studier. I kapittel 4 og 5 presenterer vi forskningen om programmene med vekt på norske og andre nordiske studier. Kapittel 4 presenterer forskning om programmer som er rettet mot barn, samt forskning om felleselementer. Kapittel 5 presenterer forskning om programmer som er rettet mot ungdom.

Kapittel 6 gir så en kort oppsummering av de få studiene vi har funnet om brukernes oppfatning av å delta i disse programmene, mens kapittel 7 diskuterer Atferdssenteret i forhold til andre miljøer i de skandinaviske landene. I rapportens siste kapittel, kapittel 8, diskuterer vi mer generelle kjennetegn ved forskningen som er gjennomgått, samt utfordringer for feltet vi mener bør adresseres framover.

Rapporten har tre vedlegg. Vedlegg 1 er en oversikt over søkeord og søkestrenger som lå til grunn for litteraturen vi har gjennomgått. Vedlegg 2 er en «ordliste» over forkortelsene som brukes både i artiklene og i vår tekst. En oversikt i tabellform over litteraturen som er gjennomgått finnes som vedlegg 3.

2 Framgangsmåte

2.1 Systematisk litteratursøk

I samarbeid med NOVAs forskningsbibliotekar ble det først gjennomført omfattende og systematiske litteratursøk i nordiske og internasjonale databaser. Følgende nordiske databaser ble gjennomgått: Bibsys, Norart, Libris, SweMed, Danbib, Fennica og Helka. Følgende internasjonale databaser ble gjennomgått: Cochrane Library, PsychINFO, Embase, CRD med blant andre Database of Abstract Reviews (DARE), Cinahl, Web of Science med hovedfokus på Social Sciences Citation Index (SSCI), Sociological Abstracts, Campbell Library, ERIC, Google Scholar og Medline. Fullstendig oversikt over databaser som ga relevante treff, finnes i vedlegg 1. I tråd med oppdraget ble søket begrenset til tidsrommet 2008-2015.

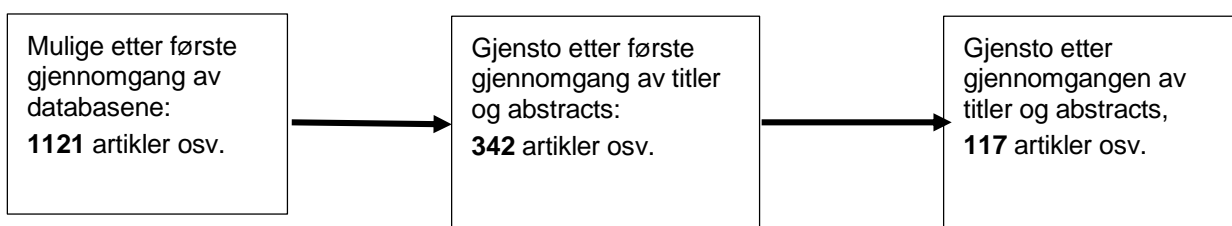
For å sikre kjennskap til de nyeste studiene og rapportene ble det også søkt etter publikasjoner om atferdsvansker, inklusive rapporter og såkalt «grå» litteratur. Gjennomgang av litteraturlistene til kunnskapsoppsummeringer og andre studier har generert ytterligere relevant litteratur, og noen flere studier kom dessuten til senere, i forbindelse med revisjonen av førsteutkastet til forskningsoversikten.

Målgruppa ble avgrenset ved hjelp av søkeord som atferdsforstyrrelse, alvorlige atferdsvansker, antisosial atferd og liknende engelske termer, samt strenger med sammensetninger av relevante ord. Eksempler er forekomst av alvorlige atferdsvansker eller atferdsforstyrrelser, risikofaktorer for alvorlige atferdsvansker/atferdsforstyrrelser, programevalueringer og alvorlige atferdsvansker/atferdsforstyrrelser osv. (se vedlegg 1 for fullstendig oversikt).

Søkene genererte 1121 abstracts eller titler, hvorav 342 artikler, rapporter og bøker ble gjennomgått. Antallet ble stort fordi vi i første omgang valgte å inkludere alt fra mastergrader og «grå» rapporter til fagfellevurderte artikler og metastudier, så lenge temaet virket relevante. Studier fra nordiske land utgjør nærmere halvparten av disse. Winsvold og Føleide gikk først gjennom studiene hver for seg på den måten at alle abstracts ble lest. Deretter ble vurderingene sammenliknet. Ved uenighet diskuterte de seg fram til en løsning.

Aktuell litteratur ble så gjennomgått i sin helhet og inkludert i litteraturoversikten hvis de viste seg å være relevante. I neste omgang har så Gundersen og Backe-Hansen lest gjennom dette utvalget av litteraturen på nytt, og gjort et endelig utvalg på i alt 116 artikler osv (se vedlegg 3 for en fullstendig oversikt). Her inngår også noen studier vi fant helt i slutfasen av arbeidet. I litteraturlisten har vi i tillegg tatt med litteratur som er henvist til i rapporten, men som ikke nødvendigvis inneholdt studier vi har gjennomgått i forskningsoversikten. Backe-

Hansen og Gundersen har hatt hovedansvaret for den endelige utformingen av forskningsoversikten.



Figur 2.1: Oversikt over innhenting av litteratur

2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I utgangspunktet inkluderte vi studier fra 2008 og nyere fordi denne avgrensningen lå i mandatet for oppdraget. Det viste seg imidlertid at det også ble nødvendig å ta med en del eldre studier fordi aktuelle primærstudier var publisert tidligere. Det gjaldt i tillegg noen systematiske litteraturgjennomganger og metastudier.

I tråd med spesifikasjonen av oppdraget ønsket vi å prioritere nordiske studier, og eventuelt andre europeiske studier av spesiell interesse. Svært mye av forskningen om de evidensbaserte programmene har foregått i USA, hvilket ikke er overraskende ettersom programmene stort sett er utviklet der og senere implementert og eventuelt videretruviklet i andre land. Likevel har vi stort sett utelatt amerikanske studier med mindre de er av spesiell interesse for formålet med denne forskningsoversikten. Vi har også utelatt lærebøker og mer generelle beskrivelser og diskusjoner av programmene.

Som nevnt i kapittel 1, defineres alvorlige atferdsvansker på litt ulike måter. Dette gjenspeiles også i litteraturen vi har gjennomgått. Vi har imidlertid valgt å ikke ekskludere noen relevante studier på grunn av litt uspesifikke definisjoner av målgruppa. Det samme gjelder kontrollgruppene og deres kjennetegn og tiltak. Dermed fikk vi en mindre stringent gjennomgang, men samtidig en gjennomgang som reflekterer studiene som de er. Dette kan i seg selv kalles et resultat.

I tillegg kommer at noen studier fokuserer spesielt på alvorlige atferdsvansker, mens andre studerer atferdsvansker sammen med andre problemer som internaliserende atferd, emosjonelle vansker, ADHD osv. På grunn av omfanget for vårt oppdrag har vi valgt å inkludere begge typer studier, men konsentrere oss om resultater knyttet til alvorlige atferdsvansker i presentasjoner og analyser. Vi vil imidlertid påpeke at man i nyere litteratur har blitt mer opptatt av hvorvidt og på hvilke måter de evidensbaserte programmene kan hjelpe med flere problemtyper, for eksempel ved å sette sammen virksomme elementer fra flere programmer.

Programmene som er inkludert, retter seg samlet mot barn og unge i alderen tre til 18 år. Følgelig har vi ikke utelatt noen studier på grunn av deltakernes alder.

Vi valgte å ikke ekskludert noen studier på grunn av metode. Tyngden av studiene anvender relevante, bi- og multivariate metoder i analyser av små og middelstore utvalg som varierer fra under 100 til 200 deltakere, som oftest ved hjelp av RCT-design eller andre eksperimentelle tilnæringsmåter. Noen metastudier inkluderer studier som til sammen omfatter flere tusen barn og unge, og i tillegg fant vi noen kvalitative studier. I den andre enden av spekteret fant vi en enkelt studie som analyserte registerdata (Clausen, 2010)¹¹. Flere av de nyeste studiene har også anvendt mer avanserte, statistiske analysemetoder som stianalyser, overlevelsesanalyser og spesialiserte regresjonsanalyser.

Vi har dessuten beskrevet noen masteroppgaver, ikke minst fordi disse gjerne har vært gjennomført i samarbeid med forskere som har vært ansvarlige for å implementere og evaluere de aktuelle programmene. Vi har imidlertid ikke tillagt disse særlig vekt i analysene.

2.3 Styrker og begrensninger ved vår tilnæringsmåte

I 2009 utga Grant og Booth en oversikt over 14 ulike typologier for utforming av kunnskapsoversikter. Utgangspunktet var at ekspansjonen i evidensbasert praksis på tvers av sektorer, etter deres syn, har ført til økt variasjon på dette området. Forfatterne ønsket derfor å beskrive de vanligste typene, og fant fram til 14 ulike typer ved hjelp av SALSA, eller Search, Appraisal, Synthesis and Analysis.

Forskningsoversikten vi har utarbeidet, kan ses som det Grant og Booth (2009) kaller en «State of the art»-gjennomgang, som gjerne diskuterer dagsaktuelle temaer. Metoden kan føre til nye perspektiver på de valgte problemstillingene, eller peke ut temaer for videre forskning. Slike oversikter har betydelig verdi hvis noen ikke kjenner et felt på forhånd, eller når man prøver å identifisere muligheter for forskning. I stedet for å måtte lese et stort antall artikler som beskriver spesifikke utviklingstrekk, kan en leser få en følelse for kvantiteten og de viktigste kjennetegnene ved et felt på grunnlag av en enkelt oversiktsartikkel. Typiske publikasjoner av denne typen er såkalte «Annual Reviews» om et tema. Oversiktene er gjerne deskriptive, men kan inneholde tabeller.

Metoden har de samme begrensningene som enhver «tverrsnittstilnærming» til et felt. Den er imidlertid tidsavhengig, og kan derfor skape et feilaktig bilde av den generelle utviklingen innenfor et felt. For eksempel kan det tenkes at et forskningsfelt kan bli underrepresentert rett og slett fordi det ikke har vært utforsket innenfor det tidsrommet oversikten dekker. Videre kan en ekspert i et felt bli for idiosynkratisk og personlig i sin presentasjon (Grant og Booth, 2009).

¹¹ To nye studier som analyserer utfall mht. skolegang og arbeid for unge som har mottatt MST, basert på barnevernstatistikken, er for tiden under slutføring. De forventes publisert i 2016.

En måte å gardere seg mot dette siste på, er at flere leser de samme tekstene og vektlegger ulike tilnæringsmåter til analysene.

I utgangspunktet ble vi som nevnt over, bedt om å konsentrere oss om norsk og annen nordisk litteratur fra 2008 og senere. En ulempe ved denne avgrensningen viste seg å være at de evidensbaserte programmene stort sett ble implementert i både Norge, Sverige og Danmark fra slutten av 1900-tallet og begynnelsen av 2000-tallet, og at en god del sentrale studier ble publisert før 2008. Et eksempel som vi ble gjort oppmerksom på helt i slutfasen er to effektstudier av FFT som ble publisert før 2008, mens det ikke er kommet noen skandinaviske studier etter dette. Som tidligere nevnt, valgte vi å inkludere sentrale studier om programmene selv om de var publisert før 2008.

Vi har beskrevet et stort antall studier, i alt 117 stykker. Beskrivelsene er stort sett strukturert slik at vi har formidlet hovedinnholdet i studien, forfatterens intensjoner og konklusjoner i teksten. Dette bidrar til transparens når det gjelder våre analyser. Videre har vi oppsummert viktige elementer fra studiene i tabellform på slutten av kapittel 4 (om barn) og 5 (om ungdom). Faktuelle opplysninger om antall, tilnæringsmåte, problemstillinger, svar på disse osv. er summert opp i tabellene i vedlegg 3.

Vi har ikke vurdert kvaliteten på hver enkelt studie, eller diskutert realismen i konklusjonene som ble trukket artikkel for artikkel. Det betyr at vi ikke har vært systematiske når det gjelder å presentere signifikansnivåer, effektstørrelser osv. som man ville gjort i en systematisk oversikt. Dette har ikke minst sammenheng med at storparten av litteraturen vi har gjennomgått, er RCT-studier eller andre eksperimentelle studier som er publisert i refereebaserte tidsskrifter. Dessuten varierer presentasjonen av resultatene en god del fra artikkel til artikkel.

Derimot kom vi etter den første gjennomgangen av materialet fram til en del spørsmål som ble stilt til innholdet i hver enkelt studie, som besvares i oppsummeringene etter hvert kapittel og deretter er en del av grunnlaget for diskusjonen særlig i siste kapittel. Spørsmålene er også styrt av mandatet for forskningsoversikten:

- Hvor omfattende er studiene?
- RCT-studier eller andre studier?
- Bruk av standardiserte kartleggingsinstrumenter i forkant og som mål på endring?
- Rapporteres store, middels eller små effekter, og hvor store er effektene sammenliknet med kontrollgruppene?
- Hva slags forklaringer gis på små og eventuelt ikke-signifikante effekter?
- Forfatterne ansvarlige for implementeringen av programmene (avhengighet eller uavhengighet?)
- Hva slags konklusjoner trekker forfatterne?

3 Oversikt over de mest brukte behandlingsprogrammene og miljøene

3.1 Innledning

I denne kunnskapsoversikten har vi valgt å gjennomgå forskning om følgende ni manualiserte metoder og programmer, som beskrives i dette kapitlet: Parent Management Training – Oregon (PMTO), Multisystemisk Terapi (MST), De Utrolige Årene (DUÅ), Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR), Funksjonell Familierapi (FFT), Multidimensjonell behandling i fosterhjem (TFCO), Multifunksjonell Behandling i Institusjon og Nærmiljø (MultifunC), Aggression Replacement Training (ART) og Positiv Atferd i Læring og Samspill (PALS). Samtlige programmer er evidensbaserte og manualiserte, med større eller mindre rom for lokale tilpasninger. I dette kapitlet gir vi en kortfattet oversikt over disse programmene.

Fire av programmene retter seg primært mot små og mellomstore barn, nemlig PMTO, DUÅ, TIBIR og PALS. Disse presenteres først (avsnitt 3.2-3.5). De to førstnevnte gjennomføres i barnets familie, TIBIR retter seg mot det kommunale tjenestenivået og PALS mot skolen. De fem siste programmene presenteres deretter (avsnitt 3.6-3.10). Disse retter seg primært mot ungdom: MST, FFT og ART mot ungdom som bor hjemme, og TFCO og MultifunC mot unge med andre omsorgspersoner. Til sist i kapitlet oppsummeres noen av de viktigste kjennetegnene ved programmene i en tabell.

Beskrivelsene av programmene PMTO, PALS, MST, TIBIR, FFT og TFCO er i hovedsak hentet fra Atferdssenteret og Bufdir sine hjemmesider¹². Alle disse metodene er det Atferdssenteret som har implementert. Atferdssenteret har også det overordnede ansvaret for å sikre at metodene utøves slik det er forutsatt gjennom etablerte, regionale kvalitetssikringssystemer. Senteret har hovedansvar for faglig innhold, opplæring og kvalitetssikring av de metoder som utprøves. Program og metoder som skal implementeres, må ifølge Atferdssenteret være grundig dokumentert og ha vist seg virksomme for dem som mottar behandlingen. Som det vil gå frem av kunnskapsoversikten, er mange av studiene om disse metodene gjennomført av forskere på Atferdssenteret.

Beskrivelsen av DUÅ er hentet fra Bufdir sine sider og Universitetet i Tromsø v/RKBU Nord-, Midt-, og Vest-Norge¹³, som har ansvaret for opplæring, implementering og forskning. ART – senteret er lagt til Diakonhjemmets høgskole

¹² http://www.bufdir.no/barnevern/Tiltak_i_barnevernet/Metoder/
<http://www.atferdssenteret.no/metoder/categoryIII.html>

¹³ <http://dua.uit.no/>

i Stavanger¹⁴ og har ansvar for opplæring, implementering og forskning. MultifunC har det Bufetat som har ansvaret for.

3.2 Parent Management Training – Oregon, PMTO

PMTO er et strukturert behandlingsprogram for foreldre til barn i alderen 3-12 år med atferdsvansker. PMTO ble utviklet av Gerald Patterson og hans forskergruppe ved Oregon Social Learning Center (OSLC) på 1960-tallet, og introdusert i Norge i 1998.

Grunnlaget for PMTO er sosial interaksjons læringsteori (SIL), en teori om hvordan risikofaktorer i samspill mellom foreldre og barn resulterer i atferdsvansker. I følge denne teorien utvikles antisosial atferd gjennom en gjensidig læringsprosess i interaksjonen mellom foreldre og barn som kjenne- tegnes av fastlåste og tvangspregete samspillsmønstre, og som gir seg utslag i hyppige foreldre-barn konflikter (Patterson 2002).

Hensikten med behandlingsprogrammet er å gjøre foreldre i stand til å erstatte det tvangspregete samspillsmønsteret med positiv involvering, effektiv grensesetting, tilsyn og problemløsning (Ogden og Hagen 2008). PMTO skal bidra til at foreldrene lærer opp i å se positive handlingsalternativer. Sammen med en terapeut formulerer foreldrene felles mål, og mellom hvert møte har foreldrene definerte hjemmeoppgaver der de aktivt skal prøver ut nye strategier i samspill med barna. De viktigste terapeutiske teknikkene er bruk av rollespill og problemløsningsoppgaver, men det benyttes også generelle terapeutiske teknikker (Berge 2010).

PMTO foregår i barnets hjem hvor en terapeut møter foreldrene omtrent en gang i uken, i fire til ni måneder. Dersom begge foreldrene, eventuelt steforeldre, bor sammen med barnet må begge møte og delta. Bor barnet i fosterhjem kan fosterforeldrene delta i PMTO.

PMTO – rådgivning

PMTO – rådgivning er en modifisert form av PMTO, og er et korttidsorientert hjelpetiltak for familier med barn i alderen 3-12 år med mindre omfattende atferdsproblemer eller som står i fare for å utvikle problemer. Rammen for rådgivningen er 3–5 møter av en times varighet. De viktigste temaene er: Gode og effektive beskjeder, systematisk bruk av ros og oppmuntring, grensesetting. Som i PMTO foregår rådgivningen gjennom en kombinasjon av undervisning, dialog og øvelser

¹⁴ <http://www.diakonhjemmet.no/DHS/Om-oss/Institutt-for-vernepleie-og-ergoterapi/Sosial-kompetanse-ART>

PMTO – gruppeundervisning

Målgruppen er foreldre og foresatte til barn i alderen 3–12 år med begynnende atferdsproblemer. Undervisningen er tidsavgrenset og går over 12 ganger à 2,5 timer. Foreldregruppen ledes av to terapeuter.

3.3 De Utrolige Årene, DUÅ¹⁵

DUÅ er et forebyggings- og behandlingsprogram hvor målet er å hjelpe barn i alderen 0–12 år som har atferds- og sosiale vansker og deres familier. DUÅ er et program som er oversatt fra «Incredible Years® parent training» utviklet av dr. Carolyn Webster-Stratton.

I likhet med PMTO er DUÅ inspirert av Patterson's sosialinteraksjonistiske læringsteori, og inneholder derfor mange av de samme elementene. Felles er styrking av foreldrenes oppdragsferdigheter og etablering av positive relasjoner mellom foreldrene og barnet, samt reduksjon av strenge oppdragsmetoder (Drugli 2013).

DUÅ baserer sin teori på moderne utviklingspsykologi, tilknytningsteori, moderne atferdsanalyse, og kunnskap om gruppeprosesser. Programserien tilbyr moduler som dekker både universalforebyggende-, indikert forebyggende- og behandlingstiltak for barn og deres foreldre.

Målgruppen for DUÅ er foreldre, ansatte i skoler og barnehager og barn. Programmet skal styrke omsorgspersonenes kompetanse i å forebygge og behandle atferdsproblemer til barna. I tillegg til å redusere atferdsproblemer er formålet med programmet å styrke barnets sosiale kompetanse og følelsesmessige reaksjoner.

Kursene er gruppebasert slik at deltakerne kan dele med hverandre og drøfte ulike problemstillinger. I likhet med de andre modellene omtalt i denne studien er DUÅ manualbasert, blant annet man går gjennom fastlagte temaer i en bestemt rekkefølge. Mellom hver gruppesamling skal kursdeltakerne jobbe med hjemmeoppgaver.

I barnegruppene er målet å styrke emosjonell og sosial kompetanse, selvbilde og opplevelsen av mestring. Videre skal deltakerne trene på konfliktløsning, empati, sinnemestring og selvkontroll.

Skole- og barnehageprogrammet har som mål å styrke lærerens kompetanse i forebygging og håndtering av atferdsproblemer, styrke kompetanse i klasseledelse og variasjon av læringstilnærmelser.

Foreldreprogrammene har som mål å fremme foreldrenes kompetanse i håndtering og forebygging av atferdsvansker. Sentrale temaer er relasjonsbygging, positivt samspill, grensesetting og problemløsningsstrategier.

¹⁵ Presentasjonen er hentet fra DUÅ sin hjemmeside:
<http://dua.uit.no/>

3.4 Tidlig innsats for barn i risiko, TIBIR

TIBIR er av Atferdssenteret og er rettet mot det kommunale tjenestenivået. Målet er forebygging og behandling av atferdsvansker hos barn. Programmet har to målgrupper.

Den ene målgruppen for TIBIR er barn i alderen 3-12 år som har eller står i fare for å utvikle atferdsvansker og deres foreldre. Målsettingen med TIBIR er å forebygge og avhjelpe atferdsproblemer på et tidlig tidspunkt, samt bidra til å utvikle barns positive og prososiale atferd.

Den andre målgruppen er ansatte i de kommunale hjelpe- og støtte-tjenestene for barn og familier (for eksempel helsestasjoner, barnehager, skoler, pedagogisk-psykologisk tjeneste og barneverntjenesten), og sentrale tjenesteledere. Målsettingen her er å gi ansatte og ledere som arbeider og har ansvar for barn en felles forståelse av hvordan atferdsproblemer oppstår og kan avhjelpes gjennom opplæring og informasjon. Helsepersonell gis undervisning og oppfølging i fem program-moduler som fremmer kunnskap og forståelse for risikofaktorer for barn med problematferd (Kjøbli og Sørli 2008: 366). TIBIR skal være en helhetlig tiltakskjede der intervensjonene er i overensstemmelse med målgruppens behov og forutsetninger.

Programmet bygger på erfaringer fra implementeringen av behandlingsmodellen PMTO, det skoleomfattende programmet PALS samt prosjektet «Lokalt samarbeid om barns sosiale utvikling og tilpasning», som ble prøvd ut i Lørenskog kommune i 2004–2005. Alle intervensjonene bygger på det samme teoretiske og forskningsmessige grunnlaget som PMTO. Hvis barnet viser problematferd i både hjemmet og på skolen, vil intervensjoner bli implementert begge steder. For eksempel kan foreldre bli tilbudt foreldretrening, mens barnet blir gitt individuell sosial kompetanse-trening på skolen (Kjøbli og Sørli 2008: 366).

De seks intervensjonene i TIBIR er: Kartlegging og tidlig identifisering av barns atferdsproblemer, TIBIR-foreldrerådgivning, PMTO-foreldrerådgivning i gruppe, konsultasjon for ansatte i barnehage/skole, sosial ferdighetstrening og PMTO-behandling.

3.5 Positiv Atferd i Læring og Samspill, PALS

PALS er en nordisk versjon av den amerikanske School-Wide Positive Behavior Intervention and Support-model, utviklet av universitetet i Oregon, USA. PALS er en skoleomfattende innsatsmodell. Intensjonen med PALS er å påvirke skolekulturen i en retning som bidrar til å forebygge atferdsproblemer og derved øke elevenes sosiale og skolefaglige læring (Rasmussen og Olsen 2012: 9-10). PALS har så langt blitt implementert i 215 av barneskolene i Norge (7.4 prosent) (Sørli og Ogden 2015).

Målgruppen for PALS er ansatte som får grunnleggende opplæring i universelle forebyggende tiltak som skal komme alle elevene til gode. I tillegg får

ansatte opplæring i individuelle tiltak for de elevene som trenger ekstra sosial eller skolefaglig opplæring og støtte. Med PALS følger det sentrale kartleggingsverktøyet SWIS (School-Wide Information System), hvor lærere registrerer negativ elevatferd. Når dette blir brukt over tid, gir det grunnlag for å vite hvilke tiltak som bør innføres for å fremme positiv atferd og et positivt læringsmiljø (Sørli et al. 2014: 25). Alle ansatte omfattes av opplæringen og det legges vekt på positiv involvering og oppmuntring, og at de gir forutsigbare reaksjoner på negativ atferd overfor elevene.

Elever som ikke nyttiggjør seg universelle forebyggende tiltak, blir tidlig identifisert slik at de raskt kan få tilpassede støttetiltak. Ofte er det bare noe få elever som står for en stor andel av atferdsproblemene i en skole. Likevel kan disse påvirke hele skolens læringsmiljø negativt.

3.6 Multisystemisk Terapi, MST

MST er en familie- og nærmiljøbasert behandling for ungdom i alderen 12-18 år som har alvorlige atferdsproblemer. Det kan dreie seg om ungdom som er voldelig eller aggressive, som har problemer på skolen, som ruser seg, eller som har venner som har uheldig innflytelse på dem. Behandlingstilbudet er opprinnelig amerikansk og utviklet av dr. Scott W. Henggeler.

Målet med MST er å redusere atferdsvanskene gjennom å styrke samhold og omsorg i familien og sette familien i stand til å løse fremtidige utfordringer blant annet gjennom å styrke foreldrenes oppdragspraksis. Et annet mål er å gjenopprette ungdommens kontakt med positive venner og deltakelse i positive aktiviteter. Generelt er det et mål å styrke kontakten mellom familien og omgivelsene, dvs. det sosiale nettverket, skolen, fritidsaktiviteter og det offentlige tjenestetilbudet. Målgruppen er ungdommen og deres foreldre, og programmet er et frivillig hjelpetiltak i regi av det statlige barnevernet.

MST er en intensiv behandling med familien og nærmiljøet som terapeutens viktigste støttespillere. I MST møter terapeuten familien hjemme på tidspunkter som passer for familien. MST-terapeuten skal bistå foreldrene, men ikke overta deres oppgaver eller ansvar.

Behandlingen skreddersys den enkelte ungdom og families behov. Foreldrene, ungdommen og terapeuten kommer sammen frem til ukentlige mål og lager en praktisk plan for hvordan disse skal nås. Målene skal være konkrete slik at familie og terapeut lett kan se om så skjer.

Behandlingen varer vanligvis fra tre til seks måneder, men avsluttes så snart ungdommen har nådd oppsatte mål og familien klarer seg på egenhånd. Arbeidet er intensivt og i visse perioder dreier det seg om flere hjemmebesøk i uken samt møter med skole og støttepersoner i nærmiljøet. Foreldrene har mulighet til å ta kontakt med terapeuten hvis de har behov for det, 24 timer i døgnet, sju dager i uken.

3.7 Funksjonell Familieterapi, FFT

FFT er en evidensbasert behandlingsmetode for familier med ungdom i alderen 11–18 år som viser alvorlige atferdsvansker eller som er i risiko for å utvikle dette. Metoden ble utarbeidet på 1970-tallet av Jim Alexander, PH. D., og hans kolleger.

I funksjonell familieterapi ses ungdommens atferd i sammenheng med hvordan alle i familien gjensidig påvirker hverandre. Målet er å bedre familiens samspill, kommunikasjon og problemløsningsferdigheter, samt å endre eventuelle uheldige oppdragsstrategier. Målgruppen for FFT er hele familien og terapeuten møter hele familien på kontoret eller hjemme hos familien, på tidspunkter som passer for familien. Behandlingen har vanligvis et omfang på 10–30 terapitimer over en periode på 3–6 måneder og avsluttes når situasjonen har bedret seg og familien klarer seg videre på egenhånd. Behandlingen er inndelt i tre faser med følgende hovedmålsettinger:

- (1) *Motivasjons- og involveringsfasen*, hvor målet er å få alle i familien involvert i og motivert for behandlingen. Terapeuten skal etablere god kontakt med alle i familien, bidra til at det blir færre beskyldninger og mindre negativitet i samtalene, skape en felles problemforståelse mellom familiemedlemmene og vekke håp om at familiens problemer er mulige å løse. Under samtalene kartlegger terapeuten risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer.
- (2) *Atferdsendringsfasen* hvor målet er endring av samhandlingsmønstrene som skaper problemer for familien. Terapeuten utformer en individuelt tilpasset endringsplan og gjennomfører denne med bruk av teknikker og øvelser som styrker familiens ferdigheter i bl.a. kommunikasjon, konflikthåndtering og problemløsning.
- (3) *Generaliseringsfasen*, hvor målet er å generalisere de endringene familien har oppnådd til andre områder og kommende problemsituasjoner. Terapeuten skal hjelpe familien til å kunne løse fremtidige problemer på egenhånd. Dessuten skal det i denne fasen arbeides med at familien skal kunne benytte seg av relevant hjelp og støtte i nærmiljø og eget nettverk.

3.8 Aggression Replacement Training, ART ¹⁶

Målsettingen med Aggression Replacement Training (ART) er at deltakerne skal lære sinnekontroll. Behandlingen foregår strukturert i grupper. Metoden har vist seg som et effektivt redskap i forebygging, reduksjon og erstatning av aggressiv atferd hos barn og ungdom. ART er utviklet av Arnold P. Goldstein, Barry Glick og John Gibbs (Goldstein & Glick, 1988; Goldstein, Glick og Gibbs 1998/2000 og 2011).

¹⁶ i tillegg til referert litteratur er beskrivelsen hentet fra hjemmesidene til Diakonhjemmets høgskole, Stavanger: <http://www.diakonhjemmet.no/DHS/Om-oss/Institutt-for-vernepleie-og-ergoterapi/Hva-er-ART> og http://www.bufdir.no/Barnevern/Tiltak_i_barnevernet/Metoder/

I Norge er metoden i rask fremgang og har vært benyttet i barnehage, barneskole, ungdomsskole, barnevernsinstitusjoner, innen psykiatri og i arbeid med personer med Asperger syndrom og autisme. ART retter seg hovedsakelig mot barn og ungdom som står i fare for å utvikle atferdsproblemer (primærforebyggende) og personer som har utviklet atferdsproblemer (sekundærforebygging av videre negativ utvikling). Den implementeres i regi av et eget senter, ART-senteret, ved Diakonhjemmets høgskole, Stavanger.

Formålet med ART er å øke barns sosiale kompetanse og fungering for dermed å redusere atferdsvansker hos barn og unge. ART er et multimodalt program, og består av tre frittstående, men kompletterende metoder som retter seg inn mot ulike responskanaler: Hva vi sier, gjør, tenker og føler. Viktige mål er å øke barnas sosiale ferdigheter, evne til sinnekontroll og engasjement i forhold til andres rettigheter og behov. Målet er å erstatte uønsket med ønsket atferd gjennom å trene på daglige ferdigheter på skolen, i hjemmet og i fritiden (Stamnes 2007).

ART tilbys i grupper bestående av 4-8 barn. I gruppene gjennomgår barna trening i sosiale ferdigheter, sinnekontroll og moralsk resonnering. Tiltaket benytter seg av samtaler, rollespill og veiledning direkte med barnet.

Det finnes også en versjon av ART der flere familier trener sammen.

3.9 Multidimensjonell behandling i fosterhjem, TFCO

TFCO er en fosterhjembasert behandlingsmetode for ungdommer, i alderen 12–17 år, med alvorlige atferdsproblemer. Metoden er utviklet i USA av dr. Patricia Chamberlain og hennes medarbeidere ved Oregon Social Learning Centre (Chamberlain, 1994; Chamberlain & Reid, 1998).

TFCO er utviklet som et alternativ til institusjonsplassering eller annen gruppebasert plassering. Ungdommens familie må forplikte seg til å delta aktivt i behandlingen og målsettingen er at ungdommen skal kunne flytte hjem. Behandlingstiden er vanligvis 9-12 måneder.

TFCO er en koordinert og helhetlig teambasert behandling. TFCO-teamet består av behandlingsleder, behandlingshjem, behandlingshjemskonsulent, individualterapeut, familieterapeut og ferdighetstrener. Medlemmene av teamet har klart definerte roller i behandlingen, og sørger samlet sett for en helhetlig og individuelt tilpasset behandling for hver enkelt ungdom og familie. Utover teamets direkte arbeid med familien kjennetegnes TFCO av omfattende utadrettet aktivitet gjennom samarbeid med og veiledning av viktige instanser og ulike systemer som ungdommen er en del av. Avhengig av behov etableres tett kontakt med skole, BUP, NAV, lokalt barnevern og/eller andre viktige aktører.

Tanken bak er at fosterhjem til forskjell fra institusjon, innebærer en mer velstrukturert voksendominert hverdag, samtidig som sjansene for negative påvirkninger fra jevnaldrende er mindre (Kyhle Westermarck 2009: 43/49).

TFCO-hjemmet er et spesielt opplært midlertidig fosterhjem, hvor ungdommen flytter inn på heltid ved oppstart i TFCO. Kun én ungdom bor i hjemmet om gangen utover familiens egne barn. I behandlingshjemmet følger fosterforeldrene opp planene behandlingsleder har lagt. Ut over i behandlingen vil ungdommen gradvis tilbringe mindre tid i fosterhjemmet og mer tid hjemme i familien. Tidspunktet for tilbakeflytting fastsettes ut fra progresjonen i behandlingen.

3.10 Multifunksjonell behandling i institusjon og nærmiljø, MultifunC

MultifunC er et institusjonstilbud spesielt utviklet for ungdom i alderen 14-18 år med alvorlige atferdsvansker, ofte i kombinasjon med rusproblemer, og som har behov for institusjonsopphold før de kan ha nytte av hjemmebaserte tiltak.

Behandlingsprogrammet er utviklet i samarbeid mellom Barne- og Likestillingsdepartementet i Norge, Statens Institusjonsstyrelse (SiS) og Institutt for metodeutvikling (IMS) i Sverige (se Andreassen, 2003).

En målsetting med MultifunC er forandring av atferd, holdninger og ferdigheter hos ungdommene, blant annet gjennom bedret skolefungering og positiv kontakt med jevnaldrende. En annen viktig målsetting er bedre foreldrefungering og bedret samspill mellom ungdommen, foreldrene og andre nære personer. Foreldrene involveres i behandlingen.

Behandlingen starter med et seks måneders opphold på MultifunC-institusjon, for så å fortsette fem-seks måneder som behandlingstiltak i hjem og nærmiljø (Fossum og Holmen 2011:7). I metoden inngår et familie- og oppfølgingsteam, som er ansvarlig for det foreldrerettede arbeidet mens ungdommen er på institusjonen, og som også følger opp familien når ungdommen flytter hjem (Fossum og Holmen 2011: 8). Total behandlingstid er 10 til 12 måneder.

Under institusjonsoppholdet vektlegges styrking av ungdommens sosiale ferdigheter, reduksjon av rusrelatert og kriminell atferd, å påbegynne og styrke positive vennerelasjoner, og bedre ungdommenes skolefungering (Fossum og Holmen 2011: 7-8). Deler av behandlingen består blant annet i ART (Aggression Replacement Training) individuelt rettet atferdskorrigeringsprogram og det benyttes komponenter fra MST og PMTO for å opprettholde varig atferdsendring, da i samarbeid med de foresatte. Programutvikleren har utviklet manualer til de aktuelle teamene (Andreassen i Fossum og Holmen 2011: 8).

Tabell 3.1: Viktige kjennetegn ved programmene

Program	Alder	Hvor/hvem	Målgruppe®	Metode
PMTO (finnes også som rådgivning og gruppetilbud, da mindre omfattende)	3-12	Barnas familie	Foreldre eller andre omsorgsgivere til barn med atferdsvansker	Foreldrene formulerer felles mål sammen med terapeuten, hjemmeoppgaver, rollespill. Ukentlige møter hjemme hos familien 4-9 måneder
DUÅ	0-12	I familien, evt. barnehage/skole	Barn med atferds- og sosiale vansker og deres familier, forebygging	Kompetansestyrking for foreldre, barn og eventuelt lærere. Flere moduler tilbys. Gruppebasert behandling med hjemmeoppgaver mellom møtene
TIBIR	3-12	Det kommunale tjenestenivået	Forebygging og behandling av atferdsvansker hos barn	TIBIR skal være en helhetlig tiltakskjede og består av seks intervensjonsmoduler
PALS	6-16	Grunnskolen	Påvirke skolekulturen for å forebygge atferdsproblemer og øke sosial og skolefaglig læring	Grunnleggende opplæring i universelt forebyggende tiltak, samt individuelle tiltak for de som trenger ekstra sosial eller skolefaglig opplæring og støtte
MST	12-18	I familien, på skolen, i forhold til venner og nærmiljø og andre tjenester	Ungdom med alvorlige atferdsproblemer, familie og nærmiljø	Primært hjemme hos familien, om nødvendig møter med skolen osv. Behandlingen skreddersys den enkelte og skjer via ukentlige mål med praktisk gjennomføringsplan. Terapeuten er tilgjengelig 24/7. 3-6 måneder vanligvis
FFT	11-18	Familien	Unge som har alvorlige atferdsvansker, eller som er i ferd med å utvikle slike vansker	Hele familien møter enten hjemme eller hos terapeuten. 10-30 timer over 3-6 måneder
ART	12-20	Barnehage/skole	Personer som er i ferd med å utvikle eller har utviklet atferdsproblemer	Gruppebasert, multimodalt program bestående av tre frittstående, men kompletterende metoder
TFCO	12-17	Fosterhjem og familie	Unge med alvorlige atferdsproblemer	Ungdommen bor i et spesielt opplært fosterhjem, men skal etter planen flytte hjem Vanligvis 9-12 måneder
MultifunC	14-18	Institusjon og familie	Unge med alvorlige atferdsvansker, ofte i kombinasjon med rusproblemer	Opphold i MultifunC-institusjon i seks måneder, deretter familie- og nærmiljøtiltak i fem-seks måneder

4 Forskning om programmer som primært er rettet mot å redusere barns atferdsvansker

4.1 Innledning

I dette kapitlet presenterer vi forskning om de fire manualbaserte programmene som primært er rettet mot å redusere barns atferdsproblemer: PMTO, DUÅ, TIBIR og PALS. De to første programmene er primært innrettet mot arbeid med barn og foreldre, og kan kategoriseres som kortvarige foreldrerådgivningsprogrammer (brief family support programs). De to andre har videre nedslagsfelt: TIBIR, som et samarbeid mellom kommunale tjenester, dog med innslag av familierådgivning basert på prinsippene i PMTO, og det skolerettede PALS. Felles for alle programmene er de bygger på atferdsteoretiske prinsipper, med større eller mindre innslag av supplerende tilnæringsmåter. Før oppsummeringen til slutt i kapitlet presenterer vi noen studier som sammenlikner flere programmer og som leter etter felleselementer mellom dem.

Implementeringen av de fire programmene kjennetegnes av standardiserte betingelser både når det gjelder kriteriene for inklusjon i intervensjons- eller kontrollgruppene og evaluering av programmenes effekter. Følgelig har barna stort sett vært kartlagt ved hjelp av standardiserte screeninginstrumenter, som Child Behavior Checklist (CBCL, senere ASEBA) med skalaer for lærere og barn/unge som er gamle nok, Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI), Gresham & Elliots Social Skills Rating Scale (SSRS) osv. Foreldre, lærere og eventuelt barna selv er informanter. De mest brukte instrumentene er utviklet i USA og senere validert i en rekke andre land. I tillegg bruker ulike studier en rekke andre instrumenter (se vedlegg 2 for en viss oversikt), og noen ganger har de som er ansvarlige for en studie, utviklet egne instrumenter.

Inklusjonskriteriet til en studie kan for eksempel være at barna skårer over 90. prosentil eller over klinisk cut-off på de aktuelle skalaene. Enkelte ganger har man også brukt diagnosen atferdsforstyrrelse (CD) eller opposisjonell atferdsforstyrrelse (ODD) i DSM IV som inklusjonskriterium. Andre ganger er inklusjonskriteriet at barna til en viss grad har utviklet atferdsproblemer, eller vurderes til å være i fare for å gjøre det.

Etter intervensjonen vurderes endringer i skårene på de samme instrumentene i intervensjons- og kontrollgruppene for å sammenlikne utfallet. I artiklene vi har gjennomgått, har man ofte vært opptatt av flere utfallsvariable i tillegg til endringer i barnas atferdsvansker, som internaliserende atferd, spesifikke foreldreferdigheter, barnas sosiale kompetanse osv. Følgelig er det ikke uvanlig å finne signifikante forskjeller mellom intervensjons- og kontrollgruppene på noen, men ikke alle utfallsmål. I studier av «efficacy» blir behandlingens effektivitet

nettopp målt i forhold til utfall målt med standardiserte instrumenter. I studier av «efficiency» vil man også være opptatt av forhold som symptomlette, opplevd bedring i livssituasjonen, bedre forhold til venner osv. De aller fleste studiene i dette kapitlet er imidlertid «efficacy»-studier. Vi har ikke hatt anledning til å kommentere de ulike instrumentene nærmere, og studiene inneholder stort sett heller ikke refleksjoner over hvor egnet alle disse instrumentene måtte være i andre kontekster enn der de i sin tid ble utviklet. I siste kapittel kommer vi kort inn på mulige konsekvenser av at de diagnostiske kriteriene ikke er presise nok.

4.2 Parent Management Training – Oregon (PMTO)

Implementering av PMTO i Norge

Atferdssenteret har vært ansvarlig for omtrent samtlige av implementerings- og effektstudiene som er gjennomført i Norge. Unntakene er Forgatch og DeGarmos (2011) studier av programtrohet, et par masteroppgaver (Dyrli, 2012 og Frivold og Bentzen, 2011) og en studie av PMTO for fosterforeldre som ble gjennomført av Atferdssenteret i samarbeid med Barnevernets Utviklingssenter på Vestlandet (nå en del av Regionalt Kompetansesenter for Barn og Unge (RKBU) Vest) (Jakobsen og Solholm, 2009a).

Før metoden ble implementert i Norge var et sentralt tema om det var mulig å overføre programmet fra USA til en norsk klinisk hverdag. For å følge implementeringen ble det utviklet et system for scoring av terapi basert på videoopptak. Forgatch og DeGarmo (2011) gjennomførte så tre studier om fidelity eller programtrohet til metoden i en norsk kontekst:

1. *Klarer man å skape fidelity eller programtrohet til modellen blant praktikere ved hjelp av opplæring?* Det vil si om opplæring bidrar til at praktikernes kunnskap blir mere homogen, og om homogeniteten påvirkes i overgangen fra læring i et lukket treningsmiljø til klinisk praksis?

Resultatene tydet på at treningsprogrammene og overgangen til praksis fungerte som forutsatt, de ansattes gjennomføring ble bedre og mer homogen som resultat av opplæringen.

2. *Klarer man å opprettholde programtrohet til modellen/metoden over tid, det vil si i overføringen av kunnskap fra en generasjon praktikere/terapeuter til en annen?* For å undersøke dette fulgte man tre generasjoner terapeuter som fikk opplæring i PTMO.

Resultatene viste at programtrohet til metoden var like god for generasjon 1 og 3, mens generasjon 2 skåret lavere. En forklaring på dette kan ifølge forfatterne være at generasjon 1, som skulle lære opp generasjon 2, var de som måtte tilrettelegge den norske versjonen av PMTO. Dette innebar blant annet

oversettelse til en kulturell ekvivalent språkdrakt, og utvikling av kommunikasjonssystemer og infrastruktur. Det synes imidlertid ikke at disse noe uheldige læringsomstendighetene gikk utover generasjon 2 sin evne til å lære opp generasjon 3 (2011: 240). En tilsvarende studie i forbindelse med implementeringen av PTMO på Island kom frem til samme resultatet (Sigmarsdóttir og Gudmundsdóttir, 2013).

3. Er det en sammenheng mellom høy grad av programtrohet blant terapeutene og forbedret foreldrefungering?

Resultatene viste en klar sammenheng mellom programtrohet til PMTO og forbedrede resultater for foreldrefungering etter behandling.

Forutsetningen for vellykket overføring av PMTO til norske forhold har vært en viss tilpasning når det gjelder begrepsbruk og brukermanualenes utseende. Endringene har imidlertid skjedd i tett dialog mellom «patenteierne» og de som har implementert programmet i Norge (Forgatch og DeGarmo, 2011:244), og på Island (Sigmarsdóttir og Björnsdóttir, 2012: 224), som vi kommer tilbake til nedenfor.

Solholm, R., Askeland, E., Christiansen, T. og Apeland, A. (2014), som har skrevet om innføringen av PMTO i Norge, viser til hvordan opplæringsprogrammet for terapeutene har vært en sentral del av implementeringen. Parallelt har det også pågått en løpende revisjon av både undervisningsmaterieell og håndbok som et resultat av den generelle faglige utviklingen og den direkte erfaringen med PMTO i Norge. I Norge er det totalt utdannet rundt 400 PMTO-terapeuter, og av disse er rundt 300 aktive per i dag.

Randomiserte studier og klinisk relevans

Mange studier av effekten av manualbaserte programmer er gjort i form av randomiserte kontrollerte studier (RCT) med spesifikke kriterier for valg av deltakere. Dette skyldes at evidensbasert metodikk gjerne forutsetter en klart avgrenset intervensjon i forhold til et klart avgrenset problem (Backe-Hansen, 2009). Hovedspørsmålet er behandlingens effekt («efficacy») på disse premissene. Følgelig oppstår spørsmålet om resultatene er overførbare til ordinær klinisk praksis («efficiency»), og om praksisen kan kalles evidensbasert hvis dette ikke skjer (se f.eks.: Solholm, Ogden og Jakobsen, 2014). For å undersøke overføringsverdien fra RCT-studier til klienter i ordinær klinisk praksis gjennomførte Solholm et al. (2014) en studie der målet var å undersøke og beskrive sentrale kjennetegn ved familier med barn med atferdsvansker som var rekruttert fra ordinær klinisk praksis i forbindelse med implementeringen av PMTO i Norge.

Analysene viste at likhetene mellom foreldrene fra RCT-studien og foreldre rekruttert fra ordinær praksis langt overgikk forskjellene mellom dem. Det var ingen forskjeller mellom demografiske kjennetegn som etnisk tilhørighet,

ekteskapsstatus, familiestørrelse og boforhold. Solholm et al. (2014:8) konkluderer med at de norske RCT-studiene er rimelig representative for den faktiske målgruppen. Studien støtter ikke tidligere antakelser om at deltakerne i RCT har færre problemer. Resultatene av PMTO anses som tilfredsstillende, men kunne ifølge forskerne vært bedre. Deres forslag er i enda større grad å tilpasse PMTO til norske forhold. I følge Solholm et al. (2014: 8) synes det fornuftig å være mer opptatt av foreldres egen opplevde helse og velvære, mulige psykiske helseproblemer og omsorgsbyrder. Med andre ord er det viktig å vurdere hvilke kjennetegn som skal velges når man sammenlikner ulike foreldregrupper.

Effektstudier av PMTO

Atferdssenteret har gjennomført flere studier i Norge der man har undersøkt ulike aspekter ved implementeringen av PMTO, som alle bygger på samme datagrunnlag. De to datainnsamlingene som utgjør det større datagrunnlaget er fra en randomisert kontrollert studie om PMTO (Ogden og Hagen 2008) og en implementeringsstudie (Forgatch og DeGarmo, 2011). Sistnevnte studie ble presentert mer i detalj over. I studien fylte de deltagende familiene ut spørreskjemaer, slik det var gjort i den opprinnelige RCT-studien (Ogden og Hagen 2008). Når man kombinerer de som mottok PMTO-behandling (N=59) i Ogden og Hagen (2008) med de som deltok i implementeringsstudien (N=264; Forgatch og DeGarmo 2011) får man et totalt utvalg på 323 familier. Først presenterer vi den opprinnelige RCT-studien.

Studie 1, Randomisert kontrollert studie (RCT) 2001-2006

Beskrivelsen er hentet fra Ogden og Hagen (2008) og Ogden (2010). RCT 2001-2006 er en sammenligningsstudie av 112 barn i alderen 4 – 12 åren med alvorlige atferdsproblemer. En gruppe barn og deres familier fikk PMTO (N= 59) og en gruppe fikk annen type behandling (N=53; familieterapi, Marte-Meo, atferdsterapi, humanistisk-eksistensiell terapi og annet). Rekrutteringen foregikk i perioden 2001-2005, og behandlingen ble gjennomført i perioden oktober 2001 til mai 2006.

Ved inntak (basislinje) var barnas gjennomsnittsalder 8.4 år, men barna i PMTO gruppen var signifikant eldre enn barna i sammenligningsgruppen (9.05 vs. 7.77 år). Majoriteten av barna hadde norsk opprinnelse og 80 prosent var gutter. 60 prosent av foreldrene var gift eller samboende, det var imidlertid flere eneforsørgere i sammenligningsgruppen (24/47) enn i PMTO gruppen (18/57). Det var ingen andre forskjeller mellom gruppene på øvrige variabler av betydning for undersøkelsen. Av de 112 familiene som deltok i studien bidro nesten 90 prosent ved avslutningen av behandlingene. Den gjennomsnittlige behandlingstiden var for øvrig lenger for PMTO-gruppen, henholdsvis 27.67 i motsetning til 20.41 timer (2008:613).

Inklusjonskriteriene omfattet atferd beskrevet i DSM-IV manualen (Ogden 2010:115) som opposisjonell trasslidelse (Oppositional Defiant Disorder, ODD) eller atferdsforstyrrelser (Conduct Disorder, CD), eller en problembeskrivelse.

Kartleggingsinstrumentene som ble brukt var Child Behavior Checklist (CBCL), Teacher Report Form (TFR), familiens evaluering av tilbudet, Social skills rating scale (SSRS), foreldres daglige rapportering over tre påfølgende dager, observasjon og koding av strukturert samspill i familien, kodere inntrykk skala, samt behandlingsintegritet (Ogden 2010: 115-117).

EN EVALUERINGSSTUDIE AV PMTO-MODELLEN

RCT 2001-2006 ble brukt av Ogden og Hagen (2008) til å sammenligne resultatene fra behandlingsprogrammet PMTO med ordinære tjenester i et utvalg familier med barn med alvorlige atferdsproblemer. Resultatene baserer seg på kartlegging av barna med standardiserte skjemaer. I tillegg vurderte foreldre, lærere og kodere barnas fungering og foreldre-barn samspillet.

Det viste seg at de foreldrene som hadde deltatt i PMTO, rapporterte om mindre eksternalisert problematferd hos barna ved avsluttet behandling enn foreldrene i kontrollgruppen. Lærerne rapporterte om signifikant høyere sosial kompetanse blant barna i PMTO-gruppen. Da behandlingsopplegget ble avsluttet viste barna som var yngre enn åtte år gamle mindre eksternalisert problematferd ifølge lærerne, mens man ikke fant denne forskjellen blant de eldre barna (8-12 år).

Det viste seg også at foreldrene i PMTO-gruppen rapporterte mestring av grensesetting signifikant bedre enn foreldrene i kontrollgruppen, og de ble også vurdert mer positivt når det gjaldt tilsyn med de barna som var yngre enn åtte år gamle. PMTO-foreldrene var dessuten mer positive til den behandlingen de hadde mottatt enn foreldrene i sammenligningsgruppen.

I følge lærervurderingene forbedret barna i PMTO-gruppen sine sosiale ferdigheter signifikant bedre enn de andre barna i løpet av behandlingen, noe som tyder på generaliseringseffekter fra hjem til skole. Resultatene underbygde at grensesetting var den av foreldreferdighetene som var mest avgjørende for de signifikant positive endringene i PMTO-familiens favør. Når det gjaldt problemløsning skåret imidlertid foreldrene til de eldste barna i kontrollgruppen bedre enn foreldrene i PMTO-gruppen. Resultatene viste heller ingen gruppeforskjeller i foreldreferdigheten 'positiv involvering'.

I en kommentar til denne studien viser Jakobsen og Solholm (2014:173) til at det å utvikle foreldrenes problemløsningsferdigheter er en av hovedkomponentene i PMTO, og at mangel på positive resultater på andre områder kan tyde på at PMTO kan lære noe av andre behandlingstilnærminger på dette området.

Studie 2, Oppfølgingsstudie av RCT 2001-2006

Hagen, Ogden og Bjørnebekk (2011) gjennomførte en oppfølging av de familiene som deltok i RCT 2001-2006 ett år etter avsluttet behandling, det vil si i perioden 2003-2007. Av de opprinnelige 112 familiene ville 75 (67 %) være med i oppfølgingsstudien.

EVALUERING AV PMTO MODELLEN ETT ÅR ETTER BEHANDLINGSAVSLUTNING

Spørsmålet som ble stilt, var om det fortsatt var forskjeller i PMTO-foreldrenes favør langs dimensjonen grensesetting ett år etter behandlingsslutt. Resultatene viste ingen signifikante forskjeller mellom det foreldrene i PMTO-gruppen og kontroll-gruppen rapporterte. PMTO- gruppen skåret imidlertid høyere på familiesamhold og i to-foreldrefamiliene ble det observert mindre negativ samhandling enn i kontrollgruppen. De positive endringene i foreldreferdigheter og familiesamhold var viktige forklaringsvariabler for barnas bedring ett år etter behandling. Lærerne til barn og unge i PMTO-gruppen rapporterte langt oftere enn lærerne til barna i kontroll-gruppen om redusert problematferd og økt sosial kompetanse (Hagen et al 2011:173). Forskernes konklusjon var at effekten av PMTO var moderat et år etter behandlingsslutt.

Studie 3, Pre-poststudie av PMTO

Beskrivelsen er hentet fra Kjøbli og Ogden (2009). I perioden 2001-2005 ble 323 familier med barn i alderen 4-12 år rekruttert til PMTO-behandling via barnevernet og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP). Materialet inkluderer barna og deres foreldre som var med i RCT 2001-2006 (Ogden og Hagen 2008). Rekrutteringen av alle barna og deres familier ble gjort med samme fremgangsmåte som i RCT 2001-2006 studien, og kartleggingsverktøyene er de samme¹⁷.

KJØNNSFORSKJELLER

Basert på dette datamaterialet undersøkte Kjøbli og Ogden (2009) om det var kjønnsforskjeller i behandlingsutfall. Før behandlingen rapporterte foreldre og lærere at jentene utviste mindre grad av eksternalisert problematferd, men oftere internaliserte problemer, sammenlignet med guttene. Lærerne rapporterte at jentene var mer sosialt kompetente og hadde færre sammensatte utfordringer (komorbiditet) enn guttene. Etter behandling rapporterte ikke foreldre om forskjeller mellom kjønnene i endring av atferd, mens lærere rapporterte forbedringer i sosial kompetanse og eksternalisert problematferd. Forfatterne konkluderer ut fra denne analysen at jenter har litt mer utbytte av PMTO enn

¹⁷ Datamaterialet, som eies av Atferdssenteret, har vært brukt i flere studier der man har undersøkt pre- og post effekter blant de som har gjennomgått PMTO, både av forskere og studenter.

det gutter har, og indikerer at effekten av PMTO lettere lar seg overføre til skolearenaen for jenter (2009: 829).

KOMORBIDITET MELLOM ATFERDSVANSKER OG ADHD

Bjørnebekk, Kjøbli og Ogden (2015) sammenlignet effekten av PMTO for barn og unge med atferdsvaner med og uten ADHD. Av de 331 familier som mottok PMTO ble 78 familier ekskludert fra utvalget fordi det ikke forelå tilgjengelig informasjon om hvorvidt barnet hadde blitt diagnostisert. Av de 253 familier som ble inkludert i studien, var 97 (38.3%) diagnostisert med ADHD.

Resultatene viste at barn og unge med og uten ADHD viste tilnærmet like endringer i atferd etter endt behandling, og indikerer at PMTO bidrar til reduserte atferdsproblemer hos barn og unge både med og uten ADHD.

Andre resultater var at barn med ADHD som hadde mødre med depressive symptomer, rapporterte om et signifikant dårlige utbytte av PMTO. Lavinntektsfamilier i begge gruppene rapporterte dessuten om mindre positive utfall av behandlingen på barnets eksterne atferd (2015:15).

VIRKER PMTO PÅ BARN OG UNGE MED ALVORLIGE ATFERDSVANSKER OG KALDHETSTREKK?

I sin masteroppgave i pedagogikk undersøkte Dyrli (2012) om PMTO har effekt på familier med barn med antisosial atferd og kaldhetstrekk (callous-unemotional traits, CU, som er en relativt ny presisering innenfor diagnostisering av atferdsforstyrrelser). Kan manglende resultater av PMTO skyldes at barnet har kaldhetstrekk i tillegg til alvorlige atferdsvaner? Resultatene viste at barn med klare kaldhetstrekk hadde mindre nytte av behandlingen.

HAR FAMILIESTRUKTUR BETYDNING FOR UTBYTTE AV PMTO?

I sin masteroppgave i psykologi studerte Frivold og Bentzen (2011) sammenhengen mellom familiestruktur, barns atferdsproblemer og atferdsendring etter PMTO. Resultatene viste en tendens til at de som hadde høyest nivå av atferdsproblemer før behandling, profiterte mest på PMTO. De fant for øvrig at endringene etter PMTO var temmelig like på tvers av ulike familiestrukturer (2011:48).

Varianter av PMTO som er implementert i Norge

RCT-STUDIE AV PMTO SOM GRUPPETRENING

Kjøbli, Hukkelberg og Ogden (2013) studerte effekten av PMTO gruppetrening rett etter endt behandling og etter seks måneder. Dette var en randomisert kontrollert studie, hvor familiene ble tilfeldig fordelt mellom en behandlingsgruppe og en sammenligningsgruppe. Informasjon ble innhentet fra foreldre og lærere. Barna (N=137) var mellom 3 og 12 år (2013:113, 115). Ved behandlingsslutt omfattet studien 136 deltakere, og ved 6-måneders oppfølging var antallet 123 (89.8% av det originale utvalget). PMTO som gruppetrening

bestod av 12 møter med en varighet på 2,5 timer. Deltakerne var delt i 11 grupper, og antallet deltagere varierte i størrelse fra 4 til 13 familier (2013:116).

Målet var å utforske hvorvidt behandlingen hadde positiv effekt på barnets atferdsvansker, sosiale kompetanse og foreldrenes oppdragelsesstil, sammenlignet med ordinære hjelpetiltak. I tillegg skulle man undersøke om positive effekter også kunne spores på foreldrenes mentale helse og barnets internaliserte problemer. En av grunnene til at foreldrenes mentale helse ble inkludert som en utfallsvariabel her, er at tidligere forskning har vist at for eksempel depresjon blant mødre påvirker på effekten av foreldretrening negativt (Lundahl et al. 2006 i Kjøbli et al. 2013).

Resultatene viste at foreldrene i PMTO-gruppen hadde høyere skår på positiv oppdragelsesstil og skåret lavere på tøff og inkonsistent disiplinering etter behandlingen, sammenlignet med foreldrene i sammenligningsgruppen. Foreldrene skåret også lavere på mentalt stress (2013:118). Foreldrene rapporterte om positiv korttids- og langtids effekt av behandlingen på barnas atferd. Lærerne rapporterte også om moderate positive effekter på barnas sosiale kompetanse ved behandlingsslutt, men ikke ved oppfølgingstidspunktet.

Forfatterne mener det kan være hensiktsmessig å inkludere intervensjoner som er rettet mot lærere for å oppnå bedre resultater (2013:119). Konklusjonen er at gruppebasert PTMO bidrar til å redusere atferdsproblemer, og mener studiens positive funn reflekterer en reell effekt av PMTO i Norge (Kjøbli, Hukkelberg og Ogden 2013:119).

RCT-STUDIE AV PMTO FOR FOSTERFAMILIER

I et samarbeidsprosjekt mellom Barnevernets utviklingscenter på Vestlandet og Atferdssenteret har Jakobsen og Solholm (2009a) gjennomført en randomisert kontrollgruppestudie med 83 fosterfamilier, for å evaluere hvilken effekt PMTO-kurset har på fosterbarn. Det var fire datainnsamlingstidspunkt over 24 måneder. Selve kurset består av ni kursdager fordelt over 3-4 måneder. Det inneholder felles undervisning, smågruppeøvelser og hjemmeoppgaver (2009: 9). Utvalget var 83 barn i alderen 4 til 12 år med en gjennomsnittsalder på 7.8 år. Datagrunnlaget var spørreskjema til foreldre og i mange tilfeller lærer/ barnehagepersonale, samt videoopptak av strukturert samspill (2009:28).

Følgende konklusjoner ble trukket på bakgrunn av studien: PMTO-kurs for fosterforeldre har effekt på fosterbarn med høy risiko for atferdsvansker. Entydige funn var at barna viste mindre atferdsvansker, økte sosiale ferdigheter og bedre tilpasning til fosterfamilien. Effekten holdt seg, men viste noe reduksjon etter ett år. De som profiterte mest på kurset, var fosterforeldre til barn med høy risiko for atferdsvansker. Fosterforeldrene var fornøyd med kurset.

RCT-STUDIE AV PMTO FOR MØDRE MED ETNISK MINORITETSBAGGRUNN

Det å rekruttere minoritetsfamilier til foreldretreningsprogram som PMTO har vist seg å være vanskelig. Av de 323 familier som var rekruttert til PMTO gjennom barneverntjenesten og barne- og ungdomspsykiatrien i perioden 2001-2005 hadde kun 6 prosent ikke-norsk bakgrunn (Kjøbli og Ogden i Bjørknes 2011:12).

På midten av 2000-tallet utviklet Atferdssenteret et kurs spesielt rettet mot mødre med ulik etnisk minoritetsbakgrunn som hadde barn i alderen fire-åtte år som viste lave til moderate atferdsproblemer, eller som to i fare for å utvikle slike problemer (Jacobsen og Solholm 2014:174). Kurset bygget på PMTO-prinsippene, men tok sikte på å være kultursensitivt. Kursmaterialet ble oversatt og prosjektmedarbeidere med ulik etnisk bakgrunn fikk opplæring. For å undersøke effekten av kurset ble det i 2007-2009 gjennomført en effektstudie med til sammen 96 pakistanske og somaliske mødre hvorav 50 ble trukket ut til å få tilbud om PMTO og 46 ble satt på venteliste. Resultatene er omfattende rapport i Bjørknes (2011) doktoravhandling.

De viktigste resultatene var at PMTO-gruppen rapporterte om bedre foreldreferdigheter og større reduksjon i streng grensesetting enn kontrollgruppen. De rapporterte også om høyere nedgang i problematferd for barnas del. Mødrene ga en positiv evaluering av PMTO. De som hadde deltatt på mer enn halvparten av møtene rapporterte om de største effektene av PMTO. Til forskjell fra mødrene, rapporterte imidlertid skole og barnehage at barnas atferd ikke hadde endret seg. Forfatterne konkluderer med at PMTO er effektivt i å styrke foreldrekompetansen til mødre med etnisk minoritetsbakgrunn og motvirke atferdsvansker hos barna (Bjørknes og Manger 2013).

Nordiske effektstudier av PMTO

ISLAND

RCT-studie: Kommer PMTO-foreldre bedre ut enn andre på oppdragsatferd? Sigmarsdóttir, Degarmo, Forgatch og Guðmundsdóttir (2013) undersøkte behandlingseffekten av PMTO for barn med atferdsproblemer på Island. Til RCT-studien ble det rekruttert 102 familier med barn i alderen 5 – 12 år med alvorlige atferdsvansker, via henvisninger fra kommuneansatte. Familiene ble tilfeldig plassert i gruppen for PMTO-behandling (51) eller vanlig behandling (51). Alle barna oppfylte inkluderingskriteriene som var basert på en klinisk vurdering, og ikke på en formell screening eller diagnostisering av atferdsvansker (2013:470). Hypotesen var at familiene som deltok i PMTO ville ha større utbytte enn kontrollgruppen.

