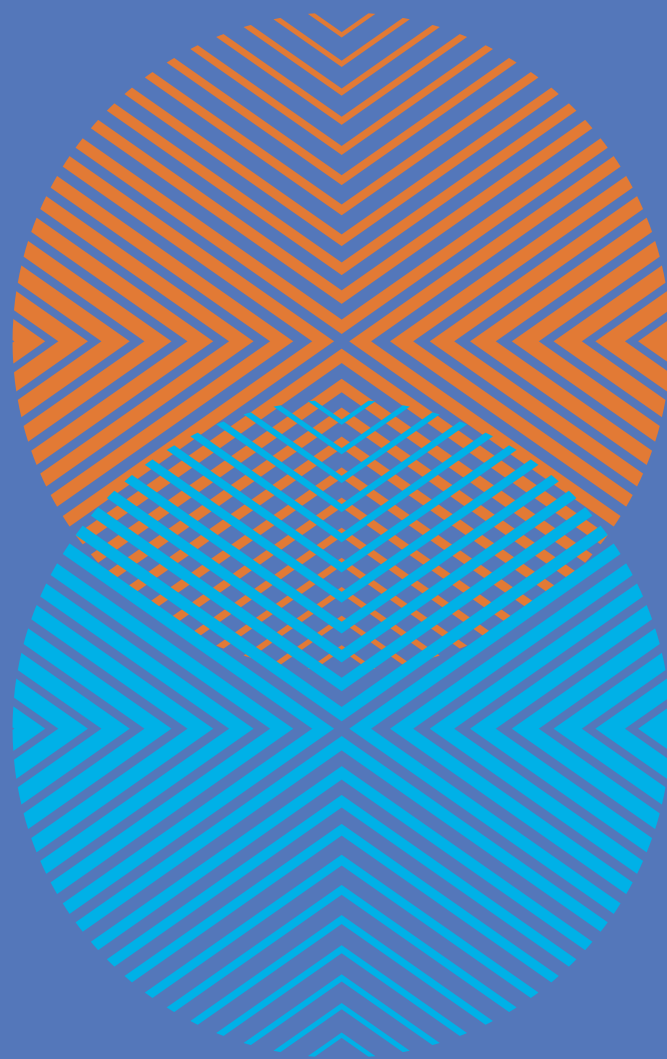


KONTEKST

Tidsskrift for formidling av forskning og praksis



Tilknyttet Nasjonalt utviklingssenter
for barn og unge

Nr. 1 – 2018

ARTIKLER

Ut av rundkjøringen?

En evidensbasert
tiltakskjede for ungdom

REFLEKSJONER

Tull eller tiltak?

INTERVJU
Å være på vakt

AKTUELT

Kompetansebehov
i barnevernet

KONSENTRATER

Kortversjoner av
fagartikler

KONTEKST bringer kunnskap om NUBUs virksomhet, men er åpent for bidrag også fra andre kilder. Redaksjonen vil aktivt formidle kunnskap om ny forskning, nye former for praksis, om politiske tiltak og strategier, og om samspillet mellom disse.

KONTEKST

Tidsskrift for formidling av forskning og praksis.

Tilknyttet Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge.

Ansvarlig redaktør: Administrerende direktør Terje Christiansen

Abonnement online (gratis): Send en e-post til kontekst@nubu.no

Redaktør: Ivar Frønes

Redaksjonssekretær: Astri Vannebo

I redaksjonen:

Anett Apeland, Utviklingsavdeling barn

Kyrre Lønnum, Utviklingsavdeling ungdom

Kristine Amlund Hagen, Forskningsavdelingen

Grafisk design og illustrasjoner: Tove Nilsen Designstudio

Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge

NUBU AS

Postboks 7053 Majorstuen, 0306 Oslo

Essendrops gate 3, 0368 Oslo

Telefon: 23 20 58 00

www.nubu.no

www.facebook.com/nubunytt

www.twitter.com/nubunytt

Oslo, februar 2018

Neste nummer kommer i oktober 2018

Innhold

LEDER	4
Formidling av kunnskap om forskning og praksis	4
UT AV RUNDKJØRINGEN?	5
Det gjelder å tette gapet mellom kunnskap og praksis	5
MANGFOLD OG TILPASNING I PMTO-ARBEIDET	18
Fra den internasjonale konferansen «PMTO and Diversity» i Århus juni 2017	18
EN EVIDENSBASERT TILTAKSKJEDE FOR UNGDOM	28
En deskriptiv studie av problembelastning hos ungdommer ved inntak i behandlingsprogrammene FFT, MST og TFCO.....	28
TULL ELLER TILTAK?	40
Om å tolke effektstørrelser i kontrollerte evalueringsstudier.....	40
Å VÆRE PÅ VAKT	50
Hvordan er det å være tilgjengelig hele døgnet?	50
KOMPETANSEBEHOVET I BARNEVERNET	54
Om endringen av ansvarsfordelingen mellom stat og kommune	54
KORTVERSJONER AV FAGARTIKLER	62
Hvem strever med hva?	62
Barn med lite empatisk atferd	62
Barnehageforskning på villspor?	63
Høyt teknologi, ungdom og kompetanseutvikling	64
Mødres fødselsdepresjon og barns atferdsproblemer	65
Terapeutisk allianse i en foreldretreningskontekst	66
Måling av problematferd	66
Enslige mindreårige flyktninger og hverdagsproblemer	68
Er velstand en risiko for ungdom i Norge?	69
Hvilke familier benytter barnehage?	70
Aggressiv atferd i barnehagen	71
Språkutvikling i barnehagen.....	72
Foreldretrening hjelper – især for barn i utsatte familier	73

Formidling av kunnskap om forskning og praksis

NUBUs oppdrag er å styrke og støtte familiens, barnets og ungdommens utviklingsmuligheter og psykososiale utvikling, og å motvirke uheldig utvikling. NUBU utvikler, implementerer, kvalitetssikrer og evaluerer tiltak rettet mot barn og unge, foreldre, familier, barnehager og skoler. Samspillet mellom praksis og forskning er grunnleggende i NUBUs virksomhet.

Forskning forvalter ikke enkle sannheter, men søker gjennom teoretisering og vitenskapelige metoder å identifisere hvordan ting henger sammen, og hvilken praksis og hvilke strategier vi med stor grad av sikkerhet vet støtter barns utvikling. Slik forskning krever metodisk og teoretisk stringens. Ikke minst krever det tett samvirke mellom forskning og praksis.

Hvert nummer av KONTEKST inneholder en seksjon med *artikler* om ulike tema, og kritiske *refleksjoner* over ulike aktuelle problemstillinger. Dette følges av et *intervju* hvor vi søker å belyse bestemte forhold, mens en gjennomgang av ulike strategiske dokumenter på feltet er perspektivet i «*Aktuelt*». Hvert nummer avsluttes med en seksjon kalt *konsentrater*, kortversjoner av fagartikler publisert av NUBUs medarbeidere sist år.

Dette første nummeret innledes med *Terje Ogdens* bidrag «Ut av rundkjøringen?», hvor han identifiserer barnevernets og barnepolitikkens utfordringer, og skisserer strategier for å komme ut av runddansen. *Anett Apeland* beskriver arbeidet med å oversette PMTOs metoder til ulike språk og kulturer.

Fungerer FFT, MST og TFCO i Norge som en tiltakskjede? *Kyrre Lønnum* og *medarbeidere* presenterer funn fra en studie av hvilke type familier som profitterer mest på hvilke intervensjoner. Deretter reflekterer *Henrik Daae Zachrisson* og *Terje Ogden* over at vitenskapelige studier utgjør et nødvendig kunnskapsgrunnlag for intervensjoner, men at de likevel ikke er tilstrekkelige.

MST- og TFCO-terapeuter og veiledere er tilgjengelige på telefon for ungdom og familier i behandling hele døgnet. *Kyrre Lønnum* intervjuer to terapeuter om det 'å være på vakt' 24/7. Mens *Anette Arnesen Grønlie* kommenterer kompetansebehovet i barnevernet.

Det norske samfunn investerer i omfattende tiltak og strategier for å støtte barns utvikling. En utvikling av fruktbare strategier krever et tett samspill mellom forskning, praksis og politikk. Når NUBU investerer i formidling av kunnskap om forskning og praksis, er hensikten ikke bare å formidle kunnskap, men å oppmuntre til utvikling av samspillet mellom forskning, praksis og politiske strategier.

Formidling handler ikke bare om spredning av informasjon; formidling representerer en dynamisk bro mellom kunnskap og handling.



Ivar Frønes
redaktør KONTEKST

sosiolog,
professor emeritus ved Universitet i Oslo,
seniorforsker ved NUBU

Ut av rundkjøringen?

Det gjelder å tette gapet mellom kunnskap og praksis

Mangelen på nytenkning i et fagfelt kan sammenliknes med å sitte fast i en rundkjøring. Det går runde etter runde med en ureflektert resirkulering av gamle ideer og tiltak. Når jeg her tar til orde for å tenke nytt, handler det både om å ta vare på det som har vist seg å fungere og om å ta i bruk ny kunnskap om hva som virker.

● Tekst: Terje Ogden

Kommunenes barne- og ungdomstjenester er for lite treffsikre, og det er usikkert om de virker etter hensikten. Derfor er det viktig å analysere hva som holder tjenestene i rundkjøringen, og hva som kan bidra til at de kommer seg ut.

Hovedproblemet er avstanden eller gapet mellom forskningskunnskap og praksis: vi vet langt mer om hva som virker enn hva praksisfeltet har tatt i bruk på systematisk og forpliktende måte. Dette gjelder både organiseringen og innholdet i tjenester og tiltak. Måten de kommunale tjenestene er organisert på, vedlikeholder et fragmentert tilbud, og i tillegg forekommer det betydelige samarbeidsproblemer mellom etater, tjenester og yrkesgrupper. Et oppsplittet tjenestesystem arbeider også langsomt, noe som er i strid med intensjonen om «tidlig avdekking og innsats». Det tar ofte for lang tid før barn blir identifisert, kartlagt, utredet og får hjelp.

En annen faktor er manglende bruk av nye forståelsesmodeller og kunnskap i tjenestene; teorier og arbeidsmåter som

ble utviklet for 30–50 år siden dominerer fortsatt. Kritikken er også fremdeles den samme; blant annet stilles det spørsmål ved om barnevernets hjelpetiltak er til hjelp, og spesialundervisning og –tiltak kritiseres for lav kvalitet og blandete utfall. PP-tjenesten har problemer med å prioritere systemrettet arbeid, og psykisk helsevern har ventelister og lav tilgjengelighet, blant annet for barnevernsbarn. Profesjonsutdanningene bruker lang tid på å integrere ny forskningskunnskap i praksismodellene sine, og grunnbøkene er ofte teoritunge, tilbakeskuende og holder sjelden tritt med kunnskapsutviklingen på fagfeltet.

Et annet forhold som skaper problemer, er at tjenestene i stor grad er erfaringsbaserte. Praktikere sosialiseres inn på sin arbeidsplass, lærer av dem man jobber sammen med, og hvis de trenger råd, så spør de gjerne en kollega. Så selv om de fleste som jobber med barn og unge er positivt innstilte til praksisrelevant forskningskunnskap, har den foreløpig fått for lite innpass. Det er også behov for mer

”
Manglende kunnskap om hjelpetiltak virker er én side av saken. Et annet spørsmål er om de virker etter hensikten?
 “

praksisevaluering i tjenestene. For lite av tilbudet til barn og unge er blitt evaluert, og når slik kunnskap foreligger, har den i liten grad fått noen konsekvenser for praksis. Strukturerte programmer som skal implementeres på en forpliktende måte, oppfattes ofte som en trussel mot profesjonell autonomi og mot bruk av faglig skjønn. Det kommer særlig til uttrykk hvis praksis skal evalueres med tanke på brukernes utbytte og kriterier for etterlevelse og kvalitet. Selv om det er lite som taler for en slik polarisering, så har det ført til at mange enten er for eller imot kunnskapsbasert praksis.

Men; tydeligere krav om at tiltak skal være kunnskapsbaserte og at implementering og utfall skal evalueres, vil, sammen med en mer helhetlig organisering, kunne få barne- og ungdomstjenestene ut av rundkjøringen. Et par eksempler illustrerer behovet for nye grep.

HJELPETILTAK I DET KOMMUNALE BARNEVERNET

I en kunnskapsoversikt om hjelpetiltak i det kommunale barnevernet oppsummerte Kristofersen m.fl. (2006) med 21 hjelpetiltak som hadde brede inn-takskriterier, men lav kunnskapsbasis. Tiltakene hadde vært brukt i årtier, men ingen hadde funnet ut nøyaktig hvordan de virket, eller klart å sette noe annet i stedet. I en senere kunnskapsstatus konstaterte Christiansen (2015) at det fremdeles ikke fantes noe forskning

om virkninger av å benytte barnehage, SFO/AKS og fritidstiltak som hjelpetiltak i barnevernet, og heller ikke om økonomisk hjelp. Han fant heller ingen forskning om virkninger av råd og veiledning, hjemkonsulent, miljøarbeider eller andre hjemmebaserte tiltak. Manglende kunnskap om hjelpetiltak virker er én side av saken. Et annet spørsmål er om de virker etter hensikten?