Resultatene viste ingen signifikante forskjeller mellom PMTO-gruppen og kontrollgruppen når det gjaldt oppdrageradferd. Forskerne mener resultatet skyldes at måleinstrumenter ikke var tilpasset islandsk kultur.

RCT-studie: Har PMTO betydning for barns atferd?

Basert på den samme RCT-studien undersøkte Sigmarsdóttir, Thorlacius, Guðmundsdóttir og Degarmo (2014) om PMTO reduserte barns atferdsproblemer, og om reduksjonene var større enn ved bruk av andre metoder.

Resultatene viste at PMTO behandling bidro til reduserte atferdsproblemer, og barna viste langt bedre resultater enn barna i sammenligningsgruppen. Forskernes konklusjon er at PMTO er en effektiv metode for å redusere atferdsproblemer innenfor den nordeuropeiske kulturkrets.

Vil henvisninger til spesialisttjenesten reduseres som følge av PMTO?

Sigmarsdóttir og Björnsdóttir (2012) gjennomførte en implementeringsstudie i et enkelt område på Island, Hafnarfjörður. Spørsmålet var om antallet henvisninger til spesialisttjenesten i Hafnarfjörður og to andre sammenlignbare kommuner endret seg etter implementeringen av PMTO i Hafnarfjörður. Man undersøkte også om antallet henvisninger fra to av skolene i Hafnarfjörður endret seg. Antallet henvisninger i perioden 1996-2000 ble sammenliknet med antallet henvisninger i perioden etter implementeringen av PMTO 2000-2007 i de tre kommunene (2012:509). Resultatene viste at antallet henvisninger til spesialisttjenesten var signifikant lavere i Hafnarfjörður enn i de to andre kommunene.

PMTO i Sverige og Danmark?

I Sverige: Ikke PMTO, men Komet

I Sverige valgte man å utvikle en egen variant av PMTO, Komet, et manualbasert program basert på sosial læringsteori og atferdsterapeutiske prinsipper. Komet har vært implementert siden 2003. Her kombineres Russel Barclays foreldrestøtteprogram, PMTO og De Utrolige Årene¹⁸.

Komet finnes i flere versjoner, blant annet gruppebasert og PC-basert. Det er gjennomført flere effektstudier med liknende resultater som de presenterte PMTO studiene viser. Av kapasitetshensyn har vi valgt å ikke presentere disse studiene nærmere. På slutten av kapitlet presenterer vi imidlertid en svensk sammenlikning mellom effektene av Komet og tre andre foreldrestøtteprogrammer (Stattin et al, 2015), samt en sammenlikning av effekten av ulike varianter av Komet (Forster et al., 2012).

I Danmark: Ingen egne implementerings- eller effektstudier

PMTO har vært implementert i Danmark siden 2004. PMTO er nå implementert i nesten en tredjedel av landets kommuner, og ca. 90 terapeuter var utdannet per

¹⁸ Se

<http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialarbete/kometforforaldrar311>

2015. Det er imidlertid ikke gjennomført noen egne implementerings- eller effektstudier i Danmark. I informasjonen om programmet henvises det til de norske og islandske studiene¹⁹.

4.3 De utrolige årene DUÅ

Norske DUÅ studier

Behandlingsprogrammet Incredible Years, på norsk De Utrolige Årene, ble innført i Norge som en forskningsstudie ved BUP-klinikker i Tromsø og Trondheim i perioden 2001-2003. En RCT-studie ble gjennomført i regi av Regionsentrene for barn og unges psykiske helse (RBUP) i Trondheim og Tromsø (Fossum et al. 2010a). Det er ikke publisert implementeringsstudier om DUÅ i Norge. Effektstudien har et utvalg på 127 barn i alderen 4-8 år.

RCT-studie i Norge med et års oppfølging

I en randomisert kontrollert studie ble et utvalg på totalt 127 familier randomisert til en av tre grupper. I ene gruppen (N=51) fikk foreldrene foreldreopplæring ved hjelp av *DUÅ Basic*. I den andre gruppen (N=55) ble *DUÅ Basic* kombinert med at barna tok del i terapeutisk behandling med DUÅ Dinosaur-skoleprogrammet. Siste gruppe (N=30) ble plassert på en venteliste for behandling (Larsson, Fossum, Clifford, Drugli, Handegård og Mørch 2009: 45-46).

Målsettingen med studien var å replisere effektene av forskning med lignende studiedesign, her med et utvalg norske barn med atferdsvansker og ODD eller CD diagnose (Larsson 2008). Barna var henvist til behandling fra barnepsykiatrisk poliklinikk.

Målinger ble gjort før og etter behandling, og etter ett år. Forskerne benyttet standardiserte måleinstrument og semistrukturerte intervjuer. Det var ikke noen signifikante forskjeller mellom de tre gruppene ved baseline. Resultatene viste at både behandlingstypen DUÅ Basic og DUÅ Basic + Dinosaurskolen reduserte barnas atferdsproblemer. Forskjellene mellom de to gruppene var ikke-signifikante. Problematferden var derimot ikke redusert i ventelistegruppen. Av de som hadde fått en av de to typene av terapeutisk behandling deltok 88 barn i oppfølgingsundersøkelsen etter ett år. Av disse 88 hadde 70 (80%) ikke lenger en klinisk ODD diagnose. Foreldrebehandlingen hadde førte til økt bruk av positive strategier og reduksjon av hard og inkonsekvent disiplin. Mors opplevelse av stress ble også redusert (Larsson et al. 2009).

Behandlingseffektene hos Larsson et al. (2009) er mindre omfattende enn i studier som er gjennomført av Webster-Stratton i USA. Larsson et al. (2009)

¹⁹ Se <http://vidensportal.dk/temaer/udadreagerende-adfaerd/indsatser/pmtto-parent-management-training-oregon>

mener dette kan skyldes at foreldrene fikk færre opplæringsstimer, 12-14 i stedet for 22-24. Forskerne konkluderte med at barn og foreldre har hatt god nytte av behandlingen, men at det er uklart om Dinosaur-programmet rettet mot barna gir noen effekt.

5-6 års oppfølgingsstudie av DUÅ i Norge

Drugli, Larsson, Fossum og Mørch (2010b) gjennomførte en langtidsoppfølging av effekten av DUÅ. Av familiene som mottok behandling i det originale utvalget (Larsson et al. 2009) deltok 54,5 prosent i oppfølgingsstudien 5-6 år etter (N=54). Følgende spørsmål ble undersøkt: (1) Hva er utbredelsen av ODD, CD og komorbide diagnoser ved 5-6-års oppfølging? (2) Hvilke prediktorer ved baseline, etter behandling og ved 1-års oppfølging er forbundet med en vedvarende ODD- og/eller CD-diagnose 5-6 år etter behandling? Følgende potensielle prediktorer var undersøkt: barnets kjønn, bosituasjon, type behandling, barnas psykiatriske diagnoser, nivå av internaliserende problemer, konsentrasjons- og aggresjonsproblemer hos barnet, mors depressive symptomer og foreldrestress.

13 av barna som ikke hadde en ODD/CD diagnose ved ett års oppfølging, hadde fått en slik diagnose ved 5 -6 års oppfølging. På den annen side hadde 15 av de barna hadde fått en ODD /CD diagnose ved ett års oppfølging, ikke lenger dette ved 5-6 års oppfølging. Ved 5-6 års oppfølgingen var det totalt 36 av 54 barn som ikke lenger møtte kriteriene for en ODD/CD diagnose, mens 18 barn (33,3%) fortsatt gjorde det. Av disse 18 hadde 10 også en ADHD- diagnose og ett barn var diagnostisert med angst eller depresjon. Med andre ord var resultatene relativt variert etter disse årene.

Forfatterne fant at følgende faktorer *før* behandling var forbundet med betydelig større risiko for å være diagnostisert med ODD/CD ved 5-6-års oppfølgingen: høyt nivå av internaliserte problemer, en CD-diagnose, å bo kun med mor og det å være jente. Prediktorer ved *avsluttet* behandling var høyt nivå av internaliserende og eksterne problemer hos barnet, og høyt nivå av depressive symptomer og stress hos mor (Drugli et al. 2010b:563).

Prediktorene kan tyde på DUÅ har minst effekt på barn med ODD eller CD og som bor kun hos mor. Implikasjonen av dette er at DUÅ muligens eger seg best for to-foreldrefamilier. Resultatene tyder også på at DUÅ ikke er like effektivt for foreldre som er svært stresset og som sliter med psykiske problemer. Drugli et al. antar at dette skyldes at disse foreldrene har mindre overskudd til å bruke de verktøyene som inngår i foreldretreningen

Sekundæranalyser av DUÅ-effektstudien i Norge

Foreldrenes atferd og faktorer ved barnet og familier som prediktorer på behandlingsutfall

Ved hjelp av logistisk regresjonsanalyse undersøkte Fossum, Mørch, Handegård, Drugli og Larsson (2009) hvilke individuelle faktorer og familiefaktorer

som predikerte endringer hos barn diagnostisert med ODD/CD. De undersøkte også i hvilken grad endringer i foreldrenes atferd hadde effekt på barnets nivå av atferdsproblemer etter fullført DUÅ-behandling. Analysen viste at det ikke var noen faktorer ved barnet eller familien som innvirket negativt på DUÅ-behandlingens delmål om å forbedre foreldres oppdragsstil. Fossum et al. mener dette indikerer at DUÅ har effekt på oppdragsstil uavhengig av sosiodemografiske faktorer. Analysene viste at jo mer mødres strenge og inkonsekvente oppdragsstil ble endret til en positiv oppdragsstil, dess større innvirkning hadde dette på barnets nivå av atferdsvansker.

Effekt av DUÅ og kontakt med barnevernstjenesten

Basert på det originale utvalget til Larsson et al. (2009) undersøkte Drugli, Fossum, Larsson og Mørch (2010a) sammenhengen mellom effekt av DUÅ og kontakt med barnevernstjenesten. De fant at kontakt med barnevernstjenesten var eneste familiekaraktistikk som predikerte vedvarende atferdsvansker etter DUÅ-behandling. En annen prediktor for ikke-respons på behandling var når mødre rapporterte høyt nivå på eksternaliserende og internaliserende problemer hos barnet ved behandlingsstart. Ifølge forskere indikere dette at det er viktig å følge opp familier etter endt behandling, spesielt når familien har vært i kontakt med barnevernstjenesten og barna har vedvarende problemer.

Er DUÅ egnet for barn med ADHD

Fossum, Handegård, Drugli og Mørch (2010) så på utviklingen i barns eksternaliserte atferd og mødrenes oppdragspraksis etter foreldretrening. Forskerne ønsket å utforske hvordan risikofaktorene ADHD, internaliserings- og eksternaliseringsvansker blant barna, og forhøyet stressnivå hos mødre innvirker på effekten av DUÅ. De ville også analysere hvorvidt risikofaktorene innvirker på mødres oppdragspraksis før og etter behandling (Fossum et al, 2010b). Forskerne fant at risikofaktorene ikke hadde nevneverdig påvirkning på barnets utvikling av eksternalisert atferd eller mødrenes oppdragspraksis (2010b:605). Forfatterne konkluderer ut fra dette at DUÅ er et egnet behandlingstilbud også til familier hvor barna har atferdsvansker og tilleggsproblemer (2010:606).

Har foreldre vedlikeholdt strategier de lærte i DUÅ og hvilken oppfølging har de fått?

Basert på data fra Larsson et al. (2009) og et spørreskjema vedrørende foreldrenes bruk av oppdragsstrategier, undersøkte Tuflåt (2010) i sin masteroppgave om foreldre hadde vedlikeholdt strategier de lærte i DUÅ, og om annen oppfølging hadde hatt betydning for deres bruk av strategier i etterkant av programmet (2010:9). Utvalget var på 23 familier med til sammen fem jenter og 17 gutter, 22 av barna besvarte spørreskjemaet.

Nesten alle foreldrene rapporterte om god oppfølging i ettertid, mest fra BUP, men halvparten hadde også fått oppfølging fra enten barne- og familietjenesten, helsestasjon, fastlege, PPT og/eller skole (2010:19). Noen få oppga at de ikke hadde hatt behov for oppfølging, eller at de var misfornøyd med den oppfølgingen de hadde fått (2010:19). Resultatene viste at videre veiledning og informasjon, samt fortsatt dialog og samlinger med andre foreldre i samme situasjon, var elementer som hadde hjulpet og som foreldre ønsket mer av.

Kortversjon av DUÅ i Norge

DUÅ i Norge består vanligvis av 12-14 økter. Et spørsmål reist av Reedtz, Handegård og Mørch (2011) er hvilken effekt en kortversjon av DUÅ kan ha for familier der barna har uttalte, men ikke for alvorlige problemer. Denne studien inngår i Reedtz (2010) sin doktoravhandling. Reedtz forklarer at intensjonen med kortvarig DUÅ var å teste om en lavere «dose» også kunne bidra til en reduksjon av risikofaktorer og styrke resiliensfaktorer i forhold til utvikling av atferdsproblemer (Reedtz 2010:20). Totalt 269 familier ønsket å delta i undersøkelsen. Etter ekskluderingskriterier og frafall var det familier til 189 barn som fullførte behandlingen (2011:132). Familiene ble rekruttert ved at de svarte på utlysninger i aviser, plakater på skoler og i barnehager og invitasjoner via e-mail. De ble randomisert til henholdsvis behandlingsgruppe eller kontrollgruppe. Nesten en fjerdedel av familiene som var rekruttert ble ekskludert fordi barna (N=58, 22%) scoret over 90 prosent på ECBI Intensitetsscore. Atferdsvanskene hos disse barna var følgelig så alvorlige at disse familiene ble tilbudt å delta på det ordinære 12-14 ukers DUÅ-programmet.

Foreldrene ble fordelt på grupper bestående av 10-12 foreldre. Møtene ble ledet av to gruppeledere, og varte over seks uker med 2-timers møter hver uke. Programmet bestod av videovignetter, rollespill og hjemmelekser, hvor gruppeledere ledet diskusjoner på grunnlag av disse. Foreldre lærte i tillegg positive oppdragsmetoder (leking, skryt og belønninger) (2010:27).

Målingene ble utført før behandlingen, etter fullført behandling og etter ett år (2010:27). Frafallet ved ettårsmålingen var av relativt stort (24.7% i behandlingsgruppen og 52.6% i kontrollgruppen) (2011:132). Den største effekten av intervensjonen rett etter endt behandling var mer positiv oppdragsstil, etterfulgt av reduksjon i streng oppdragerstil og atferdsproblemer hos barnet. Effekten på atferdsvansker hos barnet var ikke opprettholdt etter et år, men man kunne fremdeles finne forskjeller i oppdragsstil og foreldres oppfatning av sin kompetanse ved ettårsmålingen (2010:35). Forskeren angir noen mulige forklaringer på de manglende resultatene på barnets atferdsproblemer. Kortversjonen er ment å være en mer preventiv enn reaktiv behandling, så mangel på effekt på atferdsproblemer kan forklares med den lave alderen på barna, og at

de ikke har atferdsproblemer som er alvorlige nok til å ha fått en diagnose (2010: 36).

Reedtz, Martinussen, Jørgensen, Handegård og Mørch (2010) har sett nærmere på de sosioøkonomiske faktorene ved utvalget som deltok i kortversjonen av DUÅ. 80 prosent av familiene besto av to foreldre, 61 prosent jobbet fulltid og 78 prosent hadde bachelorutdanning eller høyere utdanning. Av de 78 prosent var det 49 prosent som hadde mastergrad eller doktorgrad. Dette skiller seg betydelig fra den generelle befolkningen, hvor gjennomsnittlig 20 prosent har bachelorgrad og seks prosent har utdanning på master- eller doktorgradsnivå (Reedtz et al 2010: 38). Annen forskning har også vist at foreldre med høy sosioøkonomisk status er mer tilbøyelige til å melde seg på interaktive foreldretreningsprogram, sammenlignet med foreldre med lav sosioøkonomisk status. Dette til tross for at programmet er tilbudt på en ikke-stigmatiserende måte, er kostnadsfritt, og lagt til tider på døgnet som passer for foreldre (2010:39). Forskerne anbefaler at helsepersonell rutinemessig spørre foreldre om de har bekymringer vedrørende barnets atferd (2010:41).

Studier av DUÅ i Norden

RCT-studie av DUÅ i Sverige

Axberg og Broberg (2012; se også Broberg og Axberg 2008) studerte effekten av DUÅ ved hjelp av den første RCT-studien i Sverige. Målsettingen med studien var å undersøke metodens generelle effektivitet på atferdsvansker hos barn diagnostisert med ODD, og undersøke hvorvidt en eventuell effekt vedlikeholdes et år etter endt behandling (2008:9).

Foreldre til 62 barn i 4-8 år med diagnosen opposisjonell atferdsforstyrrelse (ODD) deltok i studien, hvorav foreldrene til 38 barn fikk foreldreopplæring (PT) og 24 ble satt på venteliste (WL). Foreldrene som deltok i studien ble rekruttert enten via BUP, i samarbeid med skole og sosialtjenesten, eller via oppslag i avisen og på skolen om forskningsprosjektet. Barnets psykiske helse og atferdsvansker ble målt ved pre- og post-intervensjon, samt 1 år etter endt program. Begge foreldre var født i Sverige i 93 prosent av familiene, til forskjell fra 74 prosent i den generelle befolkningen. For øvrig var foreldrene i studien sammenliknbare med den generelle befolkningen i Sverige.

Forskerne fant signifikante, positive forbedringer hos barna i intervensjonsgruppen som vedvarte ved 1-årsmålingen, men ikke i kontrollgruppen (2012:227). Mødrenes rapportering om barnets atferdsvansker var signifikant forskjellig fra kontrollgruppen, og den positive effekten av DUÅ ble ytterligere bekreftet av at kun 23% av barna i behandlingsgruppen fremdeles hadde en ODD-diagnose. Lærerrapporteringene viste derimot ingen signifikante forskjeller mellom barna med hensyn til internaliserte problemer eller forbedringer i atferd. 33 prosent av mødrene rapporterte at de syntes metodene var «delvis enkle» å ta

i bruk, og 15 prosent mente de var «delvis vanskelige» eller «vanskelige» å ta i bruk. Resultatene viser imidlertid at alle mødrene ville anbefale programmet, og forfatterne konkluderte med at DUÅ er en foreldretrening som mødrene mener er relevant og nyttig (2012:229-230).

Evaluering av pilotprosjekter i Danmark – DUÅ Basic og Dinosaurskolen

Servicestyrelsen i Danmark iverksatte et prøveprosjekt i 13 kommuner med to evidensbaserte familiebehandlingsprogrammer innen De utrolige årene, henholdsvis Dinosaurskolen og foreldreprogrammet Basic. Et implementeringsstudie og en effektstudie inngikk i prosjektet. Gjennom sistnevnte ønsket man å finne ut hvilken effekt De utrolige årene har hatt på deltagerne og hvorvidt eventuelle effekter holdt seg over tid (Servicestyrelsen 2010:5). Rapporten vurderte den umiddelbare effekten av programmene og langvarig effekt 6-8 måneder etter fullført deltagelse (2011:4). Effektmålingen baserte seg på førmåling, ettermåling og oppfølgingsmåling med en flerinformanttilnærming (2011:10). Det var vanskelig å kontrollere for sosioøkonomiske faktorer siden 63% av foreldre hadde valgt å ikke besvare spørsmålene som angikk dette (2011:14).

I alt deltok 324 barn i evalueringen. Effekten av DUÅ ble målt i tre grupper. I en gruppe var det kun foreldre som deltok i Basic (N=207). En annen gruppe bestod av barn som deltok i Dinosaurskolen, mens foreldre ikke mottok noen foreldretrening (N=70). I siste gruppen fikk både foreldrene og barna i familien behandling. Det opplyses at oppfølgingsmålingen etter 6-8 måneder kun bør tolkes som en indikasjon på at programmene har en positiv effekt på barnas atferd over tid, grunnet et stort frafall i studien. Ikke flere enn 41 barn var representert i besvarelsene for den longitudinelle målingen. Tross dette er det ikke mye som skiller det endelige utvalget fra det originale utvalget, og alt i alt tegner evalueringen et positivt bilde av foreldrenes oppfatning av DUÅ.

Foreldrene mente at metodene de lærte kunne avhjelpe de atferdsproblemerne som fikk dem til å delta i programmet. Det er riktignok et skille som trer frem. I familiene der barna deltok i Dinosaurskolen uten at foreldrene fikk et tilbud, uttrykte foreldrene usikkerhet om håndteringen av atferdsproblemer i hjemmet. Måling av barnets psykiske tilstand (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ) tydet på at disse barna ikke har hatt noen utvikling. I følge forskerne indikerer dette at det er viktig at foreldre deltar i undervisning for at barn skal utvikle sine sosiale og følelsesmessige kompetanser i hjemmet.

Selv om få resultater er signifikante, konkluderte Servicestyrelsen med at DUÅ har ført til at barna nå er innenfor normalområdet for atferd og at de har positiv utvikling i sosial kompetanse og redusert atferdsvansker. Behandlingen har også vært positiv for foreldrene som opplevde mindre stress i forbindelse med foreldrerollen så vel som forbedringer i parforholdet.

Spørreundersøkelse om DUÅ i Danmark

Birk-Olsen og Horsted (2008) evaluerte *Basic*, som del av De Utrolige Årene-programmet, i fire danske kommuner. Basert på spørreskjemaer målte de hvor tilfredse foreldre og kursleder var med programmet, både under og etter kurset. Majoriteten av foreldrene rapporterte at de var positivt innstilt til programmet ved oppstart (70%, N=95), og de er også positive ved programslutt (97%, N=96) (2008:5). Foreldrene (90%) formidlet at de så forbedringer i barnets problemer når de hadde benyttet DUÅ-metoder (2008:24). Forfatterne påpeker at selv om hjemmeoppgavene anses som nyttige av foreldrene, er det mange som har hatt problemer med hvordan de skal utføres. Det blir derfor anbefalt at de foreldrene som har slike vanskeligheter får mer støtte (2008: 43).

Studier av DUÅ utenfor Norden

I *Nederland* har Posthumus et al. (2012) utført et matchet kontroll design-studie av De utrolige årene, for foreldre hvor barna viste tegn til kronisk atferdsforstyrrelse. 72 foreldre mottok DUÅ (BASIC og ADVANCE) mens 72 familier mottok ordinære tiltak (TAU). Av disse er det 52 barn i hver gruppe som utgjør analysene i denne studien (2012: 493). DUÅ-gruppen ble gitt 11 BASIC-møter og 7 ADVANCE-møter med en varighet på 2 timer hver, og deretter oppfriskningsmøter 3 og 6 måneder etter behandlingsslutt (2012:491). Artikkelen beskriver ikke tiltakene TAU-gruppen mottok.

To år etter behandlingsslutt var foreldrekompetanse, basert på selvrapportering og observasjoner, signifikant forbedret i DUÅ-gruppen. Den kunne også vise til vedlikeholdt positiv effekt på barnets atferdsvansker ut fra observasjoner (2012:496). Det var riktignok ikke noen endring i foreldre-rapportering på barnets atferdsvansker verken i DUÅ-gruppen eller kontrollgruppen (2012:496-497). Forfatterne mener en forklaring kan være at foreldre ved hjelp av DUÅ er bedre i stand til å merke seg barnets atferdsvansker (2012:497).

O'Neill et al. (2013) gjennomførte en kostnadsanalyse av De utrolige årene (DUÅ) i *Irland*. De tok utgangspunkt i en randomisert pilotstudie med et utvalg på 149 familier, hvor familiene ble allokert med en 2:1 fordeling, enten til behandlingsgruppen eller venteliste (2013:86).

Selve programmet hadde en tydelig effekt på barnas atferd. Etter seks måneder lå 60 prosent av barna i behandlingsgruppen under den kliniske grensen i ECBI, mens dette kun gjaldt 35 prosent av barna i kontrollgruppen. Kostnadsanalysen er hovedsakelig basert på hvor ofte familiene har tatt i bruk offentlige tjenester (2013:87). Forfatterne fant at DUÅ var kostnadseffektivt.

I *Canada* utførte Letarte et al. (2010) en pre- og post-studie hvor de ønsket å se hvilken effekt DUÅ hadde på foreldre (N=35) som var i kontakt med barneverntjenesten grunnet vanskjøtsel av barnet. Det var 26 foreldre som deltok

i behandling og 9 foreldre på venteliste. Foreldrene fylte ut spørreskjemaer før og etter DUÅ-behandling angående oppdragelsesstil og barnets atferdsvansker. Resultatene tyder på at foreldretreningsprogram kan ha en positiv effekt på foreldrekompetanse og for hvordan foreldrene vurderer barnets atferdsvansker (Letarte et al. 2010).

Meta-analyser av effekter av DUÅ

Pidando og Allen (2014) gjennomgikk evalueringsforskning om De Utrolige Årene, hvor hovedfokus var forskning utført av uavhengige forskere. De konkluderer med at det foreligger mye forskning på DUÅ som treningsprogram for yngre barn, men at det er mangel på uavhengig forskning på andre typer treningsprogram innen DUÅ. For eksempel de som sikter seg mot eldre barn og Dina Dinosaur-programmet. Konklusjonen er at forskning på DUÅ behøver mer uavhengig og longitudinell forskning.

Menting, de Castro og Matthys (2013) vurderte 50 kontrollerte studier som hadde sett på effektiviteten av DUÅ for å minimere atferdsvansker hos barn. Studiene var fra perioden 1980-2010. Majoriteten var eldre studier, kun 20 prosent (N=10) var fra 2008 eller senere. I sju av studiene hadde sammenligningsgruppen fått alternativ behandling, mens de resterende enten ikke hadde mottatt tiltak eller var blitt satt på venteliste.

Resultatene tyder på at DUÅ er et effektivt tiltak. Forfatterne fant at studier som rapporterer effekter på atferdsvansker basert på observasjoner, viser til større effekt av DUÅ enn de som er basert på foreldrerapporteringer. Forfatterne fant dessuten at den faktoren som tydeligst forutsa god behandlingseffekt, var høyt nivå på alvorlige atferdsvansker hos barnet før behandlingsstart (2013:909).

4.4 Tidlig innsats for barn i risiko – TIBIR

Ettersom TIBIR er utviklet av Atferdssenteret og implementert i Norge, foreligger utelukkende norske studier av programmets ulike komponenter.

Utprøving i en stor kommune

Kjøbli og Sørli (2008) gjennomførte en studie av TIBIR i forbindelse med at modellen ble prøvd ut i barneskoler i en kommune. Hovedmålet var å undersøke om TIBIR bidro til et bedre skolemiljø og til færre tilfeller av atferdsproblemer. Forskerne ønsket kunnskap om effekter i skolen som helhet, og ikke på individuelle barn i risikozonen. Problematferd ble definert som normbrytende atferd som påvirker barnet negativt og som hindrer positiv interaksjon mellom barn eller mellom barn og voksne (Ogden 1998 i Kjøbli og Sørli 2008:365).

En kommune med 31.000 innbyggere ble geografisk delt i to, og TIBIR ble prøvd ut på barneskolene i det ene området. Informantene var ansatte i skolen som hadde direkte kontakt med barn. 128 var ansatt i de tre skolene som prøvde

ut TIBIR, og 138 i de fire skolene som utgjorde kontrollgruppen. Det ble gjort pre- og post-måling med spørreskjemaer i skoleåret 2004-2005, samt en måling tre måneder etter endt TIBIR-trening. Barn som var i høy risiko for atferdsvansker ble identifisert via TIBIR-trente ansatte. Totalt ble 64 barn gitt et eller flere TIBIR-tiltak i studie-perioden.

Det ble ikke påvist signifikant endring i lærernes rapportering av problematferd over tid, og bare marginalt signifikante intervensjonseffekter for TIBIR-skolene. Det var ikke noen effekt på skolemiljøet som helhet, noe som kan skyldes at tiltak var rettet mot individuelle barn i høyrisiko, en tilnærming som er for snever til å ha en effekt på hele skolen (Sørli 2000 i Kjøbli og Sørli 2008:373). Forfatterne fant en signifikant positiv effekt på forekomsten av læringshindrende og aggressive hendelser i klasserommet²⁰.

Utover denne studien er kortvarig foreldrerådgivning og sosial kompetanse de to komponentene i TIBIR som er evaluert så langt så vidt vi har kunnet se. Denne forskningen legges frem i det følgende.

Studier av PMTO-rådgivning / kortvarig foreldrerådgivning som del av TIBIR

Foreldrerådgivning er et kortvarig tiltak gitt av kommunens ansatte i familietjenesten. Det er et lavterskel-tilbud for foresatte som melder om utfordringer som følge av barnets problematferd og konflikter mellom barnet og de foresatte (Kjøbli og Ogden, 2012). Kjernekomponentene i foreldrerådgivning er de samme som i PMTO, bortsett fra programorganiseringen og opplæring av programutøvere. I snitt får foreldrerådgiverne 5,4 timer og PMTO rådgiverne 28 timer opplæring (Ogden og Hagen i 2012:617). Foreldrerådgivning har til hensikt å forebygge eller redusere problematferd hos barn. Avhengig av problemsituasjonens karakter og omfang, foregår foreldreveiledning i tre til fem møter.

I Norge er det utført en RCT- studie av kortvarig foreldrerådgivning (Kjøbli og Ogden 2012), med en oppfølgingsstudie etter seks måneder (Kjøbli og Bjørnebekk 2013).

RCT-studie av kortvarig foreldrerådgivning

Kjøbli og Ogden (2012) undersøkte effekten av modulen kortvarig foreldre-rådgivning, som del av TIBIR. De gjennomførte en RCT-studie der utvalget bestod av 216 barn i alderen 3-12 år ($M=7.28$). Familiene var rekruttert fra 1. linjetjenester ved alle fem helseregioner i Norge mellom februar 2007 og mars 2008. En gruppe ($n=108$) mottok foreldrerådgivning, mens en kontrollgruppe ($n=108$) mottok

²⁰ Av åtte variabler som ble brukt for å måle utfall av studien, var det oppgitt effektstørrelser for de fire variablene som viste signifikant endring. Disse varierer fra .30 til .36 (Cohens d), og tyder på at effektene er små til moderate.

ordinære tiltak. Informasjon ble innhentet fra foreldre og lærere. 55,6 prosent av barna skåret over .90 prosentilen på eksternaliserende atferd og på intensitetsskalaen til ECBI, noe som tydet på at en vesentlig andel av barna hadde utviklet atferdsproblemer i klinisk forstand (2012:618).

I kontrollgruppen fikk 67,4 prosent ulike typer behandling. Dette omfattet blant annet rådgiving fra sykepleiere eller sosialarbeidere i barneverntjenesten, deltakelse i familieråd, Marte Meo. Det var ingen signifikante forskjeller i behandlingstiden intervensjons- og kontrollgruppen mottok.

Foreldrene som fikk kortvarig foreldrerådgiving meldte etter endt rådgiving om lavere nivå på atferdsproblemer og angst/depresjon hos barnet, og om høyere nivå på sosial kompetanse. Sammenlignet med behandlingsgruppen brukte foreldrene i behandlingsgruppen i mindre grad streng og inkonsekvent oppdragsstil. Lærere rapporterte imidlertid ikke om noen intervensjonseffekt. Forfatterne mente resultatene kunne skyldes at foreldre kan være partiske til positiv atferd fra barnet, at lærerne ikke gjenkjenner forbedring i atferd, eller at kortvarig foreldrerådgiving ikke er nok til å endre barnets atferd på skolen eller i barnehagen. Frafallet fra behandlingen var lavt, noe forfatterne mer kan skyldes tiltakets kortvarighet.

Seks måneders oppfølgingsstudie av RCT-studie om kortvarig foreldrerådgiving Kjøbli og Bjørnebekk (2013) gjennomførte en 6-måneders oppfølgingsstudie av Kjøbli og Ogdens (2012) RCT-studie av kortvarig foreldrerådgiving. 173 deltagere (80%) av det originale utvalget deltok, hvorav 52 prosent var fra behandlingsgruppen og 48 prosent fra kontrollgruppen. Resultatene viste at effektstørrelsene minsket over tid og de kunne ikke påvise intervensjonseffekt i skole eller barnehage.

Betydningen av programtrohet for utfallet av kortvarig foreldrerådgiving i Norge Kjøbli, Bjørknes og Askeland (2012b) analyserte intervensjonsutvalget fra ovennevnte RCT-studie for å undersøke om grad av programtrohet predikerte utfall på foreldrenes oppdragsstil og barnets atferdsvansker.

Resultatene viste at høy grad av programtrohet predikerte lave nivåer av inkonsekvent disiplineringstil og høye nivåer av positiv foreldrekompetanse og passende disiplinering. Programtrohet predikerte imidlertid ikke resultatene på utfallsvariablene streng disiplinering og barnets atferdsvansker. I følge forfatterne illustrerer studien viktigheten av å sikre kvaliteten på utøvelsen av intervensjonen kortvarig foreldrerådgiving.

Sekundæranalyser av materialet fra RCT-studien av kortvarig foreldrerådgivning

Hva slags innvirkning har mors depresjonsnivå på effekten av kortvarig foreldrerådgivning?

Kjøbli, Nærde, Bjørnebekk og Askeland (2013) analyserte datagrunnlaget fra den opprinnelige RCT-studien, hvor 216 familier deltok. De fant at depresjon hos mor hadde negativ innvirkning på effekten av behandlingen, uavhengig av om tiltaket var foreldrerådgivning eller ordinære tjenester. Lærerrapporteringer tydet på at høyt nivå av depresjon hos mor predikerte høyt nivå på atferdsvansker hos barnet. Motsatt viste foreldre- og lærerrapporteringer at lavt depresjonsnivå hos mor predikerte lavere nivå av atferdsvansker hos barnets. Ifølge Kjøbli et. al. (2013) indikerer resultatene at foreldrerådgivning er mer effektivt enn ordinære tjenester når mor er lite deprimert og at ordinære tiltak er mer effektive når mor er deprimert.

Hvordan er ulike variabler ved familien, foreldrene og barnet relatert til familiers utbytte av kortvarig foreldrerådgivning?

I sin masteroppgave studerte Johansen (2010) betydningen av en rekke ulike variable for effekter av kortvarig foreldrerådgivning. Her inngikk betydningen av familiens sosioøkonomiske bakgrunn, foreldrepraksis, foreldrenes mentale helse, barnets problematferd, og sosiale kompetanse og angst/depresjon. Resultatene viste at det eneste som hadde betydning var mors mentale helse. I de familiene der mor rapporterte om høy grad av angst/depresjon, hadde de lavere utbytte av rådgivningen enn resten av utvalget.

Sammenhengen mellom å være aleneforelder, foreldreferdigheter og atferdsendring hos barn etter foreldrerådgivning

I sin masteroppgave undersøkte Brenna (2014) om kortvarig familierådgivning påvirkes av om familiene besto av en- eller to-foreldrefamilier. Brenna brukte multiple regresjonsanalyser med 12 utfallsmål fra rapporteringer fra foreldre og lærere. Analysene viste ingen forskjeller i utfallsmålene mellom familietyperne og atferdsendringer hos barna.

Sammenhengen mellom alder og nivå av atferdsvansker i kortvarig foreldrerådgivning

I sin masteroppgave undersøkte Lagerstrøm og Hansen (2013) om barnets alder hadde innvirkning på effektiviteten av kortvarig foreldrerådgivning sammenlignet med annen tilgjengelig praksis i førstelinjetjenesten i kommunene. Resultatene fra regresjonsanalysene viste at foreldre rapporterte mer positiv endring i barnets atferd jo eldre barnet var, mens lærere rapporterte at de yngste barna hadde størst utbytte. Sistnevnte resultat var imidlertid ikke signifikant.

RCT-studie av sosial ferdighetstrening som del av TIBIR

Kjøbli og Ogden (2014) gjennomførte en RCT- studie av sosial ferdighetstrening. Sosial ferdighetstrening vektlegger at barn i risikozonen for atferdsvansker skal lære å vurdere hva som er, og ta i bruk, sosialt akseptable handlinger. I intervensjonen inngår rollespill og trening i problemløsningskompetanse. Det øves på å gjenkjenne triggerer i nærmiljøet som kan gjøre barna sinte og frustrerte, og gi dem verktøy til å roe seg ned i slike situasjoner. Sosial ferdighetstrening er en kortvarig intervensjon, med en økt hver uke over en tidsperiode på 8-10 uker.

Deltagerne var 198 barn i alderen 3-12 år ($M=7.64$ år) som viste tegn til, eller hadde utviklet atferdsvansker. Forfatterne ønsket å undersøke hvorvidt sosial ferdighetstrening hadde kortvarige og langvarige effekter på barnas atferdsvansker, sosiale kompetanse og internaliserte problemer (2014:3). 99 barn ble allokert til sosial ferdighetstrening, og 99 barn til ordinære tjenester. av disse deltok henholdsvis 89 og 71 barn i oppfølgingsstudien, 6 måneder etter behandlingsslutt. Familiene i sammenligningsgruppen sto fritt til å søke andre hjelpetjenester og 19 prosent fikk spesialundervisning som tiltak. Hvilke andre tiltak som ble gitt var ikke dokumentert.

Foreldrene i begge gruppene rapporterte om reduksjon i barnas atferdsvansker og internaliserende problemer og økning i sosial kompetanse. Det eneste signifikante resultatet var på foreldrerapportert ECBI intensitetsskala (Cohens $d=.31$). Forfatterne konkluderer med at individuelt tilpasset sosial ferdighetstrening muligens ikke er tilstrekkelig til å redusere barns atferdsvansker. En grunn det pekes på at intervensjonen ikke har de riktige komponentene, en annen er at intervensjonen for å ha effekt må kombineres med andre tiltak, som for eksempel foreldretrening (2014:9).

4.5 Positiv atferd, støttende læringsmiljø og samhandling, PALS

Implementering av PALS og effektstudier i Norge

Studie 1: Ikke-randomisert pilotprosjekt om PALS

Sørli og Ogden (2007) gjennomførte en evaluering av Positiv Atferd i Læring og Samspill (PALS) i fire grunnskoler (P-skoler). Disse ble sammenlignet med fire sammenlignbare skoler (K-skoler) (2007:475). I pilotprosjektet ønsket man å undersøke hvilken innvirkning PALS hadde hatt på elevenes sosiale kompetanse og skolemiljøet, og om implementeringskvalitet og elevenes kulturelle bakgrunn hadde betydning i så måte. Dessuten ønsket man å få lærernes vurdering av modellen. Evalueringen ble gjennomført to år etter at PALS ble introdusert på skolene. Studien omfattet 735 elever fra 3. til 7. klasse. For å måle nivået av problematferd på hver skole ble lærere bedt om å fylle ut et spørreskjema om

hvor mye problematferd de hadde observert i løpet av en uke. Spørreskjema angående sosial kompetanse og læringsmiljø ble gitt til både lærere og elever. Implementeringskvaliteten og de ansattes oppfatning av skolens kollektive arbeidsevne ble også målt ved hjelp av spørreskjemaer.

Resultatene viste at observert problematferd ble redusert i P-skolene og økte i K-skolene. For eksempel sank daglige observasjoner av verbale angrep på medelever med 18 prosent, mens slike observasjoner økte med 6 prosent i K-skolene. Daglige observasjoner av forstyrrende prat i klassen og av regelbrytende atferd ble redusert med 25 prosent i P-skolene, og økte med 5 prosent i K-skolene. De to P-skolene som opprinnelig hadde størst problematferd reduserte denne mest over tid. Det ble ikke funnet signifikante forskjeller mellom skolene når det gjaldt sosial kompetanse eller intervensjonseffekt på læringsmiljøet. Resultatene viste at det var størst reduksjon i problematferd på skolene med den høyest implementeringskvalitet i klasserommene (2007:480-485).

I følge lærerrapporteringene skjedde det en signifikant forbedring av minoritets elevenes sosiale kompetanse, mens dette ikke kommer frem i elevenes egen rapportering. Dessuten vurderte minoritets elevene i P-skolene klasse miljøet som signifikant forverret sammenlignet med K-skolene. I følge Sørli og Ogden er en mulig forklaring at lærere i P-skoler retter mer av sin oppmerksomhet mot problematferd, noe som har gitt andre elever mindre oppfølging (i dette tilfellet elever med minoritetsbakgrunn). Avslutningsvis presiserer forfatterne viktigheten av å ha en helhetlig og systematisk implementeringsprosess i alle arenaer på skolen, og at alle ansatte bidrar (2007:487).

Studie 2: Ikke-randomisert effektstudie av PALS

Sørli og Ogden (2015) har senere gjennomført en mer omfattende, ikke-randomisert effektstudie av PALS, denne gang med 28 PALS-skoler og 20 kontrollskoler tre år etter at tiltaksmodellen ble innført på skolene. Igjen ble spørreskjemaer fylt ut av lærere og elever.

Etter tre år viste det seg at implementeringen hadde vært mest vellykket ved de mindre skolene, mens skolene med størst utfordringer hadde lavest implementeringskvalitet. Det var forventet at implementering ville være mer utfordrende på skoler med flere krevende elever, noe som ble bekreftet av at skolene med lav programtrohet også hadde et høyere antall elever med spesialundervisning og politianmeldelser.

Resultatene ett år etter implementering viste at P-skolene hadde større reduksjon av problematferd i skolemiljøet som helhet, men man fant ikke signifikante forskjeller mellom skolene når det gjaldt problematferd i klasserommet. I P-skolene var det en tydelig nedgang i antall elever med spesialundervisning på bakgrunn av problematferd (37.5%), mens dette økte med 54 prosent i K-skolene.

Ut over dette viser denne studien tilfredsstillende effektstørrelser. Effektstørrelser lå mellom Cohens d på 0.13 og 0.25, som er på nivå med Bradshaw et al. ($d=.08-.17$; 2012) og en tidligere meta-analyse om universelle skoleprogram ($d=.20$; Durlak et al. i Sørli og Ogden 2015). Dette er spesielt oppsiktsvekkende med tanke på at norske elever generelt har god oppførsel og man ikke forventer markante effektstørrelser (Sørli og Ogden 2015:214).

Resultatene peker i samme retning som pilotprosjektet: skoler med høy implementeringskvalitet har god intervensjonseffekt, og PALS sørger for at færre elever blir tatt ut av klasserommet, problematferd reduseres og at læringsmiljøet forbedres i klasserommet (2015: 215).

Fungerer PALS forebyggende for risikoutsatte barn i skolen?

Dette undersøkte Nordberg (2013) i sin masteroppgave. Spørreskjema ble sendt til alle lærere ved seks skoler, tre med PALS og tre uten PALS. Samlet svarprosent var 72 prosent, med svar fra 90 av 125 lærere. PALS-skoler melder om utfordringer ved å vedlikeholde kunnskap om metoden grunnet utskiftning av personale. Resultatene viser samtidig at lærere ved PALS-skoler i høyere grad erfarer at de klarer å fange opp barn med atferdsvansker i en tidligere fase enn det lærere ved skoler uten PALS erfarer.

Effektstudie av PALS i Norden

Evaluering av pilotprosjektet PALS i Danmark

Rasmussen og Olsen (2012) gjennomførte en dansk evaluering av PALS, som har blitt innført på 11 pilot-skoler i Danmark. For å vurdere hvilken effekt PALS-skolene har hatt, vurderte de indikatorer som antall elever i spesialklasser, utvikling i ulovlig fravær og avgangskarakterer. I tillegg har ble ansatte (N=295) på PALS-skolene bedt om å fylle ut et spørreskjema om hvorvidt atferden til elevene, trivselen og skolekulturen hadde endret seg. PALS-skolene ble sammenlignet med andre skoler i de samme kommunene, og i analysene ble det kontrollert for kommunale skoleutgifter, antall elever og sosioøkonomiske faktorer (2012:10). Denne evalueringen skiller seg derved fra de norske evalueringene ved at den benytter et bredere sett av utfallsvariable.

Det kommer frem at implementeringen ikke har nådd like langt som ønsket, i det halvparten av de ansatte mente at PALS ikke var fullt ut implementert selv etter tre år (2012:11). Dette vurderes å være en del av forklaringen på at det ikke kan vises til signifikante forskjeller over tid på indikatorene tall på elever i spesialklasser, ulovlig fravær og avgangskarakterer.

Ansatte oppgir at det hadde skjedd forbedringer etter innføring av PALS, men (spesial)pedagoger var mer positive til endringene enn lærere. Flesteparten av de ansatte vurderte både skolemiljø og klasse miljø som forbedret etter

innføring av PALS. 86 prosent mente at skolens ansatte hadde blitt flinkere til å håndtere vanskelige elever, og 73 prosent opplyste at elevene behandlet hverandre bedre. Samtidig svarte 17 prosent at de hadde fått mindre «innflytelse på ditt arbeid», og 26 prosent svarte at «arbeidspress» hadde blitt forverret de siste tre årene. Forfatterne opplyser at det var begrensninger ved spørreskjemaene som gjorde at det ikke var mulig å hente fram faktorer ved de enkelte skolene for å se hvorfor PALS ble vurdert til å ha bidratt med større eller mindre forbedringer.

I tillegg var det relativt mange av de ansatte, mellom 58 og 72 prosent, som mente at innføringen av PALS ikke har ført til nevneverdige endringer i det psykososiale miljøet. En del ansatte opplyste også at det har vært vanskelig å implementere PALS i klassemiljøet på en optimal måte. Det konkluderes med at det er for tidlig å si noe sikkert om effekten av PALS, men studien gir indikasjoner på visse utfordringer, som at implementeringen kan gi ansatte en følelse av mindre autonomi. Alt i alt konkluderer forfatterne at det er positive effekter av modellen på PALS-skolene (2009:121).

Effektstudie av PALS utenfor Norden

Den best kjente effektstudien av PALS utenfor Norden er utført av Bradshaw og kolleger (2012) i USA. Dette var en randomisert kontrollert studie av totalt 37 barneskoler med 12 344 elever, som gikk over 4 år. Spørreskjemaer ble gitt til lærere. Resultatene viser at det var en signifikant reduksjon i konsentrasjonsproblemer og forstyrrende og aggressiv atferd i PALS-skolene. PALS-skolene hadde også større positiv intervensjonseffekt på prososial atferd sammenlignet med kontrollskolene.

4.6 Sammenlikninger mellom programmer og søken etter felleselementer

De senere årene har det vært en økende interesse for å gjennomføre mer overordnede analyser av både implementering og effekter av de evidensbaserte programmene, for eksempel i form av metastudier. Det har også vært en økende interesse for å sammenlikne effekten av ulike programmer, kanskje fordi det etter hvert har blitt utviklet flere programmer som til dels konkurrerer om de samme klientgruppene. Mange programmer inneholder de samme elementene, og har gitt opphav til en interesse for å fange opp virksomme felleselementer som igjen kan kombineres på nye måter. Dette har ført til spørsmålet om det er mulig å utvide nedslagsfeltet for programmer som tidligere har fokusert på et enkelt problemområde.

I det følgende har vi inkludert i alt ti artikler og en rapport. Tre av artiklene er norske, to er svenske, en rapport er britisk og de siste fem artiklene er amerikanske.

Tre norske sammenlikningsstudier

Alle de tre norske studiene som er med her, har vært opptatt av de evidensbaserte programmenes kliniske relevans. Dette illustrerer en mer generell tendens i litteraturen, som handler om økt interesse for implementeringsforskning og transportabilitet mellom eksperiment og klinikk (fra «efficacy» til «efficiency»).

Den nyeste av disse artiklene er skrevet i et samarbeid mellom Universitetet i Tromsø og Atferdssenteret. Fossum et al (2014) sammenlikner effektene av PMTO og DUÅ. Målsettingen var å utforske hvorvidt endringer i små barns eksternaliserende atferd blir forskjellige når to evidensbaserte, foreldrestøttende programmer sammenliknes. Det ble gjennomført sekundæranalyser av tidligere gjennomførte RCT-studier, som til sammen omfattet 236 barn, hvorav 147 var i PMTO-gruppa og 89 i DUÅ-gruppa. Det eneste utfallsmålet de hadde felles var foreldrevurderinger av aggressiv atferd og eksternalisering, målt ved CBCL. Konklusjonen var at endringene virket like på tvers av programmene ut fra foreldrenes vurderinger, også når det ble kontrollert for aktuelle risikofaktorer. Konklusjonen ble at foreldre bør kunne velge mellom gruppebaserte og individuelle programmer.

Fossum et al (2008) gjennomførte en metaanalyse av 65 studier med nærmere 5 000 case. Målsettingen var å estimere effekten av psykoterapi på generell reduksjon av ødeleggende og aggressiv atferd blant barn og unge. Analysene bygget på informasjon fra foreldre og lærere. Generelt viste metaanalysen at psykososial behandling har positiv effekter, mens tilleggsbehandling har moderate effekter. Behandlingen hadde størst effekt for yngre barn, og studier med atferdsterapeutiske teknikker oppnådde signifikant høyere effektstørrelser enn de som benyttet familieterapeutiske intervensjoner.

Avslutningsvis vil vi nevne Ogden et al (2009) sin artikkel om implementering og evaluering av evidensbaserte metoder i Norge, med MST og PMTO som case. Det viktigste bidraget i denne sammenheng, som gjelder begge programmer, er en diskusjon av forutsetninger for å få forankret metodene i Norge. De understreker betydningen av sterk sentral styring og oppbacking.

To svenske studier og en britisk rapport

Nylig publiserte Stattin et al (2015) en sammenlikning av de kortsiktige effektene av fire ulike foreldrestøttende programmer i Sverige. I studien samarbeidet tre universitetsmiljøer om bruken av et RCT-effektivitetsdesign²¹. Studien involverte i alt 908 barn og en kontrollgruppe på 148 barn, og omfattet Komet (det svenske PMTO), DUÅ, Cope og Connect. Det siste er et program som fokuserer på refleksjon og mentalisering. Forfatterne ønsket å evaluere effekten av programmene i klinisk praksis, andel som viste reduserte skårer over klinisk cut-

²¹ «Efficiency» innebærer klinisk relevans, til forskjell fra «efficacy» som er eksperimentelle resultater

off ved pretest, om programmene var like eller ulike mht. endringer i foreldreatferd, og effekter av ulike moderatorer. Alt i alt kom Komet best ut. Samtidig var alle de tre atferdsteoretisk baserte programmene mer effektive enn Connect, selv om Connect fungerte bra mht. opplevde endringer av foreldrefungeringer. Studienes største begrensningen er at resultatene kun bygger på informasjon fra foreldrene. Forfatterne oppsummerer at resultatene kan tyde på felleselementer på tvers av programmene, men at det trengs mer forskning.

Den andre svenske studien (Forster et al, 2012) sammenliknet ulike varianter av Komet – hele programmet, en enkelt workshop og en internettbasert tilnærming. Videre sammenliknet de åtte studier av atferdsbasert foreldretrening som inkluderte resultater om klinisk signifikans. Når det gjaldt ulike versjoner av Komet, var det mest effektivt å tilby hele programmet, dog med god effekt også for en internettverson. Men her var utvalgene ulike. Mer generelt kunne det se ut som om at ett av tre barn med atferdsproblemer viser bedring når foreldrene gis opplæring basert på atferdstenkning, mens resultatene er enda dårligere for andre programmer.

Brodie (2012) laget en oversikt over studier som sammenlikner MST og FFT. Begrunnelsen var at programmene retter seg mot samme populasjon, at resultatene viser mye likhet i effekt, samtidig som måten effektene oppnås på er forskjellige. Han fant ingen studier som direkte sammenlikner disse to programmene. Han gjorde derfor en klinisk vurdering av forskjeller og likheter mellom resultatene, samt om når hvert enkelt program kan passe. Den viktigste forskjellen er ifølge Brodie at FFT kan passe når atferden skyldes forhold i familien, psykiske vansker eller der omsorgspersonen er uvillig til å delta. MST kan passe bedre når atferden er drevet av forhold utenfor familien, eller når umiddelbar handling er nødvendig. Effektene ser ganske like ut både på kort og lang sikt.

Fem amerikanske studier

Selv om vi primært har konsentrert oss om norske, nordiske og andre europeiske publikasjoner i denne kunnskapsoversikten, har vi her valgt å inkludere to amerikanske metastudier og tre artikler som handler om felleselementer. Vi vil gjøre oppmerksom på at slik de valgte metastudiene er innrettet blir overgangen til studier av felleselementer litt flytende, ettersom studiene kan ha hatt som målsetting å finne felleselementer. For eksempel anvendte Chorpita et al (2009) den såkalte «Distilling and Mapping Method» på 322 randomiserte, kliniske forsøk, som omfattet i alt 615 evidensbaserte behandlingstilnærminger for barn og unge. De var opptatt av å undersøke hva slags kjennetegn virksomme metoder har, og hva et passende analysenivå er.

Chorpita et al (2009) fant at virksomme behandlinger kjennetegnes av en lang rekke praksiselementer, aller avgrensede kliniske teknikker eller strategier som brukes som del av en mer omfattende intervensjon. *Kliniske implikasjoner*

var at mønstre med virksomme praksiselementer kan fungere som veiledning for valget av en evidensbasert tilnærming som ser representativ ut, eller et som ser relevant ut for en gitt gruppe. I stedet for generelle eller gjennomsnittlige kjennetegn, bør spesielle forhold spille en større rolle i valget av tilnæringsmåte. *Forskningsmessig* bør man foreslå nye muligheter for design av behandlinger gjennom å vektlegge aggregerte kjennetegn ved praksiselementer på tvers av litteraturen. Dessuten bør man identifisere områder i litteraturen som er relativt lite utviklet.

Kaminsky et al (2008) gjennomførte en metaanalytisk sammenstilling av 77 publiserte evalueringer fra 1990-2002 av foreldrestøttende programmer for barn mellom 0 og 7 år. Forfatterne sammenliknet tilnæringsmåter på tvers av innholdet i programmet og måten de ble brukt på i arbeidet med familiene.

Alt i alt fant forfatterne en signifikant, positiv effektstørrelse av deltakelse i de ulike programmene, men disse virket større for foreldrenes enn for barnas del, og lavere for atferd og ferdigheter enn for kunnskap og holdninger. For barnas del var gjennomsnittlig effektstørrelse større for internaliserende enn for eksternaliserende atferd og kognitive ferdigheter. Samtidig var effekten på eksternaliserende atferd høyere enn for sosiale ferdigheter eller prososial atferd. Felleskomponenter som vektlegger mer positiv interaksjon mellom foreldre og barn og programmer som forutsetter øving mellom sesjonene var mer effektive når det gjaldt foreldreatferd og eksternaliserende atferd. Derimot var ikke bruken av manualer relatert til effektstørrelse.

Mens disse forfatterne var opptatt av småbarnsalderen, lette Boustini et al (2015) etter felleselementer i forebyggingsprogrammer for ungdom, publisert etter 1987. I alt ble 58 programmer inkludert og disse omfattet fem kategorier: rusmisbruk, «life skills», seksuell helse, forebygging av angst og vold og forebygging av vold. Reviewen viste at selv om programmene hadde ulike målsettinger, virket det som om forebyggingsprogrammer vektlegger mange av de samme praksiselementer. For eksempel problemløsning, kommunikasjonsferdigheter, innsikt, selvhevdelsestrening og kognitiv mestring. Videre var psykoedukasjon, rollespill og modellering de mest brukte teknikkene på tvers av programmer.

Eyberg, Nelson og Boggs (2008) gjennomførte en systematisk studie av litteratur fra 1996 til 2007 for å se etter evidensbaserte psykososiale behandlingsmåter for forstyrrende («disruptive») atferd blant både barn og unge, inklusive de som er diagnostisert med ODD og CD. Forfatterne fant i alt 16 studier, og ni muligens effektive behandlingsmåter. Atferden ble kartlagt ved hjelp av kjente instrumenter som CBCL. Kriteriene var randomisering, at utvalget var klart definert, en bred definisjon av målgruppa (studier av ADHD-behandling var utelatt), og en klar definisjon av behandling. Behandlingen ble definert som muligens effektiv hvis intervensjonsgruppa gjorde det minst 50 prosent bedre enn kontrollgruppa på målene for forstyrrende/ ødeleggende («disruptive») atferd.

Forfatterne påpeker at på tross av den raske veksten i evidensbaserte programmer for behandling av denne atferden blant barn og unge, er det fortsatt lite forståelse for variabler som predikerer, påvirker, eller forårsaker de atferdsendringene som følger av intervensjonene. Dessuten har effekten av ulike prediktorer, som alvorlighetsgrad av problemet i forkant av behandlingen, vært inkonsistent på tvers av studier. Forfatterne savner fortsatt metodisk gode studier av moderatorer og mediatorer for behandlingsresultater. En av de få studiene de fant, viste for eksempel at omsorgsgivernes organiseringsferdigheter og reduksjon i kontakt med avvikende jevnaldrende var det som hadde størst forklaringskraft på redusert antisosial atferd etter behandling (gjaldt MTFC). I en analyse av seks studier av DUÅ fant man at tilpasningen i ekteskapet, mors depresjon, fars rusmisbruk og barnets komodbiditet i form av angst/depresjon, modererte virkningene av behandlingene. Her trengs bedre kunnskap. Før man har en bedre forståelse for hvilke betingelse som må være tilstede for at behandlingene virker, og om hvilke behandlinger som produserer ønsket endring kan det vanskelig argumenteres for overføring av evidensbaserte behandlinger i stort omfang (Eyberg et al 2008:232).

Den siste studien vi vil nevne konsentrerte seg om vanlig klinisk praksis. Garland et al (2014) lette etter elementer av evidensbasert praksis i vanlig behandlingspraksis for barn, og undersøkte hva slags betydning disse elementene hadde. I alt inngikk 190 barn mellom 4 og 13 år i studien, deres omsorgsgivere, samt 85 terapeuter som var rekruttert fra seks klinikker. Tjuesju praksiselementer ble identifisert. Gjennom observasjon av behandlingen skulle man beskrive ulike prosesser for barn med forstyrrende («disruptive») atferdsproblemer. Det skulle også testes om det var noen sammenheng mellom bruk av observerte felleselementer og endret utfall, samtidig som det skulle tas hensyn til mulige konfundere.

De fant få signifikante sammenhenger mellom behandlingsprosess og endringer på utfallsmålene, og observerte forandringer var generelt lite relatert til type eller mengde behandling. Barn og familier demonstrerte bedring i løpet av åtte måneder, men med små til moderate effektstørrelser, og større endringer de første fire enn i de siste fire månedene.

4.7 Oppsummering

I dette kapitlet har vi gjennomgått norske, nordiske og noen andre effektstudier av i alt fire evidensbaserte programmer som er rettet mot atferdsproblemer blant barn. Tabell 4.1 oppsummerer svarene på de spørsmålene vi har stilt til teksten i studiene når det gjelder omfang, type studier, type konklusjoner og svar forskerne selv har gitt på betydningen av resultatene (jfr. oversikten i kapittel 2). Her oppsummerer vi de viktigste konklusjonene av vår gjennomgang så langt.

Mange positive effekter av programmene, men fortsatt ubesvarte spørsmål

Det rapporteres gjennomgående om mange positive effekter av alle de fire programmene som er beskrevet her, særlig når programtroheten eller implementeringskvaliteten er høy (se for eksempel Forgatch og DeGarmo, 2011 for PMTO, Menting et al, 2013 for DUÅ, Kjøbli, Bjørknes og Askeland 2012b, for TIBIR, Sørli og Ogden, 2015 for PALS).

Kaminsky et al (2008) metaanalytiske sammenlikning av studier av primært amerikanske forsøk med foreldrestøttende programmer, fant for eksempel en signifikant, positiv effektstørrelse av deltakelse i de ulike programmene. Disse hadde imidlertid større virkning på foreldrene enn på barna. Effektene var også lavere for atferd og ferdigheter enn for kunnskap og holdninger. For barnas del var gjennomsnittlige effektstørrelser større for internaliserende enn for eksternaliserende atferd og kognitive ferdigheter, som igjen var høyere enn de for sosiale ferdigheter eller prososial atferd. I sin systematiske studie av litteratur om evidensbaserte, psykososiale behandlingsmåter for «disruptive» atferd, fant Eyberg, Nelson og Boggs (2008) blant annet at effekten av ulike prediktorer, som alvorlighetsgrad av problemer i forkant av behandlingen, var inkonsistent på tvers av studier. De norske og nordiske studiene ser ut til å ha noe bedre effekt for barn med alvorlige atferdsvansker, men resultatene er heller ikke her helt konsistente. De studiene vi har presentert her, viser også varierende resultater om i hvor stor grad positive effekter overføres fra en arena til en annen.

Generelt finner man at mødre med depressive symptomer og andre psykiske vansker ser ut til å få mindre hjelp av foreldrestøttende programmer. Det samme ser ut til å gjelde familier bestående av enslige mødre som er i kontakt med barnevernet, selv om familiestruktur ellers ikke ser ut til å ha betydning. Resultater både fra den norske PMTO-studien (Bjørnebekk, Kjøbli og Ogden, 2015) og DUÅ-studien (Fossum et al, 2010) viser at barn med ADHD får reduserte symptomer på atferdsvansker som følge av programmene.

For lite omfattende og delvis for gamle studier?

Ser vi bort fra metastudier eller studier der primærdata er slått sammen og derigjennom får en høyere N, er det som Eyberg et al (2008) påpeker, relativt få barn og unge som inngår i de empiriske studiene av evidensbaserte programmer. Stort sett dreier det seg om mellom 100 og 200 fordelt på intervensjons- og kontrollgrupper. Dette gjelder også de norske primærstudiene, som dessuten kjennetegnes av at rekrutteringen til utprøvingen av metodene har måttet pågå over flere år for å få et ønsket antall. Vi kan også oppsummere at det er gjennomført få norske primærstudier av PMT og DUÅ. Studiene begynner videre å bli gamle, de ble gjennomført den første tiden etter at programmene ble implementert. PALS er et unntak her, studien er mer omfattende fordi

programmet er skolebasert og ikke basert på at enkeltfamilier skal rekrutteres til et behandlingsopplegg.

Tidvis for upresise definisjoner av hvem programmene skal hjelpe? Studiene bruker ulike betegnelser på fenomenene som skal behandles; i norsk oversettelse fra atferdsproblemer eller alvorlige atferdsproblemer til eksternalisert atferd, atferdsforstyrrelser eller betegnelsene ODD og CD fra diagnosemanualene. Med andre ord savner vi bedre beskrivelser av intervensjonsgruppene i mye av litteraturen. Dette er viktig fordi studiene har noe ulike målgrupper, for eksempel når det presiseres at kortversjonen av DUÅ er mer innrettet mot forebygging enn behandling (Reedtz, Handegård og Mørch, 2011). Samtidig kan for vide kriterier føre til at intervensjons- og kontrollgruppene ikke blir de samme fra studie til studie. Utfordringen blir da at man ikke kan vite om slike forskjeller påvirker utfallet av behandlingen. I studier av behandlingenes effektivitet i eksperimentell forstand («efficacy») kan dette delvis kompenseres for ved å bruke standardiserte kartleggingsinstrumenter. Det vil da være skårene på instrumentene som bestemmer hvor alvorlig en tilstand er. Samtidig blir dette fortsatt et problem hvis ulike programmer bruker ulike instrumenter, fordi man da ikke vet om resultatene er sammenlignbare.

Til tider for positiv fortolkning av resultatene?

Littell (2008) er opptatt av det hun kaller «confirmation bias» i diskusjonen av publiserte oversikter over evidensbasert praksis. Med dette mener hun at forskerne har en tendens til å overbetone positive resultater og nedtone negative resultater. I gjennomgangen av studiene i dette kapitlet, fant vi eksempler vi mener kan ses som uttrykk for «confirmation bias». I RCT-studien av PMTO som gruppebehandling, viste for eksempel Kjøbli, Hukkelberg og Ogden (2013) til positive skårer og egenvurderinger for foreldrenes del, men mer moderate effekter, særlig over tid, fra lærernes perspektiv. Likevel konkluderer forskerne med at gruppebasert PMTO bidrar til å redusere atferdsproblemer, og mener studiens positive funn reflekterer en reell effekt av PMTO i Norge. I RCT-studien av PMTO som tiltak for mødre med minoritetsbakgrunn, konkluderte Bjørkli og Manger (2013) med at PMTO er effektivt i å styrke foreldrekompetansen til mødre med etnisk minoritetsbakgrunn, selv om skole og barnehage rapporterte at barnas atferd ikke hadde endret seg. I RCT-studien av PMTO på Island fant ikke Sigmarsdóttir et al (2013) signifikante forskjeller mellom intervensjons- og kontrollgruppen når det gjaldt foreldrenes oppdrageratferd. Deres konklusjon var at resultatene skyldtes at måleinstrumentene ikke var tilpasset islandsk kultur. Året etter konkluderte tre av fire av de samme forfatterne at PMTO er en effektiv metode for å redusere atferdsproblemer innenfor den nordeuropeiske kulturkrets,

basert på samme RCT-studie, ettersom PMTO hadde bidratt til større reduksjon i atferdsproblemer enn i kontrollgruppa (Sigmarsdóttir et al, 2014).