Barnevernets hjelpetiltak skal forebygge at barn må flytte ut av hjemmet. Men det finnes forskning som reiser tvil om dette stemmer. Vinnerljung, Brännström og Hjern (2012) undersøkte hvordan det hadde gått med barn som hadde fått kontaktfamilie eller kontaktperson som hjelpetiltak i svensk barnevern. Dette tilsvarer avlastning og støttekontakt i Norge. I en registerstudie med 7 800 barn fant de at slike tiltak mot forventning økte risikoen for framtidig plassering utenfor hjemmet. En mulig forklaring var at barnevernet gjennom hjelpetiltaket fikk mer innsikt i disse familiene, og dermed oftere grep inn med alvorligere tiltak. Barna som fikk slike tiltak syntes også å ha en høyere risiko for ugunstig utvikling sammenliknet med barn med tilsvarende bakgrunn som ikke fikk innsatsen. Selv om en tar høyde for at dette var et selektert utvalg, fungerte ikke tiltakene forebyggende. Et annet eksempel på lokale tiltak med tvilsom effekt er spesialundervisning og spesialpedagogiske tiltak.

SPESIALUNDERVISNING OG SPESIALPEDAGOGISKE TILTAK

Spesialundervisningen i norske skoler og barnehager er blitt kritisert for manglende resultatevalueringer og for utilsiktede negative konsekvenser. Det vises også til at de settes inn for sent i skoleløpet, at de i for stor grad gjennomføres i egne grupper og timer, og at de iverksettes av personer som mangler spesialpedagogisk kompetanse (Dalen & Ogden, 2017).

Det er ikke tilfredsstillende dokumentert at spesialundervisningen når fram til alle elever som trenger den, om den gis til de elevene som trenger den mest, og om de har bedre faglig framgang sammenliknet med om de ikke hadde fått slik hjelp. En kritisk rapport fra Barneombudet (2017) påpekte store gjennomføringsproblemer, svak implementering og manglende praksisevaluering, samt at elevene i liten grad ble hørt eller tatt med på råd i planleggingen. Elevene rapporterte om en ustabil hverdag med vikarer, assistenter, sykefravær og lærerbytter. De møtte også lave forventninger, og det var sjelden at de tok igjen klassen faglig. Økonomi og praktiske forhold syntes å telle mer enn elevenes behov. Rapporten rettet også kritikk mot PP-tjenesten for sakkyndige vurderinger med ujevn kvalitet, og med lavt presisjonsnivå.

SOSIAL ULIKHET SOM UTFORDRING

Selv om Norge har relativt små forskjeller i sosio-økonomisk status, og mindre fattigdom enn mange andre land, så har de fleste barne- og ung-

doms- problemer en sosial bakgrunn. Barn av foreldre med lav inntekt og lav utdanning, har som gruppe flere problemer enn barn fra mer velstående hjem. De blir oftere henvist til hjelpe-tjenestene, selv om hjelpen ofte er lite treffsikker og utbyttet mindre enn forventet.

I de fleste barne- og ungdomstjenester gjør en sosial gradient seg gjeldende. Blant de sosiale risikofaktorene inngår kjennetegn som dårlig økonomi og boforhold, lav utdanning, eneforsørgere, unge foreldre, kort tid mellom barnefødsler, mange familietransformasjoner og store familier. Det bør understrekes at de fleste barn som utsettes for disse risikofaktorene under oppveksten, ikke utvikler problemer. Men antallet risikofaktorer – den kumulative risikoen – kan være mer utslagsgivende enn risikofaktorene enkeltvis. Barn som har foreldre med lav utdanning og dårlig økonomi



Barn av foreldre med lav inntekt og lav utdanning, har som gruppe flere problemer enn barn fra mer velstående hjem.



”
Barna som kan trenge det mest, blir lett de som får minst.

“

dominerer i grupper av barn som har behov for tidlig språkstimulering, som har forsinket språkutvikling, som får spesialpedagogiske tiltak, og som i 25 årsalderen ikke hadde avsluttet eller deltok i noen utdanning. Rosholm (2013) kommenterer ut fra danske forhold at barn med lav sosio-økonomisk familiebakgrunn synes å sitte «fast» i ferdighetsfordelingen allerede tidlig i livet. Og det til tross for store og tidlige offentlige investeringer. Temaet sosial ulikhet har også stått høyt på den politiske agendaen i Norge, men forsøkene på sosial utjevning har vært lite vellykket. Blant annet viste evalueringen av skole-reformen 'Kunnskapsløftet' at familiebakgrunn hadde fått økt betydning som forklaringsfaktor for barnas skolekarakterer (Bakken og Elstad, 2012). Det er derfor mye som tyder på at barn og unges problemer må forstås ut fra en sosial gradient der barn med lav sosio-økonomisk bakgrunn registreres for flere problemer, og har minst utbytte av tiltakene. Og siden de fleste hjelpetiltak er frivillige, påvirker sosial bakgrunn også tendensen til å ta imot eller søke hjelp. Barna som kan trenge det mest, blir lett de som får minst.

Barn og unges sosiale bakgrunn er en indikator på hvor gunstig og stimulerende familien er for deres læring og utvikling, foreldrenes utdanning og inntekt er indikatorer på kvaliteten av barns oppvekstmiljø. Lav sosio-økonomisk status synes å ha en negativ påvirkning på familiens økonomiske og psykososiale stressnivå, og også på hjemmets læringsklima. Noen familier har antake-

lig behov for hjelp til å sikre økonomisk og sosial stabilitet før de kan ha nytte av psykososiale hjelpetiltak.

RISIKOREDUKSJON OG BESKYTTELSE

Utvikling av tiltak for å forebygge og redusere omfanget av barn og unges problemer går langs to hovedlinjer. Den ene handler om å redusere risiko som barn utsettes for, så som omsorgssvikt, mobbing eller overdrevne prestasjonskrav. Den andre hovedlinjen handler om å styrke risikoutsatte barns motstandsdyktighet eller 'resiliens'. Men det handler også om å styrke ressurser og positiv utvikling hos alle barn og kan omfatte kreativitet, mestringsferdigheter og sosial kompetanse. Resiliens er et spørsmål om å kunne tilpasse seg eller mestre til tross for stress og motgang, og grunnlaget kan være både medfødt og miljømessig. Beskyttende faktorer motvirker, kompenserer for eller nøytraliserer den negative effekten av risikofaktorer. Det handler om intelligens over gjennomsnittet, enkelt temperament, indre kontrollplassering, samt gode problemløsnings- og mestringsferdigheter. Det relative i fenomenet avspeiles blant annet i formuleringen: «Det som ikke knekker deg, styrker deg». Men det som er gunstig for risikoutsatte barn, er ikke alltid like bra for andre barn. Det gjelder for eksempel foreldretilsyn, der tett og årvåken oppfølging er viktigere for risikoutsatte barn enn for andre. For noen representerer skolen en tilleggsbelastning, mens for andre utgjør den et positivt vendepunkt som kompenserer

for manglende stimulans og omsorg i familien. Det er derfor grunn til å framheve hvor viktig *mestring av skolegangen* er for alle barn, og ikke minst for de som er utsatte.

Reduksjon av risiko er – sammen med mobilisering og styrking av beskyttende faktorer – et sentralt tema både i forebygging og behandling av barn og unges problemer. Den viktigste enkeltfaktoren synes å være at barn har minst én forpliktende relasjon til en stabil, beskyttende og støttende omsorgsperson. Videre kan det virke beskyttende hvis risikoutsatte barn får hjelp til å oppleve at de mestrer sin livssituasjon, og bli mer selvregulerte. I familien handler det om god oppdragelseskompetanse hos foreldre, men også et stimulerende læringsklima med rikelig anledning for barn til å lære seg ferdigheter. Positive effekter er også funnet av at barn har gode leksemuligheter, og tilgang til digitale medier.

KUNNSKAPSBASERT OG DIFFERENSISERT PRAKSIS

Tre overordnede mål for lokal praksis er inkludering («alle med»), implementering («kunnskapsbasert praksis på alvor») og differensiering («noe til alle og mer til dem som trenger det»). Disse tre begrepene oppsummerer antakelig de største utfordringene og uløste oppgavene for barne- og ungdomstjenestene. For det første handler det om å *etablere inkluderende miljøer* der det er plass til alle barn i kommunen, både i barnehager, skoler og i det øvrige lokalmiljøet. Segregerte

tiltak der barn undervises, behandles eller ivaretas i egne grupper eller tiltak bør holdes på et minimum. Alle bør få oppleve at de hører til sammen med andre barn på eget hjemsted.

For det andre handler det om *implementering*, det vil si å omsette planer og mål til praksis. Her er det viktig å understreke at det er snakk om mål og planer for tiltak som virker, det vil si kunnskapsbaserte. Et hovedproblem i mange kommuner er mangelen på kunnskapsbaserte tiltak, og manglende implementeringskompetanse. Hvis tiltakene ikke er virksomme, så hjelper det heller ikke at implementeringen er god, og vice versa. Og for det tredje handler god praksis om *differensiering*, slik at tjenester og tiltak tilpasses forutsetninger og behov hos dem som får hjelp. Her er det viktig å skille mellom grupper som har behov for egne tiltak tilpasset deres spesielle behov (f.eks. barn med alvorlige utviklingsforstyrrelser) og grupper som kan klare seg med en tilpasset versjon av et allerede etablert tiltak (så som TIBIR, som er et tilbud til familier med barn i alderen 3 til 12 år, der barna har utviklet, eller står i fare for å utvikle, atferdsproblemer). I skolen handler det om å vurdere hvilke barn som trenger spesialpedagogiske tiltak og hvilke som kan hjelpes med tilrettelagt opplæring. Kommunene må med andre ord satse på robuste tiltaksmodeller som har brede inntakskriterier, som kan tilpasses brukere med varierende problemer, ulike forutsetninger og motivasjon for å medvirke og ta mot hjelp.



Barn må skjermes fra vold og utrygghet, men også fra langvarig separasjon fra viktige omsorgspersoner, eller brå forandringer på grunn av stadig skifte av omsorgspersoner.



For de yngste barna har familietiltakene førsteprioritet, og arbeidet med de fleste problemene barn kan ha bør starte der. Dette bifalles også politisk, blant annet i høringsnotatet om struktur- og kvalitetsreformen i barnevernet (2016). Der uttrykkes det at utprøving av kunnskapsbaserte metoder har dokumentert betydningen av å mobilisere barnets viktigste ressurs og struktur; nemlig familien. Regjeringen signaliserer fornyet innsats på familiefronten, og at praksis i barnevernet skal bli mer kunnskapsbasert.

STRESS, RELASJONER OG FERDIGHETER

Integrerte tjenester i arbeidet med risikoutsatte barn og unge kan samles under overskriftene; (1) redusere kilder til stress, (2) støtte utviklingen av positive og forpliktende relasjoner og (3) styrke læring og utvikling av ferdigheter (CDC, 2017).

Redusere stress

Det finnes tre former for stress med forskjellig intensitet og varighet (Shonkoff m.fl., 2012). Positivt stress kan være fysiologiske reaksjoner på den første dagen i barnehagen eller skolen, og er normativ og kortvarig. Potensielt alvorlig stress kan utløses av alvorlig sykdom i familien eller naturkatastrofer, men varige negative virkninger kan motvirkes av støttende relasjoner for eksempel i familien. 'Varig stress' foregår over lengre tid, og uten konsekvent støttende relasjoner kan det skade utviklingen av barns hjerne og andre organsystemer slik at det fører til varige problemer med

læring og atferd, eller med fysisk og psykisk helse. De første leveårene er viktige, fordi tidlige erfaringer påvirker barns hjerne, og arkitekturen kan være robust eller sårbar for senere utvikling og atferd. Påvirkninger som er nedbrytende, krenkende, ustabile eller stressende øker sannsynligheten for en negativ utvikling.

Stressreduksjon for barn handler om å forebygge eller unngå at barn eksponeres for omsorgssvikt, mishandling eller andre former for varig stress (CDC, 2017). Barn må skjermes fra vold og utrygghet, men også fra langvarig separasjon fra viktige omsorgspersoner, eller brå forandringer på grunn av stadig skifte av omsorgspersoner. Gjentatte brudd og etablering av stadig nye kontakter er emosjonelt belastende og kan føre til varige problemer. Siden familien viser seg å være så viktig for barns læring og utvikling, så bør en kanskje legge større vekt på hvordan en kan bedre barns utviklingsmuligheter gjennom å påvirke hjemmets læringsmiljø.

Utviklingen av foreldre–barn-relasjoner

Tidlig sikker tilknytning bidrar til utviklingen av kompetanse og gode relasjoner på senere alderstrinn. Barn tar naturlig initiativ til samhandling med sine foreldre gjennom babbling, ansiktsuttrykk og fakter, og får voksne til å respondere med vokalisering og fakter. Sensitive og responsive foreldre–barn-relasjoner fører til bedre kognitive ferdigheter hos barn mens de er små og til økt sosial kompetanse og

arbeidsferdigheter når de begynner på skolen. Dette bekrefter forbindelsene mellom sosial/emosjonell og intellektuell utvikling. Påvirkninger i hjemmet bidrar i barnas tidlige kognitive og språklige utvikling, og etter hvert til mestring og prestasjoner på mange områder. Hjemmets læringsmiljø er viktig i barnas første leveår, men også senere er påvirkningene hjemmefra viktige for hvordan barn klarer seg i barnehagen og på skolen.

Siden hjemmets læringsmiljø er viktig for barns læring og utvikling, kan det være god grunn til å fokusere på hvordan foreldre kan forbedre dette gjennom støtte, oppmuntring og veiledning. Kvaliteten av hjemmets læringsmiljø handler blant annet om hvor ofte foreldre snakker med og leser for barnet, om barn får erfaringer med rim, regler og sang, om det får alderstilpassete bøker, og om voksne snakker med dem om bokstaver og tall. Uttrykket «the 30 million gap» blir populært brukt for å forklare hvor mye mer foreldre med høy versus lav sosio-økonomisk status snakker med sine barn før de fyller fire år. Differansen er på 30 millioner ord (Hart & Riesly, 2003).

Harvard Center for the Developing Child gir fem råd til foreldre om hvordan de kan stimulere barns utvikling.

1. **Legg merke til barnets initiativ og ta del i felles oppmerksomhet.** Gjennom å være sensitiv for barns initiativ, lærer den voksne mye om dets evner, interesser og behov. Det styrker kontakten mellom voksne og barn.
2. **Svar på barnets initiativ med oppmuntring og støtte.** Dette bekrefter barns interesser og nysgjerrighet. Barnet vet da at egne tanker og følelser blir forstått.
3. **Sett navn på ting sammen med barnet.** Når den voksne setter navn på hva et barn er opptatt av, får barnet hjelp til å forstå verden rundt – navnsetting gir barnet ord det kan bruke selv, samtidig som det forstår at den voksne bryr seg.
4. **Turtaking.** Dette lærer barnet selvkontroll og hvordan det skal komme overens med andre. Turtaking og venting gir barnet tid til å utvikle ideer og selvstendighet. Samhandlingen mellom barn og voksne er interaktiv, og dette kan fanges gjennom en analogi fra tennis: «serve and return». Det handler om hvordan barn naturlig tar initiativ til samhandling gjennom lyder, ansiktsuttrykk og gester. Men hvis voksne ikke responderer med komplementær atferd, kan det virke negativt på barns læring og deres senere utvikling.
5. **Å starte og avslutte aktiviteter.** Når voksne deler barns oppmerksomhet, vil de legge merke til når barnet er klar til å avslutte en aktivitet og begynne på noe nytt, noe som oppmuntrer barn til å utforske verden.

Den grunnleggende tilknytningen mellom foreldre og barn, legger også grunnlag for barns relasjoner til andre som de er i kontakt med, i barnehagen, på skolen og i fritiden. Positiv samhandling forutsetter sosiale ferdigheter og bidrar til å bygge positive relasjoner. Den gjensidige påvirkningen mellom relasjoner og samhandling forklarer hvorfor de som arbeider med barn og unge bør ha høy relasjonskompetanse. Kompetansen er en forutsetning for samhandling som bidrar til at barn og unge lærer og utvikler seg sosialt, intellektuelt og emosjonelt.

Ferdighetslæring

Ferdighetsperspektivet fikk et kraftig oppsving gjennom bidragene fra James Heckman, som gjennomførte flere store undersøkelser om barns ferdighetsutvikling (Cunha & Heckman, 2010). Heckman (2012) hevder at investering i barns ferdigheter, og særlig i de ikke-kognitive ferdighetene blant sårbare barn i tidlig barndom, kan redusere sosial og økonomisk ulikhet. Ferdigheter kan være viktigere enn familieinntekt hvis en skal utlikne sosiale forskjeller. Initiativet ble fanget opp av OECD gjennom rapporten «Skills for social progress» (2015). Åpenbart inspirert av Heckman framhevet rapporten at styrking av sosiale ferdigheter fører til bedre helse, trivsel og redusert antisosial atferd. Rapporten underbygger at barn kan lære å samarbeide og kontrollere følelser for å nå sine sosiale mål, og videre at lærere og foreldre kan styrke barns sosiale ferdigheter gjennom gode

relasjoner og praktiske læringsopplevelser. Utviklingsstudier har også vist at det er sammenheng mellom barns tidlige sosiale ferdighetsnivå og senere mestring av utdanning og arbeidsliv. Sosiale ferdigheter interagerer med kognitive ferdigheter og øker mulighetene for å lykkes i utdanning og på arbeidsmarkedet. Skoleprestasjoner er et resultat av samvirket mellom barns intellektuelle eller kognitive ferdigheter på den ene siden og selvregulering, positive holdninger, motivasjon og målrettethet på den andre. Blant jevnaldrende er interpersonlige ferdigheter viktige når barn navigerer i sosiale omgivelser, og positive samspill med voksne er avgjørende for å lykkes i skolen. Et viktig poeng ved ikke-kognitive ferdigheter er at de har vist seg å være mer formbare enn kognitive ferdigheter og kan dermed være hensiktsmessige mål for forebygging eller innsats (CDC, 2017).

VIKTSOMME INGREDIENSER I KUNNSKAPSBASERTE TILTAK

Det foreligger flere tiltaksprogrammer til bruk i barne- og ungdomstjenestene, ofte som «merkevarer» eller standardiserte og strukturerte intervensjoner. Noen av de virksomme ingrediensene i disse programmene er oppsummert:

- Medisinsk oppfølging av gravide mødre og deres barn.
- Tidlig og intensiv støtte fra kompetente personer ved hjemmebesøk i sårbare familier som venter sitt første barn.

- Tidlig-intervensjonsprogrammer i barnehager med høy kvalitet for å styrke barns kognitive og sosial utvikling.
- Programmer som samtidig støtter barn og foreldre i multiproblemfamilier.
- Barn og unge som mestrer skolen og som legger planer for framtiden.
- Veilednings- og opplæringsprogrammer med vekt på foreldreferdigheter og familiedynamikk.
- Foreldreprogrammene fremmer foreldrenes sensitivitet, omsorgskompetanse, kommunikasjons- og oppdragsferdigheter.
- Familie- og sosial nettverksterapi som retter seg mot familiesamhold, samhandling og positive endringer i det sosiale nettverket.

Disse virksomme ingrediensene inngår i en rekke programmer for barn og unge. På ulike måter bidrar de til å etablere grunnleggende tilknytning mellom foreldre og barn, men også til å lære foreldre og barn viktige livsferdigheter. For barn handler det om positive relasjoner til jevnaldrende, mens det for foreldrene handler om relasjoner til barna, eller til andre voksne som de har uformelle og formelle relasjoner til. Oversikten viser også behovet for å analysere hva som virker stressende på familie og barn, enten det er snakk om 'varig stress', som kan påføre barn store skader i de første leveårene, eller stress som påvirker foreldrenes kapasitet til å ta vare på

sine barn, eller å nyttiggjøre seg tiltak som foreldreopplæring (parenting) eller familierapi. Ingrediensene finnes i en rekke programmer, og det pågår et intensivt arbeid for å avgjøre hvor viktige hver av dem er. De fleste virksomme programmene er 'monoprogrammer' som retter seg mot ett definert problemområde som atferdsproblemer, angst, depresjon, mobbing eller traumer. Men det drøftes også om man kan kombinere virksomme ingredienser i supplerende programmer eller inkluderende modeller. Foreløpig finnes det få eksempler på dette, men i neste generasjons forebyggings- og tiltaksprogrammer, kan vi forvente slike kombinasjoner.

BARNE- OG UNGDOMSTJENESTER I KOMMUNEN

Rammer og nytenkning

Kunnskapsbaserte barne- og ungdomstjenester forutsetter gode økonomiske rammer, men også nytenkning når det gjelder hva en skal bruke pengene til. Ved siden av økonomi handler kvaliteten av tjenestene om hvilken faglige og personlige kompetanse de ansatte i tjenestene har. I tillegg trenger tjenestene en virksom organisasjonsmodell. Et kunnskapsbasert tjenestesystem må ha en organisasjon som sikrer at tilbudene på de ulike tjenesteområdene implementeres og videreføres med høy kvalitet. Modeller, programmer, tiltak og metoder som er spesifikke for arbeidet i barnehager, skoler, barnevern og helse må adressere definerte problemer (f.eks. mobbing, omsorgssvikt, rus eller krim-



Ved siden av økonomi handler kvaliteten av tjenestene om hvilken faglige og personlige kompetanse de ansatte i tjenestene har.

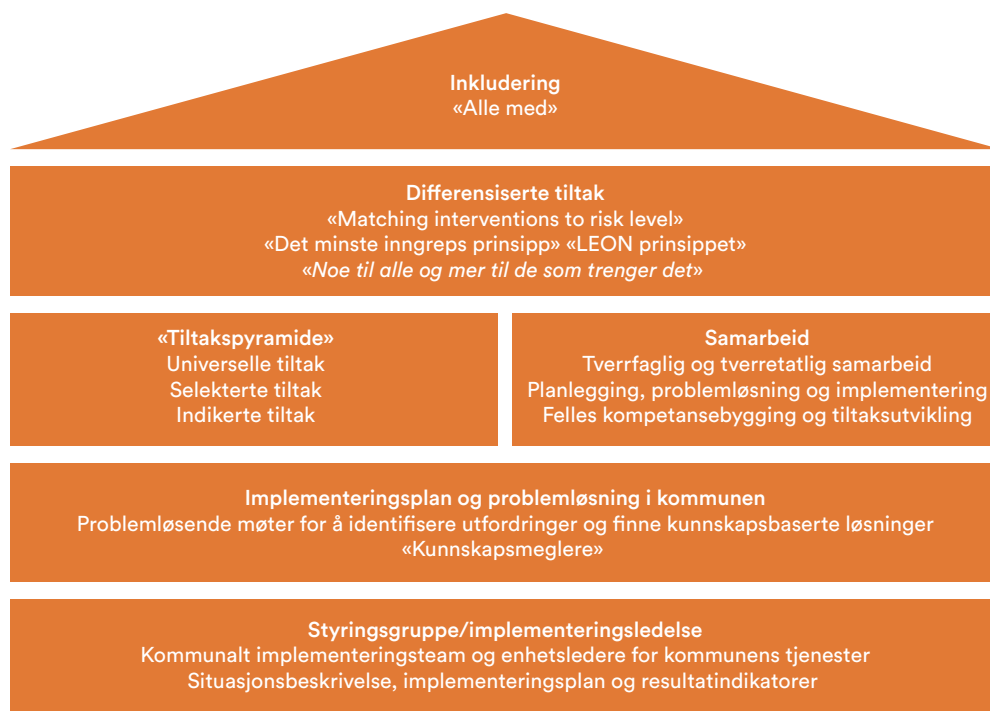


inalitet) eller definerte ferdigheter og kompetanse (f.eks. sosial kompetanse, skolefaglige ferdigheter, emosjonsregulering eller motorikk). Det er viktig at det foreligger evalueringer som viser at de faktisk er virksomme og gir forventete resultater. Slike evalueringer kan være nasjonale eller internasjonale, men bør også følges opp lokalt gjennom rutiner for kvalitetssikring. Det kan handle om tilbakemeldinger fra brukerne, egenrapporteringer eller evalueringer av praksis.

Organisasjon

Kommunale barne- og ungdomstjenester må også ha en organisasjon som har kapasitet og muligheter for å drive felles kompetansebygging, tiltaksutvikling og problemløsning. Selv om det foreligger gode virksomhetsplaner for tjenestene, vil det alltid oppstå uventete avvik eller problemer som krever rask problemløsning. Jeg nevnte innledningsvis at kommunale barne- og ungdomstjenester ofte framstår som fragmenterte og som erfaringsbaserte mer enn kunnskaps-

Figur 1. En modell for kommunal organisering av kunnskapsbaserte og integrerte barne- og ungdomstjenester.



baserte. Det kan derfor være på sin plass å avslutte med en skisse til en bedre organisasjonsmodell, og hvordan den kan innføres i praksis. Siden det er begrenset plass her, må det bli en relativt grov skisse, men den kan samtidig antyde veien videre (se fig. 1).

En styringsgruppe etableres med ansvar for å etablere modellen og for å få den til å virke. De skal med andre ord følge hele prosessen fra plan til praksis. Dette kan også kalles et implementeringsteam, og deltakerne bør være politikere og enhetsledere for kommunens tjenester, men også andre som har motivasjon og relevant kompetanse for dette arbeidet. Gruppen bør bestå av personer med høy faglig og personlig kompetanse, og som har myndighet til å ta nødvendige beslutninger for å få modellen til å fungere. Styringsgruppen ansetter en prosjektleder som – i samarbeid med tjenestene og aktuelle interessegrupper – lager en situasjonsbeskrivelse, med vekt på risiko og beskyttende faktorer i kommunen. I større kommuner kan det være aktuelt med flere slike beskrivelser. Kartlegginger bør gjennomføres regelmessig, og med ulike respondentgrupper som elever, foresatte, de ansatte i tjenestene eller andre. De danner grunnlag for å prioritere tiltak som bør utvikles og/eller implementeres lokalt. Styringsgruppen og lederen lager også en implementeringsplan som beskriver milepæler for arbeidet og hvem som har ansvar for gjennomføringen av ulike oppgaver («hvem gjør hva og når?»).

Prosjektlederen utreder behovet for stillinger og kompetanse, ansetter nytt

personale og lager en plan for opplæring og veiledning. Som implementeringsteam må styringsgruppen raskt kunne håndtere uventete hendelser og utfordringer. For å finne fram til og planlegge implementeringen av kunnskapsbaserte løsninger kan kommunen ha behov for «kunnskapsmeglere». Dette er personer med forskerkompetanse som holder seg oppdatert om relevant forskning, og som kan trekke praktiske implikasjoner av forskningen for lokal praksis.

Tiltakspyramider

Innenfor hvert tjenesteområde, helse, barnevern og barnehager/skoler organiseres tiltakene i en pyramide der det skilles mellom universelle, selekterte og indikerte tjenester. «Tiltakspyramider» gir oversikt over kommunens tilbud til ulike grupper, avhengig av deres risiko- og problemnivå. Tiltakene i hvert av tjenesteområdene organiseres etter prinsippet om lavest virksomme inngrepsnivå, eller også formulert som «noe til alle og mer til de som trenger det». Hver av enhetslederne i kommunen er ansvarlig for å utarbeide en 'tiltakspyramide' for sin etat i samarbeid med de som jobber der og i samråd med brukerne. Samtidig er det viktig og nødvendig å samarbeide på tvers av etatene, med felles møter for problemløsning, planlegging og implementering. Kompetansebygging og tiltaksetablering er en tverretatlig oppgave, og forutsetter at en prioriterer kompetanseområder som er felles for etatene. Hvis det lykkes, vil en kunne tilpasse tiltak til barn og familiers forutsetninger og behov innenfor en felles ramme.