Når det gjelder DUÅ, konkluderte for eksempel Servicestyrelsen i Danmark med at selv om få resultater er signifikante, har programmet ført til at barna nå er innenfor normalområdet for atferd og har positiv utvikling i sosial kompetanse (Servicestyrelsen, 2011). RCT-studien av en kortversjon av DUÅ i Norge beskriver relativt dårlige resultater over tid når det gjelder barnas atferdsproblemer, samtidig som man fant mer vedvarende, positive forskjeller for foreldrenes del. Reedtz, Handegård og Mørch (2011) tilskriver dette at programmet primært skal være forebyggende, og at barna kanskje ikke hadde rukket å utvikle alvorlige nok atferdsproblemer.

I en seks måneders oppfølging i en RCT-studie av kortvarig foreldre-rådgivning, som del av TIBIR, konkluderte forfatterne at det kortvarige tiltaket var effektivt. Dette til tross for at effektstørrelsene minket over tid, og at det ikke ble påvist intervensjonseffekter i skole eller barnehage (Kjøbli og Bjørnebekk, 2013). Etter utprøvingen av PALS på fire grunnskoler i en kommune, fant man blant annet at minoritetslevene beskrev klassemiljøet som signifikant forverret. Samtidig mente lærerne at det hadde skjedd en signifikant forbedring av disse elevenes sosiale kompetanse. Etter Sørli og Ogdens (2007) vurdering kan en forklaring på dette være at lærerne i PALS-skolene retter mer av sin oppmerksomhet mot problematferd, og derfor gir andre elever mindre oppfølging.

Spørsmålet om avhengighet

De fleste studiene som er beskrevet i dette kapitlet er gjennomført av forskere som på en eller annen måte har vært ansvarlige for å implementere det aktuelle programmet i sine land. Dette er ofte gjort i samarbeid med de som i sin tid utviklet programmene, og som har økonomiske interesser i økt utbredelse av dem. Implementeringen av PMTO, DUÅ og MST i Norge fikk dessuten omfattende og langvarig økonomisk støtte fra statlig hold. Vi diskuterer dette spørsmålet i kapittel sju. Her nøyer vi oss med å påpeke at mulige konsekvenser av avhengighet for design, gjennomføring og fortolkning av resultater ikke ser ut til å være noe tema i den litteraturen vi har gjennomgått så langt. En eneste publikasjon har gjort et poeng av uavhengighet, nemlig Pidando og Allens (2014) gjennomgang av evalueringsforskningen på DUÅ. De konkluderer blant annet med at det trengs mer uavhengig og longitudinell forskning på dette programmet.

Barn, unge og foreldres medvirkning

Barn, unge og foreldres medvirkning var en av to dimensjoner vi løftet fram i første kapittel som lite dekket i litteraturen, ut fra vår kjennskap i utgangspunktet. Gjennomgangen så langt gir ikke grunnlag for å endre denne vurderingen, særlig

ikke for barnas del. Barna har stort sett bare bidratt hvis de har fylt ut kartleggingsskjemaer eller spørreskjemaer laget av voksne, eller blitt observert av voksne. Forskerne ser ikke uten til å ha vært spesielt opptatt av barnas synspunkter. Et unntak her er PALS, hvor vi tidligere viste til reaksjoner på programmet fra noen minoritets elever (Sørli & Ogden, 2007). Imidlertid virker det ikke som om forfatterne var spesielt opptatt av å finne ut hva disse reaksjonene betød for elevene. De var mer opptatt av å forklare hvorfor lærerne eventuelt opptrådte annerledes enn de hadde gjort tidligere. Foreldrene er informanter langt oftere enn barna, eventuelt sammen med lærere, og sistnevntes vurderinger blir i langt oftere referert som resultater i litteraturen. Samtidig foreligger det få studier som systematisk har forsøkt å presentere foreldrenes oppfatning av programmene.

Minoriteter og atferdsvansker

Den andre dimensjonen vi trakk fram i første kapittel, var minoriteter og atferdsvansker. Vi har funnet en enkelt studie som fokuserer spesifikt på minoriteter, nemlig implementeringen av PMTO i forhold til 95 mødre med somalisk og pakistansk bakgrunn (Bjørkli 2011, Bjørkli og Manger, 2013). Behovet for videre utvikling på dette punktet synes så absolutt å være til stede.

Tabell 4.1: Syntetisering av informasjon fra artikler om programmene rettet mot barns atferdsvansker

	PMTO	DUÅ	TIBIR	PALS
Studienes omfang	<p>RCT-studie 1 2001-2006, 112 barn 4-12 år, 59 intervensjon og 53 TAU</p> <p>RCT-studie 2: Oppfølging ett år etter avsluttet behandling, med 67 % av de opprinnelige deltakerne</p> <p>Pre-poststudie med 323 familier med barn 4-12 år, rekruttert via barnevernet og BUP. Inkluderte familiene fra RCT-studie 1. Kjønnforskjeller, komorbiditet med ADHD, PMTO og alvorlige atferdsvansker med kaldhetstrekk og betydningen av familiestruktur</p> <p>RCT-studie av PMTO som gruppetrening, 137 barn 3-12 år, 123 etter seks måneder</p> <p>RCT-studie av PMTO for fosterfamilier med 83 familier</p> <p>Pre-poststudie uten kontroll av PMTO for mødre med innvandrerbakgrunn med 95 mødre fra Somalia og Pakistan</p> <p>Islandsk RCT-studie med 102 barn i intervensjons- og kontrollgruppe</p>	<p>RCT-studie med ett års oppfølging, 127 barn 4-8 år, hvorav 51 fikk DUÅ Basic, 55 DUÅ Basic pluss barna i Dinosaur, 30 venteliste</p> <p>Oppfølgingsstudie etter 5-6 år, 54,5 prosent deltok</p> <p>Sekundæranalyser: Individuelle faktorer og familiefaktorer som påvirker utfallet, betydningen av kontakt med barnevernet, egnet for barn med ADHD?, vedlikehold av strategier over tid? Bygde på det originale datasettet</p> <p>RCT-studie av kortversjon av DUÅ, foreldre til 189 barn, behandlings- eller kontrollgruppe</p> <p>Svensk RCT-studie med oppfølging etter ett år: 62 barn 4-8 år mottok intervensjonen, 38 i kontrollgruppe.</p> <p>Dansk implementerings- og effektstudie: prøveprosjekt i 13 kommuner, pre-post og oppfølging etter 6-8 måneder, i alt 324 barn – bare foreldretrening, bare Dinosaur og kontroll.</p> <p>Nederlandsk matchet kontroll-designstudie. 72 familier DUÅ, 72 TAU, oppfølging etter to år</p>	<p>Utprøving i en kommune med tre intervensjonsskoler (128 lærere) og fire kontrollskoler (138 lærere)</p> <p>RCT-studie 1 216 barn 3-12 år, 108 intervensjon og 108 kontroll (kortvarig PMTO som del av TIBIR)</p> <p>RCT-studie 2: Etter seks måneder, rundt halvparten av det opprinnelige utvalget</p> <p>Betydningen av programtrohet Intervensjonsdelen av RCT-studie 1</p> <p>Sekundæranalyser: Mors depresjon, kjennetegn ved familien, familiestruktur og alder på barnet</p> <p>RCT-studie av sosial ferdighetstrening med 198 barn 3-12 år, 99 intervensjon og 99 TAU</p>	<p>(NO) Pilotprosjekt 4 PALS skoler og 4 kontroller, 735 elever 3.-7. klasse etter to år</p> <p>Effektstudie 28 PALS-skoler og 20 kontroller etter tre år (DK) 11 pilotskoler, N=295 ansatte</p> <p>(USA) 37 barneskoler, N=12 344 elever over fire år</p>

		<p>Irsk kostnadsanalyse: 149 familier, 2/3 intervensjon og 1/3 venteliste</p> <p>Canadisk pre-poststudie, 26 familier intervensjon og 9 venteliste</p> <p>Metaanalyse 2014: evalueringsforskning</p> <p>Metaanalyse 2013: Studier fra 1980-2010, 50 RCT-studier</p>		
Type studier	<p>RCT-studier</p> <p>Pre-poststudie</p> <p>RCT-studie m gruppetrening</p> <p>RCT-studie med fosterfamilier</p> <p>Effektstudie blant innvandrere:</p> <p>Pre-poststudie med intervensjonsgruppe og ventelistegruppe</p> <p>Islandsk RCT-studie</p>	<p>Norge:</p> <p>RCT-studie</p> <p>Oppfølgingsstudie av RCT 1</p> <p>Sekundæranalyser av samme datasett</p> <p>RCT-studie av kortversjon av DUÅ, pre- post og ett år etter, høyt frafall</p> <p>Sverige:</p> <p>RCT-studie</p> <p>Danmark: Implementerings- og effektstudie</p> <p>Nederland: Matchet kontrollstudie</p> <p>Irland: kostnadsanalyse</p> <p>Canada: pre-poststudie</p> <p>Metaanalyse 2014: evalueringsstudier</p> <p>Metaanalyse 2013: 50 RCT-studier</p>	<p>1 Pre-post design med kontrollgruppe, samt måling tre måneder etter avsluttet behandling</p> <p>2 RCT-studie 1 av kortvarig foreldrerådgivning</p> <p>3 RCT-studie 2 etter seks måneder</p> <p>4 Betydningen av programtrohet RCT-studie 1</p> <p>5 Sekundæranalyser av datamaterialet i RCT-1</p> <p>6 RCT-studie 3</p>	<p>(NO) To ikke-randomiserte studier</p> <p>(DK) Pilotstudie, sammenliknet med alle skoler i samme kommune på noen generelle variable</p> <p>(USA) Effektstudie</p>
Bruk av standardiserte kartleggingsinstrumenter	<p>Norske studier: Ja, både pre- og post, flerinformanttilnærming, samt koderes vurdering av barnas fungering og foreldre-barnsamspill</p> <p>Islandsk RCT-studie: Kliniske vurderinger</p>	<p>Norske studier: Ja, samt semistrukturerte intervjuer</p> <p>Sverige: Ja</p> <p>Danmark : Ja</p> <p>Nederland: Ja</p>	<p>Ja, både pre- og post i alle studier, spørreskjemaer til foreldre og lærere</p> <p>Egenutviklet måleinstrument for programtrohet</p>	<p>(NO) Ja, til lærere og barn i begge studier</p> <p>(DK) Spørreskjema til de ansatte</p> <p>(USA) Ja – spørreskjema til lærerne</p>

<p>Rapportering og diskusjon av effekter</p>	<p>RCT-studie 1: Foreldrene rapporterte om mindre eksternalisert atferd ved avslutning, lærerne om høyere sosial kompetanse, og om mindre eksternalisert atferd hos de yngste men ikke de eldste. Foreldrene bedre grensesetting. Generaliseringseffekter fra hjem til skole. Foreldrene i kontrollgruppa mer positive resultater mht. problemløsning, ingen gruppeforskjeller i «positiv involvering».</p> <p>RCT-studie 2: Ingen signifikante forskjeller på mål om disiplinering. Positive endringer i foreldreferdigheter og familiesamhold viktige forklaringsvariable for bedring ett år etter. Mer redusert problematferd i PMTO-gruppen i følge lærerne. Effekten moderat ett år etter behandling.</p> <p>Pre-poststudien: Foreldrene rapporterte ikke om kjønnsforskjeller når det gjelder atferdsendring, mens lærerne rapporterte forbedringer når det gjaldt sosial kompetanse og eksternalisert problematferd. Tilnærmet like endringer med og uten ADHD, dårligere utbytte med depresjon for mors del og mindre positive utfall på eksternalisert atferd i lavinntektsfamilier, mindre utbytte hvis kaldhetstrekk, ingen forskjell ut fra familiestruktur, best utbytte for de med høyest nivå atferdsvansker</p>	<p>Norge:</p> <p>RCT-studie 1: Ingen signifikante forskjeller mellom intervensjonstypene, begge bedre resultater enn kontrollgruppa, hvor problematferden ikke var redusert.</p> <p>Oppfølgingsstudien: Varierte resultater. Risikofaktorer før behandling: høyt nivå av internaliserte vansker, å ha en CD-diagnose, bo bare med mor og være jente.</p> <p>Prediktorer ved avsluttet behandling: høyt nivå av internaliserende og eksternaliserende problemer hos barnet, høyt nivå av depressive symptomer og stress hos mor.</p> <p>Sekundæranalyser: Ingen faktorer ved barnet eller familien som innvirket negativt på delmålet om å forbedre foreldrenes opp-dragelsesstil, kontakt med barneverntjenesten predikerte vedvarende atferdsvansker etter behandling, hadde ikke spesiell betydning hvis barnet hadde ADHD eller andre tilleggsvansker, og videre veiledning hadde vært nyttig.</p> <p>RCT-studie av kortver-sjon: Størst effekt rett etter endt behandling. Effekt på barnets vansker ikke opprettholdt etter et år, men man kunne fortsatt finne forskjeller i oppdragerstil</p>	<p>Utpøvingen: Ingen signifikant endring i lærernes rapporteringer, marginale signifikante effekter for skolene. Ikke effekt på læringsmiljøet som helhet, positiv effekt på forekomst av uønsket atferd</p> <p>RCT-studie 1: positiv som intervensjon iflg foreldrene, ikke effekt i flg lærerne</p> <p>RCT-studie 2: Svakere effekter etter seks måneder</p> <p>Betydningen av program-trohet: Høy grad av programtrohet ga bedre intervensjonseffekter på flere variable, men ikke på streng disiplinering og barnas atferdsvansker</p> <p>Sekundæranalyser: Mors depresjon negativ innvirkning, familietype ingen betydning, mer positive endringer for eldre barn iflg. foreldrene og for yngre barn iflg. lærerne (ikke signifikant)</p> <p>RCT-studie 3 med oppfølging etter seks måneder: Eneste signifikante resultat var på Eybergs intensitetsskala. Ellers positive resultater begge grupper</p>	<p>(NO) Pilotstudien: Positiv sammenheng med høy implementeringskvalitet. Større effekt på mer alvorlige problemer.</p> <p>Effektstudien: Cohens <i>d</i> .13-.25. Regnet som oppsiktsvekkende sml. med USA og fordi norske barn vanligvis oppfører seg pent på skolen</p> <p>(DK) Ikke signifikante forskjeller mht. antall elever i spesialklasser, ulovlig fravær og avgangskarakterer. Positive/blandede resultater mht. oppfatning av klassemiljø osv.</p> <p>(USA) Signifikant reduksjon i konsentrasjonsproblemer og forstyrrende og aggressiv atferd i PALS-skolene samt større positiv intervensjonseffekt på prososial atferd.</p>
---	--	---	--	--

	<p>RCT-studie med gruppe-trening: Foreldrene i PMTO-gruppen høyere skåre på positiv oppdragelsesstil, lavere på tøff og inkonsistent oppdragerstil og mentalt stress. Foreldre rapporterte om positive kort- og langtidseffekter, lærerne om moderate, positive effekter ved behandlingsslutt, men ikke ved oppfølgingen</p> <p>RCT-studie med foster-foreldre: Barna viste mindre atferdsvansker, økte sosiale ferdigheter og bedre tilpasning til fosterfamilien. Noe redusert effekt etter ett år. Fosterforeldre profiterte mest når høy risiko for atferdsvansker</p> <p>Pre-post effektstudie med innvandremødre: PMTO-gruppen rapporterte om bedre foreldreferdigheter og større nedgang i problematferd, særlig de som var til stede på mer enn halvparten av opplæringen. Skole og barnehage rapporterte ikke om endring</p> <p>RCT-studie fra Island: Ingen signifikante forskjeller mht. oppdrageratferd, men reduksjon av atferdsproblemer og henvisninger til hjelpeapparatet</p>	<p>Sverige: Signifikante, positive forbedringer i intervensjonsgruppa som vedvarte etter ett år, ikke i kontrollgruppa, men ikke slike forskjeller etter lærernes oppfatning</p> <p>Danmark: Stort frafall, derfor primært indikasjoner på positive resultater på Basic, men ikke bare Dinosaurskolen. Foreldrene fornøyd. Viktig at foreldre deltar i undervisning.</p> <p>Nederland: To år etter var foreldrekompetanse signifikant forbedret, ditto vedlikeholdseffekt ift barnas atferdsvansker. Dog ikke endring i foredrer rapporterte atferdsvansker i noen av gruppene</p> <p>Metaanalyse 2014: Det foreligger mye forskning på DUÅ som treningsprogram for yngre barn, men at det er mangel på forskning på andre typer treningsprogrammer innen DUÅ, som sikter seg inn mot eldre barn.</p> <p>Metaanalyse 2013: Resultatene tyder på at DUÅ er et effektivt tiltak. De finner videre at studier som rapporterer effekter basert på observasjoner, viser til større effekt enn de som er basert på foredrer rapporter. Den faktoren som tydeligst forutsa stor effekt, var høyt nivå av atferdsvansker før programstart</p>		
--	--	--	--	--

<p>Forklaringer på små, blandede og ikke-signifikante effekter</p>	<p>Pre-poststudien: Jentene har litt mer utbytte av PMTO enn gutter, og effektene lar seg lettere overføre til skolearenaen for jenter RCT-studien m gruppe-tilbud: Det kan være hensiktsmessig å inkludere intervensjoner rettet mot lærere for å oppnå bedre resultater RCT-studien fra Island: Måleinstrumentene er ikke tilpasset islandsk kultur</p>	<p>RCT-studie 1: Behandlings-effektene mindre enn i USA. Kan komme av at foreldrene fikk færre opplæringsstimer. Oppfølgingsstudien: Prediktorene kan tyde på at DUÅ har minst effekt på barn med ODD eller CD og som bor kun hos mor. Ikke like effektivt for foreldre som er stresset/sliter med psykiske vansker. RCT-studie av kortver-sjon: Kortversjonen ment å være mer preventiv enn reaktiv, så mangel på effekt kan forklares ved barnas lave alder og at de ikke hadde utviklet så alvorlige problemer ennå Nederland: En forklaring på at det ikke har skjedd endringer i foreldrerapportering kan være at foreldre er bedre i stand til å merke seg atferdsvansker ved hjelp av DUÅ</p>	<p>Utprøvingen: Manglende effekt på skolemiljøet som helhet kan skyldes at tiltaket var rettet mot individuelle barn i høyrisiko RCT-studie 1: Foreldrene partiske, lærerne gjenkjente ikke endringer, forsinket effekt i skole/barnehage eller kortvarig forelderådgivning er ikke tilstrekkelig RCT-studie 3: Individuelt tilpasset ferdighetstrening muligens ikke tilstrekkelig, intervensjonen har ikke de riktige komponentene, eller må kombineres med andre intervensjoner</p>	<p>(NO) Pilotstudien: Mer negative resultater for minoritets elever forklares med at lærerne fokuserte mer på problematferd og følgelig mindre på minoritets elevene Effektstudien: Svakere programtrohet, og større skoler med flere problemelever, at kontrollskolene innførte liknende intervensjoner u prosjektperioden (DK) Svak implementeringskvalitet, svakheter ved spørreskjemaet som ble brukt (USA) –</p>
<p>Avhengighet eller uavhengighet?</p>	<p>Forskerne ansvarlige for utprøvingen i Norge, inklusive stipendiat tilknyttet Atferdssenteret. En artikkel skrevet i samarbeid mellom Atferdssenteret og en annen institusjon. Islandsk RCT-studie: ett element i samarbeid med en av de ansvarlige fra USA, mer positive resultater</p>	<p>Forskerne ansvarlige for implementeringen i Norge Sverige? Danmark? Andre land? Metastudie 2014 er spesiell fordi man eksplisitt gjennomgikk evalueringsforskning gjennomgått av uavhengige forskere.</p>	<p>Forskerne ansvarlige for utprøvingen. Bare studier fra Norge</p>	<p>(NO) Forskerne ansvarlige for utprøvingen (DK) ? (USA) Forskerne ansvarlige for utprøvingen</p>

<p>Oppsummering av forfatternes konklusjoner</p>	<p>RCT-studie 1 (Av Jakobsen & Solholm, 2014): Det å utvikle foreldrenes problemløsningsferdigheter er en av hovedkomponentene i PMTO, og mangel på positive resultater kan tyde oppå at PMTO kan lære noe av andre tilnæringsmåter</p> <p>RCT-studie med gruppe-tilbud: Gruppebasert PMTO-tilbud bidrar til å redusere atferdsproblemer, og studiens positive funn reflekterer en reell effekt av PMTO i Norge</p> <p>Pre-post effektstudie med innvandrerforeldre: PMTO er effektivt i å styrke foreldrekompentansen til mødre med innvandrerbakgrunn og motvirke atferdsvansker hos barna</p> <p>RCT-studien fra Island: (mht. reduksjon i atferdsproblemer): PMTO er en effektiv metode for å redusere atferdsproblemer innenfor den nordeuropeiske kulturkrets</p>	<p>Norge:</p> <p>RCT-studie 1: Forskerne konkluderer at barn og foreldre har hatt god nytte av behandlingen, men at det er uklart om Dinosaurprogrammet gir noen effekt.</p> <p>Oppfølgingsstudien: Forskerne antar at stressede foreldre og foreldre med psykiske vansker har mindre overskudd til å bruke verktøyene som inngår i foreldretreningen. Viktig med oppfølging også etter at behandlingen er avsluttet</p> <p>RCT-studie av kortverksjon: Forskerne anbefaler at helsepersonell rutinemessig spør foreldre om de har bekymringer for barnets atferd</p> <p>Sverige: En foreldretrening mødre mener er relevant og nyttig</p> <p>Danmark: Selv om få resultater er signifikante, konkluderer Servicestyrelsen med at DUÅ har ført til at barna nå er innenfor normalområdet for atferd og har positiv utvikling i sosial kompetanse</p> <p>Metastudie 2014: Forskning på DUÅ behøver mer uavhengig og longitudinell forskning</p>	<p>RCT-studie 2: Det kortvarige tiltaket er effektivt til tross for at effektstørrelsene minsker over tid og at det ikke kan påvises intervensjonseffekt i skole/barnehage</p> <p>Programtrohet: Viktig å ha måleinstrumenter som sikrer kvaliteten på utøvelsen av kortvarig familierådgivning</p> <p>Sekundæranalyser: Foreldrerådgivning mer effektivt når mor har lavt nivå av depresjon, ordinære tiltak når mor er depriment</p>	<p>(NO) Høy implementeringskvalitet gir god intervensjonseffekt</p> <p>(DK) Positive effekter av modellen på PALS-skolene (USA) –</p>
---	---	---	---	---

5 Forskning om programmer som primært er rettet mot å redusere unges atferdsvansker

5.1 Innledning

I dette kapitlet presenterer vi studier av de fem siste programmene som ble omtalt i tredje kapittel, nemlig MST, FFT, ART, TFCO og MultifunC. I Norge implementeres MST, FFT og TFCO av Atferdssenteret, mens ART implementeres av Diakonhjemmets høgscole i Stavanger og MultifunC av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. MST, TFCO og MultifunC skiller seg ut ved at de utelukkende implementeres som barnevernstiltak, mens FFT og ART tilbys i flere sammenhenger.

Når det gjelder MST og ART er det de ansvarlige for implementeringen, henholdsvis Atferdssenteret og Diakonhjemmets høgscole i Stavanger, som også har gjennomført effektstudiene. Implementeringen av FFT og TFCO er ikke kommet så langt i Norge ennå at det foreligger ferdigstilte effektstudier, men pågående og planlagte effektstudier av disse to programmene skjer også i regi av Atferdssenteret.

Som det vil framgå, har vi funnet langt flere studier av MST og TFCO enn av de tre andre programmene. Det foreligger flere norske MST-studier, men altså ingen norske TFCO-studier så langt.

Presentasjonen av studiene av hvert enkelt program følger samme mal som i forrige kapittel. Vi starter med norske studier og fortsetter med studier fra Sverige og Danmark, før vi trekker fram studier fra Nederland og England og til slutt, i noen tilfeller, USA. Helt til slutt presenterer vi relevante metastudier av hvert enkelt program der slike finnes. Kapitlet avsluttes med en oppsummering og en oversiktstabell over de studiene som er presentert.

5.2 Multisystemisk Terapi, MST

MST ble utviklet i USA og brukes i dag i flesteparten av delstatene. Utenfor USA brukes programmet i Storbritannia, Canada, Australia, New Zealand, Chile, Belgia, Sveits, Nederland, Island, Danmark, Sverige og Norge. Årlig behandles omkring 23 000 ungdommer rundt om i verden med denne metoden. I Norge startet implementeringen i 1999, i Sverige i 2001 og i Danmark i 2003.

MST har vært evaluert ved bruk av RCT-studier, pre- og posttester, oppfølgingsstudier, registerdataanalyser og metastudier, den nyeste av disse fra 2014. De fleste studiene er gjennomført i USA, hvor MST har vært praktisert siden 1985, men det er også gjennomført studier i Nederland, England, Island,

Sverige og Norge. Når det gjelder effekten av MST på problemer som internalisering, eksternalisering og ungdomskriminalitet, er det et gjennomgående funn fra USA at MST fungerer. I 2013 gjennomførte Manuel og Jørgensen (2013) ved SFI i Danmark en systematisk gjennomgang av intervensjoner mot ungdomskriminalitet i perioden 2008-2012. I de refererte studiene finner de positive effekter både i USA og i Storbritannia. Blant annet viser Manuel og Jørgensen til at de som hadde gjennomgått MST-behandling sjeldnere hadde begått nye lovbrudd 18 måneder etter behandling, sammenlignet med de som hadde fått individualterapi (2013: 102-103). I 2014 publiserte så Van der Stouwe et al en metaanalyse av i alt 22 studier som hadde evaluert MST i perioden 1985-2012. Studiene omfattet 4066 ungdommer og totalt 332 effektstørrelser. Generelt fant disse forfatterne større effektstørrelser fra studier utført i USA, der forskerne ikke var uavhengige, og jo tidligere studiene var publisert. Forfatterne stiller spørsmålsteget ved om overføringen av MST til andre land er like effektiv som tidligere antatt.

Den norske RCT-studien av MST viste positive effekter, også når den ble supplert med flere data. Derimot har særlig svenske RCT-studier kommet til andre resultater. Disse finner at MST ikke synes å ha større effekt enn de tradisjonelle hjelpetiltakene som tilbys ungdom fra socialtjänsten (som dekker de funksjonene barnevernstjenesten har i Norge). I det følgende vil de studiene som synes mest sentrale for denne kunnskapsoppdateringen bli presentert, for så å avsluttes med mulige forklaringer på hvorfor resultatene spriker i ulike studier.

Norske MST-studier

RCT-studien ble designet allerede det første året MST ble implementert i Norge. Studien omfattet i alt 100 unge fra fire «sites», og bestod av en oppfølging seks måneder etter behandlingen var avsluttet og en ny oppfølging to år etter. Datainnsamlingen pågikk fra 2001 til 2005. Etter dette er det ikke gjennomført nye RCT-studier. Imidlertid ble 55 ikke-randomiserte ungdommer fra utprøvingens andre år tatt inn i en effektstudie sammen med 50 ungdommer fra to av de opprinnelige «sites».

I to senere studier som er gjennomført av andre, har man analysert registerdata om plasseringer utenfor hjemmet og kjennetegn ved foreldre i MST-gruppa. To nye studier basert på registerdata er under slutføring, i regi av henholdsvis Atferdssenteret og NOVA, begge basert på analyser av den longitudinelle barnevernsstatistikken.

Atferdssenterets RCT-studie med pre- og postkartlegging

Det første datasettet, som dannet grunnlaget for evalueringen av MST, besto av til sammen 100 ungdommer, deres foresatte og lærere. Norges fire første MST-team bidro med 25 saker hver. Av de 100 deltakerne var 37 jenter, og

gjennomsnittsalderen ved inntak var 15 år. Alle ungdommene var født og oppvokst i Norge. 46 ungdommer bodde i to-foreldre familier, 38 bodde sammen med én forsørger, mens 15 var plassert utenfor hjemmet. Blant de viktigste henvisningsårsakene var 'identifisert med alvorlig atferdsproblem'. Familiene ble randomisert i to grupper, der en gruppe på 62 familier mottok MST og en gruppe på 38 familier fikk tilbud om ordinære tiltak fra barnevernstjenesten. Av disse var 14 (knappt en tredjedel) allerede langtidsplassert i institusjon, fem var plassert i kriseberedskap for vurdering, seks fikk oppfølging hjemme og sju fikk andre former for hjelpetiltak i hjemmet. Seks familier ønsket ikke å motta tilbudte hjelpetiltak. En rekke standardiserte måleinstrumenter ble fylt ut av ungdommene selv, deres foreldre og lærere for å undersøke ungdommens psykiske helse og atferdsvansker, skolesituasjon, situasjonen i familien osv.

Dette datamaterialet ble brukt av Ogden og Halliday-Boykins (2004), som publiserte resultatene fra oppfølgingen seks måneder etter avsluttet behandling. De fant at MST hadde større effekt enn vanlige hjelpetiltak i regi av barneverntjenesten på eksternalisert ($p=.07$) og internalisert atferd ($p=.03$), og at behandlingen bidro til økt sosial kompetanse ($p=.05$). Forskjellene var imidlertid ikke veldig store. Det var ikke signifikante forskjeller mellom MST-gruppa og kontrollgruppa når det gjaldt to mål på familiefungering. Den største forskjellen gjaldt plasseringer utenfor hjemmet, og særlig ved T2 (seks måneder etter), her var forskjellen signifikant på <001 -nivå. Forskjellen var ikke veldig stor når det gjaldt foreldrenes fornøydhet med behandlingen ($p=.07$ i MST-gruppas favør).

RCT-utvalget ble fulgt opp etter to år, og inkluderte i alt 75 unge fra tre av de fire behandlingsstedene (Ogden & Hagen, 2007). Etersom det fjerde stedet ikke hadde etablert rutiner for å måle programtrohet, ble familiene herfra utelatt. Igjen ble data samlet inn fra ungdommene selv, foresatte og lærere. Målsettingen var særlig å undersøke om MST var vellykket når det gjaldt å unngå plassering utenfor hjemmet, samt undersøke reduksjon i atferdsproblemer ved hjelp av flerinformantvurderinger. Dessuten så man modererende effekter av alder og kjønn, samt forskjeller mellom behandlingsområdene.

Igjen var det en signifikant forskjell i MST-gruppas favør når det gjaldt andelen plasseringer utenfor hjemmet i løpet av de to årene som var gått. Denne gangen ble så resultatene fra informantgruppene presentert hver for seg, inklusive resultatene på CBCL i sin helhet, som ikke var med i studien fra 2004. Når det gjaldt behandlingseffekt, viste det seg at den var størst, og i MSTs favør, etter lærernes vurdering ($p<.001$ for alle tre skalaer). Imidlertid var det ikke mer enn to tredjedeler av ungdommene som gikk på skolen etter to år, og av disse forelå det ikke nye lærerdata for mer enn 29 ungdommer. Resten av skårene måtte estimeres. Foreldrenes svar viste signifikante forskjeller i favør av MST når det gjaldt hele CBCL-skalaen ($p=.05$) og internaliserende atferd ($p=.003$), men ikke når det gjaldt eksternaliserende atferd. Og ungdommenes svar viste ikke signifikante forskjeller på noen av de tre skalaene, bare på selvrapportert

kriminalitet ($p=.037$). Tidseffekten var derimot høyst signifikant ($p<.001$), igjen i MSTs favør, på alle skalaene utenom egenrapportert kriminalitet og selvrapportert, internalisert atferd (Ogden og Hagen 2007:146). Kliniske endringer, målt ved andel unge som skåret innen normalområdet slik foreldrene vurderte, var økt signifikant mer i MST-gruppa, og effektstørrelsene (Cohens d) var signifikant større i henhold til foreldre og lærere. Ungdommenes svar viste imidlertid ingen effekt.

Forfatterne vurderer resultatene som svært positive. Manglende effekt på noen utfallsvariable mener de kan tilskrives at positive endringer i MST-gruppa korresponderte med tilsvarende endringer i kontrollgruppa. De diskuterer ikke hva det betyr at dette primært gjelder ungdommenes svar, selv om de påpeker at dette samsvarer med tidligere studier av MST (Ogden og Hagen 2007:147).

Videre analyser av data fra to behandlingssteder i RCT-studien, supplert med nye data

Ogden, Hagen og Andersen (2007) gjennomførte videre en oppfølgingsstudie der halvparten av det opprinnelige utvalget; 30 fra intervensjonsgruppa og 20 fra kontrollgruppa (MST1) fra to «sites», ble supplert med 55 nye ikke-randomiserte unge som hadde mottatt MST i implementeringens andre år (MST2). Igjen ble ett behandlingssted utelatt fordi det ikke hadde lyktes å etablere gode rutinger for måling av programtrohet. En målsetting var å undersøke om effektene holdt seg når de to gruppene som hadde mottatt MST, ble sammenliknet med hverandre. Videre ønsket man å undersøke om det var noen forskjell i kliniske resultater mellom de to MST-«sites» som deltok i studien, og hvordan foreldrenes vurdering i MST2 var sammenliknet med RCT-studien. Med andre ord ble foreldrevurderingene i tre grupper sammenliknet.

Sammenlikningen mellom de to MST-gruppene viste nesten ingen signifikante forskjeller fra pre- til posttest. Unntaket var lærerrapportert eksternalisert atferd der det var en signifikant forskjell i MST2-gruppas favør ($p=.05$), og en tilsvarende forskjell selvrapportert kriminalitet ($p=.05$) (Ogden et al 2007:10). Selv om ungdommene som var med i MST2-gruppa var yngre, påvirket ikke dette resultatene. Det var ingen signifikante forskjeller i skårene mellom de to «sites» som var involvert.

Sammenlikningen mellom MST2-gruppa og kontrollgruppa viste fem signifikante forskjeller i MST2-gruppas favør og tre ikke-signifikante forskjeller. De signifikante forskjellene gjaldt ungdommenes selvrapporterte, internaliserende atferd ($p=.05$), lærerrapportert internaliserende og eksternaliserende atferd (begge deler $p=.01$), selvrapportert kriminalitet ($p=.01$) og foreldrerapportert tilfredshet ($p=.05$). De ikke-signifikante forskjellene gjaldt internaliserende og eksternaliserende atferd i følge CBCL og selvrapportert, eksternaliserende atferd (Ogden et al 2007:10-11). Resultater for sosial kompetanse, som var med i Ogden og Halliday-Boykins (2004), rapporteres ikke her. Forfatternes konklusjon er at

de kliniske resultatene andre år matchet og delvis overgikk resultatene fra det første året, og at MST2 var mer effektiv enn vanlige tjenester når det gjelder å redusere internaliserende og eksterntaliserende atferd og plasseringer utenfor hjemmet. Dette tilskrives i hovedsak at implementeringen av programmet hadde modnet over tid, at kvaliteten på veiledningen av terapeutene var blitt bedre og organisatorisk og nasjonal forpliktelse til å innføre evidensbaserte praksis (Ogden et al 2007:12).

MST hadde også, i høyere grad enn andre tiltak, forebygget plassering utenfor hjemmet, særlig blant jentene som var yngre enn 17 år (se forøvrig Ogdens doktoravhandling fra 2010 for en samlet oversikt over resultatene). Se også Andersen og Hansen (2011) senere i dette kapitlet for en diskusjon av akkurat dette resultatet. De er kritiske til at ungdommene som bor for seg selv med tilsyn, defineres som hjemmeboende.

Har kjønn betydning for henvisning til MST?

I Ogden og Hagens (2009) studie om betydningen av kjønn ble igjen MST2 og RCT-studien sammenliknet. Målet var å undersøke om det var kjønnsforskjeller når det gjaldt problembelastninger i forkant av behandlingen, og om gutter og jenter hadde samme nivå på forbedring etter endt behandling. Bakgrunnen var at jenter langt sjeldnere enn gutter får tilbud om MST, noe som har sammenheng med at gutter oftere bli diagnostisert med atferdsproblemer. Forskerne lurte på om det var andre kjønnsforskjeller i tillegg.

Resultatene viste at jentenes problembelastning ikke skilte seg fra guttenes ved inntak. Jentene som ble henvist til MST hadde tilsvarende nivå med problembelastninger som eksterntalisert atferd og rusmisbruk, og de hadde like mange tilleggsproblemer. Samtidig var risikofaktorene og problemprofilen litt forskjellig. For eksempel kunne det se ut som om jenter ofte starter sin problemkarriere på et senere tidspunkt. Det var klare indikasjoner på at flere gutter enn jenter hadde utviklet problemer før 10 års alderen, mens gjennomsnittsalderen for henvisning til MST var den samme for begge kjønn (15 år). Analysene viste dessuten at jenter og gutter viste samme nivå på forbedringer etter endt behandling.

Forebygger MST plasseringer utenfor hjemmet?

Andersen og Hansen (2011) ved fagteam Arendal, hvor MST ble innført som behandlingstiltak i 2001, ønsket å gjøre en retrospektiv, deskriptiv studie av de ungdommene som hadde mottatt MST hos dem i perioden 2001-2008. Målet var å undersøke om MST-behandlingen forebygget plassering utenfor hjemmet. Dette er den ene av to norske studier som er gjennomført av andre enn ansatte ved Atferdssenteret. Utgangspunktet var resultatene fra den nasjonale evalueringsstudien av MST, der Ogden et al (2007) fant at kun 20 prosent av ungdommene som hadde hatt MST var plassert utenfor hjemmet - langt færre enn i kontrollgruppen.

Andersen og Hagen tok i bruk data fra ODA, et fag- og rapporteringssystem som Bufetat benytter til registrering av klientinformasjon og aktivitetsrapportering. Det vil si at de kun fikk kunnskap om de ungdommene som har blitt plassert utenfor hjemmet av Bufetat, og ikke de som eventuelt var blitt plassert av kommunalt barnevern. Registreringene i ODA viser at i alt 116 ungdommer hadde mottatt MST i regi av fagteam Arendal i perioden 2001-2008. Av disse var 65 (56 prosent) gutter og 51 (44 prosent) jenter. Gjennomsnittsalderen ved inntak til MST var 14,6 år, og de aller fleste ungdommene (84,5 prosent) var i alderen 14-16 år. Kun seks (5 prosent) ungdommer sluttet underveis i behandlingsforløpet. Undersøkelsen viste at 46 av ungdommene (40 prosent) var plassert utenfor hjemmet etter endt behandling, 36 (31 prosent) på institusjon og 10 (9 prosent) i fosterhjem. Ytterligere 14 (12 prosent) av ungdommene hadde status «uavklart».

Andersen og Hansen (2011) påpeker at flere aspekter ved Ogden og Hagens studie kan forklare hvorfor sistnevntes resultater er mer positive med hensyn til plassering utenfor hjemmet. Blant annet viste det seg at 17-åringene kom særlig godt ut i Ogden og Hagens studie, mens flertallet i Andersen og Hagens studie var yngre. Dessuten kategoriserte Ogden og Hagen (2006) «bor for seg selv under tilsyn» som det samme som å «bo hjemme», noe som ifølge Andersen og Hansen handler om to helt forskjellige boformer. Heller ikke Andersen og Hansen fant at 17-åringene i deres studie bodde på institusjon eller fosterhjem, noe de mener har sammenheng med at denne aldersgruppen sjelden får tilbud om den typen tiltak. Det de ofte får tilbud om er hybel (ofte med tilsyn), uten at dette betyr at de bor hjemme eller at det går bra med ungdommen og familien.

Registerdatastudie om MST: skiller de som mottar MST seg fra de som får andre hjelpetiltak?

Er det sosiodemografiske forskjeller mellom ungdom og familier som rekrutteres til MST og de som får andre typer hjelpetiltak? For å besvare blant annet dette spørsmålet analyserte Clausen (2010) den longitudinelle barnevernsstatistikken fra SSB supplert med et sammenlikningsutvalg. Utvalget bestod av data fra perioden 1990 til 2006, med totalt 128.000 barn og unge voksne som var, eller hadde vært

klienter i barnevernet i denne perioden. Clausen sammenlignet de som hadde mottatt MST med det generelle barnevernsutvalget og med sammenligningsutvalget. Sammenligningsutvalget bestod av 149.000 barn og unge voksne som aldri hadde mottatt tiltak fra barnevernet (2010:219). Følgende sentrale levekårsfaktorer ble undersøkt: utdanning, inntekt, sosialhjelp og dødelighet (2010:224-226).

Clausen fant at sammenlignet med det generelle barnevernsutvalget, skilte de som hadde mottatt MST seg på ut følgende områder: andelen gifte eller samboende mødre var høyere, andelen med høy utdanning og inntekt var større, færre hadde mottatt sosialhjelp, og dødeligheten var lavere enn blant andre barnevernsforeldre. Clausen mener forskjellene kan skyldes «ulikheter i inntaksprosedyrer med hensyn til hvem som tilbys MST, eller det kan avspeile ulikheter når det gjelder hvem som takker ja til et tilbud om slik behandling» (2010: 227). Han mener også at geografi kan forklare funnene: MST blir bare tilbudt hvis MST-terapeutene har maks reisetid på halvannen time. Som følge av dette kan det tenkes at tiltaket oftere er tilgjengelig i urbane strøk, der lønns- og utdanningsnivået er høyere enn i mer rurale strøk (2010:227).

Studier av MST i Sverige

I Sverige er det gjennomført to større datainnsamlinger over tre perioder, hvor samme data er brukt i en rekke studier. Utgangspunktet er en longitudinell, randomisert studie av 156 ungdommer. Av de 156 var 79 ungdommer randomisert til MST, og 77 til en kontrollgruppe som fikk tradisjonelle hjelpetiltak fra socialtjänsten. Studien og rekrutteringsperioden begynte mars 2004 og varte til mai 2005. Data om ungdommene ble samlet inn rett før intervensjonen begynte, deretter sju og 24 måneder etter avsluttet behandling. For de ungdommene som mottok tradisjonelle hjelpetiltak, var individuell veiledning fra saksbehandler det mest vanlige tiltaket. Det nest mest vanlige tiltaket var familieterapi, etterfulgt av støttekontakt, fosterhjem, Aggression Replacement Training, avrusning, og spesialundervisning. 13 av ungdommene i kontrollgruppen mottok ikke noen form for tiltak. Det var ikke mulig å måle implementeringskvaliteten for disse tiltakene. Det vil si at saksbehandlere som iverksatte disse tiltakene ikke kunne redegjøre for de unike komponentene i hvert tiltak (Olsson, 2009: 75).

Ungdommene var i aldersgruppen 12-17 år (gj.sn 15 år), 39 prosent var jenter. Kriteriet for inkludering var atferdsforstyrrelse i henhold til DSM-IV (conduct disorder), og at foreldrene hadde søkt hjelp med problemene. Det var ingen signifikante forskjeller mellom MST-gruppen og gruppen som fikk tradisjonelle tiltak når det gjaldt psykisk helse og kriminalitet, rus, familieforhold, forhold til jevnaldrende og skoletilpasning. Ved oppfølgingen etter 24 måneder hadde ni familier falt fra. Frafallsanalyser viste at disse ikke avvek fra de 147 gjenværende.

Elleve ulike instrumenter ble benyttet før, under og etter behandlingen for å teste psykiske problemer, normbrytende atferd, kriminalitet, bruk av rusmidler, sosiale ferdigheter, relasjoner, samt kostnader.

Effekten av MST sju måneder etter behandlingsstart

Med utgangspunkt i datamaterialet presentert over gjennomførte Sundell, Hansson, Löfholm, Olsson, Gustle og Kadesjö (2008) en studie der de undersøkte korttidseffekter av MST-behandlingen, det vil si sju måneder etter behandlingsstart. Målet var å undersøke om MST var mer effektiv enn tradisjonelle tiltak, og om effekten kunne tilskrives programtrohet (fidelity), om programmet hadde «satt seg» (program maturity), eller andre forhold.

Resultatene viste at det hadde skjedd en generell reduksjon i psykiske problemer og atferdsproblematikk både blant de som fikk MST og de som fikk ordinære hjelpetiltak. I begge gruppene ble det rapportert om bedre relasjoner innad i familien og forbedringer av sosiale ferdigheter. Forskerne fant ingen forskjell i behandlingseffekt mellom MST-gruppen og kontrollgruppen.

Sundell et al stiller spørsmål om hvorfor MST synes å ha større effekt i Norge sammenlignet med i Sverige. To mulige forklaringer trekkes fram:

- (1) Programtroheten synes lavere i Sverige. Dette mener Sundell et al (op. cit.) kan skyldes forskjellen i måten MST ble implementert på i de to landene. I Norge tok Barne- ungdoms-, og likestillingsdepartementet et nasjonalt overordnet ansvar, der de også knyttet seg til et forskningsmiljø som fikk ansvar for å støtte og evaluere implementeringen. I Sverige ble MST implementert etter pådriv fra lokale initiativtakere og uten et nasjonalt støttende rammeverk.
- (2) Den andre forklaringen kan være at den ordinære behandlingen de svenske ungdommene fikk hadde bedre kvalitet. Langt færre svenske ungdommer var plassert utenfor hjemmet (18%) da behandlingen startet, sammenlignet med de norske (50%). Plassering utenfor hjemmet er en kjent risikofaktor (2008:558).

Konklusjonen var at MST kan være et godt supplement til de metodene man allerede benytter i Sverige, da noen ungdommer vil kunne ha god og muligens større nytte av MST enn andre typer intervensjoner.

Effekter av MST to år etter behandlingsstart

Basert på samme datamateriale gjennomførte så Löfholm, Olsson, Sundell og Hansson (2009) en studie der de undersøkte om behandlingsresultatene hadde endret seg to år etter behandlingsstart. Som i den forrige studien, viste resultatene at forbedringen var omtrent like stor for MST-gruppen som for kontrollgruppen.

Löfholm et al fant at situasjonen bedret seg betydelig for begge gruppene mellom pre-test og 24-måneders oppfølging, bortsett fra når det gjaldt omgang

med normbrytende kamerater, økt alkoholkonsum og mindre skoleundervisning. Forskerne mener dette har sammenheng med at populasjonen ble eldre, noe som medfører at alkoholbruk blir mer vanlig og venner ofte blir viktigere enn familien. Etter to år hadde fortsatt over en tredjedel behov for hjelp fra sosialtjenesten (barnevern). Omtrent halvparten av ungdommene hadde, ifølge foreldrene, fremdeles alvorlige atferdsproblemer. I studien fant man at fidelity (programtrohet) var lavere enn hva synes å være tilfelle i studier fra USA, men man klarte ikke finne at dette hadde betydning for utfallet.

En cost-benefit analyse viste at MST-gruppen hadde kostet samfunnet mer per ungdom sammenlignet med de som hadde mottatt tradisjonelle intervensjoner. Akkumulerte kostnader omregnet til 2007-verdi viste at MST i gjennomsnitt kostet 45 400 kroner mer enn en ungdom som hadde fått tradisjonelle tiltak. Forfatterne konkluderer med MST fungerer like godt som tradisjonelle tiltak, men til en høyere kostnad.

MST og ordinære tiltak – resultater etter fem år

Löfholm, Olsson, Sundell og South fulgte også opp de 156 ungdommene i RCT-studien fem år etter behandlingsstart ved hjelp av registerdata (Socialstyrelsen 2014). Informasjon om sosialtjenestens tiltak overfor ungdommene ble samlet inn ved at kommuner og bydelsforvaltningene der ungdommene hadde bodd på ett eller annet tidspunkt i løpet av de fem årene registrerte dette. Det ble dessuten innhentet data fra ulike registre (som helse og kriminalitet). Det man lurte på var: 1) Hvilke effekter har MST på alvorlige atferdsproblemer sammenlignet med tradisjonelle hjelpetiltak, 2) Hvilken betydning har bakgrunnsfaktorer for utfallet og 3) Er MST-behandling kostnadseffektiv sammenlignet med tradisjonelle hjelpetiltak?

Når man sammenligner de to gruppene er det lite som skiller dem, så vi har valgt å ta med tabellen som viser situasjonen for de to gruppene på ulike variabler (hentet fra rapporten):

Förekomst i form av andelar och genomsnittligt antal

Utfallsmått	Intervention	
	MST (n = 79)	Trad (n = 77)
Socialtjänstens insatser		
Andel unga som fått insatser genom socialtjänsten	97%	97%
Andel unga aktuella för insatser under mer än 24 mån	37%	42%
Totalt antal beslutade insatser etter fem år	306	282
Andel unga som någon gång placerats	46%	47%
Genomsnittligt antal dagar aktuell för insatser (sd)	622,73 (495,59)	681,09 (499,32)
Genomsnittligt antal dagar med placering (sd)	233,92 (376,70)	228 (359,60)
Kriminalitet		
Andel unga i misstankeregistret	85%	82%
Andel unga i lagföringsregistret	68%	71%
Totalt antal brott som de unga dömts för	385	370
Genomsnittligt antal brott per individ (sd)	4,87 (6,12)	4,81 (6,59)
Andel av de unga som dömts för ett brott	9%	14%
Andel av det unga som dömts för 2-5 brott	17%	25%
Andel av det unga som dömts för mer än fem brott	28%	20%
Andel unga dömda till frihetsberövande	14%	9%
Vård inom psykiatri		
Andel unga som behandlats inom psykiatri	25%	26%
Andel unga som behandlats i slutenvård	5%	8%
Behandling inom missbruksvård		
Andel unga som behandlats i missbruksvård	20%	13%
Andel unga som behandlats i slutenvård	18%	9%

Resultatene viser at MST og tradisjonelle tiltak var like effektive for begge grupper. Eneste forskjellen var at MST syntes litt mer effektiv i å minske kriminalitet blant jenter, mens det motsatte var tilfellet for gutter (2014:32).

Hovedresultatet etter fem år var det ikke fantes noen forskjeller i behandlingsutfall mellom MST-gruppen og gruppen som fikk tradisjonelle tiltak hverken når man måler antall dager plassert utenfor hjemmet, antall dager med åpen anstalt, antall lovbrudd, eller antall dager i psykiatrien. Man fant også at sosialtjenesten og andre instanser rundt ungdommene hadde like store kostnader forbundet med ungdommer i MST-gruppen som ungdommene som fikk tradisjonell behandling i løpet av de fem årene som var gått siden behandlingsstart.

I rapporten diskuteres flere forklaringer (j.fr Löffholm et.al., 2009; Sundell et. al., 2008). Den første er at evalueringen begynte for tidlig, det vil si før programmet var ordentlig implementert og MST-terapeutene hadde nok trening. En annen forklaring er at MST ikke er like effektivt i en svensk kontekst sammenlignet med det man finner i USA. Det vil si at MST fungerer bra, kanskje like bra som i USA, men at tradisjonelle metoder er mer effektive i Sverige enn i USA. Her støtter de seg på en ny metaanalyse (Van der Stouwe et al, 2014), som blant annet viser att MST har større relativ effekt når metoden sammenlignes med kun ett, ikke-multimodale tiltak.

I rapporten refereres det også til Olsson (2009), som mener at en tredje forklaring på forskjellene mellom resultatene fra USA og Sverige er at de sosiodemografiske forskjellene er større i USA. Fattigdom og sosial utsatthet påvirker arbeidet med å forebygge og motvirke atferdsproblemer hos ungdom. En fjerde forklaring er at i USA har MST blitt brukt som et alternativ til ungdomsfengsel. Mens Sverige har en velferds- og barnevernstilnærming til barn og unge med atferdsvansker, har USA blitt kritisert for å ha et tilnærmet ikke-eksisterende system eller uegnede tjenester for denne gruppen (Henggeler et. al. i Olsson 2009:94). En siste forklaring er at så å si alle tiltak som blir tilbudt barn og unge med alvorlige atferdsvansker i Sverige gis på frivillig basis. I USA går ungdomsforbrytere gjennom det rettslige systemet, noe som er en risikofaktor i seg selv (Lipsey, 2009 i Socialstyrelsen, 2014), og blir dømt til rettslig påtvungne tiltak. Plasseringer er ofte det foretrukne tiltaket, istedenfor som i Sverige, hvor det blir sett på som siste utvei.

Hva koster MST sammenlignet med ordinære tiltak?

Olsson (2010) sammenlignet kostandene ved MST og ordinære tiltak. I studien har hun brukt data fra Sundell et. al. (2008) hvor to behandlingsmetoder blir sammenlignet i to separate målinger (før og etter behandling), med randomisering mellom tradisjonelle tiltak og 6 MST-team. Beregningene er basert på kostnadstall fra Socialstyrelsen (2010:195).

Alle ungdommene var henvist til hjelpetjenester i løpet av en 12-måneders periode fra mars 2004. Hvert MST-team bestod av en klinisk tilsynsfører og enten tre eller fire terapeuter. Totalt deltok seks tilsynsførere og 20 terapeuter i prosjektet. Kostnadsanalysen innebar at ressursbruken multipliseres med enhetskostnaden (2010:196). I ressursbruken inngikk antall dager et tiltak var aktivt for hver enkelt ungdom. MST-kostnadene ble kalkulert ut fra kostnader for tiltaket, plasseringstiltak og andre tiltak. Totale kostnader i kontrollgruppen var kostnader for plasseringstiltak og andre tiltak. Det var ikke forskjeller mellom de to gruppene når det gjaldt antall plasseringer utenfor hjemmet.

MST-kostnadene viste seg å være dobbelt så høye som det som har blitt rapportert i to tidligere studier (Aos et. al. 2004; Schenwald et. al. 1996), justert for inflasjon. I denne studien var MST-gruppen plassert utenfor hjemmet i

gjennomsnittlig 40 dager. Dette tallet måtte ha blitt redusert med minst 50% (20 dager) for at kostnadene til MST skulle komme ned på samme nivå som kostnadene til ordinære tiltak (2010:202).

Studie av MST i Danmark

Greve og Thastum (2013) gjennomførte en landsdekkende evaluering av resultatene av MST i form av en retrospektiv og prospektiv panelstudie hvor unge og deres familier som var henvist til MST over en periode på vel to år, ble fulgt opp i 11-14 måneder. I alt dekket undersøkelsen 359 forløp, og målet var å vurdere hvordan de unges atferd endret seg på parametere som kriminalitet, misbruk og skole- eller arbeidsrelatert fravær.

Man fant allment gode resultater, i den forstand at MST oppnådde tilfredsstillende behandlingsresultater (40-60 % av ungdommene) når det gjaldt kriminalitet, misbruk og skole-/arbeidssituasjon. Samtidig kunne man registrere at rundt en fjerdedel av ungdommene verken passet inn i et skoletilbud før ellet etter forløpet. Dessuten ble mellom en fjerdedel og en tredjedel av ungdommene plassert utenfor hjemmet i løpet av behandlingsperioden.

På den relasjonelle siden vurderte foreldrene at organiseringen og klarheten i familiens innbyrdes relasjoner og familiens interne samspill og kommunikasjonsevne var blitt sterkt forbedret. Ungdommenes svar tilsa også visse forbedringer, men langt fra så tydelige som foreldrenes. Lærerne vurderte jentenes psykiske fungering som svakt forbedret, guttenes som sterkt forbedret. Når det gjaldt relasjoner til jevnaldrende, meldte lærerne om de tydeligste forbedringene, mens foreldre og ungdommer ikke rapporterte om endringer.

Greve og Thastun (op cit) undersøkte også om det skjedde endringer i henvisningspraksis over tid. De fant at det hadde skjedd en endring i retning av mindre alvorlig problemhistorie og henvisningsårsaker, og færre fremmedspråklige ungdommer og unge fra utsatte familier.

Studie av MST i Nederland

Asscher, Deković, Manders, van der Laan og Prins (2013) gjennomførte den første RCT-studien av MST i Nederland. Utvalget besto av 256 ungdommer i aldersgruppen 12-18 år, som ble randomisert til MST (n=147) eller ordinære tiltak (n=109). 71 prosent av ungdommene hadde vært arrestert minst en gang før behandling. Ordinære tiltak bestod vanligvis av enten individuell veiledning fra saksbehandler (21 %) eller familiebaserte intervensjoner som foreldreveiledning eller familierapi (53 %). 14 prosent av ungdommene i kontrollgruppen mottok ikke behandling, på grunn av flytting eller mangel på oppmøte.

Resultatene viste at MST var mer effektiv i å redusere eksternaliserende atferd, vandalisering, men ikke vold. Funnene var ikke like tydelige i ungdommenes og foreldrenes selvrapporing. Foreldrene i MST-gruppen rapporterte en

økning i følelsen av foreldrekompetanse. Det skjedde en reduksjon i ungdommens fiendtlighet, men ingen endring i selvtillit eller økning i opplevelsen av personlig vellykkethet. I kontrollgruppen minket følelsen av personlig mislykkethet. MST var ikke mer effektiv i å redusere ungdommens omgang med normbrytende jevnaldrende, men MST-gruppen viste en økning i positive relasjoner sammenlignet med kontroll-gruppen.

I likhet med de svenske studiene, konkluderer den nederlandske studien med at forskjellen mellom land når det gjelder kvaliteten på tilbudet til ungdom, og dermed det tilbudet som ungdommen i kontrollgruppen får, vil påvirke den relative effekten av MST.

Effekter av MST over tid

I en oppfølgingsstudie målte Asscher, Deković, Manders, van der Laan, Prins, van Arum, og Dutch (2014) kriminell atferd hos ungdommene, basert på egenrapporteringer fra ungdommene, informasjon fra foreldrene og offisielle rettsdokumenter. Svar på spørreskjemaene ble innhentet 6 måneder etter behandlingsslutt, mens rettsdokumentene ga oversikt over tilbakefallskriminalitet over tre år på det meste (2014:227).

Basert på informasjon fra ungdommer og foreldre i MST-gruppen, var effektene blitt større enn ved behandlingsslutt. Dette tyder på at den positive effekten av MST øker over tid. Analysene viser imidlertid at det ikke var noen forskjeller mellom MST-gruppen og kontroll-gruppen når det gjaldt hyppighet eller antall arrestasjoner verken etter seks måneder eller to år. Det ble heller ikke funnet modererende effekter av alder, kjønn eller alvorlighetsgrad når det gjaldt eksternaliserende problemer (2014:237).

Studie av MST i Storbritannia

Hvordan er effekten av MST sammenlignet med ungdomsteam?

Butler, Baruch, Hickey og Fonagy (2011) utførte en RCT-studie av MST i Storbritannia. De ønsket å vurdere om MST var mer effektiv enn et like omfattende program når det gjaldt å redusere ungdomskriminalitet og plasseringer utenfor hjemmet. 108 familier med ungdom i alderen 11-17 år ble randomisert til enten MST (N=56) eller ordinære tjenester gitt av ungdomskriminalitetsteam (N=52; youth offending teams YOT).

Begge intervensjonene bidro til signifikant reduksjon i antall lovovertrедelser. Men reduksjonen i aggressiv og kriminell atferd var langt større og signifikant i MST-gruppen. Ved oppfølgingsstudien 18 måneder etter behandlingsslutt var det en markant økning i fengslinger i YOT-gruppen, men ikke i MST-gruppen.

Studier av MST i Canada

I Canada har Granic, Otten, Blokland, Solomon, Engels og Ferguson (2012) undersøkt om terapeutisk allianse i MST har effekt på mors depressive symptomer og barnets atferdsvansker. Studien inkluderte 89 familier som hadde mottatt MST. Resultatene viste at kvaliteten på den terapeutiske alliansen har innvirkning på mors depressive symptomer, som deretter påvirker mors rapportering av nivået på barnets atferdsvansker. Kvaliteten på relasjonen mellom terapeuten og mor kunne predikere endring i barnets atferdsvansker, men utelukkende basert på terapeutens vurdering av relasjonen. Samme mønsteret fant de når det gjaldt hvorvidt terapeutisk allianse kunne predikere positiv endring i morens depressive symptomer. Resultatene indikerer at terapeutens vurdering av relasjonen bør tillegges vekt, og at terapeuten bør reagere raskt hvis han eller hun merker at relasjonen med mor forringes (2012:884).

Metaanalyse

Van der Stouwe, Asscher, Stams, Deković og van der Laan (2014) gjennomførte en meta-analyse av 22 studier som hadde evaluert MST i perioden 1985-2012, det vil si fra den første MST-studien ble publisert. Studiene omfattet 4066 ungdommer og totalt 332 effektstørrelser. Inklusjonskriteriene var en behandlingsgruppe og en eller flere kontrollgrupper, oppgitte pre- og postmålinger, og tilgjengelig statistikk som egnet seg for metaanalyse.

Av de 4066 ungdommene hadde i alt 1890 mottatt MST som tiltak, mens 1835 var plassert i kontrollgruppene. Forfatterne gjennomførte en «funnel plot» på effektstørrelsene i de inkluderte studiene, for å undersøke forholdet mellom behandlingseffekt og størrelsen på utvalget. De vurderte ellers studiene i forhold til primærvariabelen kriminell atferd og sekundærvariabler som psykopatologi, familiefaktorer og relasjonen til jevnaldrende

Generelt fant forfatterne større effektstørrelse i studier utført i USA, der forskerne ikke var uavhengige, og ut fra når studiene var publisert. Det ble bare funnet signifikante effekter når utvalget bestod av ungdomsforbrytere eller hvis den gjennomsnittlige alderen på utvalget var under 15 år. Det ble samtidig funnet større effekter der utvalget i studien var kauasiere. Dette indikerer at MST er mer effektivt overfor yngre og ungdom som ikke har minoritetsbakgrunn. Bedret foreldrekompetanse hadde en modererende effekt på lengre sikt når det gjaldt ungdommenes problematferd. Det viste seg også at jo flere ungdommer som fullførte behandlingen og jo lengre den varte, dess større effekt. Når det gjaldt sekundærvariabler, var det få av disse som hadde modererende effekt på MST som behandlingsmetode. Blant familievariablene var det bare effekten av foreldrekompetanse og foreldrenes helse som var signifikant.

En multippel regresjonsanalyse viste dessuten at det bare var i USA man fant store effekter. Van der Stouwe et al (op. cit.) mener dette indikerer at

overføringen av MST til andre land muligens ikke er så effektiv som man generelt har antatt. Redusert psykopatologi ble primært funnet i studier der behandlingen gikk over lenger tid og foregikk under velkontrollerte behandlingsforhold. Dette synes særlig å gjelde ungdom med omfattende problemer før behandlingsstart. Det vil si at jo større problemer, dess mer intensiv bør behandlingen være. Forfatterne argumenterer for at effekten av MST kan tilskrives de multimodale tilnærmingene som kjennetegner behandlingen. Effekten av MST ble redusert eller forsvant i de studiene der kontrollgruppen fikk multimodale tiltak, og økte der kontrollgruppen fikk et enkelt tiltak eller sto på venteliste. Avslutningsvis stiller forfatterne spørsmål om effekten av MST blant eldre ungdommer vil bli bedre hvis man i større grad inkluderer skole og jevnaldrende i tiltakene.

5.3 Funksjonell familieterapi, FFT

Implementering av FFT i Skandinavia

Implementeringen av FFT i Norge skjer i samarbeid mellom Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Bufetat og Atferdssenteret (Mørkrid og Christensen 2007:16). Implementeringen av FFT i Danmark skjer i regi av Familie og Evidens Center, mens i Sverige er det FFT-Sverige som utfører implementering og kvalitetssikring. Det har ikke blitt publisert implementeringsstudier av FFT i Norge eller Danmark. I Sverige ble det utført en mindre implementeringsstudie av FFT i Uppsala. Det var utydelig hvilke krav og forutsetninger som var gjeldende for oppstart av FFT. Den vanskelige oppstarten har gradvis gått over til en vellykket implementering i åtte kommuner, med tettere samarbeid mellom sosialtjenesten og psykisk helsevern for barn og unge (Fjärstedt og Sundgren 2008).