En viktig del av arbeidet handler om evaluering av arbeidet og kvalitetssikring av tjenestene. Det kan handle om praksisevalueringer i form av egenrapportering, brukerevalueringer eller direkte observasjon. Det bør videre evalueres hvor mange brukere som har fått ulike tilbud i tjenestene, og med hvilket resultat. Videre kan en registrere hvor mange som har fått etterutdanning eller andre former for relevant opplæring i lokal regi. Registrering bør også omfatte hvor mange nye tiltak som er etablert, eller hvor mange som er avviklet på grunn av manglende resultater eller lav relevans. Det bør også registreres hvor god spredningen av nye tiltak har vært. Hvis nye programmer eller metoder introduseres for skoler og barnehager, hvor mange velger å delta og hvor mange avstår (og med hvilken begrunnelse). Tilsvarende bør en evaluere hvor mange av aktuelle brukere som tar i bruk nye tilbud som introduseres i kommunen, for eksempel nye tilbud i barnevernet, helsetjenesten, skolene eller barnehagene. ●

OPPSUMMERING: UT AV RUNDKJØRINGEN

Vi har mer kunnskap enn vi benytter oss av. Hvorfor? Mer enn tjue ulike hjelpetiltak har vært brukt i årtier, uten at en verken har klart å finne ut hvordan de virker eller klart å sette noe annet i stedet.

Mange hjelpetiltak har et forbedringspotensial, men å etablere og vedlikeholde velfungerende barne- og ungdomstjenester er krevende. Oppgavene som skal løses er mange og kompliserte, og det er usikkert om kommunene har forutsetninger for å etablere kunnskapsbaserte tjenester for barn og unge. Det blir som å skulle løse kompliserte matematiske problemer, med det romerske tallsystemet til hjelp.

Det viktigste tiltaket for å komme seg ut av rundkjøringen er antakelig å etablere en felles faglig plattform og kunnskapsbasert praksis i arbeidet med barn og unge. Med et minimum av felles begreper, forståelsesramme og kriterier for å fastslå om tiltak virker. Noe som er en avgjørende forutsetning for kommunikasjon på tvers av sektorer, etater, tjenester og profesjoner. Tjenestene bør også ha felles interesse for forskning som gir kunnskap om barns læring og utvikling – og om hvilke forebyggende og problemløsende tiltak som gir lovende resultater. Samarbeidet kan bestå av formidling og drøfting av praksisrelevant forskning, der en trekker implikasjoner for lokal praksis.



Kontakt:
terje.ogden@nubu.no

Terje Ogden
forskningsdirektør

Nasjonalt utviklings-
senter for barn og unge
– NUBU

Referanser:

Bakken, A., & Elstad, J. I. (2012). *For store forventninger?: Kunnskapsløftet og ulikhetene i grunnskolekarakterer*. Sluttrapport, NOVA.

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2016). *Høringsnotat om forslag til endringer i Barnevernloven. Kvalitet og strukturreform*. Oslo, BLD.

Barneombudet (2017). *Uten mål og mening. Barneombudets rapport om spesialundervisningen*. Oslo.

CDC (2017). Center on the Developing Child, Harvard University. *3 principles to improve outcomes for children and families*. Science to policy and practice. www.developingchild.harvard.edu.

Christiansen, Ø. (2015). *Hjelpetiltak i barnevernet – en kunnskapsstatus*. Bergen, Uni Research Helse, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU Vest).

Cunha, F., & Heckman, J. J. (2010). *Investing in our Young people*. Working paper, National bureau of economic research, Cambridge, Massachusetts.

Dalen, M., & Ogden, T. (2017). Spesialpedagogikk og spesialpedagogiske tiltak. Historikk, lover, læreplaner og organisering. I: A-L. Rygvold og T. Ogden (red.) *Innføring i spesialpedagogikk, 5. utg.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hart, B., & Riesly, T. (2003). The early catastrophe. *American Education*, 27 (4), 6–9.

Heckman, J. J. (2012). The case for investing in disadvantaged young children. Policy Brief 1/2012 of the European Expert Network on Economics of Education (EENEE).

Kristofersen, L. B., Sverdrup, S., Haaland, T., & Wang Andresen, I.-H. (2006). *Hjelpetiltak i barnevernet – virker de?* (No. 7). Oslo: NIBR.

NSCDC (2015). National Scientific Council on the Developing Child. *Supportive relationships and Active Skill-Building strengthen the foundations of resilience. Working paper 13*. www.developingchild.harvard.edu

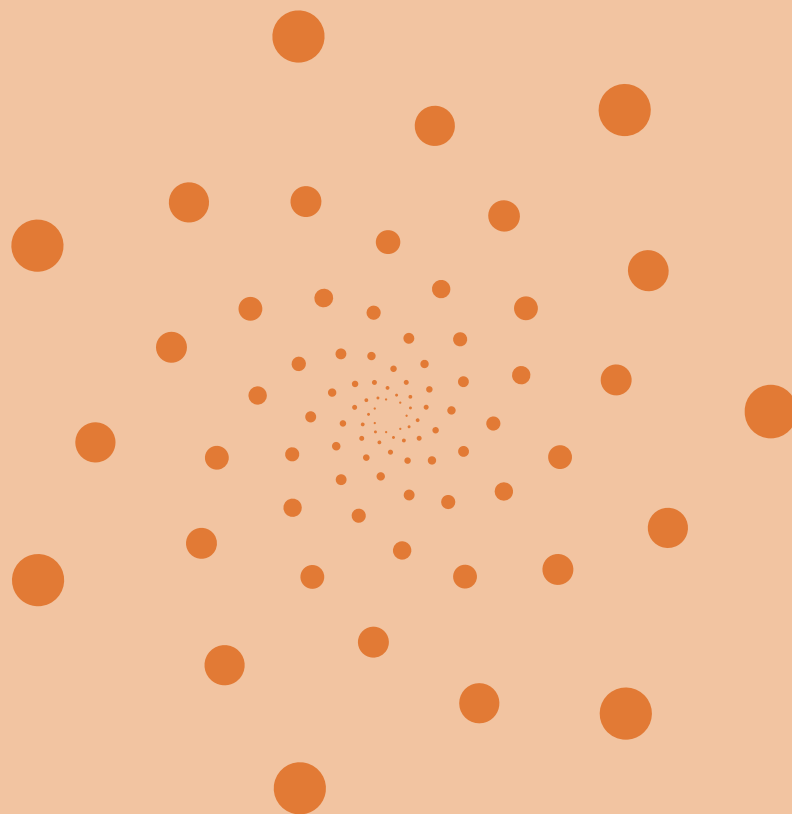
NSCDC (2007). National Scientific Council on the Developing Child. *The science of early childhood development*. www.developingchild.harvard.edu.

OECD (2015). *Skills for social progress*. Report, Paris, OECD.

Vinnerljung, B., Brännström, L., & Hjern, A. (2012). *Kontaktfamilj/-person för barn. Uppföljning och utvärdering med registerdata*. Stockholm, Rapport i Socialt Arbete nr. 138. Stockholms Universitet, Institutionen för Socialt Arbete.

Mangfold og tilpasning i PMTO-arbeidet

Fra den internasjonale konferansen «PMTO and Diversity» i Århus juni 2017



Åtte land har innført det evidensbaserte foreldretreningsprogrammet PMTO. Gjennom nesten førti år er programmet blitt utvidet og tilpasset utfordringer i ulike kulturer, målgrupper, tjenesteområder og ikke minst framskritt i teknologien. Gir tilpasningene positive resultater? Og er utøverne tro til metoden?

Tekst: Anett Apeland

For å sikre mulighet for gjensidig utveksling av kunnskap, erfaringer og utviklingsprosjekter innenfor PMTO, arrangerte det internasjonale PMTO-nettverket sin andre internasjonale konferanse – PMTO and Diversity – i Århus i Danmark 7. og 8. juni 2017.

Parent Management Training – Oregon (PMTO) er et evidensbasert foreldretreningsprogram for barn med atferdsvansker. Programmet er utviklet ved forskningsinstitusjonen Oregon Social Learning Center (OSLC) og implementert i flere land fra 1999. Norge var det første landet som implementerte metoden i eksisterende kliniske tjenester. I åpningsforedraget til Marion Forgatch ble betydningen av de norske implementerings- og forskningsresultatene framhevet, med særlig vekt på omfanget og rekkevidden i spredningen (Forgatch, 2017).

I dag er det åtte land i verden som implementerer ulike tilpasninger av PMTO: USA, Norge, Island, Danmark, Nederland, Canada, Mexico og Uganda. Seks av landene deltok på konferansen, som til sammen trakk to hundre deltakere. Norge var godt representert både i form av deltakerantall og faglige bidrag, gjennom innlegg i plenum om implementering, spredning og metodeintegritet (Askeland, 2017a; 2017b) og kulturell tilpasning (Aschjem &

Torsvik, 2017), samt ved seks workshops (Apeland, 2017; Forgatch, Askeland & Albrecht, 2017; Gomez & Bjørkås 2017; Reer, Kristiansen & Havdal, 2017, Richardsen & Wathne, 2017 og Tømmerås, 2017).

UTFORDRINGER I BEHANDLING OG IMPLEMENTERING

Denne artikkelen tar utgangspunkt i eksempler som ble presentert på konferansen og ser på hvordan PMTO kan tilpasses for å møte utfordringer innenfor både behandling og implementering. Et fellestrekk er at tilpassningene gjennomføres samtidig som oppmerksomheten er rettet mot å opprettholde de grunnleggende forskningsbaserte komponentene og sikre metodeintegriteten. I PMTO defineres metodeintegritet som kompetent etterlevelse av metoden, dvs. i hvilken grad terapeuten utøver PMTO i samsvar med modellens innhold og krav til klinisk kompetanse (Forgatch, Patterson & De Garmo, 2005).

Eksemplene illustrerer hvordan PMTO som klinisk metode kan tilpasses i møtet med ulike kulturer, kontekster og ved hjelp av moderne teknologi. Slike kreative tilpasninger er viktige innspill i en faglig diskurs om det er mulig å kombinere strukturen i evidensbaserte metoder med behov for individuell



I dag er det åtte land i verden som implementerer ulike tilpasninger av PMTO: USA, Norge, Island, Danmark, Nederland, Canada, Mexico og Uganda.





En styrke ved PMTO som metode i møte med andre kulturer og språkgrupper, er at det i stor grad benyttes aktiv formidling i form av visualisering, eksempler og øvelser.



tilpasning til den enkelte families sosiale og kulturelle kontekst. Eksemplene belyser også innenfor hvilke rammer terapeuten kan benytte kreativitet og klinisk skjønn. Avslutningsvis oppsummeres både fellestrekk og mangfold som kan springe ut av én foreldrerettet forskningsbasert behandlingsmetode i møtet med praksisfeltets skiftende behov.

TILPASNING AV PMTO I ULIKE KULTURER

Både USA, Norge, Mexico og Uganda har arbeidet med kulturelle tilpasninger av foreldremateriell gjennom oversettelser, illustrasjoner og eksempler på situasjoner. Et fellestrekk er at alle tilpasningene bevarer de grunnleggende forskningsbaserte foreldreferdighetene, men at eksemplene settes inn i en kontekst som er i tråd med familiens hverdag. I tillegg utvides omfanget av noen av komponentene, og nye temaer tilføres for å møte spesielle utfordringer.

I plenumssymposiet «PMTO across Cultures» ble det gitt eksempler fra arbeid med utsatte familier i Mexico og krigsrammete familier i Uganda

(Wieling, 2017), arbeid med minoritets- og flyktningfamilier i Norge (Aschjem & Torsvik, 2017), arbeid med bruk av tolk for minoritetsfamilier i Danmark (Lyby, 2017) og arbeid med amerikanske militærfamilier hvor én eller begge foreldre hadde traumatisk krigserfaring fra Afghanistan og Irak (Gewirtz, 2017).

I tilpasningen til nye kulturer og kontekster er det noen spørsmål som er gjennomgående; 1) hvordan overkomme språkbarrieren mellom terapeut og klient, 2) hva må beholdes og hva kan endres i innhold, formidlingsform og materiell, og 3) hvordan lykkes i rekruttering av familier med annen kulturbakgrunn enn terapeuten (for eksempel rekruttering av etniske minoriteter eller når terapeuten reiser til krigsrammede områder i andre land).

ULIKE LØSNINGER PÅ SPRÅKLIGE UTFORDRINGER

Internasjonalt har PMTO-terapeutene valgt å løse språkutfordringer mellom terapeut og klient på forskjellige måter. Fagmiljøene ønsker i utgangspunktet å utdanne PMTO-terapeuter som har samme kultur, etnisitet og språk som klientgruppene. Globalt er det foreløpig få terapeuter med ikke-vestlig kultur- bakgrunn, noe som kan være en utfordring. Under beskrives noen av løsningene som er utforsket for å imøtekomme denne utfordringen.

En styrke ved PMTO som metode i møte med andre kulturer og språkgrupper, er at det i stor grad benyttes aktiv formidling i form av visualisering, eksempler og øvelser. Bruk av dramatisering gjennom bevegelse, ansiktsuttrykk og stemmeintonasjon, gjør at en del av prinsippene kan vises uavhengig av felles språkforståelse. Samtidig må terapeuten være oppmerksom på at kjennetegn ved kommunikasjonen, som blikkontakt, fysisk nærhet og stemmevolum, vil være kultursensitive.