Effektstudier

Vi fant en helt ny systematisk oversikt om FFT (Filges et al, 2015), men ellers ingen effektstudier fra Norge eller de andre nordiske landene som er publisert i 2008 eller senere. Det finnes to svenske studier fra henholdsvis 2000 og 2004, som begge viser positive resultater, men vi har valgt å ikke beskrive dem i detalj her fordi de er såpass gamle. Hansson, Cederblad og Höök (2000) gjennomførte en RCT-studie med 49 ungdommer i en FFT-gruppe og 40 i en sammenligningsgruppe, der inklusjonskriteriet var alle nye ungdommer som var blitt tatt av politiet i Lund mellom 1993 og 1995. Hansson, Johansson, Drott-Englén og Benderix (2004) gjennomførte så et samarbeidsprosjekt mellom barne- og ungdomspsykiatrien, sosialtjenesten og rusmiddelomsorgen, hvor de ønsket å prøve ut FFT i en klinisk sammenheng. Her inngikk 45 ungdommer i en FFT-gruppe og 43 i en sammenligningsgruppe. Begge studiene er tatt inn i oversikten i vedlegg 3.

I Norge har Atferdssenteret startet prosessen med å lage en effektstudie, og de er nå i gang med rekrutteringen. Dette skal være en randomisert kontrollert studie som sammenligner familier som mottar FFT med en kontrollgruppe som tilbys terapi via familievernet. Rekrutteringsfasen forventes å være fullført i 2016, og resultater av effektstudien vil foreligge tidligst 2018 (Dagfinn Mørkrid Thøgersen, 2015, personlig kommunikasjon). Også Danmark er nå i gang med en RCT-studie av FFT, som startet i 2013 (Socialstyrelsen, 2015).

Studier av FFT utenfor Norden

Graham, Carr, Rooney et al. (2014) gjennomførte en pre- og poststudie i Irland med 188 familier. I undersøkelsen ble det benyttet spørreskjemaer som familiene skulle fylle ut ved behandlingens start og når den var avsluttet. Målet var å finne ut om deltakerne i FFT ville vise signifikante forbedringer etter behandling, og om graden av programtrohet innvirket på resultatene av behandlingen. Familiene ble delt i tre grupper, ut fra om de fikk 1) terapeuter med høy programtrohet; 2) terapeuter med lav programtrohet; 3) tidlig frafall fra behandlingen (Graham et al. 2014:22-23).

Resultatene viste høyest behandlingseffekt for ungdommene som hadde hatt en terapeut med høy programtrohet, ($d=0.65-1.59$), etterfulgt av de i gruppen med lav programtrohet ($d=0.2-0.88$). Behandlingseffekten viste seg ved at ungdommene ble vurdert å ha færre atferdsvansker, være mindre hyperaktive, ha mindre emosjonelle problemer og utviste mer prososial atferd (2014: 33). Jo bedre foreldre og ungdommen tilpasset seg metoden ved oppstart av behandlingen, jo bedre resultater. Resultatene tyder på at FFT er en effektiv metode når det er høy grad av programtrohet, og familien i gjennomsnitt har 17 møter med terapeuten (2014: 35).

Filges et al (2015) gjennomførte en systematisk oversikt over effekter av FFT for unge som behandles for misbruk av rusmidler (ikke opiater). De fant ikke mer enn to aktuelle studier, publisert henholdsvis 1989 og 2001, og begge fra USA. En av studiene indikerte positiv effekt av FFT sammenliknet med andre programmer etter fire måneder, men denne effekten var borte etter sju måneder. Konklusjonen var at det ikke er mulig å si om FFT er effektiv i å redusere rusbruk (ikke opiater) blant unge, og at det trengs mer forskning.

5.4 Aggression replacement training – ART

Implementering av ART i Norge

ART er i dag implementert i flere skoler og institusjoner. MST, PMTO, og ART deler mange fellestrekk, men mens MST og PMTO er systemorientert i sin tilnærming til forståelse og behandling av atferdsproblemer, er ART mer fokusert på utvikling av individuell sosial kompetanse. ART startet opp i Norge i 2002, og

i 2008 hadde Diakonhjemmet Høgskule i Rogaland utdannet rundt 2000 ART-trenere. Trenere som blir opplært i metoden må gjennomgå 8 dagers kurs fordelt utover et halvt år, og deltagerne må i tillegg gjennomføre 18 treninger før de får kursbevis og kan starte egne kurs (Kjøbli 2009:6). Det er ikke gjennomført implementeringsstudier av ART i Norge, men det er utgitt en manual om implementering av ART-programmet (se Olsen og Gundersen 2012). Evalueringsstudiene som presenteres nedenfor, er alle gjennomført i regi av dem som implementerer programmet.

Norske ART studier

1. evalueringsstudie av ART i Norge

I en evalueringsstudie undersøkte Starnes og Moe (2007) virkningene av ART-metoden på 24 elever på mellomtrinnet ved en liten skole i Midt-Norge. De ønsket å se om ART kunne øke sosiale ferdigheter hos elevene og øke deres evner til å kontrollere sinne. Det var også et ønske om å bidra til et mer rolig klassemiljø.

Lærerne ved skolens mellomtrinn og skolens ledelse gjennomførte programmet. Det ble oppfordret til samarbeid med foreldre. En screeningstest ble benyttet i forkant, og besvart av foreldre, lærere og elever. Testen kartlegger hvilke områder elevene er svake på eller mangler ferdigheter i. Treningen pågikk over 17 uker med to timers økter per uke.

Rapporteringskjemaet måler endringer på fem områder: klasseromsferdigheter, om elevene får venner, mestring av følelser, alternativer til aggresjon, og å takle stress. Resultatene fra denne studien viste at elevene (N=17) rapporterte om lite fremgang på de fem områdene, og det var faktisk en liten tilbakegang i variabelen «å takle stress». Foreldrene (N=16) rapporterte om en liten fremgang på alle de fem områdene. Lærere meldte om en større fremgang, også på alle områdene. Forfatterne konkluderte ut fra dette at de fleste elevene har profittert på treningen.

2. evalueringsstudie av ART i Norge

Langeveld, Gundersen og Svartdal (2012) analyserte hvorvidt og på hvilke måter økt sosial kompetanse kan redusere atferdsproblemer. Studien er basert på et utvalg på 112 ungdommer fra både barne- og ungdomsskole, hentet fra 18 ART-grupper fordelt over hele Norge. Studien bygger på tidligere forskning som viser positive resultater av å øve på sosiale ferdigheter for å redusere atferdsproblemer. Begrepet sosial kompetanse innebærer, ifølge forskerne, å ha en bred forståelse for hvilken innvirkning ens handlinger har på omgivelsene og forståelse for behovene til den man kommuniserer med (Langeveld et. al. 2012:382). Studien undersøkte om endringer i nivå av atferdsvansker også innvirket på nivå av sosial

kompetanse, og hvilken type sosial kompetanse som eventuelt endres. Å finne ut om visse typer sosial kompetanse har mer betydning enn andre kan bidra til å forklare hvordan sosial kompetanse påvirker atferdsproblemer.

Forfatterne anvendte et flermålings multi-baseline eksperimentelt design. De tok høyde for modererende variabler som alder og baseline verdier, blant annet deltagerens sosiale kompetanse i utgangspunktet. Artikkelen gir ikke detaljert informasjon om karakteristika ved deltagerne, som aldersspenn, sosioøkonomisk bakgrunn eller psykisk helse. Det kommer heller ikke tydelig frem hvordan selekterings- og inkluderingsprosessen har foregått, og hvordan deltagerens atferdsproblemer ble vurdert. Selv påpeker forfatterne at en mangel ved studien er mye frafall både før og etter at treningsprogrammet pågikk.

Social Skills Rating Scale (SSRS) ble brukt for å innhente vurderinger fra lærere og foreldre om elevenes sosiale kompetansenivå. De påpeker at det er lav korrelasjon mellom informantens observasjoner. De mener dette har sammenheng med at den sosiale settingen som barnet er i, om det er hjemme eller på skolen, krever ulik sosial kompetanse, og gjør at lærere og foreldre ikke nødvendigvis observerer barnets atferd likt (2012:388). Resultatene viste at de yngste viste stor økning i sosial kompetanse og reduksjon i atferdsproblemer. De som var eldre viste ingen endring i sosial kompetanse og bare en marginale endringer i atferdsproblemer mellom pre- og post-måling (2012:391-392).

Det tydeligste resultatet er at alder modererer effektiviteten av ART-programmet, slik at ART er mest effektivt for barn som er yngre enn 12-13 år. En interessant tendens er at de barna som har lavest sosial kompetanse før ART-programmet, har størst økning i sosial kompetanse. Langeveld et. al. (2012: 396) foreslår at dette kan tyde på at trening i moralsk resonnering er en komponent i ART som har mye å si for gruppen med lavest sosial kompetanse.

Sekundæranalyse av en RCT om ART i Norge

Som referert over, har Gundersen og Svartdal (2006) tidligere gjennomført en RCT-studie, med pre-post design, der de sammenlignet effekten av ART med en kontrollgruppe (N=140). ART-gruppen gjennomførte et 30-timers ART-program á 10 økter med ferdighetstrening, sinnemestring, og moralsk resonnering. Potensielle deltakere ble rekruttert fra skoler eller andre institusjoner etter kartlegging med hjelp av en sjekklister. ART-gruppen besto av 77 deltakere (gjennomsnittsalder 11,1 år) og kontrollgruppen av 63 deltakere (gjennomsnittsalder 10,9 år). Programmet ble tilpasset deltagerens alderstrinn. Begge gruppene forbedret resultatene på posttesten, men ART-gruppen mer enn kontrollgruppen. Foreldrerapporteringene viste ingen forskjell i endring mellom ART og kontrollgruppen (2010:244).

Derfor har også Gundersen og Svartdal (2010) sett nærmere på om det skjedde en smitteeffekt mellom gruppene som kan forklare hvorfor også de i kontrollgruppen kunne vise til gode resultater. Flertallet av deltagerne var

rekruttert fra den samme skolen, og noen ganger fra den samme klassen (2010:234). Forfatterne vurderte hvordan de individuelle målingene av ungdommene endret seg fra pre- til post-måling i studien. For ART-gruppen ble det vist til signifikante forskjeller i 14 av 19 sammenligninger, mens bare to av 19 sammenligninger i kontrollgruppe var signifikante. De konkluderte derfor med at det er svært sannsynlig at ART har en positiv effekt gjennom å styrke sosiale ferdigheter og redusere atferdsproblemer.

Forskerne mener at når kontrollgruppen også tydelig viste forbedringer så tyder det på at flere mekanismer påvirker og at selve intervensjonen også gir positive sideeffekter, «secondary diffusions» (2010:246). Forfatterne har riktignok ikke funnet elementer i analysen som kan si mer om hvilke mekanismer dette dreier seg om, eller hva som også kan kalles de positive sideeffektene (2010:246). Elementer de mener kan påvirke er endring av rollemodeller, at andre elever viser mer positiv atferd, at lærere forandrer seg og sin pedagogikk som følge av kurset, eller at klassemiljøet endres. De positive endringene som ble observert i kontrollgruppen, kan derfor ha vært en konsekvens av samspillet mellom deltakerne i behandlings- og kontroll gruppen, særlig der de ulike gruppene interagerer med hverandre.

Programtrohet og omfang av ART i Sverige

ART ble først introdusert i Sverige på 1990-tallet da det statlige ungdomshjemmet Sundbo inviterte en av grunnleggerne av metoden, Arthur Goldstein, til å forelese om den.

Kaunitz og Strandberg (2009) kartla omfang og praktisering av ART i Sverige. Kartleggingen inkluderer opplysninger fra 102 kommuner og bydeler, hvor omtrent halvparten av kommunene og 80 prosent av bydelene oppgir at de tilbyr ART som lokalt tiltak. Forfatterne skriver at det er umulig å si nøyaktig hvor mange barn og unge som gjennomgår ART-trening (2009:39). 65 prosent (N=67) av de 102 kommunene og bydelene oppgav at de hadde et aktivt tilbud om ART i sosialtjenesten. To av tre kommuner i undersøkelsen tilbød ART i egen regi, mens de resterende kjøpte inn tjenesten fra private tilbydere. Kaunitz og Strandbergs kartlegging viser at kun 58 prosent (N=39) av kommunene inkluderte alle tre delkomponentene i ART: sinnekontrolltrening, sosial ferdighetstrening og moralsk resonnering. Resultatene indikerer at utøvelse av metoden i Sverige, i flesteparten av tilfellene, har beveget seg langt fra den opprinnelige manualen. Forfatterne tar høyde for at selv om modellen ikke blir fulgt fullt ut, behøver ikke dette bety at ungdommene mottar et lite effektivt tiltak.

Kaunitz og Strandberg (2009) vurderte studier fra 1987 og fremover. Ti studier oppfylte deres inklusjonskriterier. Forfatternes konklusjon er at den vitenskapelige støtten for ART er tvetydig og delvis motsigende, og at mye av

forskningen mangler transparens (2009:45). På bakgrunn av egen kartlegging og gjennomgang av litteraturen stiller forfatterne spørsmål om de som bruker ART i kommunene har den kompetansen som kreves for å kunne plukke, velge og gjøre om på et behandlingsprogram som er strukturert i henhold til en bestemt modell (Kaunitz og Strandberg 2009).

Av Socialstyrelsens hjemmesider framgår det at svenske forskere er i gang med en Campbell-review om effektene av ART.

5.5 Treatment Foster Care – Oregon TFCO (tidligere MTFC)

Forskningsstatus i Skandinavia

Atferdssenteret har, i samarbeid med Bufetat, ansvaret for implementeringen av TFCO i Norge. Et team ble satt sammen i 2009, med det formål å evaluere modellen. Et pilotteam har nå startet opp i Sandvika hvor modellen blir prøvd ut for første gang i Norge. I Sverige har TFCO vært implementert siden tidlig på 2000-tallet, og to RCT-studier er gjennomført (Kyhle Westermark 2009; Hansson og Olsson 2012). I Danmark ble TFCO igangsatt som et tilbud til kommunene via «utbud». Aalborg kommune var den første til å initiere behandlingen, men den er nå avvirket. Per oktober 2014 var det seks aktive TFCO-team i Danmark. TFCO i Danmark er administrert og implementert av Socialstyrelsen (Pontoppidan et al. 2014: 7-8). Det foreligger ennå ikke studier av TFCO i Danmark, men det diskuteres med SFI om man skal dokumentere resultater fra metoden (Socialstyrelsen 2015b).

Implementering av TFCO i Sverige

Familjeforum er første programvirksomhet utenfor USA som ble sertifisert i TFCO-modellen, i 2005 (Kyhle Westermark 2009: 55). Utredningshemmet i Sverige er en institusjon med 5 plasser på lukket avdeling og 4 plasser på åpen avdeling for ungdommer mellom 12-17 år med alvorlige atferdsvansker eller psykososial problematikk. Højman og Dovik (2008) som var ansatt ved institusjonen, har laget en rapport om innholdet i TFCO og hvordan det har gått å implementere TFCO på Utredningshemmet.

Højman og Dovik (2008:70-71) mener at et positivt aspekt ved TFCO er at modellen legger til rette for et ombud for alle parter. Foreldre har sitt ombud i familieterapeuten, ungdommens ombud er ungdomsterapeuten og ferdighetstreneren. Institusjonen har sitt ombud i behandlingslederen, som også er den som er sosialtjenestens ansikt utad i modellen. De uttrykker også hvor positivt det har vært å ha den tryggheten som veilederne og manualene gir når det har vært usikkerhet i vanskelige saker (2008:71).

Effektstudie av TFCO i Sverige

Kyhle Westermarck, Hansson og Olsson (2011; Kyhle Westermarck 2009) gjennomførte en RTC-studie av TFCO i Sverige - den første utført utenfor USA. Studien hadde flere formål. De ønsket å undersøke om TFCO reduserte sannsynligheten for sammenbrudd i plasseringen, og om Sverige kunne produsere like positive resultater som det man hadde i USA når det gjelder lave tall på sammenbrudd i fosterhjem. De ønsket også å belyse hvordan fosterforeldre opplevde å følge et manualbasert program, og hvilken effekt henholdsvis TFCO og ordinære tiltak (TAU) hadde hatt for ungdommene to år etter at tiltak ble iverksatt.

RCT-studie av TFCO med to års oppfølging

Ungdommene i Kyhle Westermarck, Hansson og Olsson (2011) sin studie var henvist til sosialtjenesten for å motta tiltak på bakgrunn av alvorlige atferdsvansker. 38 ungdommer ble spurt om å delta i studien, hvorav 35 sa ja. Det var ingen spesielle kjennetegn ved henholdsvis TFCO (N=20) og TAU (N=15) gruppen. TAU-gruppen fikk tiltak av varierende varighet, i form av fosterhjem, institusjon eller hjemmebaserte tiltak.

Resultatene tyder på at TFCO kan være et godt behandlingstilbud for ungdommer med alvorlige atferdsvansker. Behandlingen har lite frafall og viser gode effekter. Resultatene fra spørreskjemaene i RCT-studien viste at majoriteten av TFCO-ungdommene (76%) og rundt en tredjedel av TAU-ungdommene (36%) hadde redusert sine symptomer med over 30 prosent to år etter at behandlingen startet.

Forfatterne diskuterer mulige forklaringer på hvorfor TFCO viser bedre resultater enn TAU i Sverige, mens MST har vist seg å være lik TAU i effekt. TFCO har mange av komponentene til TAU i Sverige, men det er sjelden at komponentene samles i TAU slik det skjer i TFCO. Videre kan tilnærmingen til familierapi være forskjellig i TFCO og MST. I TFCO blir det dessuten lagt mer vekt på tilknytning og samhold i familien, og ungdommenes deltagelse er obligatorisk.

Kyhle Westermarck (2011) påpeker at en begrensning i effektstudien er dens statistiske validitet, siden utvalget er lite. Det er også en svakhet ved den eksterne validiteten fordi det var et begrenset antall sosialkontorer som valgte tiltak for sammenligningsgruppen, noe som gjør det vanskelig å trekke konklusjoner for resten av landet. Både TFCO og TAU viste at symptomreduksjon for ungdommenes del, men det var bare TFCO som viste en konsekvent statistisk signifikans i symptomreduksjon både når det gjaldt internaliserende og eksternaliserende symptomer (2011:15).

Den nyeste randomiserte kontrollerte studien av TFCO i Sverige

Hansson og Olsson (2012) gjennomførte den andre RCT-studien av TFCO i Sverige. Dette er en av de få studiene som ser på effekter av TFCO med et studiedesign som tillater analyser av den lokale konteksten. Utvalget bestod 46 ungdommer som enten fikk behandling i TFCO fosterhjem (N=19) eller behandling som vanlig (TAU) (N=27). Ungdommene var mellom 12 og 17 år gamle, diagnostisert med atferdsforstyrrelse i henhold til DSM – IV TR, og sto i fare for umiddelbar plassering utenfor hjemmet. Ungdommene i TAU-gruppen mottok tiltak fra ulike sosiale instanser. Disse tiltakene omfattet blant annet bolig, fosterhjem, eller hjemmebaserte tiltak som familierapi, mentorer, og narkotikatesting (2012:1931). Studien ble gjennomført ved Socialhögskolan, Lunds Universitet (ansvarlig for forskning) og utredningsinstitusjonen i Hässleholm (Institutional Care) (ansvarlig for behandlingen). Den hadde et multi-informant design, hvor informasjon ble innhentet fra ungdommene, deres foreldre og TFCO-teamet.

Hansson og Olsson (2012) fant at det bare hadde skjedd sammenbrudd i 15 prosent (3) TFCO-plasseringer, noe som samsvarer med Kyhle Westermark et al (2011) resultater. Alle ungdommene (n=46) viste signifikant symptomreduksjon. Det var få forskjeller mellom TFCO- og TAU-gruppen bortsett fra at TFCO-gruppen hadde betydelig bedre symptomreduksjon i behandlingsperioden. Denne forskjellen avtok ved 24-måneders oppfølgingen. Ungdommene og foreldres vurdering viste moderate og store effektstørrelser når det gjaldt reduksjon i psykiske vansker etter behandling i både TFCO-gruppen og TAU-gruppen (2012:1933).

Den andre RCT-studien: oppfølging etter tre år

Bergström og Højman (2015) gjennomførte en oppfølging etter tre år av de samme ungdommene som inngikk i den andre, svenske RCT-studien. I motsetning til tidligere oppfølginger, hvor det ikke var vesentlige forskjeller mellom MTFC-gruppa og de som mottok TAU, fant man her et par signifikante forskjeller i favør av MTFC.

Sammenligningsstudie av TFCO i Sverige og USA

I sammenligningsstudien ville Kyhle Westermark, Hansson og Vinnerljung (2008) undersøke om TFCO i en svensk kontekst, kunne produsere like lave sammenbruddstall i omsorgsplasseringer som i USA. For å gjøre dette, sammenlignet de tre utvalg: fra den svenske TFCO-studien (N=31); et delutvalg fra en tidligere studie om sammenbrudd i institusjons- og fosterhjems plasseringer i Sverige (N=275; Sallnäs, Vinnerljung og Westermark 2004); og et utvalg fra en amerikansk studie om TFCO (N=90) (Kyhle Westermark 2009:60).

Kyhle Westermark et al fant at det var 3.5 ganger så stor risiko for sammenbrudd i ordinære fosterhjems plasseringer sammenlignet med TFCO i Sverige. Hvis ungdommen var en jente, var sjansen for sammenbrudd åtte ganger

så stor som ved TFCO-tiltak. Sannsynligheten for sammenbrudd i Sverige var samtidig halvparten så stor som i USA (Kyhle Westermark 2009).

Spørreundersøkelse om TFCO med fosterforeldre i Sverige

Kyhle Westermark, Hansson og Vinnerljung (2007) ønsket å undersøke hvordan fosterforeldre opplevde å arbeide med ungdommer mens de fulgte TFCOs manualbaserte program. Forskning viser at det er viktig å støtte fosterforeldre for at programmet skal lykkes, men at man ikke vet nok om hva fosterforeldre mener er nyttig assistanse og støtte.

Forfatterne intervjuet i alt 27 fosterforeldre som jobbet aktivt med TFCO-behandlingsmodellen i 2004. Studiedesignet bestod av semistrukturerte intervju, og et spørreskjema bestående av 74 spørsmål. De fant at fosterforeldrene fungerte bra med den strukturen som følger av TFCO. Rundt fire av fem fosterforeldrene var svært positive til metoden, mens de resterende hadde vanskelig for å akseptere den. Alle fosterforeldrene oppga, uavhengig av innstillingen til TFCO, at de satte pris på å arbeide manualbasert. Fosterforeldrene fremhevet lettvinde behandlingsverktøy og tilgjengelig støtte døgnet rundt, som de viktigste bidragene til deres tilfredshet med TFCO (Kyhle Westermark 2009). Forfatterens konklusjon er at det bør være mulig å introdusere TFCO i det svenske fosterhjemssystemet.

Studier av TFCO utenfor Norden

Sekundære analyser av en RTC-studie i USA

En tidligere RCT-studie (N=166, M=15.3 år) i USA (Leve et. al. 2005 i Leve et. al. 2013) viste at jenter som hadde TFCO som tiltak, hadde signifikant færre graviditeter ved oppfølgingen etter to år enn de i sammenligningsgruppen som hadde fått ordinære tiltak. Dette var en studie som pågikk mellom 1997 og 2006, og ungdommene i kontrollgruppen var plassert i ungdomsinstitusjon («group care») (2013:424, 426). Leve, Kerr og Harold (2013) fulgte opp det samme utvalget ca. sju år etter behandlingsstart. Logistiske regresjonsanalyser viste at det å bli gravid i løpet av toårs oppfølgingen var signifikant relatert til rusmisbruk, spontanabort, og kontakt med barnevernet i løpet av denne sjuårsperioden (2013:421-422). Leve et al konkluderer ut fra dette at TFCO har positive, langvarige effekter på de som mottar tiltaket, sammenlignet med de som har fått ordinære tiltak.

Kerr, DeGarmo, Leve og Chamberlain (2014) vurderte datagrunnlaget fra den samme amerikanske RCT-studien av TFCO sammenlignet med institusjonsplassering for å undersøke hvilken effekt TFCO har på selvmordstanker og depressive symptomer hos kriminelle jenter ni år etter tiltak. Analysen tyder på at TFCO ikke skiller seg fra ordinære tiltak i forhold til selvmordsforsøk, men TFCO-gruppen viste større reduksjon i depressive symptomer og selvmordstanker (Kerr et. al. 2014).

Harold, Kerr, Van Ryzin, et al. (2013) ønsket å se nærmere på hvilket tiltak i dette utvalget (N=166) som hadde størst innvirkning på ungdommenes depressive symptomer. 23 prosent av ungdommene skåret over cut-off for en klinisk diagnose. Disse ble målt over en to-årsperiode med seks måneders intervaller. TFCO demonstrerte mest reduksjon i depressive symptomer, sammenlignet med kontrollgruppen. Videre var det jenter med høyest nivå på depressive symptomer som hadde størst utbytte av TFCO (2013:443, 445).

RCT-pilotstudie av TFCO med terapi-modul, TFCO+T, i USA

Smith, Chamberlain og Deblinger (2012) fremhever at man må se ungdommers kriminelle atferd i sammenheng med at de ofte har opplevd traumer i barndommen. Forfatterne har følgende utgangspunkt: 1) Traume og kriminell atferd henger sammen. 2) Når begge faktorer er til stede, øker det sjansen for konsekvenser på kort og lang sikt. 3) Kliniske studier har ikke påvist effekt av evidensbaserte metoder på traumerelatert psykisk helse. 4) Det er stor mangel på evidensbaserte metoder for jenter som både har traumer og viser kriminell atferd (2012:227).

På bakgrunn av dette utviklet Smith et al en modifisert versjon av TFCO, såkalt TFCO plus Trauma (TFCO+T). Modellen ble deretter prøvd ut i en pilotstudie med en kontrollgruppe. Utvalget bestod av 30 jenter i alderen 12 til 17 år. Inklusjonskriterier var arrestasjon i løpet av de siste 12 månedene før henvisning, at de var blitt pålagt TFCO som tiltak av retten, og at de har opplevd minst en traumatisk hendelse. Jentene ble randomisert til enten TFCO+T (N=13) eller kontrollgruppe med ordinære tiltak (N=17). Ordinære tiltak i denne studien innebar de rettslige pålegg som er vanlige for jenter i Oregon, oftest ungdomsinstitusjon hvor det bor mellom 5 og 15 ungdommer.

Resultater etter 12 måneder viste tydelig at jentene i TFCO+T gruppen hadde betraktelig færre traumesymptomer og signifikant lavere nivå av kriminell atferd sammenlignet med kontrollgruppen. Resultatene tydet på at TFCO+T hjelper ungdommene med å bedre håndtere hendelser som trigger traume-responser i hverdagen. Disse resultatene er spesielt lovende med tanke på at det ikke har blitt påvist signifikante helsefordeler i tidligere RCT-studier av TFCO. Studien tyder også på at det lar seg gjennomføre å integrere terapi i en behandlingsmetode som TFCO (Smith, Chamberlain og Deblinger 2012).

RCT-studie av KEEP, en mindre omfattende versjon av TFCO

Chamberlain, Price, Leve, et al. (2008) har gjennomført en RCT-studie av KEEP (Keeping Foster Parents Trained and Supported), som har likhetstrekk med TFCO, bare at KEEP er mindre omfattende. Målet med intervensjonen er å redusere barnets atferdsvansker ved å styrke fosterforeldrenes kompetanse. I motsetning til TFCO, der barna eller ungdommene flytter når programmet er

avsluttet, brukes KEEP i fosterhjem der barna og ungdommene etter planen skal fortsette å bo.

Chamberlain et. al. var spesielt interessert i å undersøke om fosterforeldre som mottok KEEP ville ta i bruk flere positive oppdragelsesstrategier, om barna i KEEP ville vise større reduksjon i atferdsvansker, og hvorvidt nivået av atferdsvansker ved behandlingsstart for barnas del ville påvirke utfallet. Utvalget var 718 fosterforeldre i San Diego, hvor 359 fosterfamilier mottok KEEP og kontrollgruppen (N=359) mottok ordinære tjenester fra saksbehandlere.

Resultatene tyder på at intervensjonen førte til økt bruk av positiv oppdragelsesstrategier, og at det var barna med mest alvorlige atferdsvansker som responderte mest positivt på dette. I intervensjonsgruppen var det en signifikant reduksjon i alvorlige atferdsvansker, sammenlignet med kontrollgruppen (Cohens $d=0.26$; 2008:17).

Sammenligningsstudie av utfall for ungdommer som mottok TFCO i USA og England

Rhoades, Chamberlain, Roberts og Leve (2013) undersøkte hvordan det hadde gått med jenter som hadde deltatt i en pilot-implementering av TFCO i England 12 måneder etter behandlingsslutt. Resultatene herfra ble sammenlignet med resultatene fra en RCT-studie av TFCO fra USA. Antall deltagere i England var 58 ungdommer i alderen 12 til 16 år. I USA bestod utvalget av 81 ungdommer i alderen 13-17 som hadde blitt plassert utenfor hjemmet som følge av vedvarende kriminell atferd (2013:435).

Resultatene ble målt ved hjelp av variablene kriminell atferd, vold, bruk av narkotiske stoffer, uaktsom seksuell atferd, selvskading og skoleaktivitet (2013:441). I USA fant forfatterne forbedringer på alle variablene, spesielt når det gjaldt bruk av rusmidler og kriminell atferd (2013:445). For ungdommene i England var det forbedringer på alle variabler unntatt én, bruk av rusmidler. Effektene var altså sammenlignbare når man ser bort fra variabelen rusmidler. Dette er noe Rhoades et al påpeker som spesielt imponerende, sett i forhold til både implementeringskvalitet og det at utvalgene var veldig forskjellige. Alle jentene i USA var i rettssystemet og omsorgsretten til foreldre var fratatt. Jentene i England var plassert først og fremst på grunn av foreldrenes manglende omsorgsevne, mens foreldrene ennå hadde foreldreretten (2013:446). Etter Rhoades et als vurdering tyder resultatene på at TFCO er et kulturelt relevant tiltak som også lar seg overføre til andre land i Europa (2013:435).

Pre- og poststudie av kriminell atferd etter TFCO-behandling sammenlignet med ungdomsfengsel i England

Biehal, Ellison og Sinclair (2012) benyttet et kvasi-eksperimentalt, mixed-method studiedesign i tre pilotinstitusjoner, med totalt 47 deltagere i oppfølgingsstudien. I England sammenlignet de ungdommer som hadde blitt rettslig pålagt tiltak om

TFCO (N=23) med en gruppe ungdommer som oppfylte kriteriene for TFCO, men som hadde blitt dømt til ungdomsfengsel (n=24). Statistikk over forbrytelser ble innhentet ved oppstart, et år etter TFCO-plassering eller forvaring (T1), og deretter et år etter fullført TFCO-opphold (T2).

Ved T1 var det mindre sannsynlig at ungdommene i TFCO-gruppen hadde begått nye forbrytelser, men ved T2 var det ingen signifikante forskjeller mellom gruppene når det gjaldt antall domfellingene. Andelen som begikk kriminelle handlinger var nesten nøyaktig lik i TFCO-gruppen (74%) og i sammenligningsgruppen (75%) (2012:20). Resultatene fra TFCO-intervensjonen avtok med andre ord over tid (2012:13). Dette tyder på at de positive endringene var vanskelige å opprettholde når ungdommen ble plassert tilbake i sitt lokalmiljø og risikofaktorene der. Resultatene indikerer ifølge Biehal et.al. at ungdommene ikke har klart å internalisere den pro-sosiale atferden de har lært i TFCO. Resultatene kan ha blitt påvirket av en manglende oppfølging av ungdommene fra TFCO-teamet. I utgangspunktet skal ungdommer som har flyttet ut fra TFCO ha en oppfølgingsperiode på tre måneder, men det skal ha vært store mangler ved denne oppfølgingen som følge av personalmangel (2012:24).

Metaanalyse om TFCO

Lee, Bright, Svoboda, et. al. (2010) analyserte det begrensede antallet studier som sammenligner ordinære institusjonstilbud for ungdommer i USA (group care) med andre tiltak som fosterhjem og TFCO. De inkluderte 19 studier som var publisert mellom 1996 og 2009. Lee et al fant at ordinære institusjonstilbud kom dårligst ut. Det var størst effekter for kortere opphold i fosterhjem og størst reduksjon i kriminell atferd med TFCO som tiltak. For fosterhjem ble det vist til bedre resultater enn institusjonsopphold. De som var i fosterhjem hadde vært plassert utenfor hjemmet i kortere tid og flere var plassert med søsken (2010:5).

For de sju studiene som hadde TFCO som sammenligningsgruppe, var det store positive effekter på reduksjon i gjentakende kriminalitet ($d=0.38-0.79$). Forfatterne påpekte at studiene som har vurdert TFCO har analysert langvarig effekt av programmet fra behandlingen begynte, ikke fra behandlingsslutt. Riktignok var det et familie-format institusjonsprogram, Boys Town (Lee og Thompson i Lee et al. 2010), som viste bedre resultater enn et TFCO-program på flere variabler (2010:10).

5.6 Multifunksjonell behandling i institusjon og nærmiljø

MultifunC

MultifunC i Skandinavia

MultifunC ble først implementert i Norge og Sverige. Danmark har begynt å implementere modellen, og den første institusjonen ble etablert i København i

2011. Så langt foreligger det en implementeringsstudie i Norge (Fossum og Holmen 2011), en svensk implementeringsrapport (Socialstyrelsen 2011) og en svensk evaluering som rapporterer resultater 12 måneder etter behandling (Socialstyrelsen 2014). En norske evalueringsstudien planlegges avsluttet ved utgangen av 2015 (Universitetet i Tromsø 2015).

Implementeringsstudie av MultifunC i Norge

Fossum og Holmen (2011) studerte implementeringsprosessen av behandlingsmodellen MultifunC på seks barnevernsinstitusjoner i Norge. Det ble gjennomført seks besøk på hver institusjon med seks-sju måneders mellomrom for å undersøke hvor tett opp til den originale behandlingsmodellen institusjonen hadde lagt sitt behandlingsopplegg. Site Visit Questionnaire (SVQ) ble utviklet, institusjonsledere og teamledere var respondenter.

En skåre lik 2 eller bedre på minst 80 prosent av temaene i SVQ betydde at institusjonen hadde oppfylt kriterier for deltagelse i effektevaluering av MultifunC. Fem institusjoner oppnådde dette resultatet. Den sjette institusjonen ble utelatt fra analysen, siden det var bestemt at avdelingen skulle legges ned kort tid etter forfatterens siste institusjonsbesøk.

Det manglet personalvurderinger fra ett ungdomssenter grunnet få besvarelser og følgelig konfidensialitetshensyn. Fra tilgjengelige personalvurderinger fremkommer det at en betydelig andel oppgir at de ikke har fått tilstrekkelig trening. Ved første besøk var det 40 prosent av de ansatte som oppga dette, denne andelen reduseres til 23 prosent ved siste måling/institusjonsbesøk. De første målingene viste at ansatte savnet trening i de spesifikke metodene som inngår i MultifunC, som ART, PMTO, Motiverende intervju (MI) og Terapeutisk Mestring av Vold (TMV). I de siste målingene ble oppfriskningskurs etterspurt.

Alt i alt mente 370 av 461 (80,3%) respondenter at MultifunC var en god behandlingsmodell. 16,3 prosent (N=75) mente det var en delvis egnet modell, mens 3,4 prosent (N=16) av personalet mente det var en dårlig egnet modell for målgruppen. Forfatterne diskuterer problemer som har kommet frem ved tre institusjoner: uheldig utvikling ved etablering av behandlingsmodellen, mindre bra kommunikasjon mellom behandlingsteam, og sammenbrudd i drift av en institusjon.

Fossum og Holmen konkluderer med at MultifunC kan implementeres i eksisterende barneverninstitusjoner med svært gode resultater. Det må tas hensyn til at implementeringen er ressurskrevende og at det tar tid før modellen er vellykket implementert (2011:22).

Implementeringsstudie av MultifunC i Sverige

Denne studien undersøkte implementeringsprosessene i tre MultifunC-avdelinger. To avdelinger, her kalt A og B, startet implementeringen av MultifunC-programmet i 2005, mens avdeling C begynte i slutten av 2007. Hver avdeling

har plass til åtte ungdommer. Som i den norske implementeringsstudien, ble Site Visit Questionnaire (SVQ) tatt i bruk for å måle implementeringsprosessen. Personale, ungdommer og avdelingsledere ble intervjuet når forskerne var på dagsbesøk hos avdelingene.

Det var et krav om at personalet, de små teamene og 75 prosent av personalet i miljøtemaet skulle gjennomgå et introduksjonskurs i MultifunC. Avdeling A og C sine miljø- og familieteam oppnådde dette kravet etter et år. Det gjorde ikke teamet i avdeling B. Avdeling B kom verst ut ved ettårsmålingen, da det pedagogiske teamet og vikarene heller ikke oppfylte kravet. Etter to år oppfylte avdeling C kravene på tvers av alle team, B fylte alle krav med unntak av vikarene. På avdeling A hadde ikke personale i utredningsteamet og det pedagogiske teamet gjennomført kvalifisering i metoden (2011:34). Avdeling A og B ble negativt påvirket av å gå lange perioder uten nye kvalifiseringer. Det var spesielt avdeling B som ble påvirket av dette siden den hadde store utskiftninger i personale (2011:35).

Ved ettårsmålingen svarte store deler av personalet ved avdeling A og B at de ikke hadde god tilgang til veiledning som skulle gis av prosjektleder. Dette var forbedret for avdeling A ved toårsmålingen, hvor majoriteten (66%) nå mente de hadde god tilgang på veiledning. Det var litt flere ved avdeling B (fra 31% til 36% som mente tilgjengeligheten var «bra» eller «veldig bra») og ved avdeling C hadde det skjedd en forverring (fra 79% til 61%) (2011:36). Alt i alt var det etterspørsel etter mer veiledning, både om prosesser, metodeutøvelse i MultifunC og om målgruppen. Personalet hadde for øvrig et generelt positivt syn på MultifunC som metode. På tvers av avdelingene svarte mellom 86 prosent og 100 prosent at kvaliteten på MultifunC var «bra» eller «veldig bra».

Noen hovedkonklusjoner fra rapporten er at det er viktig med forberedelser før en ny modell implementeres, og at det vil være behov for tett oppfølging og implementeringsveiledning over lengre tid. Avdeling B ble lagt ned ved årsskiftet 2009/2010, hovedsakelig som følge av et lavt antall henvisninger og liten utnyttelse av kapasiteten.

Kasuskontrollstudie av MultifunC i Sverige

I Sverige gjennomførte Socialstyrelsen (2014a) en kasuskontrollstudie (N=80), som sammenligner en gruppe bestående av 40 ungdommer i MultifunC-institusjon med samme antall ungdommer i tradisjonelt institusjonstilbud fra Statens institusjonsstyrelse (SiS). Ungdommene var allerede innskrevet på en akutt- eller utredningsavdeling innen SiS når det ble vurdert om de oppfylte inkluderingskriteriene. Studien redegjør for kjønnsfordeling, aldersfordeling og foreldrenes sivilstatus. Det bemerkes at flere av MultifunC-ungdommene hadde vokst opp med begge foreldre, mens fire av de i tradisjonell institusjon hadde vokst opp utenfor hjemmet. Seks av ungdommene i tradisjonell institusjon hadde også en forelder som var død.

MultifunC-modellen ble vurdert som mer vellykket når det gjaldt tilbakeføre ungdommene til deres eget nærområde. Etter 12 måneder var fem av ungdommene igjen i MultifunC (17%), mens 19 av ungdommene i den andre gruppen ennå bodde på institusjon (70%). Det opplyses at åtte av MultifunC-ungdommene var i ettervern, hvilket vil si at de bodde hjemme, men fremdeles var innskrevet på institusjonen. I følge rapporten var det ikke signifikante forskjeller mellom gruppene i antall oppholdsdager i institusjon (M=270 dager). Når man tok med antall dager ungdommene med MultifunC hadde vært i ettervern ble behandlingstiden i MultifunC signifikant lengre. Evalueringens hovedresultat var at MultifunC hadde lyktes i sin hovedmålsetting, som er å tilbakeføre ungdommer til sin biologiske familie etter behandling (2014a:31).

5.7 Oppsummering

I dette kapitlet har vi gjennomgått norske, nordiske og andre europeiske studier av i alt fem evidensbaserte programmer som er rettet mot å redusere (alvorlige) atferdsproblemer blant ungdom. I tillegg har vi inkludert noen studier fra USA, ettersom samtlige programmer er utviklet der, og noen få metastudier. Atferdsproblemer omfatter stort sett kriminalitet, eksternaliserende og internaliserende atferd, uten at alle tre er inkludert i alle studier. Det kan virke rart at internaliserende atferd, det vil si psykiske vansker som er knyttet til depresjon, tilbaketrekning osv., også omtales som atferdsvansker. Men slik er nå terminologien i disse studiene, av programmer som også tar sikte på å redusere internaliserte vansker.

Mange positive effekter av programmene, og fortsatt ubesvarte spørsmål

Som for de programmene vi beskrev i forrige kapittel, rapporteres det gjennomgående om mange positive effekter av MST og TFCO, som er mest omfattende studert, men også av de tre andre programmene vi har beskrevet i dette kapitlet. Selv om resultatene ikke er helt entydige, ser det ut som om programtrohet (fidelity) har stor betydning når et evidensbasert program skal overføres fra en kontekst til en annen. Svak programtrohet ses på sin side som en forklaring hvis effekten av et program blir svakere enn forventet når programmet transporteres. Den nyeste metastudien av MST (Van der Stouwe et al, 2014) påpeker også at en multimodal tilnærming ser ut til å ha betydning.

Samtidig er det fortsatt ubesvarte spørsmål, også når det gjelder studiene som er presentert i dette kapitlet. Nedenfor diskuterer vi spørsmål vi vurderer som sentrale.

Har sentrale studier for lite omfang?

Også når det gjelder programmer for ungdom, er antallet som inngår i mange av de nordiske studiene relativt lite. Den første (og så langt siste) norske RCT-studien av MST omfattet i utgangspunktet 62 unge i intervensjonsgruppa og 38 i kontrollgruppa fra fire «sites» (Ogden og Halliday-Boykins, 2004). Oppfølgingsstudien (Ogden og Hagen 2006) omfattet 75 unge fra tre «sites». I Ogden et.als (2007) oppfølging var ikke mer enn halvparten av de opprinnelige ungdommene og deres familier med, og ikke mer enn to «sites», dog supplert med 55 unge som ikke var randomisert.

Den første svenske RCT-studien av MST omfattet 79 unge i intervensjonsgruppa og 77 i kontrollgruppa (Sundell et al., 2008). RCT-studien av ART i Norge omfattet 77 unge i ART-gruppa og 63 i kontrollgruppa (Gundersen og Svartdal, 2006). I Sverige besto RCT-studien av TFCO av 20 unge i TFCO-gruppa og 15 i kontrollgruppa. Effektstudier med andre, metodiske tilnæringsmåter har tidvis vært mer omfattende, for eksempel undersøkte den danske MST-evalueringen 359 behandlingsforløp (Greve og Thastum, 2013). Registerstudier og metaanalyser er selvsagt mer omfattende, likeledes sammenliknende studier der en rekke datasett kan slås sammen, som i Stattin et. als (2015) sammenlikning av fire programmer rettet mot atferdsproblemer blant barn.

Blir primærstudiene for gamle?

I forrige kapittel påpekte vi at de norske primærstudiene av PMTO og DUÅ nå har begynt å bli ganske gamle, ettersom det har gått 10-15 år siden programmene først ble implementert. Det samme er tilfelle for RCT-studien av MST. Den norske RCT-studien av MST ble publisert i 2004 og supplert siden, men så vidt vi kan se, er det ikke publisert nye studier av MST i Norge etter Ogden og Hagens (2008) analyser av kjønnsforskjeller og Ogdens (2010) doktoravhandling. Ogden et al (2007:12) nevner selv at det ville vært ønskelig med en ny RCT-studie i stedet for det ikke-randomiserte utvalget i MST2. Over år har dessuten så mange unge mottatt MST at det i seg selv er et argument for en ny evaluering av tiltakets effektivitet sammenliknet med andre barnevernstiltak. I løpet av årene 2003-2014 gjaldt dette nærmere 9 000 unge, hvorav rundt 40 prosent nye tilkom hvert år²². Dette er noe som etter vårt syn er et selvstendig argument for nye, oppdaterte studier av tiltakenes kliniske effekter.

Den svenske implementeringen av MST startet senere og det har også vært gjennomført flere oppfølginger i etterkant. Her er studier publisert mellom 2008 og 2014 (Löfholm et al 2009, Olsson, 2010, Socialstyrelsen, 2014, Sundell et al 2008). De norske studiene av ART som vi har inkludert her, og hvor implementeringen startet i 2005, er publisert mellom 2006 og 2012.

²² Kilde: SSBs barnevernstatistikk, statistikkbanken

Implementeringen av FFT, TFCO og MultifunC har foreløpig kommet så kort i Norge at det ikke foreligger effektstudier.

Spørsmålet om manglende samsvar mellom informantgrupper

Det er vel kjent at når flere informantgrupper bes om å vurdere samme fenomen, er det ofte moderat til dårlig samsvar mellom informantgruppens svar. Når det gjelder CBCL ble dette påpekt av Achenbach, McConaughy og Howell²³ allerede i 1987. Hvordan dette skal forstås og håndteres, ble særlig diskutert i forskningslitteraturen på 1990-tallet og noe senere. Spørsmålet er hvordan man skal forstå manglende samsvar, og hvilke informanter man eventuelt skal ta mest hensyn til. Her vil vi bruke de norske MST-studiene som eksempel, men vi kunne reist tilsvarende spørsmål i forbindelse med effektstudiene av de andre programmene.

I den første publikasjonen fra den norske RCT-studien slo Ogden og Halliday-Boykins (2004:81) sammen skårene fra de tre informantgruppene ungdom, foresatte og lærere uten at de sier noe om hvordan dette ble gjort, eller om det var noen systematiske forskjeller mellom informantgruppens svar. I Ogden og Hagen (2006) ble resultatene fra foreldre, lærere og ungdom presentert hver for seg. Lærernes svar var mest positive i favør av MST, foreldrenes svar var nest mest positive, mens man ikke gjenfant de samme, signifikante forskjellene i ungdommens selvrappoterings. Tilsvarende forskjeller mellom de tre informantgruppens svar viste seg i Ogden et al (2007). Mulige forklaringer på dette diskuteres ikke, heller ikke om forskjellene har hatt betydning for vurderingen av effektene av MST i en norsk kontekst.

Til tider en for positiv fortolkning av resultatene?

I forrige kapittel refererte vi til Littells (2008) diskusjon av «confirmation bias» i publiserte oversikter over evidensbasert praksis. Også når det gjelder studier av evidensbaserte programmer rettet mot ungdom, har vi funnet eksempler på det som etter vår vurdering, kan kategoriseres slik.

I sekundæranalysen av den norske RCT-studien av ART (Gundersen og Svartdal, 2010) konkluderte forfatterne at det er svært sannsynlig at ART har en positiv effekt gjennom å styrke sosiale ferdigheter og redusere atferdsproblemer. Dette selv om resultatene dels viste at det ikke var signifikante forskjeller mellom ART-gruppa og kontrollgruppa. I den svenske implementeringsstudien av ART konkluderte Kaunitz og Strandberg (2008) med at selv om modellen ikke blir fulgt fullt ut, behøver ikke dette bety at ungdommene mottar et lite effektivt tiltak. Dette til tross for at forfatterne påpeker at den vitenskapelige støtten for

²³ Achenbach utviklet i sin tid Child Behaviour Check List (CBCL, senere ASEBA), som er mye brukt i effektstudier av evidensbaserte programmer rettet mot barn og unges atferdsvansker

ART er tvetydig og til dels motsigende, og at mye av forskningen mangler transparens.

Den norske implementeringsstudien av MultifunC (Fossum og Holmen, 2011) konkluderer med at metoden kan implementeres i Norge med svært gode resultater, selv om det hadde vært uheldige forhold ved tre av seks institusjoner og de ansatte opplyste at de savnet veiledning og opplæring.

«Confirmation bias» handler imidlertid om mer enn å kanskje overfortolke positive resultater. Det handler også om å nedtone diskusjonen av tvetydige eller negative resultater. I RCT-studiene av de evidensbaserte programmene sammenliknes effektene av den valgte metoden på en behandlingsgruppe med resultatene for en kontrollgruppe. Målet er å finne ut om og eventuelt på hvilke måter den valgte metoden fungerer bedre enn alternativene. Dette blir spesielt viktig når det er konkurranse mellom metoder, slik at det å prioritere en tilnæringsmåte kan bety at andre metoder ikke lenger tilbys.

Igjen bruker vi MST som eksempel siden dette programmet er mest omfattende studert i Norge av de fem programmene vi har presentert i dette kapitlet. I Ogden og Halliday-Boykins (2004) studie understrekes at MST kan generaliseres på tvers av kulturer, noe som igjen støtter en landsdekkende implementering av MST i Norge. Her diskuteres ikke at det faktisk ikke var med noen med ikke-norsk bakgrunn i studien. Det diskuteres heller ikke hva forskjellene mellom studieområder, som senere førte til at to av fire ble tatt ut av oppfølgingsstudiene, betyr for vurderingen av resultatene. I Ogden og Hagens (2006) studie understrekes effektiviteten til MST sammenliknet med andre tjenester uten en videre diskusjon av forskjellen mellom informantgruppens svar, selv om forskjellene mellom ungdommenes og særlig lærernes svar var markante.

Barn, unge og foreldres medvirkning

Spørsmålet om barn, unge og foreldres medvirkning ble reist i første kapittel, og i forrige kapittel i forbindelse med programmene som ble diskutert der. En kunne tenke seg at ungdom medvirker mer i utviklingen av egne tiltak enn det barn gjør, rett og slett fordi de er eldre. I forskningen om barn og unges medvirkning er det et generelt resultat at medvirkning blir mer omfattende med alder.

I beskrivelsene av MST påpekes det at ungdommen trekkes aktivt inn i utviklingen av planer og målsettinger for behandlingen. I studiene av effekt («efficacy»), medvirker samtlige aktører på den måten at de fyller ut standardiserte spørreskjemaer. Det samme gjelder de andre programmene. Så igjen ser det ut som om medvirkning i betydningen hva barn, unge og foreldre tenker om behandlingen de får, om noe burde vært annerledes osv., ikke tillegges spesiell vekt. Dette påpekes også i Ogden og Hagens (2006) diskusjon av resultatene fra toårsoppfølgingen av RCT-studien av MST, ettersom svarene fra ungdommen selv som nevnt var langt mindre positive enn svarene fra foreldre

og lærere og skiller seg relativt lite fra svarene fra ungdommene i kontrollgruppa. I følge Ogden og Hagen (2006) er det vanlig å finne slike forskjeller mellom voksne og unge også i amerikanske studier.

Innvandrere og evidensbaserte programmer

Programmene som er diskutert i dette kapitlet, har stort sett blitt implementert i Skandinavia fra rundt år 2000 og utover. I løpet av disse årene har andelen med innvandrerbakgrunn i befolkningen økt i alle disse tre landene. I Norge har vi sett en stor økning av barn og unge med innvandrerbakgrunn i barnevernet, der de nå utgjør ca. en tredjedel (Madsen og Backe-Hansen, 2014). Samtidig så vi at unge med innvandrerbakgrunn stort sett er fraværende i de studiene vi har funnet. Skulle unge med innvandrerbakgrunn være blant deltakerne, diskuteres ikke dette spesielt. Her er PMTO-studien vi omtalte i forrige kapittel, det eneste unntaket vi har funnet.

I og med at de evidensbaserte programmene i stor grad er innrettet mot barneverntjenesten, i hvert fall i Norge, blir endringene i barnevernets demografi de siste årene et argument for nye studier av programmenes effektivitet både eksperimentelt og i klinisk praksis. Da blir det ikke tilstrekkelig å argumentere for at overføring av for eksempel MST fra USA til Norge betyr at MST er virksom uavhengig av kultur, slik for eksempel Ogden og Halliday-Boykins (2004) impliserer om MST.

Tabell 5.1 Studier av programmer rettet mot atferdsvansker blant ungdom

	MST	FFT	ART	TFCO	MultifunC
Studienes omfang	<p>Norge:</p> <p>1 RCT-studie med 62 i intervensjonsgruppe og 38 i kontrollgruppe</p> <p>2 Tre av fire «sites» to år etter, med 61 som fikk MST og 14 vanlige barnevernstiltak</p> <p>3 To av fire «sites», der 30 fikk MST og 20 vanlige tiltak, samt 55 ikke-randomiserte</p> <p>4 Samme utvalg som i 3, spesiell analyse av kjønnsforskjeller</p> <p>5 Deskriptiv studie av 116 unge som hadde mottatt MST i en region 2001-2008</p> <p>6 Analyser av den longitudinelle barnevernsstatistikken</p> <p>Sverige:</p> <p>RCT-studie over tre perioder, 79 ungdom-mer intervensjon og 77 kontrollgruppe. Ingen signifikante forskjeller mellom gruppene</p> <p>1 Oppfølging etter 7 måneder</p> <p>2 Oppfølging etter to år</p> <p>3 Oppfølging etter fem år</p> <p>4 Kostnadsanalyse</p> <p>Danmark:</p>	<p>Irland:</p> <p>Pre-post studie med 188 familier i tre grupper: terapeuter med høy program-trohet, med lav programtrohet og med tidlig frafall fra behandlingen</p>	<p>Norge:</p> <p>1 Evalueringsstudie, 24 elever ved en skole</p> <p>2 Evalueringsstudie, 112 unge fra 18 ART-grupper, barne- og ungdomstrinnet</p> <p>3 RCT-studie med 77 i intervensjonsgruppa og 63 i kontrollgruppa</p> <p>Sverige:</p> <p>Litteraturgjennom-gang av ti studier publisert fra 1987 og framover, samt implementeringsstudie (samme publikasjon)</p>	<p>Sverige:</p> <p>1 Implementerings-studie ved en institusjon</p> <p>2 RCT-studie med to års oppfølging, 20 unge i intervensjons-gruppa og 15 TAU</p> <p>3 Ny RCT-studie med TFCO 19 og TAU 27, 12-17 år gamle. Informasjon fra ungdom, deres foreldre og teamet</p> <p>4 Sammenliknings-studie Sverige og USA med 31 fra den svenske TFCO-studien, 275 fra en tidligere sammenbruddsstudie og 90 fra amerikansk studie</p> <p>5 Spørreundersøkelse fosterforeldre med i alt 27 fosterforeldre</p> <p>USA:</p> <p>1 Sekundæranalyse av en RTC i USA med oppfølging etter to år</p> <p>2 Analyser av samme data ift selvmords-tanker og depressive symptomer hos kriminelle jenter ni år etter. N=166.</p> <p>3 Hvilket tiltak som hadde størst innvirkning på ungdommenes depressive symptomer (n=166)</p>	<p>Norge:</p> <p>Implementerings-studie av seks barneverninstitusjoner med seks besøk på hver institusjon med 6-7 mndrs mellomrom</p> <p>Sverige:</p> <p>1 Implementerings-studie i tre institusjonsavdelinger, oppfølging etter et år</p> <p>2 Kaskontroll-studie med 40 TFCO-ungdommer og 40 kontroller</p>

	<p>Evaluering i form av retrospektiv og pro-spektiv panelstudie av 359 forløp for henviste unge og familier over 11-14 mndr.</p> <p>Nederland: 1 RCT-studie av 147 intervensjon og 109 TAU 12-18 år 2 Oppfølging etter seks måneder, samt rettsdokumenter inntil tre år</p> <p>Storbritannia: RCT-studie av 56 MST og Youth Offending Teams 52, alder 11-17, oppfølging etter 18 måneder</p> <p>Canada: Betydningen av terapeutisk allianse, 89 familier som hadde mottatt MST</p> <p>Metastudie: 22 evalueringsstudier av MST 1985-2012, 4022 unge og 332 effektstørrelser</p>			<p>4 RCT-pilotstudie av TFCO + T, bare jenter, TFCO + T 13 og TAU 17, 12-17 år 5 RCT-studie av KEEP, 359 i intervensjons-gruppa og 359 i kontrollgruppe</p> <p>England/USA: Sammenlikningsstudie 12 måneder etter behandling, pilot i England og RCT-studie i USA, England 58 12-16 år og USA 81 13-17 år.</p> <p>England: Pre-poststudie med 47 unge og oppfølging ett år etter oppstart og ett år etter behandlingen var slutt 23 i TFCO-gruppe og 24 i fengsel</p> <p>Metastudie: Inkluderte 19 studier publisert i USA mellom 1996 og 2009</p>	
Type studier	<p>Norge: 1 og 2 RCT-studie to tidspunkter 3 og 4 RCT supplert med ikke-randomisert utvalg 5 Deskriptiv studie 6 Registerstudie</p> <p>Sverige: RCT-studie (1-3), registerstudie (3) og kostnadsanalyse</p>	<p>Irland: Pre-poststudie med tre grupper, ikke kontrollgruppe</p>	<p>Norge: 1 Evalueringsstudie pre-post 2 Flermålings-, multi-metode eksperimentelt design 3 RCT-studie</p> <p>Sverige: Litteraturstudie og studie av implementering</p>	<p>Sverige: 1 Implementeringsstudie 2 og 3 To RCT-studier 4 Sammenlikning Sverige-USA 5 Spørreundersøkelse fosterforeldre</p> <p>USA: 1 Sekundæranalyse av jenter og graviditeter sju</p>	<p>Norge: Implementeringsstudie</p> <p>Sverige: 1 Implementeringsstudie 2 Kasekontrollstudie</p>

	<p>Danmark: Evaluering – retro- spektiv og prospektiv panelstudie uten kontrollgruppe</p> <p>Nederland: 1 RCT-studie av 147 intervensjon og 109 TAU 12-18 år 2 Oppfølging etter seks måneder, samt rettsdokumenter inntil tre år</p> <p>Storbritannia: 1 RCT-studie med 2 oppfølging etter 18 måneder</p> <p>Canada: Betydningen av terapeutisk allianse</p> <p>Metastudie</p>			<p>år etter, basert på RCT-studie</p> <p>2 Sekundæranalyse av jenter og depresjon og suicidale tanker ni år etter, basert på samme studie</p> <p>3 Sekundæranalyse av hele utvalget fra RCT-studien to år etter mht depresjon</p> <p>4 RCT-pilotstudie av TFCO+T</p> <p>5 RCT-studie av KEEP</p> <p>USA/England: Pilotimplementering etter 12 mndr sammen-liknet med RCT i USA</p> <p>England: Pre-poststudie med kvasi-eksperimentelt, mixed-method design</p> <p>Metaanalyse</p>	
Bruk av standardiserte kartleggings-instrumenter	<p>Norge: 1-4 ja Sverige: 1-3 ja Danmark: nei? Nederland: ja Storbritannia: ? Canada: ?</p>	Irland: Ja	<p>Norge: Ja Sverige: Vet ikke</p>	<p>Sverige: 1 – vet ikke 2,3,4,5 – ja USA: ja USA/England: ja England: registerdata</p>	<p>Norge: ja, utviklet eget instrument Sverige: ja, brukte samme instrument som i Norge i den første studien</p>
Rapportering av effekter	<p>Norge: 1 Større effekt enn vanlige barnevernstiltak på eksternalisert og internalisert atferd, økt sosial kompetanse, færre plasseringer utenfor hjemme og høy tilfredshet blant foreldrene.</p>	<p>Irland: Størst behandlings-effekt med høyest programtrohet, deretter med lav programtrohet, målt ved færre atferdsvansker, mindre hyperaktive, færre emosjonelle problemer og mer prosial atferd. Jo bedre ungdom og foreldre</p>	<p>Norge: 1 17 av elevene rapporterte om lite framgang på fem områder, og liten tilbakegang i å takle stress. Foreldrene meldte om en liten framgang på alle fem områder, lærerne om større framgang</p>	<p>Sverige: 1 Fra de ansattes perspektiv: at modellen legger til rette for et ombud for alle parter, og at det er positivt med den tryggheten veilederne og manualen gir 2 Majoriteten av TFCO-ungdommene (76 %) og</p>	<p>Norge: Fem av seks institusjoner opp-nådde tilfredsstillende implementeringskvalitet. 80 % av personalet mente modellen er egnet, 16 % at den er delvis egnet. Uheldige sider ved tre institusjoner: uheldig utvikling ved etablering av</p>

	<p>2 Mer positiv utvikling to år etter, MST forebygget også plassering utenfor hjemmet</p> <p>3 Samme type konklusjon som i 2</p> <p>4 Jentenes problem-belastning skilte seg ikke fra guttenes ved inntak, og de hadde like mange tilleggs-problemer, men guttenes problemer startet tidligere.</p> <p>4 40 prosent ble plassert utenfor hjemmet, langt flere enn i RCT-studien</p> <p>5 Foreldre til unge som mottok MST var i større grad samboende, flere hadde høyere utdanning, færre hadde mottatt sosialhjelp og dødeligheten var lavere</p> <p>Sverige:</p> <p>1 (etter sju måneder) Generell reduksjon i psykiske vansker og atferdsvansker og bedre relasjoner innad i familien og bedre sosiale ferdigheter i begge grupper. Ingen signifikante forskjeller.</p> <p>2 (etter to år) Forbedringen omtrent lik for begge grupper. Den var betydelig fra pretest, bortsett fra omgang med normbrytende kamerater, økt alkoholkonsum og</p>	<p>tilpasset seg metoden, jo bedre resultater.</p>	<p>2 De yngste viste stor økning i sosial kompetanse og reduksjon i atferds-problemer, mens de eldre ikke viste endring i sosial kompetanse og bare en marginal endring i atferdsproblemer. Lav korrelasjon mellom informantene.</p> <p>3 Begge gruppene forbedret resultatene på post-testen, ART-gruppa mer enn kontrollgruppa. Ingen forskjell i foreldrenes rapportering.</p> <p>Sverige: Implementering og litteraturgjennomgang: I flertallet av tilfellene har utøverne beveget seg langt fra den opprinnelige modellen, og forfatterne stiller spørsmål om utøverne har kompetansen som trengs for å kunne være i stand til å plukke, velge og gjøre om på et program som er strukturert i forhold til en bestemt modell</p>	<p>en tredjedel av TAU-ungdom-mene hadde redusert symptomene med mer enn 30 % etter at behandlingen startet. TFCO viste signifikant symptomreduksjon både når det gjaldt internaliserende og eksternaliserende symptomer.</p> <p>3 Bare skjedd sammenbrudd i tre TFCO-plasseringer. Bare signifikante forskjeller mellom gruppene når det gjaldt klinisk effekt, da hadde TFCO-gruppen betydelig bedre symptomreduksjon i behandlingsperioden. Forskjellene avtok ved toårsoppfølgingen</p> <p>4 Forskerne fant at det var 3.5 ganger så stor risiko i den svenske sammenbruddsstudien sammenliknet med TFCO i Sverige. Hvis ungdommen var jente, var risikoen åtte ganger så stor. Samtidig var sannsynligheten for sammenbrudd i Sverige halvparten så stor som i USA</p> <p>5 Fosterforeldrene fungerte bra med strukturen som følger av TFCO, og satte pris på å</p>	<p>modellen og mindre bra kommunikasjon mellom teamene</p> <p>Sverige:</p> <p>1 To av tre team var godt nok kvalifisert etter ett år, men to av tre team savnet også veiledning. Forbedring etter to år for to av tre team, forverring for ett. Belastning å gå lenge uten veiledning.</p> <p>2 MultifunC ble vurdert som mer vellykket mht tilbakeføring til eget nærområde (fem vs 19 fortsatt i institusjon etter et år). Ikke signifikante forskjeller mht. oppholdsdager, men flere i MultifunC hvis ettervernsperioden telles med</p>
--	---	--	---	---	--