ERFARINGER FRA DANMARK: BRUK AV TOLK I TERAPIROMMET

Lyby (2017) ga en gjennomgang av prinsipper for *bruk av tolk i terapirommet* basert på erfaringer fra praksis. Språk er et nøkkelelement for å forstå en familie og for hvordan familien forstår terapeuten. Tanker, følelser og ideer er nært knyttet til språket, språk er vevet sammen med kultur og kontekst. Et hovedprinsipp for bruk av tolk er at oversettelsen kun skal være språklig, og ikke fortolkende, med mindre en fortolkning er nødvendig for å formidle vanskelige uttrykk. Terapeuten har ansvar for å lede innhold og kommunikasjonen i timen. Tolkens ansvar er å oversette alt som blir sagt, ikke å fungere som en kulturell formidler.

Siden tolken deltar i det profesjonelle teamet både før og etter terapitimen, har terapeuten mulighet til å formidle viktige prinsipper, snakke om mulige språklige utfordringer og plassering i rommet. Tolkens plassering i terapirommet vil variere avhengig av hvem av deltakerne som formidler noe. Når terapeuten forteller om eller viser prinsipper, vil tolken sitte nær terapeuten, vendt mot foreldrene. Når foreldrene øver, er tolken plassert mellom foreldrene og terapeuten. Fleksibilitet i plassering begrunnes ut fra at oppmerksomheten skifter mellom hvem som formidler et budskap og hvem som lytter i løpet av timen. Etter timen vil terapeut og tolk klargjøre spørsmål, eventuelle misforståelser, evaluere prosessen og innholdet i oversettelsen.

NORSKE ERFARINGER MED LINKARBEIDERE FOR ETNISKE MINORITETER

Aschjem og Torsvik (2017) presenterte norske erfaringer både fra foreldregrupper for etniske minoriteter og kortvarig foreldrerådgivning i gruppe for nyankomne flyktninger. I møte med famil-

iene i foreldregruppe-intervensjonen benyttes *linkarbeidere* fra samme etniske minoritet. En linkarbeider fungerer både som tolk og som kulturformidler. Linkarbeiderne trenes i PMTO-komponentene, prosessferdigheter og bruken av rollespill for bedre å forstå og kunne bistå i hva som skjer under behandlingen. Under gruppemøtene bidrar de både med direkte oversettelse og i prosessen som kulturell formidler mellom terapeut og deltakere.

De norske linkarbeiderne har derfor en mer variert og omfattende rolle enn den bruken av tolk som blir beskrevet fra Danmark. Begge land benytter seg av hyppige evalueringer etter møtene. Erfaringene fra Norge er at linkarbeiderne er viktige både i rekruttering, for å gjøre tilbudet lettere å forstå og for å opprettholde høy deltakelse i gruppene (Bjørknes, Jakobsen & Nærde, 2011).

NYTT VISUELT MATERIELL

Wieling (Becher & Wieling, 2014) har vært spesielt opptatt av å øke sin forståelse for hvordan krysskulturelle aspekter påvirker prosessen i terapirommet. Hvordan utvikle tilnærminger som er tilpasset kulturelle særpreg i den latinamerikanske befolkningen? Dette arbeidet har hun videreutviklet til både forebyggende og terapeutiske intervensjoner for høyrisikogrupper utsatt for krigstraumer.

I et prosjekt i Uganda møtte Wieling språkutfordringene ved å utvikle foreldremateriell som kun besto av kulturtilpassete illustrasjoner (Wieling m.fl., 2015). Dette var begrunnet i språklige kommunikasjonsutfordringer mellom terapeut og klient, men også som en måte å nå fram på til analfabeter. Når nytt visuelt materiell først foreligger, kan det anvendes i afrikanske kulturer uavhengig av språktilhørighet.

TRENING I Å GJENKJENNE OG REGULERE FØLELSER ETTER KRIGSTRAUMER

I programmet After Deployment Adaptive Parenting Tools (ADAPT), som er utviklet for militærfamilier utsatt for traumatiske krigserfaringer, er det – i tillegg til kjernekomponentene i PMTO – utviklet en ny foreldrekomponent som omtales som emosjonell trening. Den inneholder trening i å tolke følelser, bruk av mindfulness-øvelser, som kan lastes ned i lydfiler, og yoga-øvelser, som er tilgjengelig for deltakerne på en privat YouTube-kanal.

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) hos foreldre kan føre til tilbaketrekning og mindre positivt engasjement i samspillet med barnet og at tvingende samhandling øker (Brockman m.fl., 2016). ADAPT-programmet, med sine tilpasninger, førte til forbedret opplevelse av mestring i forelderollen og reduksjon i uhensiktsmessig grensesetting hos både mødre og fedre. Etter tolv måneder fungerte paret bedre sammen som foreldre, og barnets atferdsproblemer og emosjonelle reguleringsvansker ble redusert. Foreldrenes depresjon, PTSD og selvmordstanker ble redusert. Hos fedre som viste stor grad av unngåelse og hadde barn som viste høy grad av internaliserte vansker, ble det observert mindre stressunngåelse og bedre foreldreferdigheter (Snyder m.fl., in preparation).

REKRUTTERING: SPESIELL TILRETTELEGGING FOR Å MOTIVERE FORELDRE

Ulike land og kulturer krever forskjellige former for tilrettelegging. En felles erfaring på tvers av land er at tilbud om transport, barnepass og måltider øker mulighetene og motivasjonen for å delta.

I Mexico og Uganda ble det eksempelvis nødvendig å reise ut i boområder og flyktningeleirer for å komme i kontakt med familiene. Utfordringer kan både handle om å komme i kontakt med

familiene og om å motivere dem til å delta i tilbudet. I krigssoner i Uganda, hvor tilgangen på mat er vanskelig, fikk mødrene etter hvert gruppemøte med seg et kilo maismel som kompensasjon, siden deltakelsen førte til at moren ikke fikk skaffet mat til familien sin den dagen.

Erfaringer fra forskningsstudier og klinisk arbeid med minoritetsfamilier i Norge har vist at det er nødvendig med aktiv rekruttering for å nå familiene med et tilbud om PMTO-foreldretrening (Bjørknes m.fl., 2011, Aschjem & Torsvik, 2017). Effektive arenaer kan være foreldremøter på skolen eller barnehagen, eller gjennom informasjonsmøter på kvalifiseringssentre, språkkurs, Røde Kors, moskeer eller kultursentre. Også kommunens ordinære hjelpetjenester bidrar ekstra for å få familier inn til foreldretrening. Slik kommer PMTO-terapeutene i direkte kontakt med familiene, og det blir lettere å utveksle informasjon og motivere foreldrene til å bli med. Minoritetsforeldre som selv har deltatt i tilbudet, har også vært gode ambassadører. Det at andre foreldre snakker positivt om foreldregruppene i egne nettverk, øker rekrutteringen. Særlig er dette en erfaring hos grupper med minoritets- eller flyktningstatus. Ofte frykter disse gruppene det offentlige hjelpeapparatet i Norge og ikke minst barnevernet (Fylkenes, Iversen, Bjørknes & Nygren, 2015).

PMTO FOR FAMILIER I HØY RISIKO

PMTO ble opprinnelig utviklet for familier med mange belastninger og med barn som hadde utviklet alvorlige atferdsvansker. Det er stor grad av sammenfall mellom belastningene hos de amerikanske familiene, og de belastningene vi ser hos dem som mottar tiltak fra barnevernet i Norge.

”
For sårbare familier som er i kontakt med barnevernet og kan bli pålagt tiltak som griper inn i familielivet, er det særlig viktig at tiltakene er grundig forskningsmessig evaluert og viser positive resultater som vedvarer.

“

Tilpassete versjoner av PMTO er blitt testet for ulike populasjoner som engelsk og ikke-engelsktalende latinamerikane-re, militærpersonell som kommer hjem fra krig i Afghanistan og Irak, somaliske og pakistanske familier i Minnesota og Norge og familier i Mexico City. Opprinnelig rettet PMTO oppmerksomheten mot foreldreintervensjoner for å bedre barnas psykiske vansker. I det siste tiåret har ny forskning, fra blant andre Gewirtz (Gewirtz, Forgatch & Wieling, 2008), bidratt til å skreddersy PMTO-programmene for å hjelpe familier med traumerfaringer eller barnevernets inngrep grunnet omsorgssvikt eller mishandling (Rains & Forgatch, 2013).

Tilpasningene som ble presentert fra det norske minoritetsprosjektet, var økt trening i emosjonsregulering og styrking av søskenrelasjonen gjennom å forebygge konflikter og øke problemløsningsferdighetene (Aschjem & Torsvik, 2017). For de mer forebyggende foreldregruppene for flyktningfamilier ble det vektlagt å gi informasjon om hverdagslivet i Norge og norsk lovgivning rundt forbud mot fysisk straff i barneoppdragelsen. Gjennom å lære foreldrene nye grensesettingsstrategier som forebygger negativt samspill, får foreldrene økt trygghet og selvtillit, noe som kan svekke en overdreven frykt for barnevernet.

TILBAKE TIL OPPHAVSFAMILIEN ETTER AKUTTPLASSERING I FOSTERHJEM

I Kansas og Detroit, Michigan, er det utviklet et intensivt tilbakeføringsprosjekt for barn som er akutt plassert i fosterhjem og med planlagt tilbakeføring til biologiske foreldre. McArthur, Dunkerley og Akin (2017) fra Kansas presenterte en tilpasning hvor de strukturerte PMTO-arbeidet slik at terapeuten ukentlig både møter de biologiske foreldrene alene og foreldre og barnet sammen. Felles-timene brukes til å hjelpe foreldrene

til å øve – under veiledning – på bruk av foreldreferdighetene sammen med barnet. Dette ble ansett som en nødvendig tilpasning før en tilbakeføring kunne vurderes.

De amerikanske programmene rettet mot barnevernet vektlegger at terapeuten lærer foreldrene emosjonsregulering, mindfulness, kommunikasjons- og problemløsningsferdigheter for å bedre sine relasjoner både i hjemmet og til andre omsorgspersoner, barnevernet, rettsvesenet, skole og arbeidsgiver (Rains & Forgatch, 2013).

ØVELSER SOM ENGASJERER OG MOTIVERER

Kjennetegn ved alle PMTO-intervensjoner er at det benyttes ikke-bebreidende og aktive formidlingsstrategier som skreddersys familiens behov. Terapeutene kan benytte film av samspill for å få foreldrene til å kjenne seg igjen. Visuelt materiell gjør det lettere å beskrive og knytte følelser til kroppsspråk, ansiktsuttrykk og stemmeleie. For å styrke foreldre–barn-kommunikasjon, kan familien for eksempel spille spill rettet mot å øve seg i å håndtere vanlige familiekonflikter. Terapeutene engasjerer familiene med illustrasjoner, rollespill og humor. På denne måten fremmes trygge omgivelser for å arbeide med å uttrykke følelser (Rains & Forgatch, 2013).

For sårbare familier som er i kontakt med barnevernet og kan bli pålagt tiltak som griper inn i familielivet, er det særlig viktig at tiltakene er grundig forskningsmessig evaluert og viser positive resultater som vedvarer. Intervensjonsforskning bør bli standard praksis for å sikre at man forstår både foreldrenes rolle når barnet skal bearbeide sine traumatiske opplevelser (Gewirtz, Forgatch, & Wieling, 2008) og sammenhenger mellom traumeinformert foreldretrening og andre barnevernstiltak (Rains & Forgatch, 2013).

TEKNOLOGISKE FRAMSKRITT DEMPER KOSTNADENE OG ØKER TILGJENGELIGHETEN

Evidensbaserte metoder har grundige krav til kvalitetssikring både av opplæring og praksis. Men systematisk implementering og evaluering er kostnadskreven. Følgelig er det behov for kontinuerlig videreutvikling av teknologi som kan redusere kostnadene. Verdt å merke seg er at kommunene uansett på sikt vil tjene på å implementere kunnskapsbaserte programmer (Rambøll, 2012). På konferansen ble det vist eksempler på nyutviklet teknologi både for 1) *klinisk arbeid*, 2) *opplæring* og 3) *kvalitetssikring*. I tillegg til å spare kostnader, får en økt geografisk rekkevidde for alle tre områdene.

Både USA og Canada viste eksempler på hvordan teknologi kan brukes klinisk i møte med familiene gjennom SMS, telefonsamtaler og netttinnlogging for å få tilgang på materiell og hjemmeoppgaver. I USA er det særlig ADAPT-prosjektet, for militærfamilier, som konsekvent har benyttet seg av teknologi under behandlingen. Siden én eller begge foreldre i dette prosjektet i perioder har aktiv krigstjeneste i et annet land, kan teknologien bidra til at begge foreldrene kan ta del i behandlingen. Eksempler på teknologiske nyvinninger er videoer av PMTO-ferdigheter og hjemmeoppgaver, lydfiler av mindfulness-øvelser, som kan lastes ned på MP3 eller smarttelefoner, og yoga-øvelser, tilgjengelig på en privat YouTube-kanal.

Teamet i Canada har på grunn av store geografiske avstander mellom terapeutene og familiene som ønsker foreldretrening, utviklet en egen håndbok

for hvordan å gjennomføre PMTO kun gjennom telefonsamtaler. Både terapeut- og foreldremateriellet er tilpasset at kommunikasjonsmediet er telefon.

SKYPE OG GO TO MEETING

Fra USA ble det i *opplærings- og veiledningssammenheng* vist hvordan både forelesninger, rollespill og veiledning kunne gjennomføres ved digitale hjelpemidler som for eksempel Skype og Go to Meeting. Presentasjonene viste både styrkene og de tekniske utfordringene som kan oppstå når man prøver å knytte sammen deltakere fra ulike land og verdensdeler. Styrken er at knappe faglige ressurser kan fordeles på flere uten reise- og oppholdsutgifter. Utfordringen kan være ustabile signaler og dårlig lyd kvalitet som gjør det vanskelig å gjennomføre møtet.

Bruken av teknologi kan styrke internasjonalt samarbeid på flere nivåer. Et praktisk eksempel er hvordan det internasjonale mentornettverket i PMTO samarbeider om å sikre at observasjon av metodeintegritet vurderes likt i alle land. I forkant av et Skype-møte, ser mentorene på samme filmklipp i en database, sender inn scorer og diskuterer seg deretter fram til konsensus. Diskusjonene på Skype viser hvordan mentorer fra ulike kulturer forstår samhandling mellom terapeut og foreldre sett i lys av hva slags samspillskoder som oppleves gode og naturlige i ulike kulturer. Et eksempel er at en mentor med latinamerikansk bakgrunn kan oppleve det utfordrende å se at en lavmælt og mer stillestående kommunikasjon i Skandinavia kan være like bekræftende i sin kontekst, som den mer ekspressive og hurtige formen som er typisk for den latinamerikanske samværsformen. ●



Eksempler på teknologiske nyvinninger er videoer av PMTO-ferdigheter og hjemmeoppgaver, lydfiler av mindfulness-øvelser, som kan lastes ned på MP3 eller smarttelefoner, og yoga-øvelser, tilgjengelig på en privat YouTube-kanal.



OPPSUMMERING: ÅPENHET FOR TILPASNINGER

Gjennomgående viste konferansen at det er åpenhet for tilpasninger så lenge de forskningsbaserte komponentene i metoden opprettholdes. Det er høy grad av fleksibilitet for å benytte nye eksempler, visualiseringer og teknologi i møte med nye klienter og kulturer.

Klinisk har kommunikasjon, emosjonsregulering og traumekunnskap fått større plass, uten at grunnleggende foreldreferdigheter nedtones. Bruk av teknologi kan gi nye innfallsvinkler for å styrke eller effektivisere både terapeutopplæringen og kontakten med familiene. Fordelene kan være økt rekkevidde, kostnads-effektivitet og struktur. Kunnskapen kan spres til flere, og vi får økt mulighet til utveksling av erfaringer på tvers av kulturer og kontekster. Dette kan gi ny forståelse om behovet for tilpasninger. Mulige ulemper er at vi kan miste noe av den kliniske skreddersømmen når møtet i behandlingsrommet forsvinner.

Det kan være vanskeligere med improvisasjon og lekenhet når man ikke er i samme rom. Det kan gjelde i både opplæring og behandling. Viktige sider ved kommunikasjonen, som blikkontakt, regulering av avstand og nonverbal emosjonell intonasjon, kan bli mer krevende å få til. Kommunikasjonsmediene krever struktur, og det kan være at kravene til struktur svekker muligheten for å «dvele» i det personlige møtet eller at vi mister informasjon om styrker og utfordringer. Hvilke medier man bruker har betydning: om kommunikasjonsmediet er audiovisuelt eller bare auditivt påvirker kommunikasjonsformen.

Som beskrevet over var denne internasjonale konferansen en god illustrasjon både på mangfoldet og stringensen i metoden. Evalueringen i etterkant framhevet betydningen av å kontinuerlig arbeide med oversettelser, materiell og teknologiske nyvinninger for å gi best mulig kulturell tilpasning til familiene og sikre implementering av metoden i ulike kontekster. Behovet for å danne forskningsnettverk ble også understreket for å kunne fortsette videreutvikling i Gerald Pattersons ånd: Det må dokumenteres at nyvinninger har effekt før de integreres som del av PMTO.



Kontakt:

a.k.apeland@nubu.no

Anett Apeland
assisterende fagdirektør
i Utviklingsavdeling barn

Nasjonalt utviklings-
senter for barn og unge
– NUBU

Referanser:

Apeland, A. (2017). *Involvement of the child in PMTO-therapy*. Workshop. PMTO and Diversity, International Conference, VIA University College, Århus.

Aschjem, S. C., og Torsvik, S. (2017). *PMTO Groups for Ethnic Minorities in Norway*, Plenum Symposium – PMTO across Cultures, PMTO and Diversity, International Conference, VIA University College, Århus.

Askeland, E. (2017). *Viking Power: Reach, Data and Success*. Plenum Symposium – PMTO across European Countries and Generations, International Conference, VIA University College, Århus.

Askeland, E. (2017). *The Norway Experience. Scaling up – Fidelity and Outcome*. Plenum Symposium – Going to Scale and Maintaining Fidelity at a Reasonable Expense, International Conference, VIA University College, Århus.

Becher, E., & Wieling, E. (2014). The intersections of culture and power in therapist and interpreter relationships: A qualitative study. *Journal of Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. doi.org/10.1037/a0037535.

Bjørknes, R., Jakobsen, R., & Nærde, A. (2011). Recruiting ethnic minority groups to evidence-based parent training. Who will come and how. *Children and Youth Services Review*, 2, 351–357.

Brockman, C., Snyder, J., Gewirtz, A. H., Gird, S., Quattlebaum, J., Schmidt, N., Pauldine, M., Elish, K., Schrepferman, L., Zettle, R., & DeGarmo, D. (2015). Relationship of service members' deployment trauma, PTSD symptoms and experiential avoidance to postdeployment family reengagement. *Journal of Family Psychology, 30*, 52–62.

Forgatch, M. F. (2017). The PMTO *Storyline across Nations and Cultures*. Plenumsforedrag, PMTO and Diversity, International Conference, VIA University College, Århus.

Forgatch, M. F., Askeland, E., & Albrecht, G. (2017). *Round table discussions. Leading forward examining and expanding the process of change in evidence-based parent training*. PMTO and Diversity, International Conference, VIA University College, Århus.

Forgatch, M. S., Patterson, G. R., & DeGarmo, D. S. (2005). Evaluating fidelity: predictive validity for a measure of competent adherence to the Oregon Model of Parent Management Training. *Behavior Therapy, 36*, 3–13.

Fylkesnes, M. K., Iversen, A. C., Bjørknes, R., & Nygren, L. (2015). Frykten for barnevernet – en undersøkelse av etniske minoritetsforeldres oppfatning. *Tidsskriftet Norges Barnevern, 2*, 81–96.

Gewirtz, A. (2017). *After Deployment: Adaptive Parenting Tools (ADAPT)*. Plenum Symposium – PMTO across Cultures, PMTO and Diversity, International Conference, VIA University College, Århus.

Gewirtz, A., Forgatch, M., Wieling, E. (2008). Parenting practices as potential mechanisms for child adjustment following mass trauma. *Journal of Marital and Family Therapy, 34*, 177–192.

Gomez, M. B., & Bjørkås, J. (2017). Innovative strategies. The TIBIR prevention model. Workshop. PMTO and Diversity, International Conference, VIA University College, Århus.

Lyby, B. (2017). *Working with an Interpreter*. Plenum Symposium – PMTO across Cultures, PMTO and Diversity, International Conference, VIA University College, Århus.

McArthur, V., Dunkerley, S., & Akin, B. (2017). *PMTO model for Kansas youth in foster care with emotional and behavioral problems*. Workshop, PMTO and Diversity, International Conference, VIA University College, Århus.

Rains, L., & Forgatch, M. F. (2013). Trauma-Informed PMTO: An Adaption of the Oregon Model of Parent Training. *CW360 – A comprehensive look at a prevalent child welfare issue. Trauma Informed Child Welfare Practice, s. 24*. University of Minnesota.

Rambøll (2012). Afrapportering. *Analyse af de økonomiske konsekvenser på området for udsatte børn og unge*. Social- og Integrationsministeriet: København.

Reer, M., Kristiansen, D., & Havdal, O. A. (2017). *Innovative strategies for providing PMTO-service and support. Presentation of the pmto.no database and The Implementation Guide for PMTO and TIBIR*. Workshop. PMTO and Diversity, International Conference, VIA University College, Århus.

Richardson, K., & Wathne, V. (2017). *Emotional regulation*. Workshop. PMTO and Diversity, International Conference, VIA University College, Århus.

Snyder, J., Gewirtz, A. H., Zamir, O., Gird, S., Elish, K., Quattlebaum, J., Hayes, C., Schrepferman, L., & Pauldine, M. (In preparation). Effect of the After Deployment: Adaptive Parenting Tools (ADAPT) and Parenting Behavior of Male Military Service Members Deployed to Middle East Conflicts.

Tømmerås, T. (2017). *Less is not always more. Low resource families and effects of PMTO and Brief Parent Training*. Workshop. PMTO and Diversity, International Conference, VIA University College, Århus.

Wieling, L. (2017). *Supporting Parents in Multiple Countries*. Plenum Symposium – PMTO across Cultures, PMTO and Diversity, International Conference, VIA University College, Århus.

Wieling, E., Mehus, C., Yumbul, C., Möllerherm, J., Ertl, V., Laura, A., Forgatch, M., Neuner, F., & Catani, C. (2015). Preparing the Field for Feasibility Testing of a Parenting Intervention for War-Affected Mothers in Northern Uganda. *Family Process*. doi: 10.1111/famp.12189.

En evidensbasert tiltakskjede for ungdom

En deskriptiv studie av problembelastning hos ungdommer ved inntak i behandlingsprogrammene FFT, MST og TFCO

Behandlingsmetodene Funksjonell Familieterapi (FFT), Multisystemisk Terapi (MST) og TFCO (Treatment Foster Care – Oregon) gir alle et behandlingstilbud til familier hvor ungdommen strever med atferdsproblemer. Treffer metodene målgruppene? Og gir de et differensiert tilbud?

● Tekst: Kyrre Lønnum, Åsmund Sveinsson, Audun Formo Hay, Dagfinn Mørkrid-Thøgersen, Rebecca Ervik-Jeannin og Bernadette Christensen

Utfordrende og negativ atferd er en normal del av barn og ungdommers utvikling (Rutter, 2008). I en mindre gruppe av barne- og ungdomspopulasjonen har imidlertid den negative atferden en slik intensitet, frekvens eller varighet at den medfører betydelig konsekvenser for ungdommene og omgivelsene rundt dem. Vanskene kan vise seg i form av blant annet rusmisbruk, vold eller annen kriminalitet, skoleskulk og «rømminger».

En rapport fra Folkehelseinstituttet anslår at gjennomsnittlig forekomst av alvorlig atferdsforstyrrelse og opposisjonell atferdsforstyrrelse (jf. kriteriene i ICD/DSM) til samlet å være rundt 3,5 % (Skogen og Torvik, 2013). Tilsvarende hos Ogden (2010), som estimerer at 3–5 % av populasjonen har alvorlige atferdsproblemer, det vil si problem-

atferd som overstiger normal grad av negativ atferd.

For gruppen med alvorlige atferdsproblemer er det viktig å få gitt tidlig og adekvat oppfølging og behandling, for om mulig å hindre at problemene vedvarer inn i voksen alder. En omfattende registerstudie av barn som hadde mottatt tiltak fra barnevernet i perioden 1993–2005, viste at disse barna hadde dårlige prognoser på en rekke sosiale utfallsmål inn i voksen alder. De hadde lavere utdanningsgrad, større bruk av offentlige stønader, lavere inntekt, kortere levetid, større risiko for selvmord og større risiko for å begå kriminalitet. Den gruppen det gikk dårligst med, var de som var henvist til barnevernet med atferds- og rusproblematikk (Claussen og Kristoffersen, 2008).

METODER SOM VIRKER

I Norge er det implementert flere evidensbaserte metoder for behandling av barn og ungdom, hvor atferdsproblemer er en del av problembildet. Den interesserte leser henvises til Eng m.fl. (2017) for en framstilling av et bredere utvalg behandlingsmetoder. Tre metoder som alle retter seg mot ungdom med atferdsproblemer er FFT, MST og TFCO.¹ Metodene er implementert med det formål å gi en kjede av tiltak til familier og ungdom, hvor ungdommens vansker viser seg bl.a. gjennom utfordrende atferd.

Det presiseres at selv om man i behandlingen i de evidensbaserte metodene har et tydelig fokus på ungdommens atferd, er det ikke slik at man behandler «symptomet» (problematferden) isolert. Forskning indikerer at problematferd påvirkes vel så mye, og ofte mer, av negative kontekstuelle faktorer som av individuelle faktorer. Behandlingen i disse programmene søker derfor å endre ungdommens miljøbetingelser, og på den måten skape et mer utviklingsfremmende miljø. Det arbeides med å endre familiens samspillsmønstre, gjennom å bedre familiens problemløsningsferdigheter, bedre kommunikasjonen og øke varme og positiv involvering mellom

familiemedlemmene. Videre arbeides det med å bedre samarbeidet mellom familien og andre personer / instanser (f.eks. skolen). En grunntanke i de omtalte metodene, er at det primært er omgivelsene rundt ungdommen som må endre seg, og at endring hos ungdommen skjer som et resultat av dette. En må kontinuerlig følge med på endringer i ungdommens atferd, som et mål på hvorvidt man klarer å endre de bakenforliggende faktorene som opprettholder ungdommens negative atferd. Og det antas i det kliniske arbeidet at nedgang i – eller fravær av – problematferd, indikerer at bakenforliggende faktorer som bidrar til problematferden, er endret i positiv retning.