	<p>mindre skole. MST-ungdommene kostet mer enn de andre.</p> <p>3 (etter fem år) supplert med registerdata. Det var lite som skilte de to gruppene fra hverandre, og MST og alternativene virket like effektive med ett unntak: MST syntes litt mer effektivt i å minske kriminalitet for jenter, mens det motsatte var tilfelle for gutter.</p> <p>4 Kostnadsanalyse basert på RCT-studien. MST-kostnadene viste seg å være dobbelt så høye som rapportert i tidligere studier, justert for inflasjon</p> <p>Danmark: Tilfredsstillende resultater mht kriminalitet, misbruk og skole/arbeid for 40-60 %, mens en fjerdedel ikke passet inn i skoletilbud verken før eller etter. Foreldrene opplevde klare forbedringer, ungdommene ikke like tydelige, og lærerne om blandede resultater. Over tid hadde det skjedd en endring i henvisningspraksis i retning av mindre alvorlig problematikk</p> <p>Nederland: 1 MST mer effektiv på noen men ikke alle</p>			<p>arbeide manual-basert. De framhevet lettvinde verktøy og 24/7 tilgjengelighet.</p> <p>USA: 1 Å bli gravid i løpet av de første to årene etter behandlingsslutt var signifikant forbundet med rusmisbruk, spontan-abort og kontakt med barnevernet i løpet av 7-års perioden.</p> <p>2 TFCO-gruppen skilte seg ikke fra ordinære tiltak i forhold til selvmordsforsøk, men TFCO-gruppen viste større reduksjon i depressive symptomer og selvmordsforsøk</p> <p>3 TFCO-gruppen viste mest reduksjon i depressive symptomer, særlig jenter med høyest nivå på slike symptomer</p> <p>4 Jentene i TFCO+T gruppa hadde betraktelig færre traumesymptomer enn de i kontrollgruppa etter et år, samt mindre kriminell atferd</p> <p>5 Økt bruk av positive oppdragelsesstrategier i KEEP-gruppa, med mest positive resultater for de med mest alvorlige atferds-vansker. Resultatene tyder også på at TFCO+T hjelper</p>	
--	--	--	--	---	--

	<p>utfallsvariable, men effekten var ikke like tydelig i ungdommenes og foreldrenes selvrapportering. MST ikke mer effektiv i å redusere omgang med jevnaldrende med dårlig innflytelse</p> <p>2 Effekten av MST større over tid iflg ungdommer og foreldre, men ikke forskjeller mellom gruppene når det gjaldt hyppighet eller antall arrestasjoner</p> <p>Storbritannia:</p> <p>1 Begge bidro til signifikant reduksjon i antall lovovertrедelser, mens reduksjonen i aggressiv og kriminell atferd var langt større og signifikant i MST-gruppa.</p> <p>2 Markant økning i antall fengslinger i kontrollgruppa etter 18 måneder, ikke i MST-gruppa</p> <p>Canada:</p> <p>Kvaliteten på den terapeutiske alliansen har effekt på mors depressive symptomer, som igjen påvirker mors rapportering av nivået på atferds-vansker for barnets del – alt i følge terapeutene</p> <p>Metastudie:</p>			<p>ungdommene med å håndtere hendelser som trigger traume-responser i hverdagen</p> <p>USA/England:</p> <p>USA: forbedring mht. kriminell atferd, vold, uaktsom seksuell atferd, selvskading, skolegang og særlig rusmiddelbruk.</p> <p>England: Bedre på alt unntatt bruk av rusmidler.</p> <p>England:</p> <p>Mindre sannsynlig at TFCO-gruppen hadde begått nye forbrytelser etter et år, men effekten var borte etter to år</p> <p>Metastudie:</p> <p>Sju av studiene hadde TFCO som sammenlikningsgruppe, og her var det store positive effekter mht gjenta-kende kriminalitet. Ett program viste bedre resultater enn TFCO på flere variabler. Ellers størst effekt på kort oppholdstid i fosterhjem og størst reduksjon i kriminell atferd med TFCO. Dårligst utfall med institusjon, deretter fosterhjem.</p>	
--	---	--	--	--	--

	<p>Generelt fant forfatterne større effekt-størrelser når studiene var utført i USA, der forskerne ikke var uavhengige og ut fra når studiene var publisert. Det ble bare funnet signifikante effekter når utvalget bestod av ungdoms-forbrytere eller hvis gjennomsnittlig alder på utvalget var <15. Større effekt ift kaukasiere. Bare store effekter i USA. Få sekundærvariable hadde modererende effekt. Blant foreldrevariablene: bare foreldrekompetanse og foreldrenes helse.</p>				
<p>Forklaringer på små, blandede og ikke-signifikante effekter</p>	<p>Norge: 1 Svar fra de tre informantgruppene slås sammen uten at dette begrunnes, og manglende, signifikante resultater diskuteres ikke. 2 Forskjellene mellom informantgruppens svar problematiseres ikke selv om det særlig var ikke-signifikante forskjeller mellom MST og TAU-gruppene for ungdommenes del Effektstørrelsene diskuteres heller ikke når de virker lave. Få skoledata diskuteres som en begrensning, men</p>		<p>Norge: Det kan ha skjedd en «smitteeffekt» fordi flere deltakere var rekruttert fra samme skole eller samme klasse. Dessuten kan selve intervensjonen gi positive sideeffekter, «secondary diffusions».</p>	<p>Sverige: 2 Hvorfor TFCO har vist seg bedre enn TAU i Sverige når det ikke er slik i MST. Kan komme av at komponenter som godt kan være til stede i TAU, samles mer systematisk i TFCO. TFCO legger dessuten mer vekt på tilknytning og samhold i familien, og ungdommen må delta. Begrensning i studiens validitet er lavt antall, dessuten at deltakelse med TAU er fra få sosialkontorer. Kan ikke generaliseres til hele landet. England:</p>	

	<p>mulige virkninger problematiseres ikke i forhold til at lærerresultatene var de mest positive</p> <p>3 Forskjellene mellom informantgruppene svar problematiseres ikke, selv ikke når forskjellene blir ikke-signifikante mellom MST- og TAU-gruppene</p> <p>5 Flere 17-åringer i RCT-studien, yngre i studie 4. «Bo for seg selv under tilsyn» satt lik bo hjemme i RCT-studien, ikke i studie 1-4.</p> <p>Sverige:</p> <p>1 Lavere programtrohet i Sverige? Implementeringen her skjedde uten et nasjonalt støttende nettverk. Evt. var TAU bedre i Sverige enn i Norge.</p> <p>2 Lavere programtrohet enn i USA, men man klarte ikke finne ut om dette hadde betydning for utfallet</p> <p>3 Evalueringen begynte for tidlig? MST ikke like effektivt i Sverige som i USA, i den forstand at MST fungerer like bra i Sverige som i USA men at TAU er bedre? større demografiske forskjeller i USA, samt at så å si alle</p>			<p>Positive endringer var vanskelige å opprettholde når ungdommen ble plassert tilbake i sitt lokalmiljø og risikofaktorene der</p>	
--	---	--	--	---	--

	<p>tiltak mot atferdsvansker er frivillige i Sverige.</p> <p>Danmark?</p> <p>Nederland:</p> <p>1 Forskjeller mellom land når det gjelder kvaliteten på tilbudet til ungdom, og dermed tilbudet til kontroll-gruppa, påvirker den relative effekten av MST</p> <p>Metastudien:</p> <p>Redusert psykopatologi primært funnet der behandlingen gikk over lenger tid og foregikk under velkontrollerte forhold, særlig for unge med omfattende problemer før behandlingen startet.</p>				
Avhengighet eller uavhengighet?	<p>Norge: Atferdssenteret er ansvarlig for implementeringen (og for studie 1-4) 5 og 6 fra andre steder</p> <p>Sverige:</p> <p>Andre enn ansvarlige gjennomførte studiene</p> <p>Danmark: ditto</p> <p>Nederland: ?</p> <p>Storbritannia: ?</p> <p>Canada: ?</p>	Irland: ?	<p>Norge: 1-3 Forfatterne er ansvarlige for implementering av metoden</p> <p>Sverige: Uavhengig gjennomgang</p>	<p>Sverige: Ser ut som om ansvarlige for implementering har deltatt i forskningen, sammen med en av ildsjelene bak innføringen av TFCO til Sverige.</p> <p>USA: Forskerne har også bidratt til å utvikle programmet</p> <p>England: Uavhengige forskere</p>	<p>Norge: Ja</p> <p>Sverige: Ja</p>
Oppsummering av forfatternes konklusjoner	<p>Norge:</p> <p>1 Resultatene støtter effektiviteten til MST relativt til tiltak som vanligvis er tilgjengelige for atferdsvanskelig ungdom i Norge. MST</p>	<p>Irland:</p> <p>Resultatene tyder på at FFT er en effektiv metode når det er høy grad av programtrohet og familien i snitt har 17 møter med terapeuten</p>	<p>Norge:</p> <p>1 Forfatterne konkluderte at de fleste ungdommene hadde profitert på treningen</p> <p>Fordi det var signifikante forskjeller på flere</p>	<p>Sverige:</p> <p>3 Både TFCO- og TAU-gruppen opplevde stor reduksjon i psykiske vansker etter behandling.</p> <p>5 Det bør være mulig å introdusere TFCO i det</p>	<p>Norge:</p> <p>Metoden kan implementeres i Norge med svært gode resultater. Det må tas hensyn til at implementeringen er</p>

	<p>førte til reduserte atferdsvansker selv om reduksjonen var marginal, dessuten færre plasseringer utenfor hjemmet enn i kontrollgruppa.</p> <p>De positive resultatene demonstrerer at MST er effektiv utenom USA og støtter landsdekkende implementering i Norge. Resultatene støtter også antakelsen om at MST er effektiv i forhold til unge med varierende bakgrunn på grunn av modellens fleksibilitet. Dessuten var dette en av de første RCT-studiene som ble gjennomført av andre enn de som utviklet programmet. Samtidig kan de mer beskjedne effektstørrelsene tilskrives at andre tiltak er mer effektive i Norge enn i USA. Bedre effekt jo bedre programtrohet.</p> <p>2 og 4 Programmet hadde god effekt også etter to år, fortsatt bedre med høyere programtrohet. En «site» greide ikke måle dette, og skåret dårligst. På noen variable så man ikke signifikante forskjeller i favør av MST fordi</p>		<p>sammenlikninger i ART-gruppa enn i kontrollgruppa, konkluderer forfatterne at det er svært sannsynlig at ART har en positiv effekt gjennom å styrke sosiale ferdigheter og redusere atferdsproblemer.</p> <p>Sverige: Forfatternes konklusjon er at den vitenskapelige støtten for ART er tvetydig og til dels motsigende, og at mye av forskningen mangler transparens. Forfatterne tar høyde for at selv om modellen ikke blir fulgt fullt ut, behøver ikke dette bety at ungdommene mottar et lite effektivt tiltak.</p>	<p>svenske fosterhjems-systemet</p> <p>USA: 1 TFCO har positive, langvarige effekter på de som deltar sammen-liknet med de som har fått ordinære tiltak 4 (TFCO+T) Spesielt lovende resultater fordi det ikke har blitt påvist spesifikke helse-fordeler i tidligere RCT-studier av TFCO Studien tyder også på at det lar seg gjøre å integrere terapi i en metode som TFCO</p> <p>USA/England: At resultatene er sammenliknbare bortsett fra rusmidler ses som spesielt imponerende pga forskjeller i kontekst og utvalg. Resultatene tyder på at TFCO er et kulturelt relevant tiltak som også lar seg overføre til andre land i Europa</p> <p>England: Ungdommene har ikke klart å internalisere den prososiale atferden de lærte i TFCO. Kan ha blitt påvirket av manglende oppfølging av ungdommene fra TFCO-teamet</p>	<p>tidkrevende og at det tar tid før modellen er vellykket implementert</p> <p>Sverige: 1 Det er viktig med forberedelser før en ny modell implementeres, og behov for tett oppfølging og implementeringsveiledning over lengre tid 2 MultifunC hadde lykkes i sin hovedmålsetting, som var å tilbake-føre ungdommene til sin biologiske familie etter behandling</p>
--	--	--	---	---	--

	<p>kontrollgruppa viste like stor bedring. MST var spesielt effektiv i holde eldre ungdommer og gutter hjemme. Dette kan skyldes at MST opprinnelig var innrettet mot antisosiale gutter, eller at jentene responderte bedre til vanlige tiltak med hensyn til dette resultatet. Det er behov for mer forskning om kjønnsforskjeller. Forskjellen mellom informantgrupper beskrives men diskuteres ikke. Forskjellen mellom «sites» tilskrives at alle ikke er like mottakelige for nye metoder. Manglende skoledata diskuteres ikke, men det påpekes at mer forskning er nødvendig, særlig fordi en del i begge utvalg ikke gikk på skolen i det hele tatt. At ungdommene var mindre positive diskuteres heller ikke, men det vises til behov for videre forskning.</p> <p>3 Sammenlagt indikerer resultatene at MST i Norge kan være bærekraftig og at resultatet var uavhengig av «sites» - i motsetning til tidligere funn? Selv om flere unge i MST-gruppene var utenfor</p>				
--	---	--	--	--	--

	<p>klinisk grense etter to år, var mer enn halvparten av dem fortsatt innenfor denne grensen – dog signifikant færre enn i kontrollgruppa. Man antar at programmet har modnet, at terapeutene ble mer kompetente og programmet bedre forankret lokalt. og at dette forklarer at effektene holder seg. Det hadde imidlertid vært en fordel med en ny RCT-studie med flere «sites» og sammenlikningsgrupper.</p> <p>5 Forskjellene kan skyldes ulikheter i inntaksprosedyrer, eller ulikheter blant foreldre som takker ja til MST. Videre kan geografiske hensyn telle i retning av at flere fra urbane strøk får tilbudet (pga reisetid).</p> <p>Sverige:</p> <p>1 MST kan være et godt supplement til metodene som allerede er i bruk, da noen unge kan ha god og muligens bedre nytte av MST enn andre tiltak</p> <p>2 MST fungerer like godt som tradisjonelle tiltak, men koster mer</p> <p>3 Like store kostnader forbundet med MST-gruppen som med TAU-gruppen. Og –</p>				
--	---	--	--	--	--

	<p>metaanalyse (Van, 2014) viser at MST har større effekt når metoden sammenliknes med bare ett, ikke-multimodalt tiltak</p> <p>4 Ikke forskjeller på de to gruppene mht. plasseringer utenfor hjemmet. Gjennom-snittlig plasserings-lengde for MST-gruppa måtte vært redusert med minst 50 prosent for å komme ned på samme nivå</p> <p>Danmark? Nederland? Storbritannia? Canada:</p> <p>Resultatene indikerer at terapeutens vurdering av relasjonen til mor bør tillegges vekt, og at terapeuten bør reagere raskt hvis han eller hun merker at relasjonen til mor forringes</p> <p>Metastudien:</p> <p>Resultatene indikerer at overføringen av MST til andre land muligens ikke er så effektiv som man generelt har antatt. Det kan se ut som om effekten av MST kan tilskrives den multi-modale tilnærmingen. Effekten forsvinner når kontrollgruppen får multimodale tiltak, og øker når kontrollgruppen får et</p>				
--	--	--	--	--	--

	enkelt tiltak eller står på venteliste, Spørsmål om effekten av MST blant eldre ungdom vil bli bedre hvis man inkluderer skole og jevnaldrende mer i tiltakene.				
--	---	--	--	--	--

6 Brukerevalueringer

Gjennomgangen av programmene viser behov for et sterkere fokus på særlig barn og unges medvirkning i forskningen om implementering og effekter av evidensbaserte programmer rettet mot atferdsvansker. Et eksempel er implementeringen av PMTO i Norge, hvor studie etter studie har involvert foreldre og lærere, men ingen oppgir å ha bedt om evalueringer eller refleksjoner fra barna. Barnas stemme høres bare indirekte, som respondenter på spørreskjemaer utformet av voksne (se avsnitt 4.1). Vi har heller ikke funnet mange brukerrettede evalueringer av programmene. De få vi har funnet, er stort sett også gjennomført som en del av effekt- eller implementeringsstudier i regi av de samme miljøene som implementerer programmene, eventuelt i form av masteroppgaver tilknyttet de samme institusjonene. I alt dreier det seg om tre norske studier om henholdsvis PMTO, PALS og DUÅ, en engelsk og en dansk studie om MST og en svensk studie om TFCO. Studiene har ulike målgrupper og litt ulike metodiske tilnærminger, med en overvekt av kvalitative intervjuer med relativt få respondenter.

6.1 Norske studier

Av de norske studiene handler en om oppfatningen til foreldre, en er en spørreskjemaundersøkelse til rektorer og en er en spørreskjemaundersøkelse til kommunalt ansatte. Med andre ord har vi ikke funnet studier som systematisk får fram synspunkter og opplevelser fra barn, unge eller deres foreldre. To studier er gjennomført i regi av Atferdssenteret, og en i regi av Universitetet i Tromsø.

Aartun og Tisløv (2009) gjennomførte en kvalitativ studie av foreldres opplevelse av **PMTO-behandling**, som del av et større forskningsprosjekt i regi av Atferdssenteret. Det ble gjennomført intervjuer av foreldre i sju familier som hadde deltatt i behandlingsprogrammet. Alle familiene hadde selv tatt kontakt med hjelpeapparatet og var motiverte for behandling. Alle familiene rapporterer om en endring til det bedre, men grad av endring varierte. Noen familier fortalte om varig endring og om vesentlig bedring av barnets atferd, andre fortalte om en hverdag som fortsatt var preget av store utfordringer. Fem av familiene uttrykte behov for mer oppfølging etter PMTO, for eksempel i form av oppfriskningskurs eller foredrag. Tre familier ga uttrykk for ønske om et eget tilbud til barnet i tillegg til PMTO (2009: 46).

Sørli et al. (2014) (Atferdssenteret) gjennomførte en spørreskjemaundersøkelse som omfattet 149 rektorer med inntil 9 års erfaring med PALS på sin skole. Man ønsket å innhente brukererfaringer og synspunkter på modellen, for deretter å kunne videreutvikle og forbedre den. 143 rektorer besvarte undersøkelsen. Forskerne stilte spørsmål vedrørende modellens egnethet og

relevans, fleksibilitet, skolens eierforhold, eventuelle negative virkninger og hvorvidt modellens målsettinger blir oppnådd (2014: 18). Forskernes hadde en hypotese om at systematiske kartleggingsformer i modellen kan ha gitt noen rektorer inntrykk av at modellen er mest rettet mot individuelle barn med atferdsvansker i skoler med et urolig miljø, men denne antakelsen ble avkreftet. Flertallet av respondentene var helt eller delvis uenig i at PALS er rettet mer mot individuelle barn med atferdsvansker enn skole- og klassemiljøet som helhet (95,8 prosent), og at modellen er mest egnet for skoler som opplever mye uro og atferdsproblemer (94,4prosent).

Totalt sett rapporterer rektorene om sterk støtte til PALS-modellen. De ga også uttrykk for at PALS hadde bidratt til positive endringer, både i form av positive ringvirkninger på læringsmiljø og i redusert problematferd som mobbing (2014: 28). I følge forfatterne indikerer resultatene at skoleledere mener at PALS er en bred modell for bedring av skolemiljø, og ikke er en modell med hovedfokus på å redusere elevenes atferdsvansker.

Heggland og Fossum (2013) (Universitetet i Tromsø) undersøkte hvor effektiv satsingen på programmet **DUÅ** hadde vært blant ansatte i Os kommune. De ønsket å undersøke i hvilken grad deltakerne tok i bruk verktøy og læringsteknikker, om de opplevde teknikkene som nyttige, om programmet ble benyttet forebyggende, og om det førte til systemendringer. Kommunen hadde holdt totalt 8 kurs i programmet for ansatte i skole og barnehage fra 2008 til 2012. 47 av deltakerne svarte på spørreskjema om brukertilfredshet og nytte av opplæringen på siste kursdag. I 2012 ble disse gjenstand for en oppfølgingsstudie og 33 svarte.

Resultatet viste at samtlige deltagerne, både i 2009 og 2012, ville anbefale programmet til kollegaer. Kun 20 prosent mente at implementeringen av **DUÅ** hadde ført til større endringer på systemnivå.

6.2 To studier om MST

Den første av disse studiene, fra Danmark, er den eneste av de brukerrettede studiene hvor det ble gjort til et eksplisitt poeng at studien skulle gjennomføres av noen som var helt uavhengige av implementeringsprosessen. Den andre er en studie fra Storbritannia. Det framgår ikke om eller hva slags tilknytning gjennomførerne av studien har til implementeringen. Begge disse studiene involverte unge og deres foreldre. I tillegg involverte den danske studien terapeuter.

Bengtsson og Nemli (2006) intervjuet 13 unge, 26 foreldre og 11 terapeuter for å få frem ulike opplevelser av MST-forløpet. Dessuten ønsket man å gjøre ungdommers stemme hørt i forskningen. Forfatterne understreker at de ikke kan si noe om effektene av metoden.

Man fant tre ulike forløp for foreldre og ungdommer. (1) I noen tilfeller gikk det over all forventning. I stedet for kaos: et bilde av fred og harmoni, alle

problemer borte. Den unge var ofte mot terapien i starten, men kom med underveis. (2) Problemene var løst. Det var ikke lenger konflikter, det var lettere å leve sammen, man hadde lært å takle vanskelige situasjoner. Foreldrene var lettet, mens den unge reagerte mer nøytralt og distansert. Felles for begge var at foreldrene nærmest hadde gitt opp på forhånd, og ikke hadde særlige forventninger til MST. (3) Negative erfaringer. Merkelig nok var dette oftest tilfelle når foreldrene hadde hørt om MST på forhånd og ønsket å prøve det. Foreldrene opplevde at terapeuten ikke forsto hva problemene gjaldt, og den unge opplevde terapeuten som en motstander, som fikk foreldrene til å kjempe mot ham eller henne. Foreldrene avbrøt ofte terapien fordi de opplevde at den ikke virket.

Terapeutene var også ulike. Noen opplevde familiesituasjonen som en kamp om makten mellom foreldre og barn, hvor problemene kom av at den unge hadde tatt makten. Derfor måtte foreldrene gis midler til å ta makten tilbake. Andre mente at konflikten var låst fast i et uheldig mønster, og at de unge mer eller mindre var tvunget til å ta kontroll fordi de manglet trygghet.

Tighe, Pistrang, Casdagli, Baruch, og Butler (2012) ønsket å studere britiske familiers erfaringer med MST og gjennomførte en intervjuundersøkelse med 21 familier (21 foreldre og 16 ungdommer). Dette utvalget hadde tidligere tatt del i en randomisert kontrollert studie av MST (Butler, Baruch, Hickey og Fonagy 2011). Ungdommene var tidligere blitt dømt for voldelige og ikke-voldelige kriminelle handlinger. Majoriteten bodde med én forsørger. Flertallet av foreldrene hadde lite eller ingen formell utdanning, og over halvparten var arbeidsledige.

I studien fant de at selv om ungdommen gjorde nye kriminelle handlinger, opplevde familien som helhet stort utbytte av MST. Foreldrene satte pris på terapeutens omtanke, og hvordan terapeuten bygget behandlingen rundt forelderens behov, noe som skilte seg fra foreldrenes tidligere erfaringer med saksbehandlere og hjelpetjenester. De fleste deltakerne opplevde det å ha regler for hvordan man skulle opptre, få tilsyn, bli belønnet og se konsekvensene av egne handlinger som nøkkelfaktorer for å få til endring. Ikke desto mindre var det et mindre antall familier, særlig der det var eldre ungdommer, som anså det å fremme gjensidig forståelse som mer effektivt enn implementeringen av en kontrakt.

Ungdommene ga uttrykk for at de satte pris på hjemmebesøk, det ga trygghetsfølelse, samtidig som de ikke trodde de ville giddet å delta hvis de hadde måttet møte et annet sted. Familiene ønsket at det var rettet mer oppmerksomhet mot betydningen av negative jevnaldrende- relasjoner, og noen ønsket oppfølging utover tiltaksperioden.

6.3 Svensk studie om TFCO

Denne svenske studien fokuserte på ungdommene selv. Studien, en masteroppgave, er skrevet under veiledning av en av ildsjelene for innføringen av

metoden i Sverige. Eslava og Haghghi (2008) gjennomførte en kvalitativ studie av hvordan seks ungdommer i Sverige opplevde TFCO-programmet, med fokus på hva de syntes var positivt og negativt ved behandlingsformen. De spurte også ungdommene hva som har hjulpet dem eller hindret dem i å nå målet med å komme seg ut av en kriminell løpebane. For å bli inkludert i studien måtte ungdommene ha vært mellom 12 og 18 år når de mottok TFCO, og det måtte ha gått minst et år fra behandlingen tok slutt (Eslava og Haghghi 2008: 37).

De fant at ungdommene opplevde den høye graden av kontroll som slitsom, men at den hadde hatt positiv innvirkning på dem. Ungdommene opplevde at relasjonene til kontaktpersoner og relevante andre var viktige, spesielt når de merket at noen brydde seg om dem. Samtidig var det noen som ga uttrykk for at de ønsket at behandlerne fokuserte mer på her og nå, og mindre på manualen. Det vil si at det burde være mere rom for å tilpasse behandlingen til ungdommens behov og mindre ut fra hva manualen sier (2008: 81-82).

Delen med familierapi hadde forbedret relasjonene i familien. Ungdommene fortalte at det som hemmet fremgang for dem var når deres egen motivasjon sviktet, og når de opplevde skuffelser og svik i relasjonen med viktige voksenpersoner. Det opplevdes trygt å vite hva man hadde å forholde seg til. Poengsystemet ble først oppfattet negativt, men etter hvert opplevde de det som mer positivt og motiverende. Ungdommene vurderte den helhetlige tilnærmingen i programmet som fordelaktig.

Noen opplevde at de fikk sine liv helt forandret, ved å lære seg disiplin og hvordan man bør forholde seg til frihet og grenser. De fikk større tro på å kunne bygge nære og gode relasjoner i fremtiden, de lærte seg til å se muligheter og forsto at de kunne bli noe. Det opplevdes stort sett slitsomt i tiden de mottok programmet, men etter at de avsluttet programmet endret innstillingen til programmet seg til det positive. De følte at TFCO hadde positive effekter for deres liv og fremtid. Kun en ungdom fortalte om mangel på motivasjon og at det ikke hadde vært endringer til det bedre.

Generelt ble hemmende faktorer beskrevet som manglende motivasjon samt svik fra viktige voksne. Fremmede faktorer knyttet seg til trygge relasjoner til en voksen, regelmessig omgang med en voksen, kontroll og oppfølging fra de voksnes side, kommunikasjon gjennom samtaler, bytte av vennekrets samt ungdommens egen visjon om å leve et normalt liv.

6.4 Oppsummering

Vi fant få studier om brukeres oppfatning av programmene, og enda færre studier som direkte involverte barn, unge og deres foreldre. Disse studiene var kvalitative, til dels med svært få informanter, mens det ble sendt spørreskjemaer til rektorer (PALS) og kommunalt ansatte (DUÅ). Med ett tilsiktet unntak var også studiene gjennomført av de som har ansvaret for å implementere programmene, eventuelt

i tilknytning til eller under veiledning av disse i form av masteroppgaver med relativt lite omfang. Man kan stille spørsmålstegn ved betydningen av dette for resultatene, uten at dette diskuteres av forfatterne.

Mangelen på særlig uavhengige studier som får fram hvordan barn, unge og foreldre opplever det å delta i programmene, innebærer ikke nødvendigvis at de ikke konsulteres underveis i behandlingsforløpet. Tvert om forutsetter behovet for individuelle tilpasninger, som også framheves i noe av litteraturen, en pågående diskusjon og refleksjon mellom dem og terapeutene. Men slike tilpasninger som del av en terapeutisk prosess, tar ikke bort behovet for å få fram barn, unge og foreldres refleksjoner over prosessen i sin helhet, hva de opplever den har ført til, og hva som eventuelt kunne vært gjort annerledes. Som vi også påpekte i forrige kapittel, er det en generell mangel ved den litteraturen vi har lest at slike perspektiver stort sett er fraværende.

7 Atferdssenteret og andre forskningsmiljøer

Av evalueringsutvalgets mandat framgår blant annet at

«Forskningsrådet bestiller i samråd med komiteen en forskningsoversikt. Denne brukes som underlag for gruppens vurdering av Atferdssenterets arbeid mot liknende kunnskapsmiljøer i Norden».

I utlysningen av oppdraget om en kunnskapssammenstilling går det frem at oversikten var tenkt som et grunnlag for sammenligning av Atferdssenteret med andre nordiske miljøer. Vi har funnet det vanskelig å finne gode premisser for å sammenlikne Atferdssenteret med andre miljøer, og opplever også at det er vanskelig innenfor mandatet for vårt oppdrag. Vi vil likevel gi en så god vurdering som vi kan av to spørsmål: Hvordan Atferdssenteret opererer sammenliknet med andre forskningsmiljøer som har atferdsvansker som studieområde, og hvilken tyngde har senteret har sammenliknet med miljøer det er rimelig å sammenlikne senteret med. Avslutningsvis diskuterer vi kort spørsmålet om forskningens avhengighet.

7.1 Atferdssenteret sammenliknet med andre forskningsmiljøer

Her tenker vi på andre forskningsmiljøer som beskjeftiger seg med liknende problemstillinger. Eksempler er atferdsvansker blant barn og unge, implementering av tiltak eller programmer for å forebygge eller behandle problemene, og evaluering av tiltak eller programmer. Nedenfor gir vi en kort oversikt over miljøer i Norge, Sverige og Danmark som beskjeftiger seg med disse problemstillingene, og som ofte også har gjennomført studier som er omtalt i denne kunnskapsoversikten. Det virker som om det foregår lite implementering av manualiserte metoder i Finland og på Island, bortsett fra PMTO på Island, og det har ikke vært mulig å undersøke dette nærmere innenfor rammen av vårt oppdrag.

Norske miljøer

For det første vil vi henvise til to norske miljøer som har ansvaret for implementeringen av hvert sitt program:

- Regionalt kompetansesenter for barn og unge (RKBU), region Nord, som er tilknyttet Universitetet i Tromsø og har ansvaret for å implementere DUÅ i samarbeid med RKBU region Midt-Norge.
- ART-senteret ved Diakonhjemmets høgskole, Stavanger, som har ansvaret for å implementere ART.

Disse to miljøene er knyttet til undervisningsinstitusjoner, og i motsetning til Atferdssenteret har de også andre forskningsoppgaver enn implementering av manualiserte programmer. De har samtidig det felles med Atferdssenteret at det primært er de selv som har gjennomført både implementering og evalueringer av implementeringsprosesser og utfall.

For det andre finnes flere forskningsinstitusjoner og universiteter som holder på med studier av barn og unge, hvor nærmere studier av atferdsvansker og andre vansker blant barn og unge inngår som et blant mange forskningstemaer. Eksempler her er Universitetet i Bergen som har ansvaret for «Barn i Bergen»-studien, Hemilsenteret (også Universitetet i Bergen) som har norsk ansvar for den multinasjonale HBSC-studien (Health Behaviour in School-Aged Children). Folkehelseinstituttet har ansvaret for den store mor-barnundersøkelsen og holder på med studier av mental helse blant barn og unge med innvandrerbakgrunn. NOVA, som er et samfunnsvitenskapelig forskningsinstitutt, gjennomfører jevnlig landsdekkende og kommunale ungdomsundersøkelser der ungdom også spørres om psykiske plager og antisosial atferd. Felles for disse miljøene er at de ikke holder på med implementering eller evaluering av programmene, men med forskning på fenomener knyttet til barn og unges oppvekst.

Svenske miljøer og studier

Så vidt vi kan se, kjennetegnes implementeringen av de evidensbaserte programmene i Sverige av at Socialstyrelsen har hatt en sentral rolle, eventuelt i samarbeid med ulike organisasjoner. Når det gjelder studier av metodenes effekt, har derimot flere universitetsmiljøer vært trukket inn. I den grad man kan se en tendens til at miljøer som implementerer en metode også evaluerer dens effekt, synes dette primært å gjelde TFCO.

PMTO: I Sverige har en modifisert variant av PMTO blitt implementert i regi av Socialstyrelsen, under navnet **Komet**. Det foreligger en virksomhetsevaluering og en RCT-studie i regi av Socialstyrelsen i samarbeid med Stockholms Universitet, samt en sammenlikning av Komet og tre andre foreldrestøttende programmer i regi av universitetene i Örebro, Uppsala og Göteborg

DUÅ: En RCT-studie i regi av Universitetet i Göteborg

MST: To RCT-studier, i regi av henholdsvis Socialstyrelsen og Lunds Universitet.

FFT: En randomisert studie og en oppfølging med kontrollgruppe i regi av Stockholms og Lunds Universitet.

ART: En RCT-studie i regi av Linköpings Universitet

TFCO: Programmet ble implementert i samarbeid mellom Socialstyrelsen og Lunds Universitet. Det foreligger to RCT-studier, begge gjennomført av miljøer som hadde ansvaret for implementeringen.

MultifunC: Programmet ble implementert samtidig i Sverige og Norge, i Sverige i regi av Socialstyrelsen. Implementerings- og effekstudien er gjennomført i regi av dem.

Danske miljøer og studier

Også i Danmark har Socialstyrelsen spilt en sentral rolle i implementeringen av programmene, men i større grad med samarbeid i regi av egne sentre (som ART-instituttet i Stavanger). I motsetning til i Sverige, har evalueringen i noe større grad skjedd ved hjelp av institutter eller konsulentfirmaer utenom universitetene.

PMTO: Er implementert i regi av Socialstyrelsen, men det foreligger ingen danske implementerings- eller effekstudier.

DUÅ: Programmet implementeres av Socialstyrelsen, mens Rambøll Management har hatt hovedansvaret for effektevalueringen av metoden. Vi har funnet en spørreundersøkelse i regi av CAST, Center for anvendt sundhetstjenesteforskning, en effektevaluering fra Rambøll Management og en pre- posttest i sammenlikning med en benchmarkstudie fra litteraturen i regi av Universitetet i Århus

PALS: Er implementert i regi av Socialstyrelsen, og det foreligger en evaluering fra SFI.

MST: I Danmark finnes et eget MST-center som implementerer metoden. Vi har funnet en resultatevaluering som ble gjennomført av det Jyske Socialforsknings- og Evalueringssamarbejde i samarbeid med Socialstyrelsen. En mindre, kvalitativ studie har skjedd i regi av SFI.

FFT: Er implementert i Danmark i regi av Familie- og Evidenscenteret i København. En RCT-studie startet i 2013 i regi av Socialstyrelsen, og resultatene forventes å foreligge i 2016.

ART: Implementeres av det såkalte A.R.T.-Centeret. Her har vi ikke funnet noen implementerings- eller effekstudier.

TFCO: Er implementert i regi av Socialstyrelsen, av Familie- og Evidenscenteret i København som også har gjennomført en intern, kvalitativ studie av metodens effekt med intervju av 12 personer

MultifunC: Programmet implementeres i regi av Socialstyrelsen, men vi har ikke funnet implementerings- eller effekstudier av tiltaket.

Som det burde framgå av presentasjonene i kapittel 4 og 5, har prosessene med å innføre manualbaserte programmer og evidensbasert praksis pågått ganske parallelt i tid i de tre skandinaviske landene. Det har også vært en god del

samarbeid på tvers av land, for eksempel når det gjelder MultifunC. Videre har det vist seg at særlig den danske Socialstyrelsen tidvis har valgt å henvise til effektstudier i de to andre landene i stedet for å initiere egne studier. Den største forskjellen ser ut til å være at prosessen har vært mer sentralt styrt i Norge enn de i de to andre landene, ikke minst via etableringen av det som senere ble Atferdssenteret. Dette framheves også som en fordel blant annet av Askeland et al (2009) i deres diskusjon av implementering av evidensbaserte programmer i Norge. I Sverige ble for eksempel implementeringen av både MST og TFCO initiert av ildsjeler og først over tid integrert i Socialstyrelsens «programpakke».

7.2 Atferdssenterets tyngde sammenliknet med andre miljøer i Norge, Sverige og Danmark

I tabell 7.1 (nedenfor) har vi samlet informasjon om implementering og effektevalueringer av de ni evidensbaserte programmene i Danmark, Norge og Sverige. *For det første* ser vi her at Socialstyrelsen i både Sverige og Danmark har en relativt sentral rolle når det gjelder implementering av programmene, mens Atferdssenteret har hatt en meget sentral rolle i Norge. *For det andre* ser vi at når Socialstyrelsen i Danmark eller Sverige har vært ansvarlige for implementering, har effektevalueringer enten blitt gjennomført av mange ulike, uavhengige miljøer eller av Socialstyrelsen i samarbeid med uavhengige miljøer. I Danmark implementeres ART og TFCO av private aktører, men her foreligger ingen systematiske effekstudier. I Sverige implementeres ART av private aktører, og TFCO av Socialstyrelsen i samarbeid med Universitetet i Lund og en privat aktør. Effekstudier av TFCO er gjennomført av Universitetet i Lund, mens effekstudien av ART ble gjennomført av Universitetet i Linköping. Derimot står Socialstyrelsen i Sverige for både implementering og effektevaluering av MultifunC. Med andre ord har det vært et klarere skille mellom implementering og effekstudier i Danmark og Sverige enn i Norge.

Tabell 7.1 Oversikt over implementering og evaluering av programmene i Danmark, Norge og Sverige

	Danmark		Norge		Sverige	
	Implementering	Effekt-evaluering	Implementering	Effekt-evaluering	Implementering	Effekt-evaluering
PMTO (Komet i Sverige)	Socialstyrelsen	Foreligger ingen effektstudier	Atferds-senteret	Atferds-senteret	Socialstyrelsen	Socialstyrelsen og Stockholms universitet, og Universitetene i Örebro, Uppsala og Göteborg
DUÅ	Socialstyrelsen	Rambøll Management Universitetet i Århus	RKBU Nord og Midt-Norge	RKBU Nord og Midt-Norge	Socialstyrelsen	Universitetet i Göteborg
TIBIR	Finnes bare i Norge	-	Atferds-senteret	Atferds-senteret	Finnes bare i Norge	-
PALS	Socialstyrelsen	SFI	Atferds-senteret	Atferds-senteret	Ikke implementert i Sverige	-
MST	MST-centeret	Jysk socialforsknings- og evalueringssamarbejde og Socialstyrelsen, samt en mindre studie av SFI	Atferds-senteret	Atferds-senteret	Socialstyrelsen	Socialstyrelsen og Stockholms universitet og
FFT	Familie- og evidenscenteret, København	Socialstyrelsen	Atferds-senteret	Atferds-senteret	Socialstyrelsen	Stockholms universitet og Lunds universitet
ART	ART-centeret	Foreligger ingen effektstudier	ART-senteret Diakonhjemmets høgskole Stavanger	ART-senteret Diakonhjemmets høgskole Stavanger	Flere private foretak	Universitetet i Linköping
TFCO	Familie- og evidenscenteret og Socialstyrelsen	Foreligger ingen effektstudier	Atferds-senteret	Atferds-senteret	Socialstyrelsen og Lunds universitet	Lunds universitet
MultifunC	Socialstyrelsen	Foreligger ingen effektstudier	Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet	Universitetet i Tromsø	Socialstyrelsen	Socialstyrelsen

Når det gjelder *implementeringen* av de evidensbaserte programmene, har Atferdssenteret etter vårt syn hatt en tilsvarende funksjon som Socialstyrelsen i Sverige og Danmark. I Norge har Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), som kan anses som ekvivalent til Socialstyrelsen, bare implementert ett

av programmene, nemlig MultifunC. Atferdssenteret har derfor en sterk posisjon fordi senteret har tilpasset en rekke programmer til norske forhold og implementert dem, hvilket har medført opplæring av en rekke terapeuter og ulike samarbeidspartnere. Samtidig er det vanskelig å si noe om de aktuelle programmene hadde hatt større utbredelse i feltet hvis Bufdir som offisiell, statlig institusjon hadde stått for implementeringen. Samtidig har Bufdir vært instrumentell særlig i spredningen av MST og PMTO i og med at disse programmene har vært tilbudt til norske kommuner uten kostnader for kommunene så langt.

I tillegg kommer at hele Atferdssenterets virksomhet er innrettet mot aktiviteter som er knyttet til implementering og evaluering av programmer rettet mot forebygging og behandling av atferdsvansker. Dette har naturlig nok bidratt til at senteret har utviklet en omfattende spisskompetanse på feltet. Diakonhjemmets høgskole i Stavanger og Universitetet i Tromsø har implementert ett program hver, men ved siden av en serie andre oppgaver. Disse to programmene vil derfor ikke på samme måte utgjøre den sentrale delen av disse institusjonenes virksomhet. Så vidt vi kunne finne ut om implementeringen i Sverige og Danmark, er det ingen sentre i disse to landene som har et tilsvarende bredt nedslagsfelt som Atferdssenteret.

Når det gjelder *effektevalueringer*, er Atferdssenteret i en spesiell situasjon fordi senteret har nasjonale oppgaver som omfatter både utprøving, implementering og evaluering. I mandatets § 4, fastslås det at

«Selskapets oppgaver vil være studier av hvordan problematferd oppstår og slike problemers omfang, utvikling av metoder for forebygging av problematferd, og **vitenskapelig evaluering av slike metoder** (vår uth)».

Atferdssenteret skal følgelig ivareta oppgaver som i større grad synes delt i Sverige og Danmark. Det er i hovedsak Atferdssenteret som har stått for både implementerings- og effektevaluering av «sine» programmer, noe bare har skjedd i liten grad i de to andre landene. Dette gir senteret ekstra tyngde, ikke minst kombinert med en omfattende publiseringsaktivitet i internasjonale fagtidsskrifter med fagfelleevaluering.

I Bufdirs tilskuddsbrev til Atferdssenteret for 2013 heter det, med en viss nyansering, at

«Atferdssenteret skal være et nasjonalt fagmiljø rundt forskning om utbredelse og utvikling av problematferd. En sentral oppgave er å bidra til utvikling av virksomme programmer og tiltak, og samtidig sørge for vitenskapelig evaluering av forsøk og programmer (vår uth)»²⁴.

Etter vårt syn åpner denne formuleringen for at Atferdssenteret kunne samarbeide med andre miljøer om effektevalueringer av metodene. Dermed kunne man også prøvd empirisk om det også er slik i Norge at effekter av programmene påvirkes av hvem som evaluerer dem. Det pågår for tiden et samarbeidprosjekt mellom et økonomisk forskningscenter, Frischsenteret ved Universitetet i Oslo, Atferdssenteret og Universitetet i Bergen om langsiktige effekter av henholdsvis PALS og Olweus' anti-mobbeprogram. Prosjektet, som startet i 2014, er i hovedsak finansiert av Norges forskningsråd, og representerer en alternativ tilnærming til effektevaluering av programmene. Det foreligger imidlertid ingen publikasjoner fra prosjektet ennå (kilde: Atferdssenterets og Frischsenterets hjemmesider). Det hadde vært ønskelig med nye effektstudier av de eldste programmene, i samarbeid med flere uavhengige forskningsmiljøer som velges ut etter vanlige regler for konkurranse og faglige vurderinger av tilbydere.

7.3 Evaluering av egne programmer

Innledningsvis vil vi påpeke at evaluering av egne programmer virker svært vanlig i grunnlagslitteraturen om programmene som vi har gjennomgått. Samtlige programmer eller programelementer som implementeres av Atferdssenteret har sitt utspring i USA, der opphavspersonene og miljøene har omfattende publikasjoner om positive virkninger av «sine» programmer. Dette kan godt ha å gjøre med at det sannsynligvis er langt større økonomiske interesser involvert i USA for programutviklerne, slik at tenkningen og konteksten rundt evalueringer av enkeltprogrammer med sikte på å spre dem så vidt som mulig, blir en annen enn i nordiske land. For oss ser det ut som om Atferdssenterets praksis har vært mer lik den man finner i USA, blant programutviklerne. Det samme er for øvrig også tilfelle for effektstudiene av DUÅ og ART.

Samtidig er det et vanlig funn at når programutviklere evaluerer effekten av sine egne produkter, blir gjerne resultatene mer positive enn når effekten av de samme programmene evalueres av uavhengige fagpersoner. Dette er kommentert i en del av den litteraturen vi har gjennomgått. I en svensk litteraturgjennomgang om ART fant for eksempel Kaunitz og Strandberg (2009) at metoden ble gitt sterkest støtte i studier som ble gjennomført av opphavsmennene selv. I en dansk gjennomgang om TFCO-studier, påpeker Pontoppidan, Hansen og Deding (2014)

24

Se <http://www.atferdssenteret.no/getfile.php/Filer/Atferdssenteret.no/Ekstranett/Styret/130604/12a%202013%20Tilskuddsbrev%20Bufdir.pdf>

at utviklerne av programmet er med i alle de amerikanske studiene, hvilket ofte er forbundet med større effekter enn studier som er utført av uavhengige forskere. Effekten kan være overvurdert i studier der utviklerne eller andre har økonomiske interesser. I metaanalyse av MST-studier (Van der Stouwe et al 2014) fant likeledes forfatterne generelt større effektstørrelse i studier utført i USA, og der forskerne ikke var uavhengige. I Danmark ble det gjort et poeng av at evalueringen av MST skulle skje av noen som ikke hadde en relasjon verken til det programmet eller til andre familiestøttende programmer (Bengtsson og Nemi, 2013).

Atferdssenteret har følgende policy-statement om forholdet mellom implementering og evaluering:

«Atferdssenterets mål er å sørge for best mulig behandling for barn og unge med alvorlige atferdsvansker gjennom evidensbasert praksis. Atferdssenteret vil både utføre og stimulere til tverrfaglig forskning knyttet til atferdsvansker. Det er et mål for Atferdssenteret å styrke forbindelsen mellom forskning og praksis, samtidig som det skal være et klart skille mellom implementering og forskning. Dette skal sikre forskningens uavhengighet, nøytralitet og troverdighet»²⁵.

Så vidt vi kan se, er dette skillet kanskje primært organisatorisk på den måten at det er et skille mellom forskningsavdelingen og implementeringsavdelingene for henholdsvis barn og unge. Samtidig er disse avdelingene en del av samme aksjeselskap, de er lokalisert samme sted, og har sin hovedfinansiering fra samme kilde (Bufdir) selv om senteret også henter inn forskningsmidler fra andre kilder. Som vi så over, er det også en del av senterets mandat å gjennomføre alle disse aktivitetene, mens tildelingsbrevet fra Bufdir bruker termen «sørge for». Det å «sørge for» effektevalueringer betyr ikke at Atferdssenteret nødvendigvis skal gjennomføre dem selv.

I vår gjennomgang av litteraturen, har vi savnet en refleksjon over disse forholdene. Ogden og Halliday-Boykins (2004) argumenterte for eksempel for at deres RCT-studie av MST var uavhengig fordi den ikke ble gjennomført av de som hadde utviklet programmet, og fordi de ansvarlige for evalueringen verken hadde ansvar for opplæringen eller kontakt med terapeuter eller familier. Som påpekt over, spørs det om dette er tilstrekkelig. Samtidig ble MST implementert i tett samarbeid med programutviklerne for å sikre god nok programtrohet. Dette skjedde i en kontekst hvor det daværende Barne- og likestillingsdepartementet hadde investert relativt store økonomiske ressurser i å etablere det som etter hvert ble Atferdssenteret, med sikte på å implementere blant annet MST og PMTO på en vellykket måte. Dermed kan det stilles spørsmål om Atferdssenteret

²⁵ Se <http://www.atferdssenteret.no/policy-forskning-og-implementering/category1284.html>.

har hatt et avhengighetsforhold til sine finansieringskilder. Det er tross alt snakk om overføring av ganske omfattende offentlige midler i mer enn 15 år, fra 1998.

Våre spørsmål gjelder flertallet av studiene vi har gjennomgått, og i Norge langt fra bare de Atferdssenteret er ansvarlig for. Det ser snarere ut som om refleksjon over hva avhengighet innebærer og hvilke konsekvenser denne har verken etterspørres av tidsskriftene man publiserer i, eller tilbys fra de som publiserer resultater. Det framstår ikke som tilstrekkelig at spørsmålet om betydningen av avhengighet diskuteres i metastudier, og det bare fordi betydning for resultatene blir tydeligere når flere studier sammenliknes (f.eks. van der Stouwe et al, 2014).

Samtidig hadde det etter vårt syn vært mulig, og ikke minst ønskelig, om Atferdssenteret for eksempel gjorde spørsmålet om avhengighet eller uavhengighet til et hovedtema på en av sine årlige konferanser for feltet, kanskje særlig på grunn av senterets posisjon og finansiering. Man kunne skrive egne artikler om antatte effekter av det vi ser som manglende uavhengighet i egnede, refereebaserte tidsskrifter eller, som nevnt over, prøvde ut andre former for programevalueringer. Videre kunne for eksempel Bufdir invitere til diskusjon om temaet ettersom implementering av evidensbaserte programmer stadig er et aktuelt spørsmål innen det statlige barnevernet.

7.4 Avslutning

I dette kapitlet har vi gitt en forsøksvis vurdering av Atferdssenteret i forhold til relevante miljøer i Norge, Sverige og Danmark, og derigjennom en forsøksvis vurdering av hva slags tyngde Atferdssenteret har. Tredje del av kapitlet dreier seg om koblingen mellom implementering og evaluering, som er en del av Atferdssenterets mandat.

Etter vår vurdering har Atferdssenteret en sterk posisjon i Norge sammenliknet med andre miljøer som arbeider med implementering av manualiserte, evidensbaserte metoder i forhold til barn og unge. Dette har sannsynligvis sammenheng med at Atferdssenteret ikke har oppgaver på andre felt, men har kunnet konsentrere seg om sine temaer. Dette var også hensikten da senteret i sin tid ble etablert, og i årene etter har hatt romslige, økonomiske vilkår for å gjennomføre. I norsk sammenheng er seks av de ni programmene vi har studert nærmere i denne kunnskapsoversikten implementert av Atferdssenteret, og senteret ser også ut til å ekspandere virksomheten til nye programmer med noe utvidete temaområder.

I tillegg har Atferdssenteret en sentral posisjon på grunn av koblingen mellom implementering og evaluering. Dermed kan senteret sies å ha mer av en monopolstatus i Norge, som etter vårt syn styrkes ytterligere av at det er Atferdssenteret og ikke et direktorat som har dette ansvaret. Som vi blant annet viste i tabell 7.1, er denne koblingen langt sterkere i Norge enn i de to andre

landene. Både i Sverige og Danmark er effektstudier mer fordelt mellom ulike universitetsmiljøer (Sverige og Danmark) eller konsulentfirmaer (Danmark).

Atferdssenteret har i sitt policydokument understreket viktigheten av at forskningen er uavhengig. Etter vårt syn er Atferdssenterets mandat og organisering til hinder for at forskningen reelt sett kan være uavhengig. Dermed er det også grunn til å vurdere om resultatene av RCT-studiene av særlig MST og PMTO fra Atferdssenteret – og tilsvarende av DUÅ fra Universitetet i Tromsø og ART fra Diakonhjemmets høgskole i Stavanger – er påvirket av at den institusjonen som hadde ansvaret for implementering, også hadde ansvaret for RCT-studiene. Når det gjelder MST, viste for eksempel Andersen og Hansens (2011) studie større andel plasseringer utenfor hjemmet blant mottakere av MST enn RCT-studien, der nettopp lav andel plasseringer utenfor hjemmet var et sentralt resultat.

Hvorvidt resultatene av de norske RCT-studiene har blitt påvirket av forskernes posisjon, er i siste instans et empirisk spørsmål. Derfor vil vi igjen påpeke at det hadde vært ønskelig med nye effektstudier og kliniske studier. Et annet argument for det samme, er det stor antallet barn, unge og familier som har mottatt disse tiltakene de siste 10-15 årene, mens antallet i de ulike primærstudiene er ganske lavt. Så hvorfor ikke initiere nye studier, der de som gjennomfører dem konkurrerer om oppdragene på vanlige vilkår, for å utdype og nyansere den kunnskapen som allerede foreligger?

8 Avsluttende diskusjon

8.1 Utfordringer knyttet til forskningen vi har gjennomgått

Med ganske få unntak bygger forskningen vi har gjennomgått på RCT-studier, metastudier eller andre studier med en form for kontrollgruppedesign. Vi har vært inne på noen utfordringer knyttet til disse studiene i løpet av rapporten, men ønsket å vente med en mer overordnet diskusjon til nå. Her retter vi søkelyset mot det som også er en økende erkjennelse i litteraturen, nemlig at for lite oppmerksomhet så langt har vært viet til mer detaljerte analyser av heterogenitet i både behandlings- og kontrollgruppene. Videre kommer vi inn på konsekvenser av å anvende resultatene av generelle effektstudier på individnivå før vi til slutt i denne delen av kapitlet tar opp spørsmålet om kvaliteten på kartleggingsinstrumentene som brukes.

Heterogenitet i behandlingsgruppene

Selv om mer enn halvparten av en intervensjonsgruppe skulle vise effekt av behandlingen som gis, er det alltid en viss, tidvis ganske stor, andel av intervensjonsgruppa som *ikke* ser ut til å ha utbytte av den. Noen av studiene vi har gjennomgått har undersøkt dette, for eksempel når man finner at deprimerte mødre profiterer mindre på DUÅ eller at unge med alvorlige atferdsvansker ser ut til å ha større utbytte av MST enn de som har mindre alvorlige problemer. Med andre ord kan manglende effekt ha å gjøre med heterogenitet i behandlingsgruppene, som kan tenkes å slå ut på ulike måter.

Det kan for eksempel tenkes at heterogeniteten innen ulike behandlingsgrupper viser seg å være større enn tidligere antatt, noe som igjen kan gi både lavere samlet effekt av behandlingen og stor spredning i effektene innen samme behandlingsgruppe. Det kan også tenkes at kontekstuelle forhold ikke påvirker alle i en behandlingsgruppe likt, for eksempel på den måten at antisosiale venner påvirker noen sterkere enn andre, eller at positive skoleerfaringer virker mer beskyttende for noen enn for andre. Dermed vil man heller ikke vite om noen behandlingsgrupper er mindre sammenliknbare på tvers av studier enn tidligere antatt, selv om de likner hverandre langs en del dimensjoner. Slik vi ser det, er det viktig å vite kjennetegn ved behandlingsgruppene langt større interesse, ikke minst fordi dette kan bidra til nødvendige presiseringer av inklusjonskriteriene til de ulike programmene.

Det blir følgelig også viktig med langt mer inngående diskusjoner av hvilke konsekvenser heterogenitet i behandlingsgruppene kan ha. I sin metaanalyse av 32 studier der effekten av evidensbaserte programmer ble sammenliknet direkte med effekten av vanlige tilnæringsmåter påpeker Weisz, Jensen-Doss og Hawley

(2006) at de evidensbaserte programmene presterte bedre, men at effektene var små til moderate. Slike konklusjoner er også trukket i flere andre metastudier, og en årsak til dette kan nettopp være heterogenitet i behandlingsgruppene. Forfatterne påpeker et behov for bedre studiedesign, og mer detaljerte beskrivelser av de behandlingene som gis.

Hva er egentlig innholdet i TAU?

I 2013 publiserte Andrée Löfholm, Brännström, Olsson og Hansson en artikkel om TAU i studier av behandlingseffekt: hva det er og om det har betydning. Forfatterne bruker RCT-studier av effektiviteten til MST som eksempel, og viser at TAU representerer et svært variert behandlingstilbud. Dette påpekes i større eller mindre grad i noen av studiene vi har gjennomgått, men Andre Löfholm et al gjennomfører en systematisk analyse. Forfatternes hypotese var at variasjonen i TAU som kontrollgruppene får, påvirker resultatene av studiene. Da blir det en utfordring når innholdet i TAU beskrives dårlig eller ikke i det hele tatt, noe forfatterne fant gjaldt for de MST-studiene de analyserte. Flertallet av artiklene vi har gjennomgått, kan kritiseres for det samme. Samtidig vil man kunne forutsette at variasjonen i utfall og tilbakefall er større i TAU, fordi disse tiltakene varierer mens intervensjonen skal være helt homogen. Forfatterne etterlyser derfor langt grundigere analyser av TAU for å kunne lære mer om hvordan metoder som MST virker. Dette er en spennende utfordring også for den norske forskningen, ikke bare om MST, men om de evidensbaserte programmene mer generelt.

Konsekvenser av at resultater på gruppenivå anvendes på individnivå

Mer generelt påpeker Mullen og Streiner (2004:115) at de sammenlikningene som foretas mellom gjennomsnittsskårene i eksperiment- og kontrollgrupper tilslører at det alltid vil være variasjon rundt gjennomsnittet, så vel som overlapp i fordelingen av skårer mellom gruppene. Følgelig vil en andel i eksperimentgruppa alltid gjøre det dårligere enn noen i kontrollgruppa, mens en andel i kontrollgruppa viser større forbedring enn noen i eksperimentgruppa. Dette har vi sett gjentatte ganger i studiene som er presentert i denne rapporten.

Mullen og Streiner (op cit), som begge har stor tro på evidensbasert praksis, anser denne kritikken som valid. De diskuterer også måter å møte den på. En er å identifisere hvor mange som må behandles for at en person skal få hjelp, eller Number Needed to Treat (NNT). For eksempel betyr en NNT på sju at sju personer må behandles for at en skal få hjelp. Dette er en annen måte å vurdere effekt på, som bare i liten grad har vært framme i litteraturen vi har gjennomgått. Man kunne tenkt seg at det gikk an å sammenlikne NNT for ulike programmer, som en supplerende måte å vurdere effekt på. Neste spørsmål vil da være hva

slags NNT som kan vurderes som akseptabel i forhold til kostnadseffektivitet, kontekstuelle forhold, preferanser osv.

En annen respons er at evidensbasert praksis ikke bare innebærer å anvende resultatene fra store, randomiserte studier andre har gjennomført. Snarere bør praktikere se alle klientene fra et «N=1»-perspektiv og kombinere andre metodiske design som avbrutte tidsserier, multiple baselinevurderinger, pre-post design osv. med objektive funksjonsmål (op. cit 115-116). Når det innenfor rammen av de evidensbaserte programmene påpekes at de må tilpasses individuelt i praksis, er dette en måte å tenke «N=1» på. Samtidig vil vi argumentere for at dette ikke er tilstrekkelig med mindre man i den kliniske virkeligheten hele tiden spør seg om forhold som taler for og imot å anvende evidensbaserte programmer – eller andre metoder – for akkurat den personen man til enhver tid skal tilby hjelp.

Er kvaliteten på kartleggingsinstrumentene god nok?

I effektstudiene av de evidensbaserte programmene svarer ungdommer på spørsmål som bygger på kategoriseringer av atferd som er konstruert av voksne, med sikte på å avdekke grader av patologi. Et spørsmål som ikke diskuteres nok i denne sammenheng etter vår vurdering, er hvor gode disse instrumentene er når det gjelder å forstå barn og unges problemer. Kirk (2004:215-216) diskuterer treffsikkerheten i det amerikanske diagnosesystemet DSM-IV når det gjelder ADHD, CD og ODD, som samlet omfatter en stor andel av psykiske vansker blant barn og unge i USA. Hans konklusjon er blant annet at man på grunnlag av kriteriene i DSM må regne med større eller mindre grad av falske positive, det vil si overdiagnostisering. Dette har sammenheng med at kriteriene favoriserer sensitivitet (evne til å identifisere individer med bestemte problemer) over spesifisitet (evne til å identifisere individer uten disse problemene). Dermed kan også innrettingen av systemet føre til høy grad av feildiagnostisering når kriteriene brukes til å screene store populasjoner hvor forekomsten av en tilstand er ganske lav.

Praktikere som arbeider evidensbasert bør ha disse begrensningene i mente i diagnostiseringen av barn så vel som i valget av intervensjoner. Dermed blir det også spørsmål om i hvor stor grad det kan ha skjedd overdiagnostisering i forbindelse med valg av barn og unge til forsøkene med implementering av programmene, eller om bruk av flere, utdypende kartleggingsinstrumenter i tilfelle har kompensert for dette. Har det skjedd en overdiagnostisering, slik at ukjente andeler av barn og unge kanskje ikke hadde så alvorlige problemer likevel, kan det tenkes to ulike konsekvenser. Den første er at programmenes effekt blir dårligere enn de ellers ville blitt, som når for eksempel MST antas å hjelpe bedre hvis atferdsvanskene er alvorlige. På den andre siden kan effekten bli bedre enn den ellers ville blitt hvis et program faktisk egner seg best for de uten veldig alvorlige problemer, uansett om intensjonen er å nå de med de mest alvorlige

problemene. Vi kommer tilbake til noen mer prinsipielle innvendinger mot bruk av denne typen instrumenter i del 8.4.

8.2 Transport av metoder mellom land og fra eksperiment til klinikk

Man bør forvente andre effekter når metoder overføres mellom land André Löffholm et al (2013) påpeker at når MST ble transportert til land utenfor USA, så det ut til at forskjellene mellom intervensjonsgruppene og kontrollgruppene ble mindre. Dette ble særlig diskutert i de svenske evalueringene, som vi så i forrige kapittel. Konklusjonen på disse var at effekten av MST må ses relativt til kvaliteten på TAU, noe som også var en konklusjon i Van der Stouwe et als (2014) metaanalyse.

Overføring av programmer fra et land til et annet stiller store krav til robustheten til programmet, særlig når programmets vellykkethet er tett forbundet med høy grad av programtrohet. I første kapittel kom vi inn på spørsmålet om et minoritetsperspektiv og et medvirkningsperspektiv i forskningen om alvorlige atferdsvansker. Vi diskuterer ikke det nærmere her, men minner om at både disse perspektivene og et kjønnsperspektiv med fordel kunne løftes fram i forskningen om implementering og effekt av atferdsvansker, slik vi ser i mer samfunnsvitenskapelig orientert forskning. Barn, unge og deres familier som deltar i intervensjoner eller i kontrollgrupper lever i familier, går på skoler, har fritidsaktiviteter, og utsettes for ulike belastninger. Slik sett påvirkes de av de samme faktorene som andre, i tillegg til at de har definerte problemer som krever behandling. Et slikt mer overordnet perspektiv kan innebære å prøve ut andre utfallsvariable, som for eksempel utdanningsnivå, tilknytning til arbeidslivet og familieetablering. Det eneste norske eksemplet på en mer samfunnsvitenskapelig tilnærming så langt er Clausens artikkel om sosioøkonomisk status blant foreldre som deltar i MST. Disse spørsmålene har betydning innen et land, og i enda større grad mellom land.

Kulturelle forskjeller innen landene må tas på alvor i langt større grad Som følge av økt interesse for «transportability», som trekkes fram i flere av de artiklene vi har gjennomgått, ser vi også økt interesse for betydningen av kontekstuelle forhold som lokale variasjoner, sosioøkonomiske og andre forhold, kultur, religion, etnisitet, læringsklima i skolene osv. osv. Det kan diskuteres om eksisterende studier blir for snevre fordi utfallsvariablene naturlig nok er sterkt knyttet til hensikten med programmene, mens deltakernes status i forkant av intervensjonen primært baseres på standardiserte, psykologiske kartleggingsskjemaer. Det er derfor ønskelig med en langt mer analytisk

tilnærming til deltakernes forutsetninger for å profitere på en intervensjon, så vel som på TAU.

Dette krever langt mer nyanserte definisjoner av kultur og kontekst enn det vi har sett i mye av litteraturen som er gjennomgått. For Norges del styrkes argumentasjonen særlig av endringene i retning av et mer flerkulturelt samfunn de siste 10–20 årene, og ikke minst av den store økningen i andelen barn og unge i barnevernet som ikke har norskfødte foreldre (Madsen og Backe-Hansen, 2014). Som vi påpekte i både kapittel 4 og 5, er et minoritetsperspektiv nærmest totalt fraværende i litteraturen vi har gjennomgått.

8.3 Har utviklingen i kontroversene rundt evidensbasert praksis betydning?

Mullen og Streiners (2004:119) beskrivelse av evidensbasert praksis som innovasjon kan også passe på innføringen av evidensbasert praksis i Norge. De bemerker nemlig at i likhet med mange andre innovasjoner, kom evidensbasert praksis nærmest stormende inn på arenaen og skapte motstand blant mange praktikere, ikke minst fordi man opplevde at evidensbasert praksis prøvde å skyve annen praksis til side. Over tid har imidlertid tenkningen modnet. Mens man tidligere hevdet at praksis *må* bygge på konklusjonene fra RCT-er og bare RCT-er, er man nå langt mer realitetsorientert og snakker om den best *tilgjengelige* evidensen. Med dette menes det imidlertid at RCT-er og metastudier stadig gir den beste evidensen.

Dette er ikke minst interessant fordi det evidenshierarkiet RCT'ene er en sentral del av, tross alt bare er ett av flere mulige hierarkier. Ross, Upshur og Tracy (2004) diskuterer fire utfordringer for evidensbasert medisin, hvorav motstridende hierarkier er en. Forfatterne hevdet at de hadde identifisert så mange som sju hierarkier, som var svært ulike når det gjaldt kjennetegn ved den beste evidensen så vel som hva slags anbefalinger som kunne utledes fra disse. Dermed blir også prioriteringen av et evidenshierarki med systematiske metaanalyser på toppen, fulgt av RCT-studier, et resultat av ekspertvurderinger og konsensus, og ikke av forskning (op cit:200). En slik tilnærming åpner opp for annen tenkning om hva tilgjengelig evidens og eventuelt best evidens kan være. Åpenbare, forskningsmessige eksempler er kunnskap som kan hentes fra registerstudier og kvalitative evalueringer, eller kunnskap som bygger på multimetode-design.

Så langt ser det ut som om effekten av de evidensbaserte programmene i all hovedsak har vært studert innenfor rammen av evidenshierarkiet med metastudier, RCT-studier osv., selv om det finnes noen unntak. Derfor har vi også konsentrert oss om disse studiene i vår kunnskapsgjennomgang og forholdt oss til dem innenfor rammen av dette hierarkiet. Det er også sannsynlig at forskere

som arbeider med implementering og evaluering av evidensbaserte programmer, publiserer resultatene sine i tidsskrifter som ønsker en bestemt sjanger, og hvor det sannsynligvis er mindre rom for kritisk refleksjon. Men i den grad man etter hvert ser en åpning for en mindre rigid forståelse av hva evidens kan være, blir det viktig å utvide rammene for studier av programmenes effektivitet, særlig i klinisk sammenheng.

Det ville også vært ønskelig med en åpnere diskusjon i flere ulike tidsskrifter. Her kan igjen Weisz, Jensen-Doss og Hawleys (2006) metaanalyse av i alt 32 studier tjene som eksempel. Formålet var å sammenlikne evidensbasert praksis med annen klinisk praksis, og resultatet var at evidensbasert praksis presterte bedre. Men effektstørrelsene var moderate, og i noen studier fungerte også annen klinisk praksis bedre. Forfatterens konklusjon var at denne typen summarisk evidens kan være brukbar på mange måter. Framover er samtidig det viktigste å studere det spesifikke, nemlig hvordan spesifikke tilnæringsmåter, tilbudt av spesifikke klinikere til spesifikke grupper med ungdom med spesifikke problemer og forstyrrelser, i spesifikke kontekster hvor spesifikke typer vanlig klinisk praksis brukes. Skal man få kunnskap om hva slags behandlingsformer som er mest hjelpsomme og hvorfor, kreves utvikling av bedre forskningsdesign og –formidling i årene framover (op. cit.: 686-687).

8.4 Brukerperspektivet

Vi har trukket fram brukerperspektivet gjennom hele rapporten, og påpekt at særlig barn og unges, men også foreldrenes oppfatninger i relativt liten grad er viet oppmerksomhet i litteraturen. Dette til tross for at man i enkeltsaker kan trekke dem inn i planlegging og gjennomføring av behandlingen. Dette misforholdet er spesielt viktig å reflektere over når man, som i effektstudiene av MST, finner at ungdommenes svar er annerledes enn foreldrenes, og særlig enn lærernes.

En forklaring på forskjellene i svarene kan være at en del unge føler at spørsmålene rett og slett ikke er relevante for dem, eller at de fungerer krenkende. I Norge har for eksempel ForandringsFabrikken²⁶ vært opptatt av det urettferdige i eksisterende diagnosesystemer. ForandringsFabrikken er en aksjonsrettet organisasjon bestående av unge og unge voksne som blant annet har erfaring fra barnevernet og psykisk helsevern. For tiden arbeider de politisk for å fremme barn og unges rettigheter gjennom endringer i lovgivningen til disse tjenestene. Ungdommene påpeker at atferden deres er et resultat av de erfaringene de har, og at det er galt og urettferdig at voksne i hjelpeapparatet skal sette merkelapper på dem. Deres nyeste innspill er at diagnoser ikke bør settes før man er 18 år.

²⁶ Se www.forandringsfabrikken.no

Dermed blir det en viktig utfordring, både for forskere og klinikere, å reflektere over hvordan man kan finne ut hva slags hjelp ungdommer trenger, og hvordan den kan presenteres på en måte som oppleves som respektfull og dekkende av dem det gjelder. De relativt få brukerundersøkelsene vi har funnet, peker i flere retninger når det gjelder ungdommenes opplevelsen av hjelpen de har fått, og flere synes at strukturen på de manualiserte programmene fungerer bra. Samtidig er det altså mange som tenker annerledes, og utfordringen er å favne mangfoldet på en måte som sikrer at utsatte barn og unge ivaretas uansett om de kan rekrutteres til et evidensbasert program eller ikke. Det samme gjelder familiene deres.

For norske forhold er dette spesielt viktig etter at barn og unges rett til medvirkning er inkorporert både i menneskerettighetslovgivningen og grunnloven. Derav følger også et behov for å diskutere hvor stor innflytelse barn og unge skal ha på tiltaksutformingen mer generelt. Dessuten bør man diskutere hvorvidt og eventuelt innen hvilke rammer barn og unge skal ha rett til å takke nei til behandling uansett hvor evidensbasert den er, med derpå følgende forpliktelse til å kunne tilby flere, alternative tiltak.

8.5 Kostnadseffektivitet

Det er særlig de svenske evalueringsstudiene som har tatt opp samfunnsøkonomiske aspekter ved implementeringen av MST. Som beskrevet i kapittel 4, konkludere forfatterne med at MST koster det samme eller tilmed er dyrere enn andre behandlingsmetoder. I Norge er det i løpet av de siste ti årene investert flere hundre millioner kroner i implementering, forskning og vedlikehold av de evidensbaserte programmene. Det er betimelig med en nærmere vurdering av om innsatsen er lønnsom, særlig fordi den i barnevernsammenheng binder opp ressurser som kunne vært brukt til implementering av andre tiltak. Lønnsomhetsvurderingen burde inkludere en vurdering av om alle de utprøvede og planlagte tiltakene er like viktige. Ikke minst kan en slik vurdering ses i sammenheng med at omfanget av alvorlige atferdsvansker per i dag vurderes som en god del lavere enn man antok da innsatsen ble startet for 17 år siden. For barnevernets del bør en slik vurdering ses i sammenheng med hvor mange som får tiltak på grunn av alvorlige atferdsvansker, og hvor stor andel dette utgjør av barneverntjenestens virksomhet.

I den grad man nå er i ferd med å prøve ute nye metoder, eller gjennomføre RCT-studier av metoder av som nettopp er implementert, kan det derfor være viktig å ha med studier av kostnadseffektivitet. Vi er klar over at samfunnsøkonomiske studier av denne typen tiltak kan være problematisk (Aarland, 2015), men tror likevel at de kan være nyttige som en del av evalueringen av de evidensbaserte programmene som av andre forsøk som iverksettes innen helse- og sosialsektoren. Uansett er det kanskje en fordel å dreie perspektivet noe, som Sundell et al (2008) gjorde når de argumenterte for at MST er et godt tiltak

på linje med andre tiltak. Dette er etter vårt syn en mer fruktbar tilnæringsmåte enn å skulle argumentere for at for eksempel MST er så mye bedre enn alle andre tiltak.

8.6 Et etisk spørsmål

Et viktig argument for bruk av evidensbaserte metoder er at det er uetisk å tilby klienter behandling man ikke kjenner effekten av. Det er ikke vanskelig å være enig i dette på et generelt plan. Men samtidig er det vår vurdering at resultatene av de evidensbaserte metodene ikke er så overbevisende at de ubetinget kan tas til inntekt for å være det som virker til forskjell fra andre metoder, noe særlig nyere metastudier understreker. Evidensbaserte programmer har effekt, og kan også ha bedre effekt enn andre tilnæringsmåter, men de bør etter vårt syn ses som gode tilbud på linje med andre gode tilbud. Dermed kan det også anses som uetisk for de evidensbaserte programmene å love mer enn de kan holde på individnivå, noe som kanskje særlig preget debatten de første årene (Mullen og Streiner, 2004).

For det andre må man ta utgangspunkt i at evidensbaserte programmer i utgangspunktet dreier seg om klart definerte intervensjoner rettet mot klart definerte problemer (Backe-Hansen, 2009). I tillegg til de avgrensingsproblemene vi summerte opp tidligere i dette kapitlet, kommer at den kliniske virkeligheten ofte er for kompleks til å kunne reduseres slik de evidensbaserte tilnæringsmåtene krever. Etter vårt syn er det ikke tilstrekkelig å innføre flere virksomme elementer eller lage programmer som skal fungere i forhold til flere problemtyper, ettersom de kontekstuelle forholdene fortsatt vil være like komplekse. Dette er heller ikke et argument mot evidensbaserte tilnæringsmåter per se, men understreker igejn behovet for varierte tiltak der evidensbaserte metoder inngår som en del.

For det tredje er det behov for en diskusjon av forholdet mellom de ulike elementene i Sacketts (2000) definisjon av evidensbasert medisinsk behandling. I henhold til dette skal både best tilgjengelige vitenskapelige kunnskap, klinikerens erfaringer og brukernes preferanser inngå. Men hva skjer når disse elementene kommer i konflikt med hverandre? Hvis klinikerens erfaringer eller brukernes preferanser taler mot valget av en bestemt tilnæringsmåte, uansett hvor god den er, er dette også et profesjonsetisk spørsmål som bør avklares. Dermed er det også etisk betenkelig at brukernes oppfatninger har hatt så liten plass i litteraturen vi har gjennomgått, selv om dette mer skulle være en konsekvens av sjangeren for publikasjonene enn av intensjonene til de enkelte forskerne. Klinikerens synspunkter på og erfaringer med evidensbaserte programmer er diskutert i langt større grad.

8.7 Veien videre?

Det har skjedd en fagutvikling innen tenkningen om evidensbaserte programmer, der man blant annet har erkjent at barn og unge kan ha problemer som skyldes flere ulike faktorer samtidig som flere problemtyper ofte forekommer samtidig. Et ensidig fokus på atferdsvansker blir derfor utilstrekkelig. Svaret ser ut til å være det Barth et al (2014) kaller «the common elements approach» i kontrast til «the single factor approach». Denne tilnæringsmåten tilbyr en konseptualisering av klinisk arbeid som bestående av byggesteiner som er til stede i et utall effektive behandlingsmodaliteter. Ideen oppsto fra utfordringer som er knyttet til å implementere effektive og økonomisk oppnåelige behandlinger. «The common elements approach»-tilnærmingen gir anledning til identifisere spesifikke komponenter som kan kobles til effektiv behandling, som dernest kan brukes overfor klienter som har flere problemer samtidig og dessuten har kontakt med flere hjelpesystemer (op. cit.: 301-302).

Denne tenkningen anvendes også i mer atferdsorienterte programmer. Atferdssenteret er nå i gang med å implementere det USA-utviklede programmet MATCH, som nettopp innebærer å velge enkeltmoduler ut fra barnas behov. Rasjonalen er at atferdsproblemer kan være veldig sammensatte, slik at et ellers godt evidensbasert program kanskje ikke passer like godt for alle. *MATCH – The Modular Approach to Therapy for Children with Anxiety, Depression, or Conduct Problems* – er en såkalt modulær intervensjon som skreddersyr og kombinerer komponenter fra ulike evidensbaserte intervensjoner, rettet mot henholdsvis atferdsvansker, angst, depresjon og traumer. Alt ut fra barnas behov og utfordringer²⁷. Dette til forskjell fra en enkelt evidensbasert metode som adresserer alle disse problemene. MATCH åpner med andre ord for å utvide Atferdssenterets nedslagsfelt til å omfatte mer enn alvorlige atferdsproblemer, men er stadig basert på evidensbaserte programmer med opphav primært i USA.

Eyberg, Nelson og Boggs (2008:234) sammenliknet evidensbaserte programmer for barn og unge med forstyrrende eller ødeleggende atferd. De mener det nå er nødvendig å gå lenger enn å spørre om «what works», som har å gjøre med «efficacy», og heller spørre «hvem virker denne behandlingen for?», «hvordan virker den?», «når er ikke denne behandlingen tilstrekkelig?» og sist, men ikke minst: «er behandlingen kostnadseffektiv?». Ingen behandling hjelper for alt, selv om man utvider nedslagsfeltet gjennom å sette sammen enda flere evidensbaserte elementer. Derfor er det viktig å ha et variert spekter av behandlingstilbud. Et slikt tilbud bør være basert på forskning av mer eksplorerende og åpen art, heller enn på et ønske om å promotere en bestemt faglig tilnæringsmåte eller et bestemt sett med programmer. Etter denne kunnskapsgjennomgangen er det vår

²⁷ Se <http://www.atferdssenteret.no/aktuelt/startskudd-for-match-article2087-119.html>

mening at en mer åpen tilnærming ikke vil være til hinder for å sikre kunnskapsbasert eller evidensbasert praksis.

I sin bok om evidensbasert praksis i arbeidet med barn og unge, argumenterer Ogden (2012) for at evidens er «ferskvare» som stadig må oppdateres. Dette er også en av våre hovedkonklusjoner på gjennomgangen av litteraturen om atferdsvansker. Vi etterlyser oppdatert forskning, gjennomført av uavhengige miljøer som konkurrerer seg til oppdrag på vanlig vis, og som benytter seg av flere, supplerende metodiske tilnæringsmåter. Etter vårt syn vil dette berike kunnskapen om de evidensbaserte programmene plass i det norske tiltakslandskapet.

Referanser

- Andersen, A. & Hansen, Å. B. (2011). Fokus på egen praksis – Hvor bor ungdom etter endt MST behandling En undersøkelse av ungdom som har mottatt Multisystemisk terapi (MST) i fagteam Arendals opptaksområde. *Norges barnevern*, 88(1), 14-22.
- Andreassen, T. (2003). *Behandling av ungdom i institusjoner – hva sier forskningen?* Oslo: Kommuneforlaget.
- Asscher, J. J., Deković, M., Manders, W. A., van der Laan, P. H., & Prins, P. J. (2013). A randomized controlled trial of the effectiveness of multisystemic therapy in the Netherlands: post-treatment changes and moderator effects. *Journal of Experimental Criminology*, 9(2), 169-187.
- Axberg, U. & Broberg, A. G. (2012). Evaluation of "The Incredible Years" in Sweden: The transferability of an American parent-training program to Sweden. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53, 224-232.
- Azevedo, A.F., Seabra-Santos, M.J., Gaspar, M.F., Homem, T.C. (2013). The Incredible Years Basic parental training for Portuguese preschoolers with AD/HD Behaviors: Does it make a difference? *Child & Youth Care Forum*, 42 (5), 403-424
- Aartun, K. R. og Tisløv, I. S. (2009) *Fra Kaos til samarbeid — En kvalitativ studie av foreldres opplevelse av PMTO-behandling*. Masteroppgave, Universitetet i Oslo.
- Backe-Hansen, E. (2009). Hva innebærer et kunnskapsbasert barnevern? *Fontene forskning*, 2, 2, 4-17.
- Backe-Hansen, E., E. Bakketeig, H. Gautun og A. Backer Grønningsæter (2011). *Institusjonsplassering – siste utvei?* Oslo; NOVA, rapport nr. 21/2011.
- Barth, R. P., Kolivoski, K. M, Lindsey, M. A., Lee, B. R. & Collins, K. S. (2014). Translating the common elements approach: Social work's experiences in education, practice, and research. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 43, 301-311. DOI: 10.180/15374416.2013.848771.
- Bengtsson, S. & A. Nemli (2006). *Oplevelsen af MST. Forældres, unges og terapeuters erfaringer med MST*. København: SFI, rapport 06:27
- Berge, H. (2010). *Fra atferdsregulering til mentalisering: En teoretisk vurdering av Parent Management Training – Oregon - modellen sitt mulige bidrag til utvikling av forbedret mentaliseringsevne hos barn med atferdsvansker*. Masteroppgave i psykologi – NTNU.
- Biehal, N., Ellison, S., & Sinclair, I. (2012). Intensive Fostering: An Independent Evaluation of MTFC in an English Setting. *Adoption & Fostering*, 36(1), 13-26.
- Birk-Olsen, M., & Horsted, C. (2008). Undersøgelse af forældres og gruppelederes vurdering af forældreprogrammet, Basic i De Utrolige År. *Center for Advent Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering*.
- Bjørknes, R. (2011) *Parent Management Training – Oregon Model: Intervention effects on maternal practice and child behavior in ethnic minority families*. Avhandling (Ph.d). Universitetet i Bergen.
- 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(1), 52-63.

- 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(1), 1-19.
- BLD (1995). *Utredning av de faglige forutsetningene for arbeid med ungdom plassert etter lov om barneverntjenester §§ 4-24 og 4-26*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet, Barne- og ungdomsavdelingen. Rapport levert av faggruppe.
- Boxer, P. (2011). Negative Peer Involvement in Multisystemic Therapy for the Treatment of Youth Problem Behavior: Exploring Outcome and Process Variables in "Real-World" Practice *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40 (6), 848-854.
- Boustani, M. M., Frzier, S. L., Becker, K. D., Bechor, M., Dinizulu, S. M., Heidemann, E. R., Ogle, R. R. & Pasalich, D. S. (2015). Common elements of adolescent prevention programs: Minimizing burden while maximizing reach. *Adm Pol Ment Health*, 42, 209-219.
- Bradshaw, C. P., Waasdorp, T. E., & Leaf, P. J. (2012). Effects of school-wide positive behavioral interventions and supports on child behavior problems. *Pediatrics*, 130(5), 1136-1145.
- Brenna, M. B. (2014). « Passer dette for meg?» En kvantitativ studie av sammenhengen mellom aleneforeldre, foreldreferdigheter og atferdsendring hos barn etter foreldrerådgivning. Masteroppgave i psykologi – Universitetet i Oslo.
- Brodie, C. (2012). *Multi-Systemic Therapy (MST) and Functional Family therapy (FFT): a review of the evidence*. Report, tilgjengelig via internet ved søk på tittelen.
- Butler, S., Baruch, G., Hickey, N., & Fonagy, P. (2011). A randomized controlled trial of multisystemic therapy and a statutory therapeutic intervention for young offenders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(12), 1220-1235.
- Chamberlain, P., Price, J., Leve, L. D., Laurent, H., Landsverk, J. A., & Reid, J. B. (2008). Prevention of behavior problems for children in foster care: Outcomes and mediation effects. *Prevention Science*, 9(1), 17-27.
- Charles, J.M., Bywater, T.J., Edwards, R.T., Hutchings, J., Zou, L. (2013). Parental depression and child conduct problems: evaluation of parental service use and associated costs after attending the Incredible Years Basic Parenting Programme. *BMC Health service research* 2013, 13:523
- Chorpita, B. F. & Daleiden, E. L. (2009). Mapping evidence-based treatment for children and adolescents: application of the distillation and matching model to 615 treatments from 322 randomized trials. *Journal of Counselling and Clinical Psychology*, 77, 566-579.
- Clausen, S. «Registerdata i analyser av familier i barnevernet» i Befring, E., Frønes, I. og Sørli, M. (red) (2010) *Sårbare unge: nye perspektiver og tilnærminger*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Drugli, M. B. (2013). *Atferdsvansker hos barn: evidensbasert kunnskap og praksis*. Cappelen Damm akademisk.
- Drugli, M. B., Fossum, S., Larsson, B., og Mørch, W. T. (2010). Characteristics of young children with persistent conduct problems 1 year after treatment with the Incredible Years program. *European child & adolescent psychiatry*, 19(7), 559-565.
- Drugli, M. B., Larsson, B., Fossum, S. og Mørch, W. T. (2010b) Five- to six-year outcome and its prediction for children with ODD/CD treated with parent training. *J Child Psychol Psychiatry* 51:559–566.

- Dyrli, E. R. (2012). *Parent Management Training (Oregonmodellen) - En behandlingsmetode for barn med «bare» alvorlige atferdsvansker? - En studie av PMTOs effekt på familier med barn med antisosial atferd og kaldhetstrekk*. Masteroppgave i pedagogikk – Universitetet i Oslo.
- Eslava, S., & Haghighi, M. S. (2008). *Sex ungdomars upplevelser av MTFC-Programmet (Multidimensional Treatment Foster Care)*. Institutionen för psykologi, Lunds Universitet.
- Eyberg, S. M., Nelson, M. M. & Boggs, S. R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behaviour. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry, 37*, 215-237.
- Forgatch, M. S., & DeGarmo, D. S. (2011). Sustaining fidelity following the nationwide PMTO™ implementation in Norway. *Prevention Science, 12*(3), 235-246.
- Forster, M., Kling, Å & Sundell, K. (2012). Clinical significance of parent training for children with conduct problems. *Journal of Conflict and Violence, 6*, 187-200.
- Fossum, S. og Holmen, C. I. (2011). Implementering av behandlingsmodellen – MultifunC. Implementeringsprosessen på seks barnevernsinstitusjoner i Norge. Regionalt kunnskapssenter for barn og unge - Nord. RKBU rapport 1:2011.
- Fossum, S., Drugli, M. B., Handegård, B. H. og Mørch, W. (2010). Barns aggressive atferd etter foreldretrening. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 47*(11), 1017-1019.
- Fossum, S., Handegård, B.H., Drugli, M. B. og Mørch, W. (2010). Utvikling i barns utagerende atferd og mødres oppdragelsespraksis etter foreldretrening. *Tidsskrift for Norsk psykologforening 47*, 601-607
- Fossum, S., Handegård, B., Martinussen, H. & Mørch, W. T. (2008). Psychosocial intervention for disruptive and aggressive behavior in children and adolescents. A meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry, 17*, 439-451.
- Fossum, S., Mørch, W. T., Handegård, B. H., Drugli, M. B., & Larsson, B. O. (2009). Parent training for young Norwegian children with ODD and CD problems: Predictors and mediators of treatment outcome. *Scandinavian Journal of Psychology, 50*(2), 173-181.
- Fossum, S., Kjøbli, J., Drugli, M. B., Handegård, B. H., Mørch, W.-T. & Ogden, T. (2014). Comparing two evidence-based parent training interventions for aggressive children. *Journal of Children's Services, 9*, 319-329.
- Frivold, S., & Bentzen, S. (2011). «Når våre blir til mine og dine» - en studie av sammenhengen mellom familiestruktur, barns atferdsproblemer og atferdsendring etter PMTO. Masteroppgave i psykologi – Universitetet i Oslo.
- Garland, A. F., Accurso, E. C., Hahne-Schlagel, R., Brookman-Razee, L., Roesch, S. & Zhang, J. J. (2014). Searching for elements of evidence-based practices in children's usual care and examining their impact. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychiatry, 43*, 201-215.
- Graham, C., Carr, A., Rooney, B., Sexton, T. and Wilson Satterfield, L. R. (2014), Evaluation of functional family therapy in an Irish context. *Journal of Family Therapy, 36*: 20–38.
- Granic, I., Otten, R., Blokland, K., Solomon, T., Engels, R. C., & Ferguson, B. (2012). Maternal depression mediates the link between therapeutic alliance and improvements in adolescent externalizing behavior. *Journal of Family Psychology, 26*(6), 880.
- Greve, M. & M. Thastum (2008). *Resultatevaluering af Multisystemisk Terapi i Danmark 2004-2007. Delrapport 2 april 2008*. Århus: Servicestyrelsen/Jysk Socialforsknings- og Evalueringsamarbejde.

- Gundersen, K., & Svartdal, F. (2006). Aggression replacement training in Norway: Outcome evaluation of 11 Norwegian student projects. *Scandinavian journal of educational research, 50*(1), 63-81.
- Hagen, K. A., Ogden, T., & Bjørnebekk, G. (2011). Treatment outcomes and mediators of parent management training: A one-year follow-up of children with conduct problems. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 40*(2), 165-178.
- Hansson, K., og Olsson, M. (2012). Effects of multidimensional treatment foster care (MTFC): Results from a RCT study in Sweden. *Children and Youth Services Review, 34*, 1929-1936.
- Harold, G. T., Kerr, D. C., Van Ryzin, M., DeGarmo, D. S., Rhoades, K. A., & Leve, L. D. (2013). Depressive symptom trajectories among girls in the juvenile justice system: 24-month outcomes of an RCT of Multidimensional Treatment Foster Care. *Prevention science, 14*(5), 437-446.
- Heggland, A. M. og Fossum, S. (2013). Implementering av De utrolige årenes skole- og barnehageprogram: brukes programmet to år etter deltakelse i treningen? *Spesialpedagogikk. 76*(3), 28-38.
- Henggeler, S., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D. og Cunningham, P. B. (2009) *Multisystemisk terapi for barn og unge med alvorlige atferdsvansker* (oversetter Ane Sjøbu). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hobbel, S. og Drugli, M.B. (2013). Symptom changes of oppositional defiant disorder after treatment with the Incredible Years Program. *Nordic Journal of psychiatry 67* (2), 97-104
- Hurlburt, M.S., Nguyen, K., Reid, J., Webster-Stratton, C. (2013). Efficacy of the incredible Years group parent program with families in Head start who self-reported a history of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect 37*: 531-543
- Hutchings, J., Martin-Forbes, P., Daley, D., Williams, M.E. (2013). A randomized controlled trial of the impact of a teacher classroom management program on the classroom behavior of children with and without behavior problems. *Journal of School Psychology 51*: 571-585
- Höjman, L., & Dovik, N. (2008). MTFC: Ett evidensbaserat manualstyrt behandlingsprogram. *Statens Institutionsstyrelse, SiS följer upp och utvecklar*.
- Jakobsen, R. og Solholm, R. (2009a). *Evaluering av PMTO-kurs for fosterforeldre—en effektstudie*. Barnevernets utviklingssenter på Vestlandet. Nr. 1 – 2009.
- Jávo, C. (2010). *Kulturens betydning for oppdragelse og atferdsproblemer: Transkulturell forståelse, veiledning og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Johansen, M. (2010). *Hvordan er ulike variabler ved familien, foreldrene og barnet relatert til familiens utbytte av PMTO-rådgivning?* Masteroppgave i pedagogikk – Universitetet i Oslo.
- Kaminsky, J. Wyatt, Valle, L. A., filene, J. H. & Boyle, L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *J Abnorm Child Psychol, 36*, 567-589.
- Kaunitz, C., & Strandberg, A. (2009). Aggression Replacement Training (ART) i Sverige—evidensbaserad socialtjänst i praktiken. *Socionomens forsknings supplement, 26*, 36-52.
- Kerr, D. C. R., DeGarmo, D. S., Leve, L. D., & Chamberlain, P. (2014). Juvenile justice girls' depressive symptoms and suicidal ideation 9 years after multidimensional treatment foster care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(4), 684-693.

- Kirk, S. (2004). Are children's DSM diagnoses accurate? *Brief Treatment and Crisis Intervention, 4*(3 Fall), 256-270.
- Kjøbli, J., & Bjørnebekk, G. (2013). A Randomized Effectiveness Trial of Brief Parent Training Six-Month Follow-Up. *Research on Social Work Practice, 23*(6), 603-612.
- Kjøbli, J., & Ogden, T. (2009). Gender differences in intake characteristics and behavior change among children in families receiving parent management training. *Children and Youth Services Review, 31*(8), 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.
- Kjøbli, J., Nærde, A., Bjørnebekk, G., og Askeland, E. (2013). Maternal mental distress influences child outcomes in brief parent training. *Child and Adolescent Mental Health, 19*(3), 171-177.
- Kjøbli, J., & Sørli, M. A. (2008). School outcomes of a community-wide intervention model aimed at preventing problem behavior. *Scandinavian Journal of Psychology, 49*(4), 365-375.
- Kjøbli, J., Bjørknes, R., & Askeland, E. (2012b). 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., Hukkelberg, S., & Ogden, T. (2013). A randomized trial of group parent training: reducing child conduct problems in real-world settings. *Behaviour research and therapy, 51*(3), 113-121.
- Kyhle Westermarck P., Hansson K., Olsson M. (2011). Multidimensional treatment foster care (MTFC): results from an independent replication. *Journal of Family Therapy, 33*, 20-41.
- Kyhle Westermarck, P. (2009). *MTFC – en intervention för ungdomar med beteendeproblem*. Avhandling (ph.d) (Vol. 37). Lund University.
- Lagerstrøm, M. S. og Hansen, A. T. (2013). *En studie av sammenhengen mellom alder og atferdsendring etter foreldrerådgivning*. Masteroppgave, Universitetet i Oslo.
- Langeveld, J. H., Gundersen, K. K., & Svartdal, F. (2012). Social competence as a mediating factor in reduction of behavioral problems. *Scandinavian Journal of Educational Research, 56*(4), 381-39.
- Larsson, B., Fossum, S., Clifford, G., Drugli, M. B., Handegård, B. H., & Mørch, W. T. (2009). Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children. *European Child & Adolescent Psychiatry, 18*(1), 42-52.
- Lee, B. R., Bright, C. L., Svoboda, D. V., Fakunmoju, S., & Barth, R. P. (2010). Outcomes of group care for youth: A review of comparative studies. *Research on Social Work Practice, 10*49731510386243.
- Letarte, M. J., Normandeau, S., & Allard, J. (2010). Effectiveness of a parent training program "Incredible Years" in a child protection service. *Child Abuse & Neglect, 34*(4), 253-261.
- Leve, L. D., Kerr, D. C., & Harold, G. T. (2013). Young Adult Outcomes Associated With Teen Pregnancy Among High-Risk Girls in a Randomized Controlled Trial of Multidimensional Treatment Foster Care. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 22*(5), 421-434.

- Littell, J. (2008). Evidence-based or biased? The quality of published reviews of evidence-based practices. *Children and Youth Services Review*, 30, 1299-1317.
- Löfholm, C., Olsson, Y., Sundell, K., & Hansson, K. (2009). *Multisystemisk terapi för ungdomar med allvarliga beteendeproblem. Resultat efter två år*. Stockholm: Socialstyrelsen, Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS).
- Löfholm, C., Brännström, L., Olsson, M. & Hansson, K. (2013). Treatment-as-usual in effectiveness studies: what is it and does it matter? *Int. J. Soc. Welfare*, 22, 25-34.
- Madsen, C. & Backe-Hansen, E. (2014). Barn og unge med innvandrerbakgrunn i barnevernet. I E. Backe-Hansen, C. Madsen, L. B. Kristofersen & B. Hvinden (red). *Barnevern i Norge 1990-2010. En longitudinell studie*. Oslo: NOVA-rapport nr. 9/2014, s. 105-128.
- Matre, K. R. (2013). *Programimplementering på barneverninstitusjon: miljøterapeutenes opplevelser av utfordringer i implementering og bruk av ART*. Masteroppgave i barnevern – Universitetet i Bergen.
- Menting, A. T., de Castro, B. O., & Matthys, W. (2013). Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 33(8), 901-913.
- Mullen, E. J. & Streiner, D. L. (2004). The evidence for and against evidence-based practice. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4:2 Summer, 111-121.
- Mørch, W-T., Drugli, M. B. (2011): Behandling som hjelper mot atferdsproblemer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 48, 486-488
- Mørkrid, D. & Christensen, B. (2007). Funksjonell familieterapi: En evidensbasert familieterapeutisk behandling for ungdom og familier med alvorlige atferdsvansker. *Tidsskriftet Norges barnevern*, 84 (3), 15-23.
- Ogden, T. (2010). Familiebasert behandling av alvorlige atferdsproblemer blant barn og ungdom. Evaluering og implementering av evidensbaserte behandlingsprogrammer i Norge. The University of Bergen.
- Ogden, T., og Hagen, K. A. (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. & Hagen, K. A. (2006). Multisystemic treatment of serious behavior problems in youth: Sustainability of effectiveness two years after intake. *Child and Adolescent Mental Health*, 11, 142-149.
- Ogden, T., og Halliday-Boykins, C. A. (2004). Multisystemic treatment of antisocial adolescents in Norway: Replication of clinical outcomes outside of the U.S. *Child and Adolescent Mental Health*, 9 (2), 77–83.
- Ogden, T., Hagen, K. A. & Andersen, O. (2007). Sustainability of the effectiveness of a programme of multisystemic treatment (MST) across participant groups in the second year of operation. *Journal of Children's Services*, 2, 3, 4-13.
- Ogden, T., Hagen, K. A., Askeland, E., & Christensen, B. (2009). Implementing and evaluating evidence-based treatments of conduct problems in children and youth in Norway. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 582-591.
- Olsen, T. M., og Gundersen, K. K. (2012). Implementering av ART. Kvalitetssikrende retningslinjer og rutiner. Diakonhjemmet høyskole. Rapport 2012/1.

- Olsson, T. M. (2009) Crossing the quality chasm? The short-term effectiveness and efficiency of MST in Sweden: an example of evidence-based practice applied to social work. Vol. 34. Lund University, 2009.
- O'Neill, D., McGilloway, S., Donnelly, M., Bywater, T., Kelly, P. (2013). A cost-effectiveness analysis of the incredible Years parenting program in reducing childhood health inequalities. *European Journal of Health Econ.* 14: 85-94
- Pidano, A. E., & Allen, A. R. (2014). The Incredible Years Series: A Review of the Independent Research Base. *Journal of Child and Family Studies*, 1-19.
- Posthumus, J. A., Raaijmakers, M. A., Maassen, G. H., Van Engeland, H., & Matthys, W. (2012). Sustained effects of Incredible Years as a preventive intervention in preschool children with conduct problems. *Journal of abnormal child psychology*, 40(4), 487-500.
- Rasmussen, P. og Olsen, P. (2012). *Positiv adfærd i læring og samspil (PALS): en evaluering af en skoleomfattende intervention på 11 pilotiskoler*. På vegne af Socialstyrelsen. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Reedtz, C. (2010). *Mental health promotion in young children: parents as a key to the identification and reduction of risk for development of disruptive behavior problems*. PhD avhandling. Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø.
- Reedtz, C., Handegård, B. H., & Mørch, W. T. (2011). Promoting positive parenting practices in primary care: outcomes and mechanisms of change in a randomized controlled risk reduction trial. *Scandinavian journal of psychology*, 52(2), 131-137.
- Rhoades, K. A., Chamberlain, P., Roberts, R., & Leve, L. D. (2013). MTFC for high-risk adolescent girls: A comparison of outcomes in England and the United States. *Journal of child & adolescent substance abuse*, 22(5), 435-449.
- Sackett, D. et al (2000). *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM*. Edinburgh: Churchill Livingstone, Second edition, p.1.
- Scott, S., Sylva, K., Doolan, M., Jacobs, B., Crook, C. et.al. (2010) Randomised controlled trial of parent groups for child antisocial behavior targeting multiple risk factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 51(1), 48-57
- Servicestyrelsen (2009). *Evaluering af De utrolige år. Delrapport 1: Implementeringen af programmet*.
- Servicestyrelsen (2010). *Evaluering af De utrolige år. Delrapport 2: Effekten af programmet*.
- Servicestyrelsen (2011). *Evaluering af De utrolige år. Slutevaluering*.
- Sigmarsdóttir, M. and Björnsdóttir, A. (2012), Community implementation of PMTO™: Impacts on referrals to specialist services and schools. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53: 506–511.
- Sigmarsdóttir, M., & Guðmundsdóttir, E. V. (2013). Implementation of parent management training—oregon model (PMTOTM) in Iceland: Building sustained fidelity. *Family process*, 52(2), 216-227.
- Sigmarsdóttir, M., Degarmo, D. S., Forgatch, M. S., og Guðmundsdóttir, E. V. (2013). Treatment effectiveness of PMTO for children's behavior problems in Iceland: Assessing parenting practices in a randomized controlled trial. *Scandinavian journal of psychology*, 54(6), 468-476.
- Skogen, J. og Torvik, F. A. (2013) «Atferdsforstyrrelser blant barn og unge i Norge: Beregnet forekomst og bruk av hjelpetiltak». Folkehelseinstituttet, rapport 2013:4. Nasjonalt folkehelseinstitutt.

- Smith, D. K., Chamberlain, P., & Deblinger, E. (2012). Adapting Multidimensional Treatment Foster Care for the treatment of co-occurring trauma and delinquency in adolescent girls. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 5(3), 224-238.
- Socialstyrelsen (2014). Förstärkta familjehemsplaceringar för ungdomar – kunnskapsoversikt
- Socialstyrelsen (2014). MultifunC Institutions behandling för ungdomar med svåra beteendeproblem - Resultat efter ett år.
- Socialstyrelsen (2014). *Utvärdering av Multisystemisk terapi för ungdomar med allvarliga beteendeproblem – resultat efter fem år.*
- Socialstyrelsen (2015). *Viden om FFT — Socialstyrelsen - Viden til gagn.* Hentet fra: <http://socialstyrelsen.dk/projekter-og-initiativer/born/om-tidlig-indsats-livslang-effekt/familierettede-indsatser/funktionel-familieterapi/viden-om-fft>
- Socialstyrelsen (2015b). *TFCO — Socialstyrelsen - Viden til gagn.* Hentet fra: <http://socialstyrelsen.dk/projekter-og-initiativer/unge/mtfc>
- Solholm, R., Askeland, E., Christiansen, T. og Apeland, A. (2014a). Innføringen av PMTO i Norge. I: Askeland, E., Apeland, A. og Solholm, R. (red.) (2014) *PMTO: foreldretrening for familier med barn som har atferdsvansker*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Solholm, R., Ogden, T., & Jakobsen, R. (2014b). Conduct problems in children. Characteristics of families recruited for a clinical outcome trial as compared to families in an implementation study. *Children and Youth Services Review*, 42, 1-9.
- Stamnes, J. H. & Moe, A. B. (2007). Aggression Replacement Training. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 8, 1019-1021.
- Stattin, H., Enebrink, P., Özdemir, M. & Gianotta, F. (2015). A national evaluation of parenting programs in Sweden: the short-term effects using an RCT effectiveness design. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, <http://dx.doi.org/10.137/a0039328>.
- Sundell, K., Hansson, K., Löfholm, C. A., Olsson, T., Gustle, L. H., & Kadesjö, C. (2008). The transportability of multisystemic therapy to Sweden: short-term results from a randomized trial of conduct-disordered youths. *Journal of Family Psychology*, 22(4), 550.
- Sørli, M. A., & Ogden, T. (2015). School-Wide Positive Behavior Support–Norway: Impacts on Problem Behavior and Classroom Climate. *International Journal of School & Educational Psychology*, (ahead-of-print), 1-16.
- Sørli, M. A., Ogden, T., Arnesen, A., Olseth, A. R., & Meek-Hansen, W. (2014). Skoleledere om PALS. *Spesialpedagogikk*, 1, 17-29.
- Sørli, M., & Ogden, T. (2007). Immediate Impacts of PALS: A school-wide multi-level programme targeting behaviour problems in elementary school. *Scandinavian Journal Of Educational Research*, 51(5), 471-492.
- Tighe, A., Pistrang, N., Casdagli, L., Baruch, G., & Butler, S. (2012). Multisystemic therapy for young offenders: families' experiences of therapeutic processes and outcomes. *Journal of Family Psychology*, 26(2), 187.
- Trillingsgaard, T., Trillingsgaard A., Webster-Stratton, C. (2014): Assessing the effectiveness of the 'Incredible Years parenting training' to parents of young children with ADHD symptoms – a preliminary report. *Scandinavian Journal of Psychology* 55, 538-545
- Tuflåt, I. S. (2010). *En studie av: Foreldrenes oppdragsstrategier og barns atferd ett år etter deltagelse i «De utrolige årene»*. Masteravhandling. Trondheim: NTNU, Det medisinske fakultet.

- Tysnes, I. B. (2014). Ungdommenes opplevelse av plassering, opphold og ettervern: En studie av institusjonsplasseringer etter lov om barneverntjenester § 4.24. Avhandling (ph.d). Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, NTNU.
- Upshur, R. E. G. & Tracy, C. S. (2004). Legitimacy, authority and hierarchy: Critical challenges for evidence-based medicine. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 4, 3 Fall*, 197-204.
- van der Stouwe, T., Asscher, J. J., Stams, G. J. J., Deković, M., & van der Laan, P. H. (2014). The effectiveness of Multisystemic Therapy (MST): A meta-analysis. *Clinical psychology review, 34(6)*, 468-481.
- Weisz, J. R. & Gray, J. S. (2008). Evidence-based psychotherapy for children and adolescents: Data from the present and a model for the future. *Child and Adolescent Mental Health, 13*, 54-65.
- Weisz, J. R., Jensen-Doss, A. & Hawley, K. N. (2006). Evidence-based youth psuchotherapies versus usual clinical care. A meta-analysis of direct comparisons. *American Psychologist, 61*, 671-689.
- Aarland, K. (2015). Samfunnsøkonomisk analyse av hjelpetiltak i barnevernet. I Ø. Christiansen, E. Bakketeig, D. Skilbred, C. Madsen, K. J. S. Havnen, K. Aarland og E. Backe-Hansen (red). *Forskningsskunnskap om barnevernets hjelpetiltak*. Bergen: Uni Research Helse, Regionalt kunnskapssenter fra barn og unge (RKBU Vest). Rapport, s. 210-234.
- Aartun, K. R. & I. S. Tisløv (2009). *Fra kaos til samarbeid – en kvalitativ studie av foreldres opplevelse av PMTO-behandling*. Universitetet i Oslo: Masteroppgave.

Vedlegg 1: Søkeord og søkestrenger

Bibsys

519 treff, 27 relevante.

Kombinasjon av to søk gav 479 treff, dubletter fjernet.

(atferdsvanske? or adferdsvanske? or atferdsproblem? or adferdsproblem? or atferdsforstyr? or adferdsforstyr? or aggres? or utager? or antisosial? or eksternaliser? or opposisjonell?) AND (barn* or Ung*) AND ((bs.aar >= "2008") AND (bs.aar <= "2015")) = 471 treff

+

"Parent Management Training - Oregon"

OR PMTO

or «Multisystemisk Terapi»

or MST or «De utrolige Årene»

or DUÅ or "Aggression Replacement training"

AND ((bs.aar >= "2008") AND (bs.aar <= "2015"))= 89 treff

= totalt 519 treff

Norart

Produserte til sammen 127 treff (98 + 29). Ut av disse fant vi 39 relevante treff.

Søk nr 1:

(atferdsvanske? or adferdsvanske? or atferdsproblem? or adferdsproblem? or atferdsforstyr? or adferdsforstyr? or aggres? or utager? or antisosial? or eksternaliser? or opposisjonell?) AND (barn* or Ung*)= 98 treff

Søk nr 2:

(«Parent Management Training - Oregon» OR PMTO or «Multisystemisk Terapi» or MST or «De utrolige Årene» or DUÅ or «Aggression Replacement training» or MultifunC) = 29 treff Libris

187 treff, 18 relevante.

(OBS: få artikler)

4/3-2015: =

("Parent Management Training" OR PMT* OR "Multisystemisk Terapi" OR "multisystemic therapy" OR MST OR "incredible years" OR "De utrolige åren" OR "Aggression Replacement training" OR "Multidimensional Treatment Foster Care" OR MultifunC OR «Oppositional defiant disorder» OR Beteendeprobl* OR beteendestørn* OR Beteenderub* OR åtferdsvansk* OR samspelsvårig* OR aggressi* OR utagera* OR "externalizing behavior")(barn* OR ung*)(ÅR:2008 OR ÅR:2009 OR ÅR:201?) = 187 treff

Netpunkt

446 treff, 23 relevante.

Det ble valgt å bruke aggressiv?, som i aggressiv adfærd, for å luke vekk ca. 100 irrelevante referanser, blant annet om aggresjon innen flerkulturelle samfunn. Ut av de gjenværende fant vi 22 relevante treff.

Søk 6/3-2015:

(Adfærdsvanske? ELLER Adfærdsproblem? ELLER Adfærdsforstyr? ELLER eksteraliser? ELLER aggressiv? ELLER «Normbrydende adfærd» ELLER «Oppositional defiant disorder» ELLER «Parent Management Training» ELLER «Multisystemic Therapy» ELLER «Multidimensional Treatment Foster Care» ELLER «incredible years» ELLER «Aggression Replacement training» ELLER MultifunC ELLER «Functional Family Therapy») OG (børn? ELLER Ung? ELLER teenage?) = 446 poster :Avgrenset på Forskningsbibliotek og tidsperiode 2008-2015

Valgte å bruke aggressiv? , som i aggressiv adfærd for å luke vekk ca 100 irrelevante ref om aggresjon innen flerkulturelle samfunn etc

Kuttet ut forkortelsene i behandlingsprogrammene.

Web of Science

Web of Science produserte til sammen 844 treff. Ut av disse fant vi 89 relevante treff.

Vi vurderte relevans ytterligere ved å lese abstraktene til disse artiklene, og besluttet å vurdere 19 artikler fra Web og Science.

Søk I følgende deldatabaser: Science Citation Index Expanded, Social Sciences Citation Index, Journal Citation Reports, Arts & Humanities Citation Index

6/3-2015

TI=(“behavior problems” OR “disruptive behavior” OR “conduct disorder” OR “behavior disorder” OR “conduct problems” OR “antisocial behavior” OR “externalizing behavior problems” OR “Parent Management Training” OR “multisystemic therapy” OR “incredible years” OR “Aggression Replacement training” OR “Multidimensional Treatment Foster Care” OR MultifunC OR «Oppositional defiant disorder» OR “Functional Family Therapy”) AND TI=(child* OR Youth OR Young* OR Adolescence OR Teenage* OR Juvenile)

= 964= 844

SocIndex

189 treff, 45 relevante. Vi vurderte relevans ytterligere ved å lese abstraktene til disse artiklene, og besluttet å vurdere 37 artikler fra SocIndex.

Søk:

1.

(“disruptive behavior” OR “conduct disorder” OR “behavior disorder” OR “conduct problems” OR “antisocial behavior*” OR “externalizing behavior problems”)

AND

2.

("Parent Management Training" OR "multisystemic therapy" OR "incredible years" OR "Aggression Replacement training" OR "Multidimensional Treatment Foster Care" OR MultifunC OR «Oppositional defiant disorder»)

Resultatet kobinert med :

3.

(child* OR Youth OR Young* OR Adolescence OR Teenage* OR Juvenile*)

= 189 treff

Swepub

Swepub produserte 167 treff. Ut av disse fant vi 1 relevant treff.

Vedlegg 2: Noen hyppig brukte forkortelser

ART	Aggression Replacement Training
ASEBA	Achenbach system of empirically based assessment
ASQ-SE	Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional
CBCL	Child Behavior Checklist (nå ASEBA)
CD	Conduct disorder
C-TRF	Teacher Report Form – Preschool
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. utg.
DUÅ	De utrolige årene
Earl-20 B	Early Assessment Risk List for Boys
Earl-21 G	Early Assessment Risk List for Girls
ECBI	Eyberg Child Behavior Inventory
FFT	Funksjonell familierterapi
HCSBS	Home and Community Social Behavior Scales
ITT	Intent-to-treat
IY	Incredible Years
MST	Multisystemisk terapi
MTFC	Multidimensional Treatment Foster Care
MultifunC	Multifunksjonell Behandling i Institusjon og Nærmiljø
NFBUI	Norsk forening for barne- og ungdomspsykiatri
NIDA	National Institutt for Drug and Alcohol abuse, USA
NNT	Numbers Needed to Treat
ODD	Oppositional Defiant Disorder
PALS	Positiv atferd, støttende læringsmiljø og samhandling
PMTO	Parent Management Training Oregon
PPI	Parenting Practices Interview.
RCT	Randomisert kontrollert studie
RKBU	Regionalt kunnskapssenter for barn og unge
SSBS	School Social Behavior Scales
SSRS	Social Skills Rating Scale (Gresham & Elliot)
STRS	Student-Teacher Relation Scale
TAU	Treatment as usual
TFCO	Treatment Foster Care Oregon
TIBIR	Tidlig innsats for barn i risiko
TOT	Treatment-of-treated
TRF	Teacher Report Form (del av CBCL)
YSR	Youth Self Report (del av CBCL)

Vedlegg 3: Tabelloversikt over artikler som er gjennomgått

Aggression Replacement Training – ART

ART er et manualisert tiltak, som har til hensikt å forebygge og redusere (behandle) problematferd ved å fremme sosial kompetanse hos barn og unge som har, eller er i ferd med å utvikle atferdsvansker. Barna i målgruppen gjennomgår trening i sosiale ferdigheter, sinnekontroll og moralsk resonnering. ART startet opp i Norge i 2002, og implementeres av Diakonhjemmets høgskole i Rogaland. I 2008 hadde de der utdannet rundt 2 000 ART-trenere. Metoden er implementert i en rekke skoler og institusjoner. Mens metoden deler mange fellestrekk med MST og PMTO, skiller den seg også fra disse fordi den fokuserer på utvikling av individuell, sosial kompetanse.

Nedenfor presenterer vi i alt tre artikler om ART (en fra 2012, en fra 2010 og en fra 2006), alle skrevet av ansatte ved Diakonhjemmets høgskole i Stavanger. Artikkelen beskriver to evalueringer i form av pre-post studier. I tillegg kommer en rapport om implementeringen fra 2012, og en masteroppgave i barnevern fra 2013. Dessuten presenterer vi to svenske artikler der den ene beskriver implementering av ART i Sverige (2009), og den andre sammenlikner ART men en relasjonell tilnærming i forhold til unge kriminelle (2007).

Kjøbli (2009) vurderte ART i Ungsinnpanelet²⁸. Han stiller spørsmålsteget ved at selv om det er sertifiseringskrav til utøverne, stilles det ikke krav om vedlikehold av kompetanse. Dette er i kontrast til at kompetent utøvelse er en forutsetning for god effekt.

Kaunitz & Strandberg (2009) (se i oversikten nedenfor), som studerte implementeringen av ART i Sverige, gjennomgikk flere studier av ART som både var gjennomført av programkonstruktørene og andre. De fant at den vitenskapelige støtten for metoden er vanskelig å tolke og til dels motsetningsfylt. Dessuten gis metoden sterkest støtte i studier som er gjennomført av opphavsmennene selv. Det er manglende transparens, for eksempel om effektstørrelser, programtrohet i mer avansert form og bortfall. I flere studier er det spørsmål om hvordan randomiseringen har skjedd. Flere er randomisert på gruppenivå, og det forekommer unntak. Dessuten har flere av studiene kort oppfølgingstid. Ingen av opphavsmannens studier har lengre oppfølgingstid enn åtte måneder. Målgruppene er lite beskrevet, kontrollgruppen omtales ikke i flere av studiene, og utvalgene er stort sett små (op. cit.: 45-46).

Olsen & Gundersen (2012) (se i oversikten nedenfor) arbeider ved ART-senteret som er tilknyttet Diakonhjemmets høgskole i Rogaland, og i denne rapporten beskriver de opplæringen i ART ved sitt senter. De tilbyr blant annet en videreutdanning på 60 studiepoeng der studentene lærer ART-metodikken og andre, beslektede metoder, og blir ART-instruktører. I Norge er instruktørene sertifiserte av ART-senteret. De har bygget opp et system for implementering som søker å ivareta kritikken mot ART som blant annet ble fremmet av Kaunitz og Strandberg.

²⁸ Se http://ungsinn.uit.no/portal/page/portal/Forebyggingsbasen/startside/artikkel?p_document_id=143892

Forfatter/ tilknytning	År	Tittel	N	Utvalgs kjennetegn	Type studie	Inklusjons- og eksklusjons- kriterier	Problem- stillinger	Resultater
Gundersen, K. K. & Svartdal, F. Diakonhjemmets høgskole, Stavanger	2006	Aggression Replacement Training in Norway: Outcome evaluation of 11 Norwegian student projects. Scandinavian Journal of Educational Research, 50, 63-81.	65 barn og unge ART ble gjennomført av 11 student-grupper som ledd i deres videre-utdanning. Vanligvis to studenter i hver gruppe, samt en hovedtrener og en kotrener. De fleste ble gjennomført der en eller begge studenter jobbet	Tre grader av atferds-problemer, fra (1) ingen (men kunne trenge trening i sosiale ferdigheter), til (2) milde eller (3) noen atferdsproblem er Fler informant-tilnærming med informasjon fra unge selv, foreldrene og lærere	Randomisert, kontrollert effektstudie 47 gjennomførte ART, 18 fikk TAU Deltakerne ble vurdert før og etter ved hjelp av SSRS, CADBI (Child and Adolescent Disruptive Behaviour), HIT (How I think) og CBCL pluss et egenutviklet selvrapporтерings-skjema	De 11 gruppene måtte inkludere minst 6 unge på nivå 3. Dette var ikke mulig i alle gruppene	Sammenlikning mellom ART og TAU: utfallsevaluering av 11 studentprosjekter	Informantene i ART-gruppa indikerte signifikant bedring etter intervensjonen både når det gjelder sosiale ferdigheter og reduserte atferdsproblemer. Kontrollgruppa rapporterte ingen slike endringer.
Gundersen, K. K. & Svartdal, F. Diakonhjemmets høgskole, Stavanger	2010	Diffusion of treatment interventions: exploration of "secondary" treatment diffusion. Psychology, Crime and Law, 16, 233-249	140 barn og unge fra barnehager, skoler, spesialskoler og institusjoner ART ble gjennomført av studenter i videre-utdanning 12 student-grupper		Randomisert, kontrollert effektstudie 77 fikk ART, mens 63 var i kontrollgruppa CADBI og SSRS samt et spørre-skjema om relevante faktorer	Predefinert antall i hver gruppe med atferdsproblemer på nivå 3 (se neste artikkel)	Effektstudie av et utvidet ART-opplegg – fra 24 til 30 sesjoner	Behandlings-gruppen viste signifikant reduksjon av problematferd og økte sosiale ferdigheter (9 av 10 utfallsmål), mens kontrollgruppa viste mindre positive endringer (2 av 10 utfallsmål). Bedringen i kontrollgruppa ble fortolket som en effekt av modellæring: At de i kontrollgruppa observerte endret atferd i intervensjonsgruppa
Langeveld, J., Gundersen, K. K. & Svartdal, F. Diakonhjemmets høgskole, Stavanger	2012	Social competence as a mediating factor in reduction of behavior problems. Scandinavian Journal of Educational Research, 56, 381-399.	112 barn og unge fra 18 ART-grupper i hele Norge, med studenter i videre-utdanning	Elever på barne- og ungdomstrinnet	Pre-post studie der 56 ble vurdert en gang rett før og en gang rett etter intervensjonen, mens 56 i tillegg ble vurdert fire uker før og fire uker etter	Alle elevene var i normalskolen, så man måtte regne med at nivået på atferdsproblemer var innenfor normalen	Hovedmålsettingen var å beskrive hvordan sosial kompetanse reduserer atferdsproblemer De regnet med at økt sosial kompetanse kan	Ungdommene fikk bedre sosiale ferdigheter og problematferden ble redusert etter opplæringen, ingen endringer før opplæringen. Effekten mht atferdsproblemer holdt seg etter intervensjonen, men viktige moderatorer som alder og

					SSRS ble brukt til å måle både sosial kompetanse og atferdsproblemer		være en mediator for å redusere atferdsproblemer	individuelle nivåer på sosial kompetanse og atferdsproblemer må tas med i betraktningen. De yngste profiterte mest, mens det var få endringer blant de eldste
Olsen, T. Mitchell & K. K. Gundersen Diakonhjemmet høgskole, Stavanger	2012	Impkementering av ART. Kvalitetssikrende retningslinjer og rutiner. Stavanger: Diakonhjemmets høgskole, rapport 2012/1.	-	-	-	-	Rapporten beskriver ART-senterets arbeid for å implementere metoden på en transparent og bærekraftig måte	ART-metoden i Norge er en ikke-lisensiert metode uten formelle krav til kvalitet på opplæring, programutøvelse eller implementering
Holmqvist, R., Hill, T. & Lang, A. Linköping Universitet	2007	Effects of Aggression Replacement Training in young offender institutions. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, doi 10.1177/0306624-X07310452	57 unge mellom 16 og 9 år	Før inntak hadde alle blitt dømt til en eller annen reaksjon, og alle unntatt en hadde fått dom for tyveri, overfall eller liknende	Ikke-randomisert studie i fire tvangs-institusjoner med sammenlikning mellom ART og token economy og en relasjonell tilnærming, to for hver Ungdommene ble intervjuet tre ganger: ved inntak, når de flyttet, og et år etter at de hadde flyttet	Inkludert: De som var på institusjonene i en toårsperiode Ekskludert: De som hadde vært på institusjonene i mindre enn seks måneder	Å sammenlikne de to valgte metodene. Man antok at ART og Token economy ville føre til bedre resultater på de valgte utfallsmålene.	Resultatene ble målt som vektete indikatorer på dommer og politirapporter om mistanker Resultatene viser ingen forskjell mellom metodene. Man fant imidlertid en interaksjonseffekt som kan tyde på at unge med mindre bevissthet om egen skyld profiterte mer på ART
Kaunitz, C. & Strandberg, A.	2009	Aggression Replacement Training (ART) i Sverige – evidensbasert socialtjenst i praktiken? Socionomens forsknings supplement, 6, 37-50	Undersøkelse av 102 bydeler og kommuner	ART tilbys som et hjelpetiltak i barnevernet. Man vet ikke hvor mange barn og unge som har fått tilbudet.	-	-	-	Drøyt halvparten av kommunene og 80 prosent av bydelene i utvalget tilbød ART, men majoriteten av treningen som tilbys, er langt fra den opprinnelige manualen. Det som tilbys under navnet ART, er følgelig langt fra den opprinnelige metodens manual.

I tillegg kommer følgende masteroppgave: Matre, K. Ryngøye (2013). *Programimplementering på barneverninstitusjon – miljøterapeutenes opplevelser av utfordringer i implementering og bruk av ART*. Bergen: Det psykologiske fakultet, HEMIL-senteret, Masteroppgave.

Studien bygger på kvalitative fokusgrupper ved to institusjoner som har implementert ART. Utgangspunktet var miljøterapeutenes opplevelser av utfordringer i implementering og bruk av ART. Fem hovedtemaer ble utkrystallisert: forankring, kultur, ledelse, personale og programkvaliteter. Forskning bekrefter at funnene i denne studien er av betydning for miljøterapeutenes opplevelse av utfordringer. Ledelsens rammebetingelser og

prioritering av ressurser over tid står i fokus. Systematisk støtte som veiledning og oppfølging for miljøterapeutene synes å være avgjørende for implementeringskvaliteten.

En viktig implikasjon for *programeier* er at det bør etableres evaluerings- og vedlikeholdsrutiner. Videre bør det opprettes nettverk for overføring og utveksling av erfaringer mellom institusjoner som har valgt å ta i bruk programmet. Dessuten kan det være behov for å utvikle og forenkle brukergrensesnittet i programmet fordi informantene opplever enkelte av komponentene som spesielt utfordrende om komplisert å bruke. For *praksis* påpekes at det bør lages strukturer for jevnlig evaluering av implementeringskvaliteten, dessuten bør programmet bli en del av institusjonens fagsyn og på sikt en del av institusjonens kultur. For *videre forskning* påpekes at det vil være viktig med mer kunnskap om programimplementering i barneverninstitusjoner, og på kulturens rolle i slik implementering.

De utrolige årene, DUÅ

DUÅ er et forebyggings- og behandlingsprogram hvor målet er å hjelpe barn i alderen 0-12 år som har atferds- og sosiale vansker og deres familier. DUÅ er et program som er oversatt fra «Incredible Years® parent training» utviklet av dr. Carolyn Webster-Stratton. I likhet med PMTO er DUÅ inspirert av Patterson's sosialinteraksjonistiske læringsteori, og inneholder derfor mange av de samme elementene. Felles er styrking av foreldrenes oppdragsferdigheter og etablering av positive relasjoner mellom foreldrene og barnet, samt reduksjon av strenge oppdragsmetoder (Drugli 2013).

Målgruppen for DUÅ kan være foreldre, ansatte i skoler og barnehager og barn. Programmet skal styrke omsorgspersonenes kompetanse i å forebygge og behandle atferdsproblemer til barna. I tillegg til å redusere atferdsproblemer er formålet med programmet å styrke barnets sosiale kompetanse og følelsesmessige reaksjoner. Foreldreprogrammene har som mål å fremme foreldrenes kompetanse i håndtering og forebygging av atferdsvansker. Sentrale temaer er relasjonsbygging, positivt samspill, grensesetting og problemløsningsstrategier. Overfor barn er målet å styrke emosjonell og sosial kompetanse, selvbildet og opplevelsen av mestring. Trene på konfliktløsning, empati, sinnemestring og selvkontroll. Skole- og barnehageprogrammet har som mål å styrke lærerens kompetanse i forebygging og håndtering av atferdsproblemer, styrke kompetanse i klasseledelse og variasjon av læringstilnærmelser.

Studiene referert under er primært RCT studier, i noen av studiene består intervensjonene av foreldreopplæring, i andre av intervensjon overfor både foreldre og barn, og i noen retter intervensjonen seg også mot lærere.

DUÅ ble introdusert i Norge på midten av 2000 tallet, og ble først prøvd ut av R-BUP v/universitetet i Tromsø. Det er også dette miljøet som har gjennomført majoriteten av RCT og implementeringstidene av DUÅ i Norge.