UNGDOMMERS PROBLEM- BELASTNING VED INNTAK I FFT, MST OG TFCO

I en hovedoppgave levert ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo, har Hay og Sveinsson (2016) foretatt en deskriptiv studie av problembelastning hos ungdommer ved inntak i behandlingsprogrammene FFT, MST og TFCO i Norge. En problemstilling var hvorvidt problembelastningen ved inntak skilte seg i metodene på en slik måte at de utgjør en tiltenkt kjede av tiltak. Og hvorvidt de treffer et ulikt

¹ (Funksjonell Familierapi; Thøgersen & Bjørnebekk, 2017; Alexander, Waldron, Robbins & Neeb, 2013), MST (Multisystemisk terapi; Christensen & Tollefsen, 2017; Christensen & Mauseth, 2007; Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland, & Cunningham, 2013), og TFCO (Treatment Foster Care – Oregon; på norsk også omtalt som «Behandlingshjem»; Chamberlain, 1994; Chamberlain, 2003; Christensen & Ervik-Jeannin, 2017).

spekter av familier hvor ungdommen strever med, eller står i risiko for å utvikle, atferdsproblemer. En tiltakskjede, hvor omfanget av problemene samsvarer med omfang og intensitet i behandlingen, vil være hensiktsmessig både av juridiske/etiske og samfunnsøkonomiske hensyn.

Studien er, så langt vi kjenner til, den første i sitt slag i Norge. I det følgende gir vi en oppsummering av resultatene fra studien og drøfter implikasjonene av resultatene.

Det er ikke tilført nytt datamateriale eller utført nye analyser i denne artikkelen. Formålet med denne er å presentere et utdrag av resultatene fra nevnte hovedoppgave i en noe mer tilgjengelig form. Beskrivelser av både utvalg, metoder, statistiske analyser og resultater vil derfor være komprimert. Den interesserte leser henvises til hovedoppgaven (Hay og Sveinsson, 2016) for en mer inngående framstilling.

HVA ER FELLES FOR FFT, MST OG TFCO?

Felles for metodene FFT, MST og TFCO er at de har et systemfokus, hvor ungdommens familie og deres sosiale miljø innlemmes i behandlingen, framfor et individuelt fokus på ungdommen alene. En ønsker å endre ungdommens miljøbetingelser gjennom å øke varme, samhold og problemløsningsferdigheter i familien, bedre foreldreferdigheter, øke

skoleoppmøte og -prestasjoner, bedre samarbeid mellom skole og hjem, og legger vekt på deltakelse i positive fritidsaktiviteter (Thøgersen, Lønnum, Tollefsen & Christensen, 2012).

Metodene forankres i samme teoretiske og forskningsmessige grunnlag, men har til dels ulike strukturer, tilnærminger og intensitet. En fellesnevner er det sentrale målet om at ungdommen kan fortsette å bo hjemme i familien og å forhindre institusjonsplassering.

OG HVA ER FORSKJELLENE?

Det er også betydelige forskjeller mellom metodene, blant annet i måten behandlingen legges opp på, samt varighet og intensitet.

FFT er en poliklinisk og familierapeutisk metode der hele familien møter terapeuten på kontoret, eller hjemme hos familien dersom det er mer hensiktsmessig. Behandlingen kan strekke seg fra åtte til tretti møter, og den kan vare fra tre til seks måneder.

MST er en metode der terapeuten alltid møter familien hjemme, og i tillegg avholder hyppige møter med viktige personer på skolen og i andre arenaer som er viktige for behandlingen. Behandlingen er mer intensiv, gjennom at det ukentlig avholdes flere møter – til tider som passer familien. Teamet er tilgjengelig hele døgnet sju dager i uka. Behandlingen varer fra tre til fem måneder.



FFT, MST og TFCO er evidensbaserte metoder. Det innebærer at det er gjennomført kontrollerte studier av metodenes effekt.



I TFCO flytter ungdommen midlertidig til et behandlingshjem, mens både ungdom og familie deltar i ukentlige terapisaamtaler. Samtidig jobbes det opp mot skole, venner og fritidsaktiviteter. TFCO-teamet er tilgjengelig for behandlingshjemmet, familien, ungdommen og andre relevante personer hele døgnet, gjennom hele uka. Behandlingen varer mellom seks og tolv måneder.

Det er altså en gradvis økning i behandlingsintensitet fra FFT, via MST til TFCO, noe som gjenspeiles i saksmengde: I FFT kan hver terapeut ha inntil 8–10 aktive saker, mens i MST er snittet rundt tre til fire aktive saker. Et TFCO-team (bestående av flere terapeuter), vil samlet kunne ha inntil seks ungdommer og familier i behandling til enhver tid.

METODENE OG MÅLGRUPPENE

Metodene har delvis overlappende målgruppe, men med noen viktige forskjeller. For at MST-behandling skal kunne igangsettes, må ungdommens problemer vise seg på flere arenaer (de må være «multisystemiske»). Det kreves at atferdsproblemene har utviklet seg og framstår med en betydelig alvorlighetsgrad.

FFT har en bredere målgruppe enn MST: Ungdommer som viser alvorlige problemer på flere områder vil kunne gis et tilbud også i FFT. Samtidig kan FFT gi et behandlingstilbud også når prob-

lemene framstår med mindre intensitet, eller bare viser seg på en mer avgrenset arena, slik at ungdommen står i *risiko* for å utvikle mer omfattende problemer.

For TFCO overlapper målgruppekriteriene med MST, med den forskjell at TFCO ikke kan gi et tilbud dersom det vurderes at ungdommen og familien vil kunne nyttiggjøre seg hjelp i hjemmet. TFCO kan altså ikke igangsettes dersom det vurderes at familien vil kunne få adekvat behandling gjennom FFT eller MST.

EVIDENSBASERTE OG KONTROLLERTE

FFT, MST og TFCO er evidensbaserte metoder. Det innebærer at det er gjennomført kontrollerte studier av metodenes effekt. Studiene indikerer at behandlingen er mer effektiv enn andre tiltak *for målgruppen*. I implementeringen er det følgelig et viktig aspekt at tilbudet gis til riktig målgruppe – ut fra hvilken problembelastning ungdommen og familien har – hvor en har forskningsmessig belegg for å hevde at den valgte metoden har effekt. Ingen metode eller tilnærming vil ha effekt for alle – heller ikke innenfor metodens målgruppe. Vi har hittil ikke tilstrekkelig kunnskap til på forhånd å kunne predikere, altså forutsi, hvem i målgruppen som vil kunne ha bedre nytte av en metode framfor en annen, eller hvem som vil ha liten nytte av behandling.



I skrivende stund er det i Norge 4 FFT-team, 21 MST-team, og 2 TFCO-team.



IMPLEMENTERT I BARNEVERNET

FFT, MST og TFCO er i Norge implementert i det statlige regionale barnevernet (Bufetat), i samarbeid med Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge (NUBU). Bufetat har ansvar for drift av teamene, mens NUBU er overordnet faglig ansvarlig – og besørger implementeringsstøtte og kvalitets-sikring. I skrivende stund er det i Norge 4 FFT-team, 21 MST-team, og 2 TFCO-team. Ett av FFT-teamene er implementert på kommunalt nivå i Bærum kommune. En tilpasning av MST, som retter seg mot familier hvor det er rapportert fysisk mishandling eller omsorgssvikt, (MST-CAN), er under utprøving i Bærum kommune.

METODE – HVA BLE UNDERSØKT OG HVORDAN?

Det ble hentet ut data ved inntak for alle ungdommer plassert i FFT, MST og TFCO innenfor samme opptaksområde på Østlandet i perioden 2009–2015: 140 ungdommer hadde mottatt FFT, 546 ungdommer hadde mottatt MST og 40 ungdommer hadde mottatt TFCO.

Ungdommene var gjennomsnittlig rundt femten år gamle ved inntak. Kjønnfordelingen var relativt lik, med 59 %, 65 % og 57 % gutter i henholdsvis FFT, MST og TFCO. Det var ingen statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene hva gjaldt alder eller kjønnsfordeling ved inntak.

Ungdommenes problematikk ved inntak ble undersøkt gjennom en sammenlikning av følgende registreringer/tester:

1. **YLS/CMI (Youth Level of Service / Case Management Inventory; Hoge & Andrews, 2002):** YSL/CMI er et instrument for vurdering av risiko og behov for ungdommer med atferdsproblem i alderen 12–18 år, og er ment som et støtteverktøy i bl.a. beslutninger om behandlingsbehov og tiltak. Det er basert på empirisk kunnskap om risikofaktorer for utvikling og opprettholdelse av atferdsproblem/kriminalitet. YSL/CMI måler totalt 42 ledd, som fordeler seg på åtte subskalaer: I. Tidligere eller nåværende lovbrudd; II. Familieforhold og oppdragelse; III. Utdanning/arbeid; IV. Vennerelasjoner; V. Rusmisbruk; VI. Fritid/rekreasjon; VII. Personlighet/atferd; VIII. Holdninger knyttet til antisosial aktivitet. Skåre på YSL/CMRI registreres som en del av kartleggingen i FFT, MST og TFCO.
2. **Nasjonale atferdsmål:** I alle behandlingsmetodene (FFT, MST, TFCO) registreres det ja/nei-svar (dikotome svar) på fem kategorier: I. Ungdommen bor hjemme; II. Ungdommen går på skole eller har arbeid; III. Ungdommen er ikke i konflikt med loven; IV. Ungdommen bruker ikke rusmidler; V. Ungdommen utøver ikke vold eller trusler om vold. Formålet er å ha et «grovkornet» mål på sentrale problemområder ved inntak. Registreringen ved inntak skjer på bakgrunn av henvisningsinformasjon og kartlegging før inntak, eller i første del av behandlingen.

Mål I (ungdommen bor hjemme) ble ekskludert fra videre analyser, Dette fordi utgangspunktet ved oppstart ofte er ulikt i metodene. FFT og MST er hjemmebaserte tiltak, mens TFCO er fosterhjembasert, slik at mange ungdommer i TFCO plasseres direkte fra akutthinstitusjoner. På bakgrunn av de øvrige nasjonale atferdsmålene (nr. II–V) ble det laget en sammenlagtskåre, og øvrige mål ble invertert («snudd»), slik at studien anvendte følgende fem kategorier til videre analyser:

- Atferd totalt (summen av øvrige mål)
- Bruker eller truer med vold
- Har kriminell atferd
- Misbruker rusmidler
- Er ikke i skole eller jobb

Ungdommenes problembelastning ved inntak i FFT, MST og TFCO ble således sammenliknet gjennom relevante statistiske analyser av skårer på YLS/CMRI og nasjonale atferdsmål.

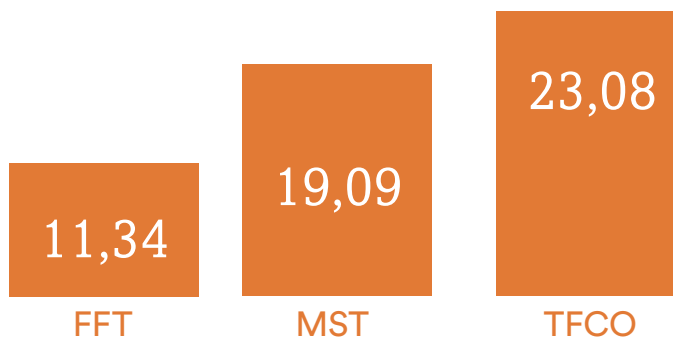
Her følger resultater fra studien.

FORSKJELLENE PÅ PROBLEMBELASTNING MÅLT VED YLS/CMRI

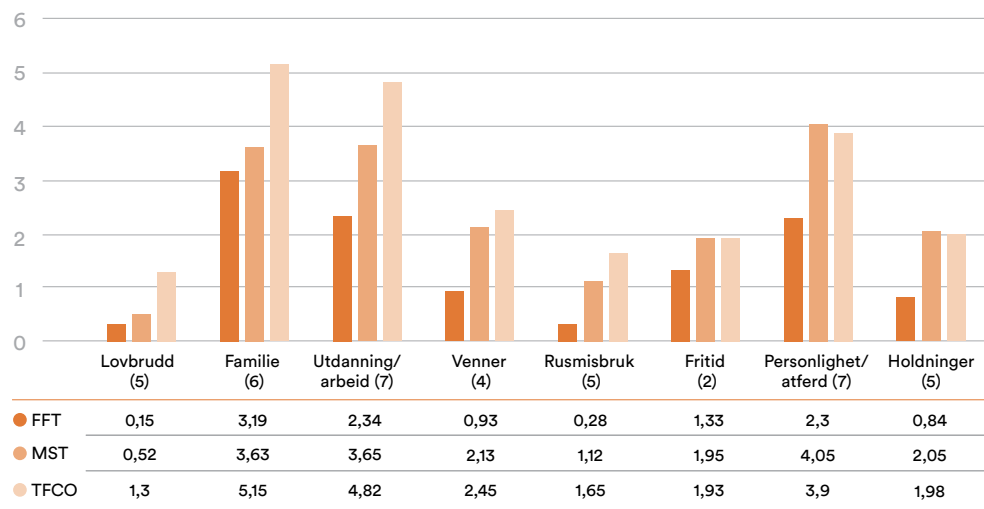
Ungdommenes gjennomsnittlige total-skåre på YLS/CMRI viste en signifikant forskjell mellom FFT, MST og TFCO, hvor ungdom i FFT hadde minst problembelastning, og ungdom i TFCO hadde høyest. Skårene framkommer av figur 1.