Forfatter/ tilknytning	År	Tittel	N	Utvalgs kjennetegn	Type studie	Inklusjons- og eksklusjons-kriterier	Problem- stillinger	Resultater
Drugli, M. B., Fossum, S., Larsson, B., & Morch, W. T. R-Bup/NTNU og R- Bup/Univ. i Tomsø	2010	Characteristics of young children with persistent conduct problems 1 year after treatment with the Incredible Years program. European child & adolescent psychiatry, 19(7), 559-565.	N=127 n=47 DUÅ, n= 52 DUÅ + Barne trening, n= 28 venteliste	4-8 år, Gutter (80%) og jenter Alle kvalifiserte til ODD/CD diagnose. Rekrut-tering foregikk i 2001- 2003	RCT, pre og post, ett år etter avsluttet behandling med DUÅ (foreldre- trening) eller en kombinasjon av DUÅ og behandling av barnet.	Henvist på bakgrunn av henvendelse fra foreldrene pga. opposisjon eller atferdsproblematikk. Barna hadde vært medisinert i mist de siste seks mnd. Barna Skåret over 90- persentilen på ECBI- intensitet vurdert av mot/far. Oppfylte kriteriene for ODD eller CD	Å undersøke hva som kan predikere ikke-respons på behandling ett år etter avsluttet behandling	De barna som ble rapportert å ha størst problem-belastning før behandling hadde høyest risiko for fortsatt problemer etter ett år. Kontakt med barnevernet predikerte høyere sannsynlighet for fortsatt problem atferd. 2/3 kvalifiserte ikke lenger til ODD/CD diagnose

						Eksklusjons kriterier: barn med store fysiske og/eller psykiske/ kognitive funksjonsnedsettelse (eks. Sansetap, autisme)		
Drugli, M. B., Larsson, B., Fossum, S. og Mørch, W. T. R-Bup/NTNU og R-bup/Univ. i Tromsø	2010	Five- to six-year outcome and its prediction for children with ODD/CD treated with parent training. J Child Psychol Psychiatry 51:559–566.	54 % av N=127	4-8 år Gutter 80% Og Jenter 20%	RCT, 5-6 års oppfølging etter avsluttet behandling	Henvist på bakgrunn av henvendelse fra foreldrene pga. opposisjon eller atferdsproblematikk. Barna hadde vært medisinert i mist de siste seks mnd. Barna Skåret over 90-persentilen på ECBI-intensitet vurdert av mot/far. Oppfylte kriteriene for ODD eller CD Eksklusjons kriterier: barn med store fysiske og/eller psykiske/kognitive funksjonsnedsettelse (eks. Sansetap, autisme)	Hva er langtidseffekten av DUÅ?	Det var fortsatt slik at 2/3 ikke kvalifiserte til ODD/CD diagnose. Høyest diagnoserisiko hadde barn av alenemødre. En CD diagnose pre behandling økte risikoen for fortsatt CD diagnose etter 5-6 år. Økt risiko for barn med atferdsproblematikk og depressive mødre.
Fossum, S., Mørch, W. T., Handegård, B. H., Drugli, M. B., & Larsson, B. O. NTNU og Univ. i Tromsø	2009	Parent training for young Norwegian children with ODD and CD problems: Predictors and mediators of treatment outcome. Scandinavian Journal of Psychology, 50(2), 173-181.	N=127, n=47 DUÅ, n= 52 DUÅ + Barne trening, n= 28 venteliste	4-8 år		Se over	Hvilken betydning har behandlingen for foreldrepraksis og som potensiell moderator for barns atferdsproblemer?	Høyt stress hos mor, klinisk ADHD og det å være jente økte sannsynligheten for atferdsproblematikk hjemme. Reduksjon i foreldres negative og inkonsekvent disiplinering var en viktig prediktor for reduksjon av atferdsproblemer
Fossum, S., Drugli, M. B., Handegård, B. H. og Mørch, W. NTNU og Univ. i Tromsø	2010	Barns aggressive atferd etter foreldretrening. Tidsskrift for Norsk psykologforening. 47(11), 1017-1019.	N=127 (se over)	4-8 år	RCT	Se over	Hva er effekten av DUÅ for barn som får tiltak fra barnevernet? Modererer partnerstatus, mors alder og utdanningsnivå behandlingseffekten?	Resultatet viste at kun mødres utdanning modererer effekten, dvs at barn av mødre med lav utdanning profitterer mindre på DUÅ enn barn der mødrene har utdanning

Fossum, S., Handegård, B.H., Drugli, M. B. og Mørch, W. NTNU og Univ. i Tromsø	2010	Utvikling i barns utagerende atferd og mødres oppdragspraksis etter foreldretrening Tidsskrift for Norsk psykologforening 47, 601-607	N=97 n= 55 m/ ADHD	4-8 år	Flernivåanalyse	Se over	Fører risikofaktorer (ADHD og komorbiditet, og forhøyet stressnivå hos mor) til at barn oppfattes som mere aggressive før behandlingsstart, og endrer dette seg med behandling? Fører risikofaktorene til at mødres oppdragerstil er mer ugunstig før behandling enn etter?	ADHD kan redusere effekten av DUÅ noe, men alle hadde positiv effekt av behandlingen.
Hobbel, S. og Drugli, M.B. R-Bup/NTNU	2013	Symptom changes of oppositional defiant disorder after treatment with the Incredible Years Program. Nordic Journal of psychiatry 67 (2), 97-104	se: Larsson et al. (2009) N=127 Denne studien: N= 84, dette er de som deltok i oppfølgingsintervju ett år etter behandling(84/99)	4-8 år	RCT, pre og post, ett år etter avsluttet behandling med DUÅ	Se over: Larsson et. al. 2009	Å undersøke endringen i ODD diagnose og symptomer blant barna etter endt behandling	Før behandling fikk 90,5% en ODD diagnose, ett år etter gjaldt dette 32%. Det mest vanlige ODD symptomet både før og etter behandling var «argumenterer med voksne», men alle symptomene ble betydelig redusert. Men fortsatt var det slik at alle symptomene var tilstede iblant.
Larsson, B., Fossum, S., Clifford, G., Drugli, M. B., Handegård, B. H., & Mørch, W. T. R-BupNTNU; Univ. i Tromsø	2009	Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children. European Child & Adolescent Psychiatry, 18(1), 42-52.	127 n=47 DUÅ, n= 52 DUÅ + Barne- behandling n= 28 venteliste	4-8 år, Gutter (80%) og jenter Alle kvalifiserte til ODD/CD diagnose. Rekruttering foregikk i 2001-2003	Eksperimentell RC between-groups m/ pre og post ett år etter avsluttet behandling med DUÅ (foreldretrening) eller en kombinasjon av DUÅ og behandling av barnet.	Henvist på bakgrunn av henvendelse fra foreldrene pga. opposisjon eller atferdsproblematikk. Barna hadde vært medisinert i mist de siste seks mnd. Barna Skåret over 90-persentilen på ECBI-intensitet vurdert av mot/far. Oppfylte kriteriene for ODD eller CD Eksklusjons kriteria: barn med store fysiske og/eller	Sammenligning av de som får DUÅ med de som fikk DUÅ + barnebehandling, og de som sto på venteliste	Generell sterk nedgang i aggressiv atferd fra barna hjemme, dette gjaldt begge gruppene som hadde fått behandling. Behandlingen med DUÅ reduserte negativ foreldrepraksis betydelig. Kombinasjonene av DUÅ og barnebehandling var best. Hva ved barnebehandlingen som virker vet de ikke.

						psykiske/kognitive funksjonsnedsettelse (eks. Sansetap, autisme)		
Mørch, W-T., Drugli, M.B.	2011	Behandling som hjelper mot atferdsproblemer. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 48, 486-488	N=127 n=47 DUÅ, n= 52 DUÅ + Barne trening, n= 28 venteliste	4-8 år				Gjentar funnene fra de andre studiene. Konkluderer med at DUÅ er virkningsfullt og positivt, men noen kan profitere bedre på individuelt tilpassede supplement.
Reedtz, C. Univ. I Tromsø	2010	Mental health promotion in young children. Phd	N=186 n= 89 intervens. n= 97 kontroll	2-8 år	RCT, ett års oppfølging. En ikke-kliniske primærhelse tjeneste befolknings-Studie. Kortversjon av DUÅ	Eksklusjon: ECBI >90 persentilen	Bidrar kortversjonen av DUÅ til å redusere faktorer som øker risikoen for atferdsproblemer hos barn. Hva kjennetegner foreldrene (som alle hadde selvrekruttert seg)?	Det virker: streng og inkonsekvent oppdragsmåte reduseres med opplæring over ett år. Foreldrene opplevde også at de ble mere kompetente. Foreldrene hadde høy utdanning, var gift, og i full jobb. Alle foreldre vil kunne profitere på å delta i behandlingen
Reedtz, C., Handegård, B. H., & Mørch, W. T. Univ. i Tromsø	2011	Promoting positive parenting practices in primary care: outcomes and mechanisms of change in a randomized controlled risk reduction trial. Scandinavian journal of psychology, 52(2), 131-137.	N=186 (Se over)	2-8 år	RCT, ett års oppfølging Kortversjon av DUÅ		Er kortversjonen av DUÅ i stand til å redusere viktige risikofaktorer og styrke sentrale resiliens faktorer relatert til atferdsproblemer i et ikke-klinisk utvalg? Utgangshypotesen er at streng og inkonsekvent oppdragsstil forsterker atferdsproblematikk hos barna	Kortversjonen virker: streng og inkonsekvent oppdragsmåte reduseres med opplæring over ett år. Foreldrene opplevde også at de ble mere kompetente.
Stamnes, J.H. og Moe, A.B.	2009	Webster-Stratton Kurs, en Namsos studie. Norges Barnevern 2-2009: 14-123	N=27	2-16 år	Kurs evaluering		Bidro kurset til endringer?	17 barn hadde hatt fremgang, de som ikke hadde det hadde små problemer i utgangspunktet – nær normalen.

Opplæringssentret Høgskolen i Nord- Trøndelag								Foreldrene er fornøyd, mener de er bedre rustet til å takle fremtidige utfordringer. Gruppediskusjonene ble ansett som mest betydningsfullt, deretter støtte fra gruppeleder.
Nordiske studier								
Axberg, U. & Broberg, A. G. Univ I Gøteborg SV	2012	Evaluation of "The Incredible Years" in Sweden: The transferability of an American parent-training program to Sweden. Scandinavian Journal of Psychology 53, 224–232.	N=62 n= 38 DUÅ n=24 venteliste	4-8 år	RCT, med oppfølging etter ett år	ECBI, ODD	Evalueringen av overføringen av DUÅ fra USA til Sverige gjennom å måle effekten på barnas atferd	Overføringen til Sverige ser ut til å ha gått bra. Behandlingsgruppen skårer sig. Bedre enn kontrollgruppen på endret atferd i positiv retning. Virkningen synes også å bli overført til skolesituasjonen. Det var også sig. Forskjeller i mødrenes vurderinger av foreldreallianse. Foreldrene satte pris på DUÅ.
Birk-Olsen M. og Horsted, C CAST, Center for Anvendt Sundhetstjeneste- Forskning og teknologivurdering DK	2008	Undersøgelse af forældres og gruppelederes vurdering af foreldreprogrammet Basic i De Utrolige År. Syddansk Universitet	N=1244 Ukentlige evalueringer fra 11 kurs N= 107 fra foreldre ved programslutt		Spørreundersøkelse		Hvor fornøyd er foreldrene under og etter kurset?	70 % var positive ved kursoppstart, 97 % var veldig positive ved kursets slutt. 88% mente det var veldig nyttig. Metodene lært i kurset hjalp 90 % av foreldrene til å se endringer i barnas atferd. 85% følte seg sikre på at de ville takle fremtidige problemer på en bedre måte.
Rambøll management for Servicestyrelsen SV	2011	Evaluering af de Utrolige År, Effekten af programmet, slutrapport	N= 348 barn n=207 Basic n= 70 DINO n=50 Basic/ DINO	3-8 år	Evaluering, effektmåling basert på tidsserieanalyse og sammenligningsgrupper	ECBI	Har programmene effekt på barnas atferd? Har programmene positiv effekt for foreldrene?	Resultatene viser en positiv utvikling hos barna. DINO synes ikke å ha effekt hvis det ikke kombineres med DUÅ. Effekten for foreldrene rapporteres å være positiv, særlig på stressnivå og bedret parforhold 97% av foreldrene opplever DUÅ som positivt.

Trillingsgaard, T., Trillingsgaard A., Webster-Stratton, C. Aarhus universitet og University of Washington DK	2014	Assessing the effectiveness of the 'Incredible Years parenting training' to parents of young children with ADHD symptoms – a preliminary report. Scandinavian Journal of Psychology 55, 538-545	N= 36 barn med (n=12) eller med risiko for ADHD	3-8 år	Sammenligning med en benchmarkstudie fra litteraturen som er vurdert å holde gullstandard. Pre og posttest	Foreldre til barn med ADHD symptomer kunne henvende seg til klinikken	Hvor effektiv er DUÅ for foreldre til barn med risiko for ADHD, når metoden ikke inkluderer behandling av barnet og foreldrene selv har meldt sin interesse	ADHD symptomene og atferdsproblemene ble redusert fra pre- til posttest. Barnas sosiale og emosjonelle reguleringsferdigheter ble også forbedret. Foreldrene rapporterte at de brukte mer skryt og incentiver og mindre negative tilbakemeldinger. Alle effektene var også tilstede 6 mnd etter endt behandling.
Studier utenfor Norden								
Azevdo, A.F., Seabra-Santos, M.J., Gaspar, M.F., Homem, T.C. Portugal	2013	The Incredible Years Basic parental training for Portuguese preschoolers with AD/HD Behaviors: Does it make a difference? Child & Youth Care Forum, 42 (5), 403-424	N=100 n=52 DUÅ n=48 venteliste	3-6 år	RCT		Har DUÅ effekt på barn med ADHD?	Medium til stor intervensjonseffekt på barnas ADHD atferd og på selvrapportert foreldreferdighet. Signifikante kortidseffekter ble funnet på positiv foreldreferdighet og veiledning. 43% av barna i intervensjonsgruppen viste kliniske forbedringer i ADHD sammenlignet med kontroll (11%)
Charles, J.M., Bywater, T.J., Edwards, R.T., Hutchings, J., Zou, L. Bangor univ. UK	2013	Parental depression and child conduct problems: evaluation of parental service use and associated costs after attending the Incredible Years Basic Parenting Programme. BMC Health service research 2013, 13:523	N=119 n= 75 DUÅ n=44 venteliste		RCT, med oppfølging etter 6 mnd.	ECBI Foreldrestest: BDI II og CSRI	Sammenhengen mellom foreldres depresjon og bars atferdsproblemer er veldokumentert. Påvirker DUÅ foreldres bruk av offentlige tjenester?	Foreldredepresjon og stress sank i begge grupper, men kun i DUÅ var endringen signifikant. BDI II clinical cut-off påvirket bruk av offentlige tjenester: de som skåret over brukte flere enn de som skåret under
Hurlburt, M.S., Nguyen, K., Reid, J., Webster-Stratton, C.	2013	Efficacy of the incredible Years group parent program with families in Head start who self-reported a history of child maltreatment. Child	N=481 familier n= 335 DUÅ og n=146 i kontroll		RCT	DPICS-R, CII, ECBI	I studien sammenlignes foreldre som selv har rapportert om vannskjøtsel (maltratment) med foreldre som ikke	Begge grupper viste positiv endring i foreldreferdigheter, og det var ingen signifikante forskjeller mellom dem.

Univ. of Southern Cal. USA		Abuse & Neglect 37: 531-543					har rapportert om det, mht om foreldre praksis og barnas atferd endrer seg etter behandling med DUÅ	
Hutchings, J., Martin-Forbes, P., Daley, D., Williams, M.E. Bangor univ. UK	2013	A randomized controlled trial of the impact of a teacher classroom management program on the classroom behavior of children with and without behavior problems. Journal of School Psychology 51: 571-585	12 lærere og 107 barn DUÅ og TCM (teacher classroom management)	3-7 år	RCT Multimodell analyser for å undersøke effekten av intervensjonen på lærer, klasserom og elevens atferd.	Teacher-pupil observational tool. TSDQ	Hva er effekten av DUÅ opplæring av lærere for klasseroms-Undervisning.	Det var en signifikant reduksjon av utenom-oppgave aktiviteter i klasserommet, lærere innstilling til målgruppebarn og målgruppe barnas innstilling til lærerne ble mer positiv.
Letarte, M. J., Normandeau, S., & Allard, J. Univ. de Sherbrooke CA, USA	2010	Effectiveness of a parent training program "Incredible Years" in a child protection service. Child Abuse & Neglect, 34(4), 253-261.	N= 35 n=26 DUÅ n=9 venteliste	37 mødre og 8 fedre	Sammenlignende intervensjon med pre- og posttest	Ble rekruttert av saksbehandlere ved Montreal Youth Center, hvor foreldrene ble overvåket pga vanskjøtsel av sine barn	Hvilken effekt har DUÅ på foreldre praksis?	Positiv virkning på foreldre praksis (mindre hard disiplin og fysisk straff og mer skryt og positive tilbakemeldinger), og på foreldrenes oppfatning av barnets atferd.
Menting, A. T., de Castro, B. O., & Matthys, W. Utrecht univ. NL	2013	Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: A meta-analytic review. Clinical psychology review, 33(8), 901-913.	50 studier N= 4745 n=2472 intervensjon n= 2273 kontroll	3-9 år	72% brukte ECBI		Hva er effekten av DUÅ på atferdsproblemer og prososiale atferd.	DUÅ er en effektiv intervensjon. Behandlingsstudier ble assosiert med større effekt enn indikasjons og selektive forebyggende studier. Rapporterer en moderat effekt størrelse (d=0.27) på atferdsproblemer på tvers av studiene. Barn som i utgangspunktet har store utfordringer har større utbytte enn de med mindre problemer.
O'Neill, D., McGilloway, S., Donnelly, M., Bywater, T., Kelly, P.	2013	A cost-effectiveness analysis of the incredible Years parenting program in reducing childhood health inequalities.	N= 149 familier		Probabilistisk sensitivitets analyse. RCT, med 6 mnd oppfølging ECBI		Bidrar DUÅ til kostnadsreduksjon ved å redusere atferdsproblemer?	DUÅ bidrar til kostnadseffektive måter å redusere atferdsproblemer på. Funnene indikerer at investeringen i slike

Bangor univ. UK		European Journal of Health Econ. 14: 85-94						programmer vil la positive kostnadseffekter over tid
Pidano, A. E., & Allen, A. R. Univ. Of Harford, USA	2014	The Incredible Years Series: A Review of the Independent Research Base. Journal of Child and Family Studies, 1-19.	37 studier Foreldre opplæring (n=23) foreldre- og barnopplæring (n=6) barneopplæring (1) lærer opplæring (4) foreldre- og lærer opplæring (3)			RCT med kontrollgruppe eller annen intervensjonsgr.	Hva viser uavhengige studier mht effekten av DUÅ. Spørsmålet stilles på bakgrunn av at majoriteten av studier er gjennomført av de som har interesser i DUÅ (utviklere/ implementerere).	For effektstørrelser i de ulike størrelsene, se artikkel. Det er behov for flere uavhengige studier og flere med longitudinelt design. (Viser til funnene i studiene til Drugli et al. (2009/10), Larsson et al. 2008, Scott et al. 2010, Azevedo et al. 2013, Hutchings et al 2013)
Posthumus, J. A., Raaijmakers, M. A., Maassen, G. H., Van Engeland, H., & Matthys, W. Utrecht Univ NL	2012	Sustained effects of Incredible Years as a preventive intervention in preschool children with conduct problems. Journal of abnormal child psychology, 40(4), 487-500.	N= 144 foreldre, n=72 DUÅ og n= 72 mottok behandling som vanlig	Barna var 4 år	Sammenlignings studie, pre-posttester, oppfølging etter ett og to år.	CBCL ble brukt og de som skåret over 80 persentilen på aggressiv atferd ble inkludert. Eksklusjons kriterier: IQ<80,	Hvilken effekt har DUÅ mht å avverge kroniske atferdsproblemer hos barn unger skole alder.	To år etter behandlingsslutt viser observasjoner og foreldres selvrapportering langt større bedring i foreldreferdigheter i intervensjonsgr. Sammenlignet med i kontrollgr. Atferdsproblemene til barna i intervensjgr. Ble rapportert å være bedre, men ikke oppførsel
Scott, S., Sylva, K., Doolan, M., Jacobs, B., Crook, C. et.al. England	2010	Randomised controlled trial of parent groups for child antisocial behavior targeting multiple risk factors. Journal of Child Psychology and Psychiatry 51(1), 48-57	N=112 n= 61 interven. (DUÅ + child literacy programme) n=51, kontroll	6 år	RCT, med oppfølging etter ett år	Barn som har skåret høyt på mål for antisosial atferd, ECBI og PACS bl.a.	Hvilken effekt har DUÅ på foreldreferdigheter og på barnas atferdsproblematikk	Foreldrene brukte mer effektive foreldre strategier inkludert skryt, belønning, og «time-Out», sammenlignet med kontrollgruppen. ODD og CD ble også redusert mer hos barna i intervensjon enn de i kontroll gruppen

Funksjonell familierapi (FFT)

Funksjonell familierapi (FFT) er en evidensbasert behandlingsmetode for familier hvor en ungdom (11–18 år) viser alvorlige atferdsvansker. Metoden er utarbeidet av Jim Alexander, Ph.D., og hans kolleger gjennom forsknings- og utviklingsarbeid over mer enn 30 år. FFT tilbys som behandlingsform i USA og i flere europeiske land, deriblant Norge, Sverige, Nederland, Irland og England. Evalueringsforskning har vist at Funksjonell familierapi gir god hjelp til familier og ungdom med atferdsvansker, samt virker forebyggende i forhold til problemutvikling hos yngre søsken (<http://www.atferdssenteret.no/funksjonell-familierapi-fft/category148.html>). FFT implementeres i regi av Bufetat, og pt finnes det fem team i Norge: to i Skien, og ett i henholdsvis Stavanger, Førde og Sandvika. Henvisning skjer gjennom det kommunale barnevernet.

Ellers henviser nettsiden til følgende artikkel for en mer detaljert beskrivelse: Mørkrid, D. & Christensen, B. (2007). Funksjonell familierapi: En evidensbasert familierapeutisk behandling for ungdom og familier med alvorlige atferdsvansker. Tidsskriftet Norges Barnevern, 84(3), 15-23.

Implementeringen av FFT i Norge startet høsten 2007 med etableringen av et team i Stavanger, i et samarbeid mellom Bufdir, Bufetat og Atferdssenteret. Forskningsavdelingen ved Atferdssenteret fikk oppgaven med å utforme, gjennomføre og publisere en uavhengig evaluering av effekten av FFT-behandling i Norge (Mørkrid & Christensen, 2009:22). Resultatene av en RCT-studie forventes å foreligge i 2016. FFT er også implementert i Danmark, i regi av Familie- og Evidens Centeret i København. Vi har imidlertid ikke funnet noen evaluering av den danske implementeringen, men en RCT-studie startet i 2013 i regi av Socialstyrelsen. Her presenterer vi følgelig to svenske artikler, der FFT presenteres som et behandlingsprogram mot ungdomskriminalitet.

Vi har også funnet en britisk reviewartikkel som sammenlikner FFT og MST (Brodie, 2102), men den presenteres i oversikten over publikasjoner som sammenlikner ulike evidensbaserte programmer.

Forfatter/ tilknytning	År	Tittel	N	Utvalgs kjenne- tegn	Type studie	Inklusjons- og eksklusjons- kriterier	Problem-stillinger	Resultater
Hansson, K., Cederblad, M. & Höök, B. Lunds Universitet og Karolinska Instituttet, Stockholm	2000	Funktionell familjeterapi – en behandlingsmetode ved ungdomskriminalitet. Socialvetenskaplig tidskrift, 3, 231-244	89 49 ungdommer mottok FFT, 40 i en kontrollgruppe	Undersøkt ved hjelp av Symptom Check List, CBCL mht. kliniske verdier, Sense of Coherence og selvrapporter t kriminalitet	Randomisert studie Oppfølging to år etter behandlings- start	Alle ungdommer som ble tatt av politiet i Lund juni 1993 til juni 1995 gitt at de hadde gjort noe som kunne rapporteres til sosialvesenet. Mottok de allerede behandling fra sosialvesenet eller BUP, ble de ekskludert.	Presentere resultater fra en randomisert studie der man anvendte FFT som behandlingsmetode for ungdoms- kriminalitet.	Presentasjonen er begrenset til tilbakefallsfrekvenser i henhold til offisielle registre og selvrapportert psykisk helse. Ett år etter behandlingsstart: 33 % tilbakefall i FFT-gruppa versus 42 % i kontrollgruppa. To år etter: hhv. 41 % og 60 %. Av 28 personer som mottok FFT og hadde kliniske verdier på CBCL, hadde 17 (61 %) gått fra kliniske verdier til normalverdier. Resultatene anses som gode, og tilsvarer resultater fra USA
Hansson, K., Johansson, P., Drott-Englén, G. & Benderix, Y.	2004	Funktionell familjeterapi i barnpsykiatrisk praksis. Nordisk Psykologi, 56, 304-320.	45 familier henvist til FFT, ut fra sosialarbeidere ns vurdering. 36 fullførte 17 familier i en sammenlikning s-gruppe	Samme som i Hansson et al. (2000), dessuten to skalaer som måler familierelasjo ner	Behandlings- gruppe og sammenlik- ningsgruppe som mottok TAU Fulgt opp etter ca. 18 måneder ved hjelp av registerdata	FFT-gruppen var henvist til FFT av sosialtjenesten i Kronobergs län Sammenliknings- gruppen ble valgt ut av sosialtjenesten i samme län, fra populasjonen «henvist fra politiet på grunn av mistanke om kriminalitet»	1 Prøve en samarbeidsmodell for behandling av asosial ungdom der FFT var en hovedmetode. 2 Undersøke i hvor stor grad FFT kan gi påvisbare effekter på familiefungering, psykiatriske symptomer, følelse av sammenheng og optimisme hos ungdom og foreldre	Signifikant forskjell i tilbakefall blant FFT-gruppa som fullførte, 12 (33 %) i forhold til 12 (65 %) FFT-gruppen viste signifikant symptomforbedring på både CBCL og YSR, på 9 av 10 dimensjoner. Sammenliknet med en normalgruppe (N=646) viste ungdommene en symptombelastning som lå nær normalgruppa, men unntak av symptomer på eksternalisering.

MST

MST er en familie- og nærmiljø basert behandling for ungdom i alderen 12-18 år som har alvorlige atferdsproblemer. Det kan dreie seg om ungdom som er voldelig eller aggressive, som har problemer på skolen, som ruser seg, eller som har venner som har uheldig innflytelse på dem. Behandlingstilbudet er opprinnelig amerikansk og utviklet av dr. Scott W. Henggeler. Modellen er minimalisert og lisensbetings. Implementering av MST gjøres i samråd med lisenshaver.

Målet med MST er å redusere atferdsvanskene gjennom å styrke samhold og omsorg i familien og sette familien i stand til å løse fremtidige utfordringer blant annet gjennom å styrke foreldrenes oppdragelsespraksis. Et annet mål er å gjenopprette ungdommens kontakt med positive venner og deltakelse i positive aktiviteter. Generelt er det et mål å styrke kontakten mellom familien og omgivelsene, dvs. det sosiale nettverket, skolen, fritidsaktiviteter og det offentlige tjenestetilbud.

Målgruppen er ungdommen og deres foreldre, og er et frivillig hjelpetiltak som gis gjennom barneverntjenesten. MST er en intensiv behandling med familien og nærmiljøet som terapeutens viktigste støttespillere, og behandlingen skreddersys den enkelte ungdom og families behov. Foreldrene har mulighet til å ta kontakt med terapeuten hvis de har behov for det, 24 timer i døgnet, syv dager i uken.

Behandlingen varer vanligvis fra tre til seks måneder, men avsluttes så snart ungdommen har nådd oppsatte mål og familien klarer seg på egenhånd.

I Norge er det Atferdssenteret som har lisens på implementering av MST. MST ble implementert i Norge rundt år 2000, og i forbindelse med implementeringen ble det igangsatt en RCT studie av Atferdssenteret. Etter gjennomføringen av denne ene RCT studien er det ikke gjort flere slike av Atferdssenteret eller andre i Norge. I de studiene som er gjennomført har man brukt registerdata og kvalitative data. Den opprinnelige studien med senere oppfølging har vært utgangspunkt for flere studier (Ogden og Halliday-Boykins, 2004; Ogden og Hagen, 2006). I 2009 ble det publisert to studier en om betydningen av kjønn for henvisning til MST (Ogden og Hagen 2009), og en retrospektiv kassustudie som beskriver implementeringen av PMTO og MST i Norge (Ogden, Hagen, Askeland & Christensen, 2009), som vil omtales under.

Generelt er konklusjonene at forskerne ved Atferdssenteret er fornøyd med både programtrohet og effekten på målgruppen. Effektene synes imidlertid å være større særlig i USA og England sammenlignet med det man finner i de fleste andre studiene. Men også de norske studiene finner relativt større effekter enn det de svenske studiene finner. De svenske studiene synes å være gjennomgående mere kritiske. Om forskernes involvering enten i programmene eller på annen måte (f.eks. politikk og budsjetter) påvirker inngangen til studiene og resultatene kan det reises spørsmål vet. Det synes i Norsk sammenheng å være dags for nye studier, kanskje med et bredere fokus.

Forfatter/ tilknytning	År	Tittel	N	Utvalgs- kjennetegn	Type studie	Inklusjons- og eksklusjons- kriterier	Problem- stillinger	Resultater
Ogden, T. & Halliday- Boykins, C. (2004). Atferdssenteret og University of South Carolina	2004	Multisystemic treatment of antisocial adolescents in Norway: Replication of clinical outcomes outside of the US <i>Child and Adolescent Mental Health, 9, 77-83</i>	N=100, hvorav 62 unge mottok MST og 38 vanlige barneverntiltak	Fire «sites» bidro med 25 unge hver som var mellom 12 og 17 år gamle	RCT-studie	Inklusjonskriterier: (1) Problematferd som lovbrudd eller annen antisosial atferd, (2) alder 12- 17 år, (3) foreldre eller andre omsorgsgivere var til strekkelig involvert og motivert for å delta. Eksklusjonskrite- rier: (1) Mottok allerede annen behandling, (2) rusmisbruk isolert, (3) seksuelle overgrep, (4) autisme, akutt psykose eller selvmordsrisiko, (5) at ungdommen bodde i hjemmet representerte en alvorlig risiko, (6) pågående barne- vernundersøkelse.	1 Finne ut i hvor stor grad resultater fra USA om færre plasseringer utenfor hjemmet og langsiktige, positive kliniske utfall i USA kunne repliseres i Norge for unge med alvorlige atferdsvansker. 2 Gjennomføre en RCT- studie med uavhengige forskere.	MST var mer effektiv enn vanlig behandling når det gjaldt å redusere internaliserende og eksternaliserende atferd blant de unge, førte til færre plasseringer utenfor hjemmet, og økte ungdom- menes sosiale kompetanse. Foreldrene var mer fornøyd med behandlingen.
Ogden, T. & Hagen, K. A., Atferdssenteret	2006	Multisystemic treatment of serious behavior problems in youth: Sustainability of effectiveness two years after intake. <i>Child and Adolescent Mental Health, 11, 142-149</i>	N=75, hvorav 61 mottok MST og 14 vanlige barneverntiltak	Tre av de fire opprinnelige «sites» - den fjerde hadde ikke tilfreds- stillende mål på programtrohet	Deler av samme RCT-studie som over	Se over	Målet var å undersøke effektiviteten av MST sammenliknet med vanlige barnevernstiltak to år etter inntak. Det gjaldt særlig 1 Om MST var vellykket når det gjelder plassering utenfor hjemmet 2 Undersøke reduksjon i atferdsvansker i multi- informant vurderinger	MST var mer effektiv enn vanlige tiltak når det gjaldt å redusere plassering utenfor hjemmet og atferdsvansker
Ogden, T., Hagen, K. A. & Andersen, O.	2007	Sustainability of the effectiveness of a programme of	N=105, hvorav 50 fra den	To av de opprinnelige	Kombinasjon av deler av samme RCT-	Se over	Målet var å undersøke bærekraften til MST over	På de to opprinnelige «sites» var de kliniske resultatene like det andre

Atferdssenteret		multisystemic treatment (MST) across participant groups in the second year of operation <i>Journal of Children's Services</i> , 2, 3, 4-13	opprinnelige RCT-studien og 55 nyrekrutterte, ikke-randomiserte ungdommer	«sites» - en til hadde ikke tilfredsstillende mål på programtrohet. Av disse fikk 30 MST og 20 vanlige barnevernstiltak De siste 55 var rekruttert i programmets andre funksjonsår, og alle fikk MST Disse var yngre, men det hadde ikke betydning	studie og en ikke-randomisert studie, med pre- og postmålinger		tid, følgelig undersøkte man om en ny gruppe unge ville matche den første gruppa (i RCT-studien).	året, og bedre når det gjaldt viktige indikatorer på antisosial atferd. MST andre år var også mer effektiv enn vanlige barnevernstiltak med hensyn til å redusere plasseringer utenfor hjemmet og internaliserende så vel som eksternaliserende atferd
Ogden, T., Hagen K.A. Atferdssenteret	2009	What works for whom? Gender differences in intake characteristics and treatment outcomes following multisystemic therapy. <i>Journal of adolescence</i> 32 (2009) 1425-1435	N=105 Jenter (35%) og gutter (65%) Alle fikk MST	12-17 år Ved inntak hadde 91 % bodd hjemme siste måned	Multivariate analyser	Alvorlige atferdsproblemer CBCL, TRF, YSR	Har jenter og gutter samme henvisnings symptomer og bakgrunns-karakteristika ved inntak til MST? Har jenter samme utbytte av MST som gutter? Var det forskjell mellom gutte- og jenteforeldres vurdering av programmet?	Likhetene mellom gutter og jenter dominerte. Guttene fikk oftere MST pga fysisk og åpen aggressiv atferd, jenter pga skolevegning, rømt hjemmefra og rusmisbruk. Forskjellene i utbytte var ikke signifikante. Det var ingen forskjell i gutte- og jenteforeldres vurderinger av programmet
Ogden, T., Christensen, B., Sheidow, A. J., & Hoth, P. Atferdssenteret	2008	Bridging the gap between science and practice: The effective nationwide transport of MST programs in Norway. <i>Journal of Child and Adolescent Substance Abuse</i> , 17 (3), 93-109.			Evalueringssstudie av Implementering av evidensbasert praksis, en gjennomgang av den Norske erfaringen		En beskrivelse av overføringen og evaluering av MST til Norge	Atferdssenteret har gjort en stor innsats for å realisere MST og andre programmet slik at de fungerer godt for barn, unge, foreldre samt for personale og praktikere som implementerte dem
Ogden, T., Hagen, K. A., Askeland, E., & Christensen, B. Atferdssenteret	2009	Implementing and evaluating evidence-based treatments (EBT) of conduct problems in children and youth in Norway. <i>Research on Social Work Practice</i> , 19(5), 582-591.	MST og PMTO	Oppsummering av 8 års erfaring	Evalueringssstudie av En konseptuell modell som beskriver relevante implementerings-komponenter	Spredning, adopsjon, felles problemopplevelse og motivasjon, implementering, behandlings trohet,	Hvordan har det fungert? Atferdssenterets overordnede mål er å implementere EBT og praksis for å hindre atferdsproblemer og øke barn og	Forskerne er fornøyd. Videre utvikling og innføring av evidensbaserte programmer vil avhenge av en bred aksept av denne typen praksis i tjenestene, blant praktikere og familier

						tilpasning og kontekst	unges sosiale kompetanse.	
Andersen, A. og Hansen, Å. B. Fagteam Agder	2011	Fokus på egen praksis – Hvor bor ungdom etter endt MST behandling En undersøkelse av ungdom som har mottatt Multisystemisk terapi (MST) i fagteam Arendals opptaksområde. Norges barnevern. 88(1), 14-22.	N=116 Jenter, n = 51 (44%) og gutter, n= 65 (56%)	14-16 år	Retrospektiv deskriptiv studie basert på registreringer i Bufdir sitt fag- og rapporteringssystem ODA	Ungdom som hadde mottatt MST i perioden 2001-2008 fra fagteam Arendal	Forebygger MST plassering utenfor hjemmet. Studier fra Atferdssenteret har funnet at 20 % var plassert utenfor hjemmet, hvordan er dette i Arendal?	40 prosent var plassert utenfor hjemmet etter endt behandling. Forfatterne mener en av forklaringene på forskjellen er forskjeller i definisjonen av «å bo hjemme». Det vil si at man får mer positive resultater hvis man definerer det som å bo for seg selv med tilsyn.
Clausen, S. NOVA	2010	«Registerdata i analyser av familier i barnevernet» i Befring, E., Frønes, I. og Sørli, M. (red) Sårbare unge: nye perspektiver og tilnærminger. Oslo: Gyldendal akademisk.	N= 128 000		Registerdata Sammenligning av de i barnevernet som har fått MST, med de som har fått andre tiltak.	Alle ungdommer som har mottatt hjelpetiltak fra barnevernet i perioden 1990-2006	Er det sosiodemografiske forskjeller mellom de som rekrutteres til MST og de som får andre typer hjelpetiltak?	De som rekrutteres var oftere mødre, hadde høyere utdanning og bedre inntekt, det var færre i MST gruppen som mottok sosialhjelp og dødeligheten var lavere sammenlignet med de som mottok andre tiltak.
Tysnes, I. B. NTNU	2014	Ungdommenes opplevelse av plassering, opphold og ettervern: En studie av institusjonsplasseringer etter lov om barneverntjenester § 4.24. Avhandling (ph.d). Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, NTNU.	N=17 n=6 som hadde mottatt MST før plassering i institusjon		Kvalitativ intervjustudie	Institusjonsplassert ungdom	Hva er ungdommens opplevelser av plassering, opphold og ettervern.	Ungdommen gir uttrykk for negative erfaringer med MST. Vurderingen er at MST ikke passer så godt til ungdom med komplekse problemer.
Nordiske studier								
Löfholm, C., Olsson, Y., Sundell, K., & Hansson, K. S	2009	Multisystemisk terapi för ungdomar med allvarliga beteendeproblem. Resultat efter två år. Stockholm: Socialstyrelsen, Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS).	N=147 (opprinnelig 56, men 9 falt fra etter 2 år)	12-17 år Jenter (39%) og gutter (61%)	RCT Pre- og poststudie Oppfølging 24 mnd etter endt behandling	CBCL og YSR	Har resultatene for de som fikk MST og tradisjonell behandling endret seg etter 2 år? Kostnadmessig, lønner MST seg sammenlignet med tradisjonell behandling?	Forbedringen var omtrent like stor for begge grupper. Situasjonen hadde bedret seg betydelig fra pre-test. Kostnadene er høyere for MST
Olsson T.M. S	2009	Intervening in youth problem behavior in Sweden: a pragmatic cost analysis of MST from a randomized trial with conduct disordered youth International journal of Social Welfare 2010: 19: 194-205	N=156		RCT En kostnadsanalyse		Koster MST mindre enn tradisjonell behandling, sett i forhold til at MST skal bidra til færre plasseringer?	MST koster ikke mindre

Socialstyrelsen S	2014	Utvärdering av Multisystemisk terapi för ungdomar med allvarliga beteendeproblem – resultat efter fem år.	N= 156 n= 79 til MST n= 77 til tradisjonelle hjelpetiltak	12-17 år Jenter (39%) og gutter (61%)	Registerdatastudie 5 år etter av de som opprinnelig deltok i RCT studien	CBCL og YSR	Hva er effekten av MST sammenlignet med tradisjonell behandling mht atferdsproblematikk. Kostnader ved de ulike behandlingsalt.	Tiltakene synes like effektive Sosiale tjenesten og andre instanser som var i kontakt med ungdommen hadde like store kostnader forbundet med MST gruppen som de som hadde fått tradisjonell behandling
Sundell, K., Hansson, K., Löfholm, C. A., Olsson, T., Gustle, L. H., & Kadesjö, C. S	2008	The transportability of multisystemic therapy to Sweden: short-term results from a randomized trial of conduct-disordered youths. Journal of Family Psychology, 22(4), 550.	N=156 n= 79 til MST n= 77 til tradisjonelle hjelpetiltak	12-17 år Jenter (39%) og gutter (61%)	RCT Pre- og poststudie Oppfølging 7 mnd etter endt behandling	CBCL og YSR	Er MST mer effektivt enn tradisjonell behandling?	MST gruppen skåret ikke bedre enn de som fikk tradisjonell behandling. Begge gruppene rapporterte reduksjon i psykiske problemer og atferdsproblematikk, bedre familierelasjoner og forbedring av sosiale ferdigheter
Studier utenfor Norden								
Asscher, J. J., Deković, M., Manders, W. A., van der Laan, P. H., & Prins, P. J. NL	2013	A randomized controlled trial of the effectiveness of multisystemic therapy in the Netherlands: post-treatment changes and moderator effects. Journal of Experimental Criminology, 9(2), 169-187.	N=256 MST n= 147 Tradisjonell behandling n= 109	12-18 år Gutter n=188 Jenter n= 68	RCT Pre-post	Atferdsproblemer ble målt med CBCL	Hvor effektivt er MST sammenlignet med tradisjonell behandling?	MST var mer effektivt en annen behandling til å minske utagerende atferd, ODD, CD og eiendomsovergrep, men ikke for vold. Sammenlignet med kontrollgruppen opplevde MST Foreldrene seg mer kompetente og rapporterte om nedgang i ungdommens fiendtlighet. Det var ingen endring i opplevd selvfølelse, og en økning i opplevelse av «personal failure».
Asscher, J. J., Deković, M., Manders, W. A., van der Laan, P. H., Prins, P. J. & van Arum NL	2014	Sustainability of the effects of multisystemic therapy for juvenile delinquents in The Netherlands: effects on delinquency and recidivism J of Exp Criminology (2014) 10:227-243	N=256 MST n= 147 Tradisjonell behandling n= 109	12-18 år Gutter n=188 Jenter n= 68	RCT Sammenlignet Pre-og posttest etter 6 mnd Gjennomgang av juridiske data		Opprettholdes effekten av MST på kriminalitet og tilbakefall etter 6 mnd?	Ifølge ungdommene selv og deres foreldre bidro MST til reduksjon i kriminalitet. Juridiske data viste at det ikke var noen forskjell mellom MST og kontrollgruppen mht tilbakefall
Boxer, P. NL	2011	Negative Peer Involvement in Multisystemic Therapy for the Treatment of Youth Problem Behavior: Exploring Outcome	N=1341 Jenter n= 414 (31%)	Gj.alder 15 år	Database over alle som har fått MST fra en nonprofit ungdoms- og	Inkludert når henvisningsgrunn forelå, var blitt besøkt minst en	Hvilken effekt har samvær med negativ jevnaldrende på begrunnelser for	Resultatene indikerer at samvær med negativ jevnaldrende er relatert til negativt behandlings utfall. Dette gjelder særlig der negativ

		and Process Variables in "Real-World" Practice Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 40 (6)	Gutter n=927 (69%)		familietjeneste (CSI) som har gitt tilbud om MST siden 1999	gang av en MST terapeut, begrunnelse for avslutning av saken forelå, demografiske data var tilgjengelig	hvorfor saken avsluttes og for behandlingsresultat	jevnaidrende påvirkning omfatter gjengtilknytning
UK	2011	A randomized controlled trial of multisystemic therapy and a statutory therapeutic intervention for young offenders. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 50(12), 1220-1235.	N=108 Familier MST n=56 Youth offending teams (YOT) n= 52	11-17 år	RCT		Er MST mer effektivt mht å redusere ungdoms problemer (offending) og plassering utenfor hjemmet. Bidrar MST til større forbedringer av sosialitet?	Både MST og YOT bidro til færre fornærmelser, men MST i langt større grad når det gjaldt ikke-voldelige fornærmelser. Forskjellen vedvarte over 18 mnd.
	2012	Maternal depression mediates the link between therapeutic alliance and improvements in adolescent externalizing behavior. Journal of Family Psychology, 26(6), 880.	N=89		Vurdering av relasjonen Pre-, midt- og postbehandling. Mors depresjon og ungdommens utagerende atferd etter mor vurdering		Hvilken betydning av terapeutisk allianse for endringer i ungdoms utagerende atferd? Medierer mødres depresjon denne relasjonen?	Therapist-rated alliance was related to improvement in maternal depression, which was associated with reduction in adolescent externalizing behavior as rated by mothers
NL	2014	The effectiveness of Multisystemic Therapy (MST): A meta-analysis. Clinical psychology review, 34(6), 468-481.	N=4066 MST n=1890 Kontrollgruppe N= 1835		Metaanalyse av studier fra 1985-2012, 22 studier	Inklusjon: RCT, pre og post målinger var oppgitt og at statistikk var tilgjengelig for metaanalyse	Hva er effekten av MST?	Små signifikante behandlingseffekter bel funnet på kriminaitet, psykopatologi, rusmiddelmisbruk, familie faktorer, plassering utenfor hjemmet og jevnaldrende. Det var en rekke faktorer som modererte effekten av MST. MST synes mest effektivt for ungdommer under 15 år som hadde alvorlige atferdsproblemer da behandlingen startet
UK	2012	Multisystemic therapy for young offenders: families' experiences of therapeutic processes and outcomes. Journal of Family Psychology, 26(2), 187.	N= 21 familier (21 foreldre og 16 ungdommer)	13-17 år	Semistrukturert intervjuundersøkelse	Inklusjons kriteriet var minst to advarsler for kriminell virksomhet, eller reprimande eller domfellelse.	Hvordan opplever familiene prosessen og betydningen av MST?	Foreldrene opplevde økt kompetanse og trygghet i foreldrerollen, relasjonen i familien ble bedre, og at ungdommens refleksjons og aspirasjonsnivå økte.

MultifunC

MultifunC er et institusjonstilbud spesielt utviklet for ungdom i alderen 14-18 år med alvorlige atferdsvansker, ofte i kombinasjon med rusproblemer, som har behov for institusjonsopphold før de kan ha nytte av hjemmebaserte tiltak.

Behandlingsprogrammet er utviklet i samarbeid mellom Barne- og Likestillingsdepartementet i Norge, Statens Institusjonsstyrelse (SiS) og Institutt for metodeutvikling (IMS) i Sverige (se Andreassen, 2003).

En målsetting med MultifunC er forandring av atferd, holdninger og ferdigheter hos ungdommene, blant annet gjennom bedret skolefungering og positiv jevnaldrende kontakt. En annen viktig målsetting er bedre foreldrefungering og bedret samspill mellom ungdommen, foreldrene og andre nærpersoner. Foreldrene involveres i behandlingen.

Fra Norge foreligger foreløpig bare en implementeringsrapport fra Universitetet i Tromsø (2011). En evaluering, også utformet av Universitetet i Tromsø, skal etter planen foreligge høsten 2015. I tillegg foreligger en implementeringsrapport (2011) og en ettårsevaluering (2014) fra den svenske Socialstyrelsen. Et samarbeidsprosjekt mellom norske og svenske myndigheter om å utvikle institusjoner for ungdom med alvorlige atferdsvansker ble innledet i 2000, og resultatet ble MultifunC.

Vi har inkludert disse tre rapportene her fordi MultifunC er en institusjonsbasert intervensjon for unge med alvorlige atferdsvansker. Vi har ikke lyktes i å finne referebaserte artikler om tiltaket.

Forfatter/ tilknytning	År	Tittel	N	Utvalgs kjennetegn	Type studie	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	Problem- stillinger	Resultater
Fossum, S. & C. I. Holmen, Universitetet i Tromsø	2011	Implementering av behandlings-modellen MultifunC. Implementeringsprosessen på seks barneverminstusjoner i Norge Tromsø: UiT, RKBU Nord, Rapport 1	6 institusjoner Modellen er rettet mot ungdom i alderen 14-18 år med alvorlige atferdsvansker som ikke kan nyttiggjøre seg hjemmebaserte tiltak Institusjonsbehandling ca. 6 måneder og videreføring i	At institusjonene implementerte MultifunC	Implementeringsstudie 12 besøk på de seks institusjonene, samt spørreskjemaer til personalet om deres opplevelse av implementeringen Dessuten skåringer ved hjelp av Youth Level of Services (YLS)	Den ene institusjonen ble lagt ned	Kvaliteten på implementeringsprosessen	Vellykket implementert på 5 institusjoner, den siste ble besluttet lagt ned

			hjemmemiljøet 5-6 måneder		Samt Correctional Program Assessment Inventory (CPAI)			
			Tiltakene fokuserer på de viktigste arenaene i ungdommenes liv (økologisk tilnærming)					
Carpelan, Kerstin Söderholm & M. Hultman Socialstyrelsen	2011	Implementeringen av MultifunC – ett program för insti-tutionsbehandling av ungdomar med svåra beteende-problem. Stockholm: Socialstyrelsen	Tre enheter innen statens institusjons-styrelse	At institusjonene implementerte MultifunC	Observasjonstid på to år CPAI to ganger, samt spørreskjema fra personalet YLS	YLS og Case Management Inventory (CMI) Ungdommen med f.eks. ADAD og ASEBA	Om MultifunC er mer effektiv enn annen behandling i forhold til samme målgruppe – men først må programmet implementeres ordentlig	Det går an gjennomføre MultifunC-programmet, men det tar tid. To av tre enheter oppnådde tilfredsstillende mål på implementering etter to år.
Socialstyrelsen	2014	MultifunC institusjonsbehandling för ungdomar med svåra beteende-problem. Resultat efter ett år. Stockholm: Socialstyrelsen	80 ungdommer 14-18 år	Institusjoner som implementerte MultifunC og institusjoner som ikke gjorde det	Kvasiekserimen-telt design med intervensjons- og sammenliknings-gruppe	Ungdommen: ART, Motiverende intervju (MI), MST og PMT Høy risiko for fortsatt negativ utvikling i henhold til YLS/CMI Middelhøy til høy risiko Eksklusjons-kriterier: Alvorlig psykisk utviklingshemning, autisme, alvorlig psykisk sykdom, akutt selvmords-risiko, seksualforbryter uten kjennetegn fra inklusjonskriteriene, brannstifter (ditto)	Tilbakeføre ungdommene til hjemmemiljøet	Hovedresultatet var at MultifunC lyktes med å få ungdommene tilbake til hjemme-miljøet sitt 5 MultifunC-ungdommer var plassert 12 måneder senere, til forskjell fra 19 i sammenliknings-gruppen. Flertallet i MultifunC-gruppen bodde hjemme og gikk på skolen Intervjuer med 57 ungdommer viser at psykososial problemløst og normbrudd minket i løpet av året, like mye i begge grupper, men problemnivået var fortsatt høyere enn i normalbefolkningen

PALS (Positiv atferd, støttende læringsmiljø og samhandling) - skolebasert

PALS er en nordisk versjon av den amerikanske School-Wide Positive Behavior Intervention and Support-model, utviklet av universitetet i Oregon, USA. PALS er en skoleomfattende innsatsmodell. Intensjonen med PALS er å påvirke skolekulturen i en retning som bidrar til å forebygge atferdsproblemer og derved øke elevenes sosiale og skolefaglige læring (Rasmussen og Olsen 2012: 9-10). PALS har så langt blitt implementert i 215 av barneskolene i Norge (7.4 prosent) (Sørli og Ogden 2015).

PALS er basert på forskning og kunnskap om hvilke tiltak som er virksomme for å fremme et trygt læringsmiljø og sosial og skolefaglig kompetanse hos elevene.

Målgruppen for PALS er ansatte som får grunnleggende opplæring i universelle forebyggende tiltak som skal komme alle elevene til gode. I tillegg får ansatte opplæring i individuelle tiltak for de elevene som trenger ekstra sosial eller skolefaglig opplæring og støtte. Med PALS følger det sentrale kartleggingsverktøyet SWIS (School-Wide Information System), hvor lærere registrerer negativ elevatferd. Når dette blir brukt over tid, gir det grunnlag for å vite hvilke tiltak som bør innføres for å fremme positiv atferd og et positivt læringsmiljø (Sørli et al. 2014: 25). Alle ansatte omfattes av opplæringen og det legges vekt på positiv involvering og oppmuntring, og at de gir forutsigbare reaksjoner på negativ atferd overfor elevene.

Elever som ikke nyttiggjør seg universelle forebyggende tiltak, blir tidlig identifisert slik at de raskt kan få tilpassede støttetiltak. Ofte er det bare noe få elever som står for en stor andel av skolens atferdsproblemer. Likevel kan disse påvirke hele skolens læringsmiljø negativt.

I Norge er modellen videreutviklet og tilpasset norske forhold av Atferdssenteret, og vi fant bare artikler skrevet herfra.

Hovedvekten her legges på fem artikler: en oppsummering av det amerikanske programmet PALS bygger på, tre engelskspråklige artikler av Sørli og Ogden og en engelskspråklig artikkel av Sørli og Torsheim.

I tillegg har vi to norskspråklige artikler som presenterer utvalgte resultater, ikke i refereebaserte tidsskrifter. De beskrives kort nederst. Det finnes også ytterligere to engelskspråklige artikler om PALS fra Atferdssenteret, men da disse er fra 2007, beskrives de ikke nærmere her.

Forfatter/ tilknytning	År	Tittel	N	Utvalgs kjennetegn	Type studie	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	Problem- stillinger	Resultater
Bradshaw, C. P., Waasdorp, T. E. & Leaf, P. J. Johns Hopkins	2012	Effects of school-wide positive behavioural interventions and supports on child behavior problems. <i>Pediatrics</i> , 130, e1136-e1145.	12 344 barn i barneskolealder, fordelt på 37 skoler, hvorav 21 mottok intervensjonen og 16 var kontrollskoler 11 738 elever i den endelige analysen	Gutter og jenter 45,1 % afrikanske og 46,1 % kaukasiske 49 % fikk gratis eller billigere måltider på skolen 12,9 % fikk spesialutdanning ved baseline	Group randomized effectiveness design 4 års varighet, 5 punkter for datainnsamling Spørreskjema til lærerne Fjernivåanalyser	Bare offentlige skoler ble inkludert. Åpen kohort, slik at nye elever kunne delta etter hvert Private skoler ble ekskludert, likeledes elever som flyttet i løpet av prosjektperioden	SWPBIS er en allmenn forebyggingsstrategi som skal redusere elevenes atferdsproblemer gjennom å endre lærernes atferd og utvikle støttefunksjoner som dekker barnas behov. Dene studien rapporterer intervensjonseffekter på barnas atferd og tilpasning ut fra et effektivitetsforsøk med programmet	Fjernivåanalysene indikerer signifikante virkninger av SWPBIS på atferdsvansker, konsentrasjonsvansker, sosioemosjonell fungering og prososial atferd. Barna i programmet hadde 33 % mindre sannsynlighet for å bli disiplinert, særlig jentene. Ingen forskjell når det gjaldt risiko for å bli suspendert. Størst effekt blant de som hadde vært eksponert for programmet i barnehagen. Noen barn responderer ikke ordentlig, så det trengs mer forskning som kan identifisere disse barnas behov. Dog ganske moderate effektstørrelser, hvilket særlig er vanlig over lang tid. Dessuten ble implementeringen gjennomført av delstaten og skolene, ikke forskerne – kunne gi lavere effekt.
Sørli, M. & Ogden, T. Atferdssenteret	2015	School-wide positive behavior support-Norway: Impacts on problem behavior and classroom climate. <i>International Journal of School & Educational Psychology</i> , 3, 202-217.	Data ble samlet inn fra mer enn 1200 lærere og 7640 elever på fire tidspunkter i løpet av fire år. Kontrollgruppa bestod av 5 606 elever. 28 intervensjons-skoler og 20 kontroller, fra 17 strategisk valgte kommuner i Sør- og Øst-Norge.	Elever i 1-7 klasse i barneskolen. Tre år etter at forsøket ble implementert, med flere datainnsamling er underveis Data samlet inn fra lærere og andre ansatte ved skolen, og	Styrket, ikke-randomisert eksperiment, ved bruk av «nonequivalent comparison group design» (NEC). Tre nivåer for intervensjon: Alle får universelle tiltak, noen er i moderat risiko og går utvalgte intervensjoner, og noen får er i høy	Ekskludert: Skoler som allerede var i gang med et eller annet program, dessuten skoler med mindre enn 100 elever Inkludert: Av 126 skoler som passet inn, ble 52 skoler tilfeldig valgt og invitert til å være intervensjonsskoler Kartlegging: To britiske mål på problematferd på skolen og i klassen, Classroom Environment	Hovedmålsettingen med programmet er å redusere atferdsproblemer og fremme positiv atferd blant elevene gjennom å endre læringsmiljøet ved bruk av evidensbaserte strategier og inkluderende strategier.	Den longitudinale fjernivåanalysen indikerer en signifikant, positiv hovedeffekt på nivået av problematferd og på læringsmiljøet i PALS-skolene sammenliknet med kontrollene, særlig for skolene med høy implementerings-kvalitet. Når det gjaldt alvorlige og moderate atferdsproblemer i klassen, var positive intervensjons-effekter bare til stede i skoler med høy implementerings-kvalitet.

			De 20 skolene gjennomførte «Business as usual» (BAU)	fra barna i 4-7 klasse	risiko og får intenes tiltak	Scale (CES, Trickett & Moos) pluss skjema fylt ut av alle voksne på skolen om i implementeringskvaliteten (EBS-SAS)		Effektene avtok over tid, men i mindre grad i skoler med høy programtrohet. Men man lurer på hvorfor kontrollgruppa gjorde det så bra? Det viste seg at de hadde implementert andre programmer i løpet av perioden. Effektstørrelsen var moderat til lav (d=.13-.25) Begrensninger: Ikke mulig med RCT, mulig seleksjonsbias i inkluderingen av skoler, og mulig positiv responsbias fordi informantene fra skolene også var ansvarlige for implementeringen
Sørli, M. & Ogden, T. Atferdssenteret	2014	Reducing threats to validity by design in a nonrandomized experiment of a school-wide prevention model. International Journal of School & Educational Psychology, 2, 235-246.	I denne studien deltok 1 734 lærere, litt flere i eksperiment- enn i BAU-gruppa. 8 236 elever og 65 skoleledere 28 intervensjonsskoler, BAU 20 skoler, PALS «light» 17 skoler	Barn mellom 9 og 12, lærere og skoleledere	Se artikkelen over – NEC design (Nonequivalent comparison) gruppedesign	Eks. Teacher Report Form (Achenbach) og Social Skills Rating Scale	Målsettingen var å styrke validiteten i et NEC design gjennom å tilføre ekstra elementer som tilfeldig inklusjon av flere stratifiserte og aktive sammenlikningsgrupper	Baseline sammenlikninger kan tyde på at det å legge til ekstra elementer kan ha fjernet trusler som følger av seleksjonsbias
Sørli, M. & Torsheim T. Atferdssenteret	2011	Multilevel analysis of the relationship between teacher collective efficacy and problem behavior in school. School Effectiveness and School Improvement, 22, 175-191						
Ogden, T. & Sørli, M. Atferdssenteret	2009	Implementing and evaluating empirically based family and school programs for children with conduct problems in Norway. The International Journal of Emotional Education, 1, 96-107.						

Sørli, M., Ogden, T., Arnesen, A., Olset, A. Røyhus & Meek-Hansen, W. (2014). Skoleledere om PALS. *Spesialpedagogikk*, ?, 17-29. PALS har blitt implementert i 218 av i alt 2997 grunnskoler i Norge, hovedsakelig på barnetrinnet. Denne artikkelen beskriver resultater fra en spørreskjemaundersøkelse blant 143 skoleledere (76 %). Undersøkelsen ble gjennomført sommeren 2012. Rektorenes svar var gjennomgående positive på alle spørsmål som ble stilt. Dette ble stilt opp mot utsagn om at noen mener PALS har negative konsekvenser, og derfor ikke bør implementeres i flere skoler.

Sørli, M. (2014). PALS – en skoleomfattende innsatsmodell for positiv atferds- og mestringsstøtte i skolen. *Skolerapport 2014 – Bufdir*. En beskrivelse av PALS, og argumentasjon for hvorfor det er positivt med denne typen programmer.

PMTO

PMTO er et strukturert behandlingsprogram for foreldre til barn i alderen 3-12 år med atferdsvansker. PMTO ble utviklet av Gerald Patterson ved Oregon Social Learning Center (OSLC) på 1960-tallet, og introdusert i Norge i 1998.

Grunnlaget for PMTO er sosial interaksjons læringsteori (SIL), dette er en teori om hvordan risikofaktorer i samspill mellom foreldre og barn resulterer i atferdsvansker. I følge denne teorien utvikles antisosial atferd gjennom en gjensidig læringsprosess i interaksjonen mellom foreldre og barn kjennetegnet av fastlåste og tvangspregete samspillsmønstre, og som gir seg utslag i hyppige forelder-barn konflikter (Patterson 2002).

Hensikten med behandlingsprogrammet er å gjøre foreldre i stand til å erstatte det tvangspregete samspillsmønsteret med positiv involvering, effektiv grensesetting, tilsyn og problemløsning (Ogden og Hagen 2008). PMTO skal bidra til at foreldrene læres opp i å se positive handlingsalternativer. Sammen med en terapeut formulerer foreldrene felles mål, og mellom hvert møte har foreldrene definerte hjemmeoppgaver der de aktivt skal prøver ut nye strategier i samspill med barna. De viktigste terapeutiske teknikkene er bruk av rollespill og problemløsningsoppgaver, men det benyttes også generelle terapeutiske teknikker (Berge 2010).

PMTO foregår i barnets hjem hvor en terapeut møter foreldrene omtrent en gang i uken, i fire til ni måneder. Dersom begge foreldrene, eventuelt steforeldre, bor sammen med barnet må begge møte og delta. Bor barnet i fosterhjem kan fosterforeldrene delta i PMTO.

PMTO – rådgivning er en modifisert form av PMTO, og er et korttidsorientert hjelpetiltak for familier med barn i alderen 3-12 år med mindre omfattende atferdsproblemer eller som står i fare for å utvikle problemer. Rammen for rådgivningen er 3-5 møter av en times varighet. De viktigste temaene er: Gode og effektive beskjeder, systematisk bruk av ros og oppmuntring, grensesetting. Som i PMTO foregår rådgivningen gjennom en kombinasjon av undervisning, dialog og øvelser

PMTO – gruppeundervisning. Målgruppen er foreldre og foresatte til barn i alderen 3–12 år med begynnende atferdsproblemer. Undervisningen er tidsavgrenset og går over 12 ganger à 2,5 timer. Foreldregruppen ledes av to terapeuter.

I Norge er det Atferdssenteret som har ansvaret for implementering av PMTO, som det vil gå frem av oversikten under, er det også Atferdssenteret som designet og gjennomført majoriteten av studiene i Norge. Ellers i Norden har vi kun funnet studier fra Island.

Generelt viser studiene moderate effekter av PMTO. Generelt synes foreldrene/mødrene å rapportere om bedre resultater i form av endret oppdragerstil og reduserte atferdsproblemer hos barna, de rapporterer også om større endringer enn det lærerne gjør. Positive endringer rapporteres både for barn i barnevernet og for barn med ADHD problematikk. De islandske studiene finner at mødres oppdragerstil ikke endres, men at barnas atferdsproblemer ble mindre. PMTO synes derfor å kunne ha en positiv effekt på barnas atferdsproblemer, som, slik vi ser det, kan skyldes at foreldrene opplever seg mer kompetente og derfor opptrer på en annen måte enn tidligere overfor sine barn, samtidig som de har fått kjennskap til noen redskaper å bruke i interaksjon med barnet.

*Atferdssenteret har samarbeidet med flere

Forfatter/ tilknytning	År	Tittel	N	Utvalgs kjenne-tegn	Type studie	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	Problem- stillinger	Resultater
*Bjørknes, R., & Manger, T. Atferdssenteret og Univ. i Bergen	2013	Can parent training alter parent practice and reduce conduct problems in ethnic minority children? A randomized controlled trial. Prevention science, 14(1), 52-63.	N= 96, pakistanske og somaliske mødre Intervensjon, n= 50 Kontroll (venteliste), n= 46	4-8 år Jenter og gutter Barn, foreldre og lærere	RCT Pre- og postvurdering	Voksnes rapportering av atferdsproblemer Hos barna. Dvs: Enhver regelbrytende atferd som; stjeling, skulking, temperaments utbrudd, aggresjon, trass	1. effekten av PMTO på mødres selv rapporterte foreldrepraksis 2. PMTO effekten på mødres rapportering om barnas atferd 3. læreres rapportering om barnas atferd og sosiale kompetanse	1. en viss effekt: dempet hard disiplinering og økte «positive parenting». 2. mødrene rapporterte om færre atferdsproblemer. Effektstørrelsen var liten i henhold til Cohen's retningslinjer. 3. Lærere rapporterte ingen sign. effekt
Bjørknes, R. Atferdssenteret	2011	Parent Management Training – Oregon Model: Intervention effects on maternal practice and child behavior in ethnic minority families. Avhandling (ph.d). Universitetet i Bergen.	N= 96, pakistanske og somaliske mødre Intervensjon, n= 50 Kontroll (venteliste), n= 46	4-8 år Jenter og gutter Barn, foreldre og lærere	RCT Pre- og postvurdering	Voksnes rapportering av atferdsproblemer Hos barna. Dvs: Enhver regelbrytende atferd som; stjeling, skulking, temperaments utbrudd, aggresjon, trass	Som over	
Bjørnebekk, G., Kjøbli, J., & Ogden, T. Atferdssenteret	2015	Children With Conduct Problems and Co-occurring ADHD: Behavioral Improvements Following Parent Management Training. Child & Family Behavior Therapy, 37(1), 1-19.	N= 253 n= 97 m/ADHD	?-12 år Jenter (27 %) Gutter (73 %) Barn, foreldre, lærere	Pre- og postvurdering	Atferdsproblemer CBCL, TRF, PDR	Er det forskjell i effekten av PMTO for barn med og uten ADHD	Effekten av PMTO er den samme for barna enten de har ADHD eller ikke.
Dyrli, E. R. Atferdssenteret	2012	Parent Management Training (Oregonmodellen) - En behandlingsmetode for barn med «bare» alvorlige atferdsvansker? - En studie av PMTOs effekt på familier med barn med antisosial atferd og kaldhetstrekk. Masteroppgave i pedagogikk – Universitetet i Oslo.	N= 323		Pre- og postvurdering	Atferdsproblemer CBCL, TRF, PDR	Fungerer PMTO for barn med antisosial atferd og kaldhetstrekk?	Barn med kaldhetstrekk synes å ha mindre nytte av PMTO
Hagen, K. A., Ogden, T., & Bjørnebekk, G.	2011	Treatment outcomes and mediators of parent management training: A	N= 112, PMTO n= 59,	4-12 år	RCT Pre- og postvurdering	Atferdsproblematikk i henhold til DSM-IV	Lar mål på disiplinering seg gjenfinne i barnas	Resultatene viser ingen forskjell mellom PMTO og kontrollgruppen.

Atferdssenteret		one-year follow-up of children with conduct problems. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 40(2), 165-178.	Kontroll n= 53, (familieterapi, MarteMeo, atferdsterapi, og annet)	Jenter (20 %) og gutter (80 %) Barn, foreldre, lærere		Atferdsproblemer CBCL, TRF, PDR	atferd ett år etter behandlingsslutt	PMTO gruppen skåret bedre på familiesamhold.
*Jakobsen, R. og Solholm, R. Barnevernets Utviklingssenter Bergen / Atferdssenteret	2009	Evaluering av PMTO-kurs for fosterforeldre—en effektstudie. Barnevernets utviklingssenter på Vestlandet. Nr. 1 – 2009.	N=83 PMTO n= 49 Kontroll n= 34	4-12 år Foreldre, lærere, barnehagepersonell	RCT -selvseleksjon og særlig ønske om deltakelse	ECBI, CBCL (0.5-5, 6-18)	Effekten av PMTO for fosterbarn med høy risiko for atferdsvansker	Barna viste mindre atferdsvansker, økte sosiale ferdigheter og bedre tilpasning til fosterfamilien. Effekten holdt seg, men ble noe redusert i løpet av ett år. Fosterforeldrene var fornøyd med kurset
Kjøbli, J., & Ogden, T. Atferdssenteret	2009	Gender differences in intake characteristics and behavior change among children in families receiving parent management training. Children and Youth Services Review, 31(8), 823-830.	N= 323	4-12 år Gutter og jenter Barn, foreldre, lærere	RCT Pre- og postvurdering	Atferdsproblematikk i henhold til DSM-IV Atferdsproblemer CBCL, TRF, PDR	Er det kjønnsforskjeller i behandlingsutfall når man sammenligner pre og postdata?	Foreldrenes rapportering tydet på at effekten ikke var bedre for jenter enn for gutter. Lærerne rapporterte om større forbedringer av sosialkompetanse og atferd hos jentene, sammenlignet med guttene.
Kjøbli, J., Hukkelberg, S., & Ogden, T. Atferdssenteret	2013	A randomized trial of group parent training: reducing child conduct problems in real-world settings. Behaviour research and therapy, 51(3), 113-121.	N= 137 PMTO I gruppe n= 67, Kontroll I gruppe n= 65 (32 fikk og 33 fikk ikke en intervensjon)	2-12 år Jenter (36,5 %) Gutter (63,5 %) Barn, foreldre og lærere	RCT Pre- og postvurdering	Ble tilbudt behandling ut fra behandleres kliniske vurdering.	Har gruppe PMTO positiv effekt på atferd, sosial kompetanse, og foreldreferdigheter sammenlignet med ordinære intervensjoner?	Rapporteringen fra foreldre tydet på gode kort og langtidseffekter. Rapporteringene fra lærerne tydet ikke på effekt over tid
Ogden, T., og Hagen, K. A. Atferdssenteret	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.	N= 112, PMTO n= 59, Kontroll n= 53, (familieterapi, MarteMeo, atferdsterapi, og annet)	4-12 år Jenter (20 %) og gutter (80 %) Barn, foreldre, lærere	RCT Pre- og postvurdering	Atferdsproblematikk i henhold til DSM-IV Atferdsproblemer CBCL, TRF, PDR	1. effekten av PMTO sammenlignet med annen type behandling	1. PMTO foreldre rapporterte om færre atferdsproblemer. 2. lærere rapporterte om høyere sosial kompetanse i PMTO gruppen enn i sammenligningsgruppen ved avsluttet behandling. 3. lærerne rapporterte positiv endring når det gjaldt ekstermalisert problematferd for de under 8 år, det var ingen forskjell i aldersgruppen 8-12 år
*Solholm, R., Ogden, T., & Jakobsen, R.	2014	Conduct problems in children. Characteristics of families recruited for a	N= 376	3-13 år	RCT (n=112) Implementeringsstudie	Ble tilbudt behandling ut fra behandleres kliniske vurdering.	Har rekrutteringsmåte (RCT eller implementering)	De var få forskjeller i behandlingsutfall i de to gruppene.

Atferdssenteret		clinical outcome trial as compared to families in an implementation study. Children and Youth Services Review, 42, 1-9.		Jenter (20 %) og gutter (80 %) Barn, foreldre, lærere	(n= 264)	Atferdsproblem måling i etterkant med CBCL og TRF	betydning for resultatene av PMTO?	
Aartun, K. R. og Tisløv, I. S.	2009	Fra Kaos til samarbeid — En kvalitativ studie av foreldres opplevelse av PMTO-behandling. Masteroppgave, Universitetet i Oslo.	N= 7 familier		Kvalitativ intervjustudie	Foreldrene hadde selv tatt kontakt med hjelpeapparatet for å få hjelp	Hva er foreldrenes erfaring med PMTO?	Alle rapporterte om endringer til det bedre, men grad varierte. Fem familier ønsket oppfølging etter endt PMTO. Tre familier ønsket eget tilbud til barna utover PMTO
Nordiske studier								
Sigmarsdóttir, M., Degarmo, D. S., Forgatch, M. S., og Guðmundsdóttir, E. V. IS	2013	Treatment effectiveness of PMTO for children's behavior problems in Iceland: Assessing parenting practices in a randomized controlled trial. Scandinavian journal of psychology, 54(6), 468-476	N=102 PMTO, n= 51 Behandling som vanlig, n= 51	5-12 år Mødre	RCT	Klinisk vurdering CBCL, TRF, PDR	Vil mødrene i PMTO gruppen vise bedre resultater enn kontrollgruppen?	Det var ingen forskjeller mellom intervensjon og kontroll gruppe i mødrenes oppdragerstil
Sigmarsdóttir, M., Thorlausius, Ö, Guðmundsdóttir, E. V., Degarmo, D. S., IS	2014	Treatment effectiveness of PMTO for children's behavior problems in Iceland: Child outcomes in a nationwide randomized controlled trial Family Process	N=102 PMTO, n= 51 Behandling som vanlig, n= 51	5-12 år Barn, foreldre, lærere	(RCT) Pre-, postanalyse	CBCL, TRF, PDR	Er det en større effekt av PMTO enn annen behandling på barns atferdsproblemer	PMTO bidro til reduserte atferdsproblemer i langt større grad enn for kontrollgruppen.

TIBIR (Tidlig innsats for barn i risiko), engelsk BPT (Brief Parent Training) – Atferdssenteret

Atferdssenteret startet arbeidet med å utvikle TIBIR i 2002, som del av sitt mandat del 2. Her inkluderes først to artikler som handler om implementeringen av programmet, en blant lærere (2008), og en blant foreldre og lærere/barnehagepersonale (2009). Dernest inkluderer vi seks artikler publisert i ulike, engelskspråklige tidsskrifter i perioden 2012-2014, som beskriver resultater av utprøvingen av TIBIR basert på et utvalg på 216 familier der 108 ble randomisert til TIBIR og 108 til vanlige tjenester.

I tillegg foreligger to hovedoppgaver fra Universitetet i Oslo som ikke er inkludert i oversikten nedenfor, bygget på de samme 216 familiene:

Lagerstrøm, M.S. og Hansen, A.T. (2013). *En studie av sammenhengen mellom alder og atferdsendringer etter foreldrerådgivning*. Hovedoppgave, Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo. Deres resultater viser at foreldrene rapporterte økt sosial kompetanse og nedgang i antisosialatferd etter foreldrerådgivning. Analysene indikerte at eldre barn profiterte mer enn yngre barn i gruppen som mottok foreldrerådgivning. I sammenligningsgruppen profiterte de yngre barna mest. Resultatene viste ikke tydelige aldersforskjeller på de lærerrapporterte målene. Disse resultatene bryter med hva som forventes ut fra de teoretiske rammeverket for intervensjonen.

Brenna og Børresen (2014) «Passer dette for meg?» *En kvantitativ studie av sammenhengen mellom aleneforeldre, foreldreferdigheter og atferdsendring hos barn etter foreldrerådgivning*. Hovedoppgave, Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo. Deres resultater tyder på at foreldrerådgivning hadde lik effekt for aleneforeldre og to-foreldre på atferdsmål. De foreldrerapporterte atferdsmålene ECBI og HSCBS viste nedgang i antisosial atferd og økt sosial kompetanse for begge grupper, mens det lærerrapporterte atferdsmålet SSBS ikke viste effekt for noen av gruppene. Regresjonsanalysene viste små forskjeller i foreldreferdigheter mellom de to gruppene etter intervensjonen på ett av de seks målene: Klare forventninger.

Forfatter/ tilknytning	År	Tittel	N	Utvalgs kjenne-tegn	Type studie	Inklusjons- og eksklusjons- kriterier	Problem- stillinger	Resultater
Kjøbli, J. & Sørli, M. Atferdssenteret	2008	School outcomes of a community-wide intervention model aimed at preventing problem behavior. <i>Personality and Social Sciences</i> , 49, 365-375	266 lærere, delt mellom TIBIR og vanlige tjenester	Observasjoner av problematferd og klasseromsklima, ikke på individuelt nivå Teacher Classroom Climate Scale (utarbeidet av Ogden og Sørli) og skala om problematferd som hadde vært brukt i PALS	Kvasiekserimentelt pre-postdesign med tilfeldig valgt intervensjons- og sammenligningsområde Sju skoler deltok, det lave antallet er en begrensning i resultatene	22 i intervensjonsgruppa og 29 i kontroll-gruppa falt ut under oppfølgingen	1 Har TIBIR signifikant innvirkning på forekomsten av problematferd rapportert av lærere i og utenfor klasserommet? 2 Påvirker modellen klassemiljøet positivt i henhold til lærerrapporter?	Lærerne i TIBIR-gruppa rapporterte signifikant lavere omfang av atferdsproblemer mindre enn ett år etter at modellen ble implementert. Cohens d var moderat for fire signifikante utfall (.30-.36). Ikke like gode resultater utenom klasserommene. Relasjonen mellom elevene ble signifikant bedre, men ikke mellom elever og lærere

Kjøbli, J., Bjørknes, R. & Askeland, E. Atferdssenteret	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	108 familier	De 108 familiene som hadde mottatt intervensjonen 57 % av barna skåret innenfor nittiende prosentil på ECBI	Del av randomisert effektivitetsstudie med 216 familier, der TIBIR ble sammenliknet med vanlige opplegg i barnehage Manualbasert intervensjon gjennomført av 75 praktikere fra alle Norges fem helseregioner Kjernekomponentene i TIBIR sammenfaller med de som ble anbefalt i Kaminski et al (2008), med ett unntak	De 108 familiene som opprinnelig var kontrollgruppe, er ikke med i denne studien. Videre ekskluderte man familier der foreldrene hadde psykiske vansker eller der barna var autistiske eller mentalt tilbake-stående eller seksuelt misbrukt	Undersøkte hvorvidt programtrohet (adherence) predikerte foreldre-praksiser og barns atferdsvansker etter intervensjonen, dessuten hvorvidt programtrohet influerte barnets atferds-vansker indirekte via foreldre-praksiser	Resultatene viste at høy grad av programtrohet predikerte lavt nivå på inkonsistent foreldreatferd og høye nivåer på passende bruk av disiplin og positiv foreldreatferd. Den kombinerte effekten av inkonsistent disiplin og positiv foreldrepraksis medierte relasjonen mellom programtrohet og barnas atferdsvansker. Når de indirekte effektene ble separert, fungerte bare inkonsistent disiplin som mediator.
Kjøbli, J. & Ogden, T. Atferdssenteret	2012	A randomized effectiveness trial of Brief Parent Training in Primary Care Settings. Prev Sci, 13, 616-626	Samme utvalg som Kjøbli et al (2013) osv.	Se nedenfor	Se nedenfor	Se nedenfor	Se nedenfor	Se nedenfor Generalisering av effektene til skolen var begrenset
Kjøbli, J. & Bjørnebekk, G. Atferdssenteret	2013	A randomized effectiveness trial of Brief Parent Training: six month follow-up. Research on Social Work Practice, 23, 603-612.	Barn 3-12 år som var i ferd med å utvikle atferdsproblemer eller allerede hadde gjort det, der foreldrene hadde bedt om hjelp Samme utvalg som Kjøbli et al (2014)	Se Kjøbli et al 2014 – dessuten CBCL og TRF for lærerne. Foreldrepraksiser ble målt ved hjelp av PPI	RCT-studie Data fra foreldre og lærere Sammenlikning mellom Brief Parent Training (BPT) og sammenlikningsgruppe	Se Kjøbli et al 2014	Undersøke hvor effektiv BPT er i forhold til practice as usual, i en klinisk setting	BPT hadde god effekt på foreldrenes vurdering og barnets atferdsproblemer etter seks måneder. Begrenset virkning i skole og barnehage. Små effekter ved posttest.
Kjøbli, J. & T. Ogden, Atferdssenteret	2014	A randomized effectiveness trial of individual child social skills training: six-month follow-up.	198 barn 3-12 år Testet med ECBI osv på forhånd?	Jenter og gutter De aller fleste med norsk bakgrunn, vel halvparten med begge foreldre	Randomisert effektmåling av læring av sosiale ferdigheter; et element i TIBIR.	Ekskludert: de som ikke passert med kriteriene eller som ikke ville delta, eller det var andre grunner	Undersøke hvorvidt trening i sosiale ferdigheter bidrar til reduserte atferdsproblemer	Resultatene viste positive endringer på de fleste utfallsmålene for begge grupper. Men når de undersøkte den relative effekten av intervensjonen, var det bare en

		Child and Adolescent Psychiatry & Mental Health, 8(31), doi 10.1186/s13034-014-0031-6		Utfall ble målt ved hjelp av ECBI, Community Social Behaviour Scales (HCSBS), CBCL	ISST (Individual Social Skills Training) eller practice as usual	(i alt 34 mulige familier)		positiv effekt av ISST på forelderreporterte atferdsproblemer rett etter intervensjonen, med moderat effekt (d=.31). ISST hadde begrenset effekt sammenliknet med kontrollgruppa
Kjøbli, J., Nærde, A., Bjørnebekk, G. & Askeland, E. Atferdssenteret	2014	Maternal mental distress influences outcomes in brief parent training Child and Adolescents Mental Health, 19, 171-177	Samme 216 familiene	Se over Mødrenes mentale stress ble målt ved hjelp av «Symptom Check List», en kortversjon av SCL 25.	Se over	Se over	Ettersom tidligere studier har vist inkonsistente resultater, undersøkte man her betydningen av mødres mentale stress på effekten av BPT	Mødrenes mentale stress predikerte fem av åtte resultater, uavhengig av intervensjon. Lav mental stress predikerte færre atferdsproblemer som rapportert av foreldre og lærere, mens høy mental stress predikerte mer lærerrapporterte atferdsvansker sammenliknet med kontrollgruppa.
Solholm, R. & Jakobsen, R. Atferdssenteret og RKBV Vest	2009	Atferdsvansker – kortvarig forelderadgivning i lærerkonsultasjon i arbeidet med atferdsvansker blant barn – modellutprøving i en kommune. Norges Barnevern, 87(1), 4-17	47 barn med atferdsvansker i alderen 3-13 år, fra en kommune	3 jenter, 44 gutter 16 rekruttert via rådgiverintervensjonen og 31 via konsultasjonsintervensjonen Barna i førstnevnte gruppe ble rekruttert via ECBI ved oppstart og avslutning Lærere og førskolelærere fylte ut School Social Behavior Scale (SSBS-2).	Kvasiekspertiment pre-post design Kommunen ble delt i to like områder, ett for intervensjon og ett for kontroll Fem ulike intervensjoner ble prøvd ut i en kommune i 2004-2005: 1 Generell informasjons- og kunnskapsformidling til foreldre og kommunalt ansatte 2 Opplæring av kommunalt ansatte PMTO-terapeuter 3 Fokuset opplæring av helse- og barneverntjenesten i BPT	Ingen begrensninger når det gjaldt tilbud barna ellers kunne motta, bortsett fra at de som hadde behov for individuell PMTO-behandling ikke samtidig fikk rådgivning Foreldregruppe-tilbudet var en begrenset utprøving og ikke tilgjengelig for barna som ble rekruttert inn via de andre tilbudene	Hensikten var å se om to av intervensjonene, BPT og fokusert konsultasjon til personale i skole og barnehage, kan føre til reduksjon av problematferd. 1 Det ble undersøkt i hvilken grad alvorligheten av problematferden ga seg utslag i antall intervensjoner 2 Hvorvidt antall intervensjoner hadde en effekt på utfall	Lærervurdert problematferd viste nedgang for hele gruppa og for de barna som var rekruttert via konsultasjons-modulen. Foreldrevurderingen viste signifikant nedgang for de barna som var rekruttert via forelderadgivningsmodulen. Det ble ikke funnet noen sammenheng mellom alvorlighetsgrad ved T1 og hvor mange intervensjoner barna fikk, eller mellom antall intervensjoner og utfall

					<p>4 Fokuseret opplæring av sentralt ansatte i skole- og opplæringstjenesten i konsultasjon overfor ansatte i skoler og barnehager</p> <p>5 Spesifikk opplæring av ansatte i direkte sosial ferdighetstrening med barn med atferdsvanser</p> <p>En sjettede intervensjon – PMTO-foreldregruppe – ble prøvd ut underveis uten å være en del av prosjektet</p>			
Solholm, R., Kjøbli, J. & Christiansen, T. Atferdssenteret	2013	Early initiatives for children at risk – Development of a program for the prevention and treatment of behavior problems in primary services. Prev. Sci, 14, 535-544.	Beskrivelse av de ulike elementene i TIBIR, presentert som en videreføring av PMTO, men også DUÅ				<p>Meningen er å identifisere barn med mulige atferdsproblemer så tidlig som mulig og tilby skreddersydde tjenester på kommunalt nivå, som del av vanlige tjenester</p>	<p>I alt seks ulike intervensjoner basert på hvor alvorlig problemet er</p> <p>Klare utfordringer knyttet til opplæring av personale lokalt</p>

TFCO, tidligere MTFC og KEEP (kortversjon av TFCO)

MTFC/TFCO er utviklet i USA, og implementeres av Atferdssenteret i Norge i samarbeid med Bufetat. Det finnes et forsøk med et implementeringsteam i Sandvika, men prosessen har kommet for kort i Norge foreløpig til at det foreligger norske artikler eller rapporter om tiltaket.

Her har vi inkludert en svensk doktorgrad (2009 med fire artikler publisert i 2004, 2007, 2008 og 2010), to artikler (2012 og 2015) om TFC og en rapport om KEEP (2013) i Sverige. Fra Europa for øvrig har vi inkludert tre artikler fra England (en fra 2011 og to fra 2013) og to sammenlikning mellom England og USA (2012 og 2013), basert på samme utvalg men med noe forskjellig innretning.

Det foreligger en stor mengde litteratur fra USA, primært skrevet av forskergruppa som har utviklet programmet (Chamberlain, Leve mv.), men de har vi valgt å ikke inkludere av kapasitetshensyn. Dessuten inkluderer den danske oversikten også studier fra USA.

Det foreligger også en dansk oversikt fra 2014, som ser på 14 studier etter 2010, fra USA, England og Sverige: Pontoppidan, M., H. Hansen og M. Deding: *Multidimension Treatment Foster Care. En oversikt over den nyeste forskning om effekten af MTFC*. København: SFI, notat. De konkluderer at studiene fram til 2010 tydet forholdsvis entydig på effekter av MTFC i forhold til kontrollgrupper, mens studier rapportert etter 2010 er mer motsetningsfylte. Forfatterne påpeker at utviklerne av MTFC er med i alle de amerikanske studiene, hvilket ofte er forbundet med større effekter enn studier som er utført av uavhengige forskere. Effekten kan være overvurdert i studier der utviklerne eller andre har økonomiske interesser. For det andre kan målgruppen for innsatsen være annerledes i USA enn i europeiske land. For det tredje kan innsatsen utføres ulikt i de ulike landene, hvilket også kan medføre en forskjell i effekten. Dessuten kan det være store forskjeller når det gjelder kjennetegn ved kontrollgruppene. Dog tyder sekundære analyser på at unge med de største utfordringer reagerer bedre på MTFC enn på TAU.

Forfatter/ tilknytning	År	Tittel	N	Utvalgs kjenne- tegn	Type studie	Inklusjons- og eksklusjons- kriterier	Problem- stillinger	Resultater
Bergström, M. & L. Nilhede Lunds Universitet S	2013	Etablering av föreläutbildningen KEEP med inriktning mot familjehem. Lund: Lund Universitet, Socialhögskolan, rapport 2013:5. En del om implementeringen og en del om et pilotprosjekt. Videre rekruttering var	Målgruppen er barn 4-12 år som er i fosterhjem Foreløpig har man ikke lyktes i å rekruttere fosterhjem. Man plasserer få så små barn i Sverige?		Gruppebasert intervensjon Manualisert Pilotstudien: et pre- postdesign	Barna ble testet med ECBI DSM IV-versjonen av SNAP IV Depresjonsskala for fosterforeldrene, samt Praktisk foreldreskap fra DUÅ.	KEEP er en videreutvikling av MTFC der man bruger virksomme elementer til å oppretholde fosterhjems- plasseringer som allerede er etablert Hensikten med rapporten var å gi et bilde av arbeidet med	Både fostermødre og fosterfedre rapporterte signifikant færre problemer etter opplæringen når det gjaldt oppfatningen av barnas problematferd Dermed var det omtrent ingen sigifikante forskjeller på skalaen om praktisk foreldreskap og ingen eller få substansielle endringer når det gjaldt klinisk signifikans, vurdert av fosterforeldrene. Et unntak gjaldt hyperaktivitet, der

		stoppet opp da rapporten ble skrevet	En pilotstudie involverte 11 barn			Klinisk signifikans: Symptomene elimineres, substansiell reduksjon av symptomene eller ingen reduksjon, men bedret funksjon	å implementere KEEP i Sverige og hvilke anstrengelser dette medførte Pilotstudien undersøkte endringer pre-post	flere foreldre opplevde substansiell endring til det bedre
Bergström, M. & Högman, L. Lunds Universitet og svensk institutionsstyrelse S	2015	Is MTFC more effective than treatment as usual in a three-year follow-up? Results from MTFC in a Swedish setting. European Journal of Social Work, DOI: 10.180/13691457.2015.-1030361	Samme gruppe Oppfølging etter tre år	Samme gruppe	Samme gruppe Fire respondent-grupper med rating scales og to med strukturerte intervjuer Skalaer som over	Fokuserte på tre perspektiver: behandlingsprosessen, kriminalitet og rusmisbruk Holistisk effekt versus faktoreffekt? Forfatterne tenker holistisk effekt fordi det er en multimodal tilnærming	Studien undersøker post-baseline utfall etter tre år Viser til uklare, langsiktige utfall tidligere med positive resultater i USA og mer negative i England og Sverige første studie	Studien viste få men signifikante forskjeller for MTFC-gruppa sammenliknet med TAU-gruppa. Forskjellene var større etter ett år, og avtok over tid. Samtidig signifikant forskjell mellom gruppene når det gjelder kriminell atferd hvis flere typer ble sett i sammenheng
Hansson, K. & Olsson, M. Lunds Universitet S	2012	Effects of MTFC: Results from an RTC study in Sweden. Children and Youth Services Review, 34, 1929-1936	46 unge i alderen 12-17 år Oppfølging etter ett og to år Brukte ITT for å inkludere unge som falt fra underveis	Inklusjonskriterium: At ungdommen ventet på å bli plassert utenfor hjemmet.	RCT-studie, 19 randomisert til MTFC og 27 til TAU. Senere endret så det like mange i hver gruppe CBCL, YSR og TRF Ungdommen og mødrenes «Sense of coherence» Mors psykiske vansker	Fylte kriteriene i DSM IV	Undersøker post-baseline etter 24 måneder. Det er den andre, svenske RCT-studien av MTFC Utfallsvariable: sammenbrudd i plasseringen, samt selvrapporterte data fra ungdommene og deres mødre om fire andre outcomevariable. Begrensninger: Lite utvalg i en klinisk setting	Alt i alt var effektstørrelsene små, og de fant ingen åpenbare mønstre verken ved slutten av behandlingen eller ved oppfølgingen. De fant imidlertid moderat til høye effektstørrelser for begge grupper når det gjelder psykiske problemer blant mødre og ungdommer. Kliniske analyser viser at MTFCgruppa hadde bedre resultater mens behandlingen varte, men ikke ved to års oppfølging

							Flere med innvandrerbakgrunn i MTFC-gruppa, kan ha påvirket resultatene negativt	Men MTFC har lave sammenbruddsrater, hvilket var målsettingen
Kyhle Westermark, P., Hansson, K. & Vinnerljung, B. (2008) S	2008	Does Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC) reduce placement breakdown in foster care? International Journal of Child & Family Welfare, 4, 155-171	Tre undersøkelsesgrupper: 31 unge fra den svenske MTFC-studien 275 individer fra den svenske sammenbrudds-studien 90 barn (2-16 år) fra den amerikanske MTFC-studien				Hensikten var å 1 undersøke om MTFC kunne framvise en like lav sammenbruddsfrekvens i Sverige som i USA 2 Dessuten om det svenske MTFC ville lykkes bedre enn tradisjonell døgnsorg 3 Omstendigheter rundt sammenbruddene	Se Westermark 2009
Kyhle Westermark, P., Hansson, K. & Vinnerljung, B. S	2007	MTFC- how do they deal with implementing standardized treatment components? Children & Youth Services Review, 29, 442-459	Samtlige fosterforeldre (28) som arbeidet i MTFC-programmet i 2004					Se Westermark 2009
Kyhle Westermark, P., Hansson, K. & Olsson, M. S	Innsendt før 2009, publisert i 2010	MTFC: Results from an independent replication. Sendt til Journal of Family Therapy	35 unge i alderen 12-18 år Gjennomført i samarbeid mellom Lunds universitet og en privat organisasjon i Lund		Eksperimentell studie, randomisering til MTFC (20) eller TAU (15). TAU bestod av institusjon, fosterhjem eller hjemme Kartlagt ved hjelp av CBCL og YSR pluss klinisk signifikans	De skulle tilfredsstillende kravene til atferdsforstyrrelse i henhold til DMS IV Ekskludert hvis annen behandling pågikk, det var misbruk uten anti-sosial atferd, den unge hadde begått seksuelle overgrep, den unge var autistisk, psykotisk eller	Om de gode resultatene som er vist i USA kunne opprettholdes i 35 unge i en svensk kontekst	Se Westermark 2009

						selvmordstruet, risiko for fosterfamiliens egne barn i tilfelle plassering		
Sallnäs, M., Kyhle Westermarck, P. Stockholms Universitet og Socialstyrelsen S	2004	Breakdown of teenage placements in Swedish foster and residential care. Child and Family Social Work, 2, 141-152	776 tenåringer mellom 13 og 16 som påbegynte 922 plasseringer i 1991		Dokumentstudie, saksdokumenter ble fulgt over en femårsperiode		Studere forekomsten av sammenbrudd og risikofaktorer: 1 Hvor vanlige er utilsiktede avbrudd av plasseringer for tenåringer? 2 Hvilke faktorer øker og minker risikoen for sammenbrudd?	Se Westermarck 2009
Westermarck, Pia K. Socialhögskolan, Lunds Universitet S	2009	MTFC – en intervention för ungdomas med beteendeproblem. Lund: Lunds Universitet, Socialhögskolan, avhandlingsserien: 37	3 studier om MTFC publisert 2004-2008 og en sendt til publisering, kom i 2010	Se hver enkelt studie	Se hver enkelt studie	Se hver enkelt studie	Se hver enkelt studie. Mer overordnet: Undersøke hvordan MTFC fungerer som behandlingsmetode i en svensk kontekst. Resultatene tyder på at MTFC er et lovende behandlingsprogram for unge med alvorlige atferdsvansker	Studie 1: Plassering av antisosial ungdom i vanlige plasseringer resulterte i sammenbrudd i nærmere 2/3 av tilfellene. Hvis både psykiske vansker og antisosial atferd, 81 % sammenbrudd. Studie 2: Ved plassering i vanlige hjem var risikoen for sammenbrudd 3,5 ganger høyere enn i MTFC-programmet, åtte ganger høyere for jenter Studie 3: Fosterforeldrene var fornøyde med å arbeide manualbasert uavhengig av deres holdning til MTFC-programmet. Det som var viktig, var 24/7 tilgjengelighet og lettanvendelige verktøy Majoriteten av MTFC-ungdommene (72 %) og en tredjedel av TAU-ungdommene (36 %) lyktes i å redusere sine problemsymptomer med minst 30 %, og kliniske analyser viste liknende resultater.

Andre studier								
Biehal, N., Ellison, S. & Sinclair, I. University of York ENG	2012	Intensive fostering. An independent evaluation of MTFC in an English setting. <i>Adoption & Fostering</i> , 36, 13-26.	I alt 47 på oppfølgings-tidspunktet	Ungdommer og foreldre ble intervjet ved baseline og etter ett år, mens sosialarbeidere fylte ut et spørreskjema Registerdata om nye dommer ble samlet på baseline og ett og to år etter	Kvasiekseptimentell, mixed methods på tre ulike steder. Baseline og follow-up etter ett år, data om domfellelser et år etter dette igjen	Inkludert: alvorlig kriminelle som risikerte å bli varetektsfengslet og ellers skåret over cut-off på ulike skalaer	Uavhengig evaluering av MTFC for unge lovbytere i England	Stadium 1: Jentene med TMFC var i mindre grad dømt på nytt, færre kriminelle handlinger, og brukte lenger tid på å gjøre noe kriminelt på nytt. Mer sannsynlig at de bodde hjemme, og mindre sannsynlig at de var i varetekt. Stadium 2: Ikke lenger tydelige forskjeller. Det gikk bra så lenge jentene var i MTFC-hjem, men effekten forsvant etterpå. Det tilsier effekt av andre miljøbetingelser heller enn personlige endringer
Dixon, J., Biehal, N., Green, J., Sinclair, I., Kay, Catherine & Parry, E. University of York ENG	2013	Trials and tribulations: Challenges and prospects for randomized controlled trials of social work with children. <i>British Journal of Social Work</i> , 1-15, doi: 10.1093/bsjw/bct035	34 barn 11-16 år Ytterligere 185 ble rekruttert til en parallell observasjonsdel av studien		RCT eller TAU	Inklusjon: Barna skulle ha kompliserte eller alvorlige emosjonelle vansker og/eller utfordrende atferd Og Var i en ustabil omsorgsplassering med risiko for sammenbrudd, eller var i risiko for varetekts-fengsling, lukket behandling eller langvarig omsorg	Artikkelen diskuterer bruken av RCT i den nasjonale evalueringen av MFTC-A (Adolescents) og løfter fram spesielle utfordringer	Praktiske implikasjoner: 1 Lokale kontorer må få incentiver til å delta i forskningen, inklusive RCTer 2 Kontrakter mellom de som bevilger penger og de som implementerer må spesifisere hva slags forskning som skal høre med 3 Betingelsene for TCT tilsier like og like tilgjengelige tjenester nasjonalt, med klart definerte mål 4 RCT'er er dyre, og bør bare gjennomføres hvis man kan garantere en stabil tilgang på saker, deltakelse kan skje i en eksisterende kohort med fosterforeldre, og når det er nok evidens som viser at intervensjonen sannsynligvis fungerer

								5 Man må i større grad erkjenne de etiske utfordringene som er knyttet til RCT'er
Harold, G. T., Derr, D. C. R., van Rydn, M., DeGarmo, D. S., Rhoades, K. A. & Leve, L. D. University of York, Oregon State University ENG/USA	2013	Depressive Symptom Trajectories among girls in the juvenile justice system: 24-month outcomes of an RCT of Multidimensional Treatment Foster Care. <i>Prev Sci</i> , 14, 137-446.	166 jenter 13-17 år Data ble samlet inn fem ganger med seks måneders mellomrom, i alt oppfølging over to år	MTFC: 1 av 22 fosterhjem GC: 1 av 35 programmer. Typiske for jenter henvist til omsorg utenfor hjemmet av strafferetts-systemet	Randomisert til MTFC eller Group Care (GC) 2 trials i løpet av oppfølgingstiden ITT i forhold til hovedeffekter på depressive symptomer og klinisk cut-off, Og hvorvidt utbyttet var bedre for jentene som var i høyere risiko	Inkludert: De som hadde minst en siktelse i løpet av de siste 12 månedene Vedtak om plassering Eskludert: minimalt	Undersøkte betydningen av MTFC sammenliknet med Group Care (definert som BAU).	Resultatene viste at de depressive symptomene til jentene med MTFC ble signifikant mer redusert enn symptomene til de som fikk GC. Bedre effekt for jenter med høyere nivåer for depressive symptomer i utgangspunktet
Kirton, D. & Thomas, C. University of Kent ENG	2011	A suitable case? Implementing MTFC in an English local authority. <i>Adoption & Fostering</i> , 35, 5-17.	Ikke oppgitt Nasjonalt: 55 eldre enn 13 og 13 prosent har hatt ti eller flere plasseringer	Ikke oppgitt	Implementering 13 steder siden 2003 Kvalitative beskrivelser	Ikke oppgitt	Særlig fokus på implementering	Særlige utfordringer er knyttet til flerfaglig samarbeid og tverretattlig samarbeid, samt MTFCs plass i barnevernets tiltaksapparat. Dessuten knyttet til overganger til og fra MTFC for ungdommenes del og rollen for barnas sosialarbeidere. MTFC førte til signifikant forbedring for et antall unge med kompliserte behov og ofte belastet bakgrunn.
Rhoades, K. A., Chamberlain, P.; Roberts, R. & Leve, L. R. Oregon Social Learning Center, MTFC National Implementation	2013	MTFC for high-risk adolescent girls: A comparison of outcomes in England and the United States. <i>Journal of Child & Adolescent Substance Abuse</i> , 22, 435-449.	England: 58 jenter mellom 12 og 16 som var i fosterhjem USA: 81 jenter mellom 13 og 17 som ble plassert på	England: Jentene ble plassert individuelt i ett av 74 omhyggelig opplærte fosterhjem	England: Implementeringsstudie uten kontrollgruppe USA: RCT-studie Områder: Kriminalitet, vold, rusmisbruk,	England: Inkludert: de som trengte et nytt fosterhjem, hadde kompliserte vansker inkludert atferds- og/eller emosjonelle vansker, og hadde begått kriminelle handlinger. Man	Studiene undersøkte resultatene etter 12 måneder Endringer fra pre-behandling til post-behandling	USA: jentene viste bedring på .05 nivå på alle seks områder fra etter 12 måneder med varierende effekt-størrelser fra .24 til .90 i USA. Lavest d: vold. Høyest d: kriminalitet.

Team, London, University of Oregon ENG/USA			grunn av kronisk kriminalitet	I USA: tilsvarende i ett av 22 fosterhjem	risikoatferd seksuelt, selvskading og skoleaktiviteter Datainnsam-lingen skjedde på noe ulike måter i de to landene Ulikheter: typen studie og datainnsamlinger	hadde også pre- og posttest data på minst en utfallsvariabel.	Jentene i den engelske implementerings- forsøket ble sammenliknet med en RCT-studie i USA	I England: fra .05 (Rusmiddelmisbruk) til .76 (kriminalitet). Likhet mellom landene bortsett fra variabelen kriminalitet.
---	--	--	-------------------------------------	--	---	--	--	---

Sammenlikninger mellom flere programmer og felleselementer eller metaanalyser

Her har vi inkludert i alt 10 artikler og en rapport.

Tre av artiklene er norske. **Fossum et al (2014)**, sammenlikner effektene av PTMO og DUÅ og er skrevet av forskere ved UiT, Atferdssenteret og NTNU i samarbeid. **Ogden et al (2009)** sammenlikner på sin side implementeringen og evalueringen av PMTO og MST i Norge, mens **Fossum et al. (2008)** gjennomfører en metaanalyse av psykologiske intervensjoner mot «disruptive» og aggressiv atferd blant barn og unge.

To artikler og en rapport er svenske, og sammenlikner foreldrestøttende programmer på ulike måter. **Stattin et al (2015)** bygger på en evaluering av effekter av familiestøtte, som ble bestilt av Socialstyrelsen. Resultatene ble også beskrevet i en rapport fra **Socialstyrelsen (2015)**. *Effekter av föräldrastöd. Redovisning av en nationell utvärdering på uppdrag af socialstyrelsen*, ført i pennen av Pär Alexandersson. Evalueringen omfattet imidlertid også flere oppdrag, som effekter av en selvhjelpsbok og helseøkonomiske analyser. Rapporten beskrives derfor også i framstillingen nedenfor. **Enebrink et als (2012)** artikkel beskriver en RTC-studie av et internettbasert foreldrestøtteprogram, utviklet på grunnlag av Komet.

En britisk rapport sammenlikner FFT og MST. **Brodie (2012)** kommenterer følgende om evidensbasen til de to programmene: Når det gjelder FFT vurderes evidensbasen generelt som høy. Samtidig har litteraturen kommentert at de første studiene var effektivitetsstudier som ble gjennomført av programutviklerne, hvilket kan ha påvirket utfallet. Videre involverte de fleste studiene færre enn 100 familier. Oppfølgingstiden varierer mellom 0 og 5 år. Videre har FFT blitt inkludert i metaanalytiske oversikter over effekter av flere programmer rettet mot unge lovbrøyttere og deres familier, men disse rapporteres ikke separate effekter av FFT. Til nå finnes det ingen separat systematisk oversikt over effekten av FFT.

Når det gjelder MST, rettes søkelyset mot vitenskapelige problemer knyttet til MSTs database, for eksempel a positive resultater ikke alltid er basert på hele gruppa med Intent to Treat. Videre påpekes uforklart variasjon i resultater av MST: behandlingen er ikke konsistent effektiv. Det understrekes at den mest rigorøse testen av MST så langt ikke fant positive resultater (kanadisk utprøving), og det stilles spørsmålstegn ved evidensen som stort sett er hentet fra programutviklerne.

Fire artikler er amerikanske. **Chorpita et al. (2009)** undersøkte felleselementer på tvers av 322 studier, mens **Kaminski et al (2008)** gjennomfører en metaanalyse av komponenter som er assosiert med effektivitet i foreldretrenningsprogrammer. **Boustani et al (2015)** undersøkte evidensbaserte felleselementer i forebyggingsprogrammer for ungdommer, mens **Garland et al (2014)** undersøkte betydningen av slike felleselementer i kommunale, psykisk helseinnrettede programmer. Begge fant bedring i målgruppene.

Forfatter/tilknytning	Årstall	Tittel	N	Utvalgskjenne-tegn	Type studie	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	Problemstillinger	Resultater
Norske artikler, hvorav to er skrevet av forskere ved Atferdssenteret i samarbeid med andre eller alene								
Fossum, S., Kjøbli, J., Drugli, M. B., Handegård, B. H., Mørch, W.-T. & Ogden, T. Universitetet i Tromsø, Atferdssenteret og NTNU	2014	Comparing two evidence-based parent training interventions for aggressive children. <i>Journal of Children's Services</i> , 9, 319-329	236 barn i alderen 3.9 til 9 år, hvorav 147 PMTO og 89 DUÅ 131 PMTO-terapeuter og 15 DUÅ-terapeuter PMTO: Delutvalg fra den opprinnelige RCT'en, samt et underutvalg fra en nasjonal utprøving DUÅ:	59 jenter og 177 gutter, 3.4 % ikke norske Brukt: CBCL, Aggression subscale og Externalizing Syndrome Scale	Sammenlikning av resultater på to RCT-studier som var gjennomført tidligere. Ikke egen datainnsamling	Inkludert: Barn i riktig alder, med skårer høyere enn 90 % prosentilen på aktuelle skalaer Ekskludert: barn som var eldre enn 9 år gamle, dessuten 59 barn som skåret lavere enn 90 % prosentilen på skala om aggressivitet	Utforske hvorvidt endringer i små barns eksternaliserende atferd er ulike når to evidensbaserte, foreldrestøttende programmer sammenliknes. Man var spesielt interessert i hvorvidt formatet på programmene (individuelt versus gruppe) påvirket resultatene for andre problemer som forekom samtidig.	Begrensninger: Deltakerne var ikke randomisert til de to programmene, men er en kombinasjon av to studier uten at man da planla å sammenlikne dem. PMTO-studien var mer klinisk realistisk enn DUÅ-studien. Dertil kom at bare et mål på behandlingsutfall var likt på tvers av studiene. De hadde ikke felles mål på endringer i foreldrenes atferd. Endringene i aggressiv atferd virket like på tvers av programmene ut fra foreldrenes vurderinger, og dette resultatet vedvarte når samtidige risikofaktorer ble tatt med i analysene. Dette kan tilsa at foreldre bør kunne velge mellom gruppebaserte (DUÅ) og individuelle programmer
Ogden, T., Hagen, K. Amlund, Askeland, E. & Christensen, B. Atferdssenteret	2009	Impelementing and evaluating evidence-based treatments of conduct problems in children and youth in Norway.	-	Artikkelen oppsummerer åtte års arbeid med å implementere evidensbaserte programmer i behandlingen av	Implementeringen er en kombinasjon av «top down» og «bottom up» i følge forfatterne. Dette kan	-	Forskjell mellom MST og PMTO: MST krever maksimal programtrohet, mens PMTO krever	MST: Positive resultater fra USA ble replisert. Man fant at MST var mer effektiv enn TAU i å redusere både internaliserende og eksternaliserende

		Research on Social Work Practice, 19, 582-591.		atferdsvansker blant barn og unge Case study: MST og PMTO	absolutt diskuteres. RCT-studie av MST ble gjennomført tidlig (2004), samt to års oppfølging (2006). RCT-studie av PMTO ble gjennomført (2008)		«competent adherence»	atferd, og økte ungdommenes sosiale kompetanse. En toårs oppfølging (2006) viste at MST var mer effektiv enn TAU å redusere plasseringer utenfor hjemmet, internalisering og eksternalisering på tre av fire sites. PMTO: Metoden ga bedre kliniske resultater enn TAU. Høyere tilfredshet for foreldrenes del hadde sammenheng med høyere grad av programtrohet. Etter behandlingen korrelerte også programtrohet positivt med foreldreferdighetene positiv involvering og effektiv disiplin.
Fossum, S., Handegård, B. H., Martinussen, M. & Mørh, W. T. Universitetet i Tromsø	2008	Psychosocial interventions for disruptive and aggressive behavior in children and adolescents. A meta-analysis. Eur Child Adolesc Psychiatry, 17, 439-451	65 studier ble inkludert, med 4 971 case.	-	Lærerrapportert endringer i aggresjon, sosial fungering og endringer i foreldres stress ble estimert.	Inkluderte: (1) Barn over klinisk cut-off, (2) Artiklene var publisert mellom januar 1987 og desember 2007, (3) gjennomsnittsalderen på barna og ungdommene var mindre enn 18, og (4) studien rapporterte minst et kvantitativt mål på endring i «disruptive» eller aggressiv atferd. Ekskluderte: (1) Studier med	Målsettingen var å estimere effekten av psykoterapi i å redusere aggressiv atferd blant barn og unge	Psykososial behandling rettet mot å redusere aggressiv atferd har positive effekter, og tilleggsbehandling har moderat effekt. I modereatorana-lysen viste det seg at studier med ubehandlede kontrollgrupper fikk signifikant høyere effektstørrelser med små utvalg. I studier uten ubehandlede kontrollgrupper, studier som presenterte diagnostisk informasjon, og studier

						deltakere utenfor klinisk cut-off, (2) studier med intervensjoner som ikke ble beskrevet av forfatterne, (3) single case studier, (4) studier som ikke opprettholdt medisinerer hele perioden, (5) studier som bare rapporterte oppfølgingsdata og (6) behandling av barn og unge som var i institusjon		med yngre barn ble effektstørrelsen også større. Studier med atferdsterapeutiske teknikker fikk signifikant høyere effektstørrelser enn studier som benyttet familierapeutiske intervensjoner.
Svenske artikler								
H. Stattin, P. Enebrink, M. Özdemir & F. Giannotta Örebro Universitet, Karolinska Institutet, Göteborg og Uppsala Universitet	2015	A national evaluation of parenting programs in Sweden: The short-term effects using an RCT effectiveness design. Journal of Consulting and Clinical Psychology, http://dx.doi.org/10.1037/a0039328	908 barn mellom 3 og 12 år gamle, få med innvandrerbakgrunn Comet 162 DUÅ 85 Cope 178 Connect 173 Kontroll-gruppe 148, venteliste (bare tillatt etter ett år). Varighet: 2 år	Foreldrenes vurdering pre og post Barna ble kartlagt med EYBI og SNAP IV, og analysene omfattet de med skårer tilsvarende eller høyere 95 prosentil (klinisk cut-off) Foreldre på venteliste var fri til å søke andre former for hjelp i ventetida.	Klinisk multi-senter «efficacy»-studie, 30 kliniske og kommunalt baserte sites i fire områder. Hvert sted randomisert til et av to programmer eller venteliste Effektevaluering av fire foreldretreningsprogrammer for barn med ekstermaliserende problemer, samt venteliste-kontrollgruppe	Alle foreldrene samtykket for kunne delta, med mindre barnet hadde en diagnose på autismespekteret	Ikke spesifikke hypoteser, men man ønsket å undersøke 1 Evaluere effekten av programmene i klinisk praksis 2 Hvor mange av de over klinisk cut-off ved pretest som viste reduserte skårer 3 Programmene like eller ulike mht. endringer i foreldreatferd 4 Effekter av ulike moderatorer	Generelt viser resultatene at foreldretrening er effektiv i et korttidsperspektiv. Forfatterne konkluderer at programmene gir hjelp utover det som kan forventes av vanlige tiltak, uavhengig av foreldrenes sosiodemografiske bakgrunn. Gjennomsnittlig reduksjon på ECBI var 29 % for programmene og 16 % for ventelistegruppen, og henholdsvis 27% og 21 % i ADHD-gruppen. Effektstørrelsen var moderat. Også signifikant mer positive resultater for gruppen over klinisk cut-off.

								<p>Summa summarum oppnådde programmene også reduksjon i negativ foreldratferd og forbedret praksis, kompetanse og psykologisk velbefinnende.</p> <p>Alt i alt kom Comet (svensk versjon av PMTO) best ut.</p> <p>De tre atferdsteoretisk baserte programmene var mer effektive enn det som ikke var basert på denne tilnæringsmåten (Connect)</p> <p>Samtidig fungerte Connect bra mht. opplevde endringer av foreldrefungering</p> <p>Den største begrensningen ved studien er at den bare bygger på foreldreinformasjon</p> <p>Resultatene kan tyde på «common elements», men dette krever mer forskning.</p>
Socialstyrelsen (v/Pär Alexandersson)	2015	Effekter av föräldrastöd. Redovisning av en nationell utvärdering på uppdrag av Socialstyrelsen	SE Stattin et al I tillegg deltok 157 foreldre med selvhjelps- håndboka i ett år.	Rettet mot foreldre til barn mellom 3 og 12 år.	Nasjonal sammenlikning mellom Komet, DUÅ, Cope, Connect og en selvhjelpsbok	Barn med atferdsvansker og foreldre med problemer med foreldreskapet, følgelig fokuserte man på programmer	Se Stattin et al Men her var man opptatt av samme spørsmål mht. selvhjelpsboken,	Se Stattin et al. Det påpekes at resultatene var veldig stabile etter både ett og to år, hvilket er ny kunnskap.

		Nettutgave http://www.Socialstyrelsen.se	I utgangspunktet var det 196.		RCT-studie – se Stattin et al for utvalget Se Stattin et al for instrumentene som ble brukt i kartleggingen	som tilbys av hjelpeapparatet. Generell foreldrestøtte av typen helsestasjonene tilbyr, inngikk ikke.	dessuten helseøkonomiske spørsmål	Selv om programmene ble implementert på ulike måter, var resultatene relativt like. Skillene mellom programmene ble mindre over tid, men Komet og DUÅ ga raskere symptombedring, hvilket har verdi i seg selv Selvhjelpsboken fungerte også bra, dog bedre på kort enn lang sikt når det gjaldt barnas atferd. Bedre når det gjaldt foreldrenes opplevelser. Resultatene viser at kostnadseffektiviteten må ses i forhold til målet med å gi foreldrestøtte. På kort sikt var Komet og boka mest effektive når det gjaldt å minske problemnivået, men Cope var mest kostnadseffektivt når det gjaldt å minske antallet kliniske tilfeller
Forster, M., Kling, Å. & Sundell, K. Karolinska Institutet, Stockholm, Psykologisk Institutt, Universitetet i Uppsala og Socialstyrelsen	2012	Clinical significance of parent training for children with conduct problems International Journal of Conflict	Del 1: Som i de opprinnelige studiene Del 2: publiserte studier av atferdsbasert foreldretrening	Del 1: ECBI-skårer, sammenliknet med svenske, normative data Deltakerne ble vurdert som friske hvis de viste både en reliabel	Del 1: Reanalyse av to RCT-studier av Komet (Kling et al 2010, Enebrink et al 2012): metode var Komet S, Komet SD (en enkelt workshop)	Del 1: Inkludert: som i de opprinnelige studiene Del 2: 8 studier, der alle resultater ble analysert som Intention to Treat.	Del 1: Undersøkte den kliniske betydningen av atferdsorientert foreldretrening i to tidligere publiserte studier: Komet S, Komet	En av fire viste bedring ved Komet S mens bare en av åtte gjorde det ved Komet SD. Dette var mindre tydelig ved første oppfølging.

		and Violence, 6, 187-200	som inkluderer resultater om klinisk signifikans. Utgangspunktet var 21 studier som ble redusert til 8	og en klinisk endring (begge deler i JT-metoden). De ble karakterisert som bedre hvis de bare tilfredsstilte kravet om reliabel, men ikke klinisk endring. Målet var endret ECBI Del 2: ECBI-skårer, primært med mor som informant	og Komet I (internettbasert). Også en ventelistegruppe Del 2: Syntese på tvers av åtte studier JT-metoden (Jacobson & Truax, 1991) for å anslå klinisk betydning, og ECBI	Dropouts ble klassifisert som uforandret. Syntesen rapporterer bare resultater ved siste oppfølging	SD og dessuten Komet I. Del 2: Undersøkte den kliniske betydningen av atferdsorientert foreldretrening for barn med atferdsvansker gjennom å syntetisere resultater på tvers av åtte studier.	Komet I viste seg like effektiv som Komet S, men utvalgene kan ha vært ulike. Mht. syntetisering på tvers av studier, ser det ut som om bare ett av tre barn med atferdsproblemer viser bedring når foreldrene gis opplæring basert på atferdsteknikk, mens det går enda dårligere med de andre.
Britisk rapport som sammenlikner FFT og MST								
Brodie, C. Inner North West London PCTs	2012	Multi-Systemic Therapy (MST) and Funtional Family Therapy (FFT): a review of the evidence. Rapport hentet fra nettet	-	MST og FFT er rettet mot samme populasjon, og det er mye likhet i utfall. Men også ulikheter i måten disse oppnås på. Alder: FFT: (10) 13-21 MST: 12-17	Review som sammenlikner MST og FFT Det finnes imidlertid ikke forskning som direkte sammenlikner de to. Slik forskning etterspørres	Basert på klinisk resonnering, det finnes ikke forskning om hvordan man skal velge unge til de to programmene FFT: de med atferdsproblemer av typen rømming osv., alvorlig kriminalitet og de som kommer hjem etter fengsling MST: kronisk eller alvorlig antisosial atferd, inklusive unge med en historie av vold eller fengsling FFT: Kan passe når atferden skyldes forhold i familien, psykiske vansker eller der omsorgspersonen er uvillig til å delta	Begge programmer gir intensiv behandling til barn og unge med kroniske og alvorlige atferdsvansker i risiko for å bli plassert utenfor hjemmet. Antall sesjoner kan tilpasses i begge programmer. Begge programmer er basert på ressurser i familien og tar utgangspunkt i bedret familiefungering	Begge programmer oppnår større sannsynlighet for at ungdommen blir boende hjemme, bedre familiefungering, redusert rusmisbruk og færre psykiske vansker og/eller atferdsproblemer for ungdommens del På lang sikt har begge metoder bidratt til å redusere tilbakefall i kriminalitet, redusere rusmisbruk og redusere atferdsvansker Forskning om MST har vist bedre relasjoner til jevn-aldrende, bedre skoleprestasjoner og økt sannsynlighet for skoledeltakelse

						MST: Atferden drevet av faktorer utenfor familien, eller når umiddelbar handling er nødvendig		Det er mindre sannsynlig at yngre søsken av de som er med på FFT havner i retten
Amerikanske analyser av metastudier								
Chorpita, B. F. & Daleiden, E. L. UCLA, Los Angeles, Kismetrics, LLC	2009	Mapping evidence-based treatments for children and adolescents: Application of the distillation and matching model to 615 treatments from 322 randomized trials. Journal of Counselling and Clinical Psychology, 77, 566-579.	322 randomiserte kliniske forsøk, med 615 behandlinger, med evidensbasert behandling for barn og unge. Definert som praksis-elementer, som så ble samlet til profiler Studiens fokus er behandling av ulike tilstander, ikke antall barn/unge. Men flertallet av de som mottok tiltaket måtte være yngre enn 19	Alder, kjønn, etnisitet og problemområde ble kodet	Distillation and Matching Model (DMM) ble brukt. Denne ble designet for å gi en detaljert beskrivelse av strategier som kjennetegner evidensbaserte behandlinger og omgå noen av problemene som følger av å bruke manualer som analyseenhet Intraclass Correlation Coefficients (ICC) ble brukt som metode for "data mining". Dette gir en trestruktur på resultatene. Praksiselementer med høyest ICC ble «vinnere» og ble med videre i analysene Regnes som en eksplorerende, multivariat tilnærming	Praksiskomponenter ble definert som en avgrenset klinisk teknikk eller strategi som brukes som del av en mer omfattende intervensjon (f.eks. en manualisert) Et «target problem» ble definert som det studiens protokoll var rettet mot og som man målte resultater av. I alt var det 25 slike områder.	1 Hvilke kjennetegn har virksomme (f.eks. evidensbaserte) behandlingsmetoder? 2 Hva er et passende analysenivå? Tidligere har det vært vanlig å bruke teoretisk bakgrunn eller på den andre siden ut fra behandlingsprotokollen (f.eks. er DUÅ effektiv?). Dermed ble også manualer sett som det optimale analysenivået. Artikkelen bruker en tilnæringsmåte som kan aggregeres på tvers av protokoller og studier	Virksomme behandlinger kjennetegnes av en lang rekke praksiselementer som varierer en god del Kliniske implikasjoner: 1 Mønstre med praksiselementer kan fungere som veiledning for valget av en evidensbasert tilnærming som ser mest representativ ut, eller et adhoc design gjennom valg av praksiselementer som ser relevante ut for en gitt gruppe 2 Spesielle tilfeller bør spille en større rolle i valget av tilnæringsmåte For forskning: 1 Foreslå nye muligheter for design av behandlinger gjennom å vektlegge aggregerte kjennetegn ved praksiskomponenter på tvers av litteraturen

					N var imidlertid lav, og det var mange missing data			2 Identifisere områder i litteraturen som er relativt lite utviklet
Kaminski, J. Wyatt, Valle, L. A., Filene, J. H. & Boyle, C. L. Ulike amerikanske miljøer	2008	A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. J Abnorm Child Psychol, 36, 567-589	77 publiserte evalueringer av foreldrestøtteprogrammer, om barn mellom 0 og 7 år	Metaanalytisk sammenlikning av tilnæringsmåter på tvers av innholdet i programmene og måten de ble brukt på i arbeidet med familiene. Alle slike analyser er korrelasjoner og kan ikke si noe om årsak Både randomiserte og ikke-randomiserte studier ble inkludert Utfall var i alt 28 termer som beskrev målsettingen med innsatsen I alt 8 499 abstracts ble redusert til 128 evalueringer som inneholdt data og ikke var single case design, disse ble deretter redusert til 77 studier som inngikk i analysene	Publikasjoner fra 1990-2002	Parent training program ble definert som en intervensjon der foreldrene aktivt utvikler ferdigheter, som kunne eller ikke kunne være kombinert med andre metoder De definerte fem kategorier for utfall for foreldrene: Ny informasjon, selvtilit, holdninger og verdier, atferd og ferdigheter og interaksjon foreldre-barn. Fire for barna: eksternaliserende atferd, internaliserende atferd, skole/ kognitive prestasjoner og sosiale ferdigheter/sosial kompetanse	Gjennomføre en inkluderende analyse av foreldrestøttende programmer. 1 De antok at komponenter som krever mer aktivitet fra foreldrenes side vil være mer effektive 2 De antok at innhold som dreide seg om barns utvikling mer generelt ikke ville ha spesiell betydning 3 De antok at manualiserte programmer ville vise større effektstørrelser enn de uten slike protokoller 4 De antok at for omfattende programmer ville gi lavere effektivitet	Det var en signifikant, positiv effektstørrelse alt i alt av deltakelse i de ulike programmene. Gjennomsnittlig effektstørrelse for foreldrenes del virket større enn for barnas del, og gjennomsnittlig effektstørrelse når det gjaldt foreldrenes atferd og ferdigheter var lavere enn den som gjaldt kunnskaper og holdninger. Dette er funnet i andre metaanalyser også. For barnas del var gjennomsnittlig effektstørrelse større for internaliserende enn eksternaliserende atferd og kognitive ferdigheter, som igjen var høyere enn de for sosiale ferdigheter eller prososiale atferd. Dette var uventet. Felleskomponenter som vektlegger positiv interaksjon mellom foreldre og barn og programmer som forutsetter øving mellom sesjonene var mer effektive når det gjelder foreldreatferd og

								eksternaliserende atferd. Derimot var ikke bruken av manualer relatert til effektstørrelse.
Amerikanske artikler om «common elements»								
Boustani, M. M., Frazier, S. L., Becker, K. D., Bechor, M., Dinizulu, S. M., Hedemann, E. R., Ogle, R. R. & Pasalich, D. S. Florida International University, University of Maryland, University of Chicago, Simon Fraser University (Canada).	2015	Common elements of adolescent prevention programs: Minimizing the burden while maximizing reach. <i>Adm Pol Ment Health</i> , 42, 209-219.	Lette etter programmer for ungdom 12-18 år som var rettet mot helserelaterte utfall som vold og rusmisbruk I alt ble 58 programmer inkludert, med følgende primærmål:	Fem kategorier med forebyggingsprogrammer: rusmisbruk, life skills, seksuell helse, depresjon og angst og forebygging av vold Flere har dokumentert signifikante problemer knyttet til å transportere evidensbaserte programmer til lokale forhold. Når disse programmene er utviklet under svært kontrollerte forhold, hender det ofte at programmene verken er egnet for lokale tilbydere eller bærekraftige med kommunale ressurser. Dette gjelder enten programmene er innrettet mot skolen, som de fleste er, eller mot andre arenaer i de unges liv. Dessuten er mange programmer svært spesifikke når det gjelder hva de skal	Reviewartikkel Psykisk helsevern for barn: gjennom rigorøse, randomiserte forsøk har man identifisert i alt 52 «kernels» som er enkle, lette å implementere og koster lite, og som kan implementeres på tvers av settinger, situasjoner og aldersgrupper Tilsvarende: en metode kalt DMM eller Distill and Match Method	Kriterier for å inngå i analysen: Minst en publisert utfallstudie siden 31.12.1987, Designet som et universelt forebyggingsprogram rettet mot alle barn uavhengig av risiko, inkluderte en kontrollgruppe, målte utfall for ungdom og rapporterte mer enn halvparten positive funn i forhold til formulerte utfallsmål. Dermed ble 68 av i alt 126 mulige programmer ekskludert, og 58 gjensto.	Målet med reivewen var å identifisere empirisk praksis og instruksjoner på tvers av evidensbaserte forebyggingsprogrammer Reviewen identifiserer felles elementer på tvers av evidensbaserte forebyggingsprogrammer som fokuserer på å fremme helse-relaterte utfall blant ungdom Her skjeler man til ny utvikling innen psykisk helsevern for barn og unge i USA, hvor problemet er det samme, men hvor man nå søker å identifisere evidensbaserte «kernels» på	Match skal etter sigende kunne hjelpe for en rekke tilstander: ADHD, depresjon, traumer, atferdsvansker) Reviewen viste at selv om programmene hadde ulike målsettinger, virket det som om forebyggingsprogrammer vektlegger overlappende praksiselementer som problemløsning, kommunikasjonsferdigheter, innsikt, selvhevdelses-trening og kognitiv mestring. Videre var psyko-educasjon, rollespill og modellering de mest brukte teknikkene på tvers av programmer.

				hjelpe med, noe som skaper prioriteringsproblemer for de som skal velge program.			tvers av programmer	
Garland, A. F., Accurso, e. C., Haine-Schlagel, R., Brookman—Razee, L., Roesch, S. & Zhang, J. J. Ulike avdelinger ved University of San Diego	2014	Searching for elements of evidence-based practices in children's usual care and examining their impact. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 43, 201-215	I alt deltok 190 barn mellom 4 og 13 år og deres omsorgsgivere, samt 85 terapeuter som var rekruttert fra seks klinikker.		Behandlingen foregikk ved hjelp av 27 praksiselementer	Alvorlighetsgraden av barnets symptomer, foreldrenes disiplineringspraksis og familiens fungering ble vurdert ved inntak og etter 4 og 8 måneder.	Målsettingen var å bruke observasjon som metode for å generere kunnskap om lokalbaserte behandlingsprosesser og deres utfall. Man skulle 1 beskrive utfallsveier for barn med «disruptive» atferdsproblemer, og 2 teste hvordan observert bruk av et sett med felles elementer som er vanlige i evidensbasert behandling kan henge sammen med endret utfall samtidig som det tar hensyn til mulige konfoundere.	Barn og foreldre demonstrerte bedret fungering på alle tre utfall. Barn og familier demonstrerte bedring i løpet av åtte måneder, men med små til moderate effektstørrelser. Endringene var større de første fire enn de siste fire månedene. Det var imidlertid få signifikante sammenhenger mellom behandlingsprosess og endringer i utfall. Observerte forandringer var generelt lite relatert til type eller mengde behandling.



Norges forskningsråd

Drammensveien 288
Postboks 564
1327 Lysaker

Telefon +47 22 03 70 00
Telefaks +47 22 03 70 01
post@forskningsradet.no
www.forskningsradet.no

Design omslag: Design et cetera AS
Trykk: 07 Media AS
Opplag: 100

Oslo, mars 2016

ISBN: 978-82-12-03499-0 (trykk)
ISBN: 978-82-12-03500-3 (pdf)

Publikasjonen kan bestilles og lastes ned på
www.forskningsradet.no/publikasjoner