Analyser av subskalaene i YLS/CMRI viste en statistisk signifikant forskjell mellom behandlingsmetodene: Ungdom som mottok MST-behandling hadde ved inntak høyere skåre på alle subskalaene («lovbrudd», «familie», «utdanning/arbeid», «venner», «fritid», «personlighet/atferd» og «holdninger») sammenliknet med ungdom som mottok FFT-behandling. Videre hadde ungdom som mottok TFCO signifikant høyere skåre/problembelastning på subskalaene «kriminalitet», «familie» og «utdanning/arbeid» ved inntak, sammenliknet med ungdom som mottok MST. For skalaene rusmisbruk, venner, fritid, personlighet,

Figur 1. Gjennomsnittlig totalskåre fordelt på metode



Figur 2. Gjennomsnittlig YLS/CMI-skåre fordelt på metode



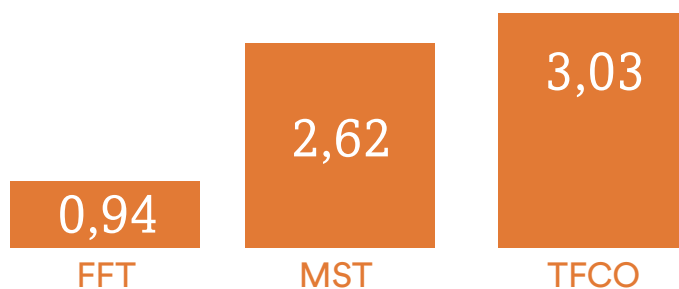
og holdninger var det ingen signifikante forskjeller mellom TFCO og MST, selv om analysene viste en trend i retning av at ungdom i TFCO hadde noe høyere problembelastning knyttet til rusmisbruk. Gjennomsnittlig skåre på de enkelte subskalaer av YLS/CMI fordelt på metode, framkommer av figur 2.

FORSKJELLENE PÅ NASJONALE ATFERDSMÅL

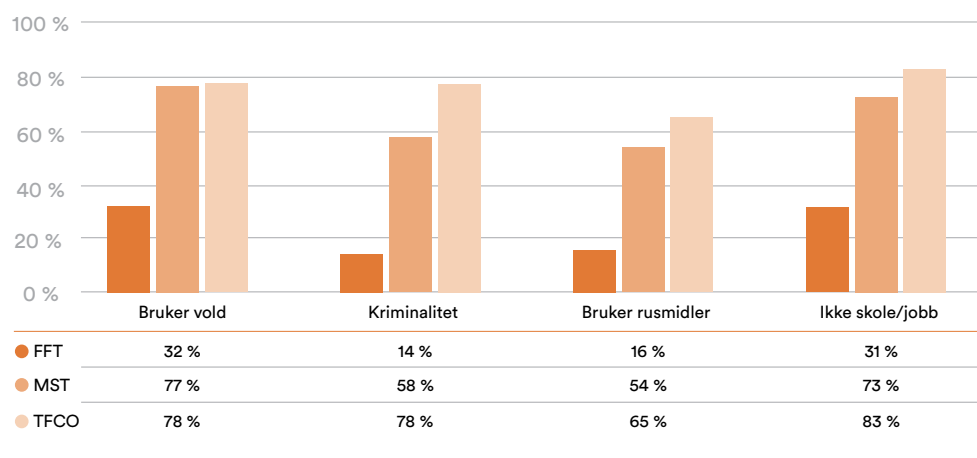
Som tidligere nevnt ble fire av fem atferdsmål slått sammen til en samlet kategori – «atferd total» – for å gi en indikasjon på total problembelastning. Skåren til ungdommene ved inntak i de respektive metoder framkommer av figur 3. Analysene indikerte at forskjellen var signifikant både mellom FFT og MST, og mellom MST og TFCO.

På de enkelte atferdsmålene («bruker vold», «kriminalitet», «bruker rusmidler», og «ikke i skole/jobb») hadde ungdom som mottok MST signifikant høyere gjennomsnittlig problembelastning enn ungdom som mottok FFT. Videre viste analysene at ungdom i TFCO ved inntak skåret signifikant høyere på atferds målet «kriminelle handlinger» enn ungdom i MST, mens det for målene «bruker vold», «misbruker rusmidler» og «ikke i skole/arbeid» ikke var signifikante

Figur 3. Gjennomsnitt «atferd total» fordelt på metode



Figur 4. Gjennomsnittlige nasjonale atferdsmål fordelt på metode



forskjeller mellom metodene ved inntak. En grafisk framstilling av gjennomsnittlig skåre på de nasjonale atferdsmålene for ungdom i de respektive metoder, følger av figur 4.

IMPLIKASJONER AV RESULTATENE I STUDIEN

Ett av formålene med studien var å undersøke omfanget av problematferd/ problembelastning hos ungdom ved inntak i FFT, MST og TFCO. Videre var det et formål å undersøke hvorvidt eventuelle forskjeller mellom gruppene fordeler seg på forventet måte, slik at økt problembelastning ved inntak medfører bruk av mer omfattende tiltak.

Ungdommene som mottar behandling i disse metodene skårer høyt på ulike mål på atferdsmessig problembelastning – og i særlig grad gjelder dette MST og TFCO: Ungdom som mottar MST og TFCO kjennetegnes av utfordringer på

flere områder som familiesituasjonen, rusmisbruk, skole/arbeid, vold og kriminalitet. Dette framkommer av høye skårer på både YLS/CMI og nasjonale atferdsmål. Ettersom målgruppekriteriene fordrer at problemene i familien og hos ungdommen har et betydelig omfang, indikerer resultatene samlet sett at metodene treffer tiltenkt målgruppe. Dette er av stor betydning ettersom metodene er evidensbaserte, og det er sentralt at de anvendes på den målgruppen hvor effekten er dokumentert.

Hva gjelder FFT, viser undersøkelsen også innslag av utfordringer knyttet til atferd, selv om skårene på de undersøkte målene viser at den atferdsmessige problembelastningen er signifikant lavere enn hva tilfellet er for MST. Studien undersøker ikke årsaker. Men det er rimelig å anta at ulikheter i metodens målgruppe bidrar til en noe lavere skåre på mål på atferdsproblematikk: Mens det

i MST og TFCO er et inntakskriterium at atferdsproblematikk hos ungdommen viser seg på flere områder (dvs. er «multisystemiske»), er dette *ikke* et vilkår for å kunne tilby FFT. Det er her tilstrekkelig med problemer som framstår isolert til en arena, og at ungdommen står i *risiko* for å utvikle atferdsproblemer. For eksempel kan familier med alvorlige og fastlåste konflikter, uten at det samtidig foreligger store problemer på andre arenaer, gis et tilbud i FFT.

Dog presiseres det at problemer også på andre arenaer, knyttet til for eksempel rus, vold eller skolefungering, ikke er eksklusjonskriterier i FFT. Ettersom ungdommenes gjennomsnittlig skåre på atferdsmessig problematikk ved inntak i FFT framstår relativt mye lavere enn for MST og TFCO, kan det synes som at man når en målgruppe som ikke får et tilbud gjennom de andre metodene. Samtidig kan det stilles spørsmål ved om det her ligger et uutnyttet potensial; Bør en også inkludere en større andel familier hvor ungdommen viser mer uttalt atferdsproblematikk?

Resultatene indikerer noen grad av forskjell i atferdsmessig problematikk ved inntak mellom ungdom i MST og TFCO: Ungdom som mottar TFCO skårer signifikant høyere på målene «total problembelastning» målt både ved YLS/CMI og ved en summering av nasjonale atferdsmaal ved inntak til behandlingen.

Videre hadde ungdom ved inntak i TFCO signifikant høyere skåre på subskalaene «kriminalitet», «familie» og

«jobb/arbeid» på YLS/CMI, sammenliknet med ungdom i MST. En plausibel forklaring på forskjellen ligger i ulikheter i behandlingstilnærmingen og målgruppekriteriene. MST retter seg mot ungdom som bor hjemme. I TFCO flytter ungdommen inn i et behandlingshjem, og har i den første behandlingstiden sin daglige omsorgsbasis der. Det er et inntakskriterium i TFCO at ungdommen *ikke* kan bli boende hjemme, slik at TFCO ikke kan gi et tilbud dersom det er mulig å igangsette MST (eller FFT). Et slikt kriterium ville, uavhengig av metodens eksklusjonskriterier, også fulgt av det minste inngreps prinsipp (se f.eks. NOU 2012:5, Bedre beskyttelse av barns utvikling, kap. 4.6.3.). Det er følgelig rimelig å anta at graden av problemene i gjennomsnitt vil være høyere i saker hvor behandling ikke kan tilbys hjemme, og særlig at problemene kan relateres til familien. Dette samsvarer godt med resultatene, som indikerte at ungdom i TFCO har en høyere risikoskåre knyttet til subskalaen «familie» på YLS/CMI, enn hva tilfellet er for ungdom i MST.

Ytterligere vil de juridiske rammene kunne være en faktor som bidrar til å forklare en noe høyere problembelastning hos ungdom i TFCO sammenliknet med MST. Sistnevnte kan tilbys som frivillig hjelpetiltak med hjemmel i barnevernloven § 4-4, mens TFCO-behandling krever vedtak etter bvl. § 4-24 (som fattes av fylkesnemnda), eller med familiens og ungdommens samtykke etter bvl. § 4-26. Terskelen for å fremme nemndsak eller fatte vedtak om «frivillig tvang» etter bvl. § 4-26 vil

kunne antas å ligge noe høyere, enn for å fatte vedtak om frivillig hjelpetiltak etter bvl. § 4-4.

Hva gjelder bruk av rusmidler viste resultatene ingen markant forskjell mellom ungdom i TFCO og MST. Dette kan framstå noe overraskende, ettersom det vil være rimelig å anta at rusmisbruk vil kunne bidra til at ungdommen ikke kan motta hjelp hjemme (gjennom MST). Når det gjelder skåren på nasjonale atferdsmål er dette en dikotom variabel (ja/nei) som måler hvorvidt misbruk av

rusmidler har vært et problemområde eller ikke. Målet er «grovkornet» og sier ikke noe om omfanget av eventuelle rusproblemer. Skåren på subskalaen «Rusmisbruk» i YLS/CMI er mer gradert, og gir en noe høyere gjennomsnittsskåre for ungdom i TFCO sammenliknet med MST. Dette kan indikere at omfanget av rusproblemer er noe større for ungdom i TFCO enn i MST. Riktignok er dette en svært usikker slutning, ettersom forskjellen bare viser en statistisk trend, uten å være signifikant.

OPPSUMMERING: EN HELHETLIG TILTAKSKJEDE

Studien indikerer at implementeringen av FFT, MST og TFCO synes å gi et differensiert tilbud til familier hvor ungdommen viser atferdsproblemer av ulik grad. Gjennom FFT vil familier hvor ungdommen står i risiko for å utvikle mer omfattende atferdsproblemer kunne få et tilbud, uten at ungdommen nødvendigvis framstår med utfordrende atferd på mange arenaer. Både FFT og MST kan gi tilbud til familier der atferdsproblemer har eskalert til et alvorlig nivå, og TFCO vil kunne være en aktuell behandling dersom ungdommen ikke lenger kan bo hjemme. En slik kjede av tiltak framstår hensiktsmessig både ut fra juridisk/etiske og økonomiske betraktninger. Ved at intensiteten i behandlingen følger omfanget av aktuell problematikk, sikres at ungdommen og familien ikke må gjennomgå mer behandling enn nødvendig, noe som samsvarer med «det minste inngreps prinsipp». Særlig viktig er det at ungdom med atferdsproblemer som kan behandles effektivt hjemme, ikke må flytte i fosterhjem eller på institusjon på grunn av mangel på tiltak – eller manglende utnyttelse av eksisterende tiltak.

Grunnet intensiteten i behandlingen er FFT rimeligere enn MST, som igjen er rimeligere enn TFCO. Også samfunnsøkonomisk har det betydning at metodene samlet sett gir et differensiert tilbud, slik at familier med mer avgrensede problemer får virksom hjelp til en lavere kostnad enn hva tilfellet er for familier/ungdommer hvor problemene har eskalert og viser seg på flere livsarenaer. Det er også samfunnsøkonomisk gunstig at flest mulig får virksom hjelp i hjemmet gjennom FFT og MST, siden TFCO er et betydelig mer kostbart tilbud, dog mindre kostbart enn institusjonsopphold.

**Kontakt:**

kyrre.lonnum@nubu.no

Kyrre Lønnum
spesialrådgiver
Utviklingsavdeling
ungdomNasjonalt utviklings-
senter for barn og unge
– NUBU**AVSLUTTENDE PRESISERINGER**

Flere forhold ved studien bør presiseres: Den er ikke designet for å undersøke *behandlingseffekten* av FFT, MST eller TFCO. Den er heller ikke designet for å undersøke årsaker til forskjeller mellom metodene. Studien undersøker utelukkende hvorvidt det eksisterer forskjeller mellom metodene. Drøftingen i diskusjonsdelen er et forsøk på å resonnerer omkring mulige årsaker til de observerte forskjellene, uten at resonnementene i seg selv har støtte i datamaterialet.

Datamaterialet i undersøkelsen er innsamlet for kvalitetssikringsformål, og studien er et ledd i overordnet kvalitetssikring av metodene. Skårene på de ulike målene er kodet av klinikere som arbeider i metodene, og selv om det arbeides for at ulike kliniske og kvalitetssikringsverktøy skal oppfattes og skåres likt (inter-rater reliabilitet), har det ikke vært mulig å undersøke i hvilken grad dette faktisk er tilfelle.

For ytterligere framstilling av metodiske presiseringer og begrensninger vises til Hay og Sveinsson (2016). ●

Referanser

Alexander, J. F., Waldron, H. B., Robbins, M. S., & Need, A. A. (2013). *Functional Family Therapy for Adolescent Behavior Problems*. Washington D.C., US: American Psychological Association.

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2012). *Bedre beskyttelse av barns utvikling. Ekspertutvalgets utredning om det biologiske prinsipp i barnevernet*. NOU 2012:5. Oslo: Departementets Servicesenter.

Chamberlain, P. (1994). *Family Connections. A Treatment Foster Care Model for Adolescents with a Delinquency*. Eugene, Oregon: Castalia Publishing Company.

Chamberlain, P. (2003). *Treating Chronic Juvenile Offenders. Advances made through the Oregon Multidimensional Treatment Foster Care Model*. Washington DC: American Psychological Association.

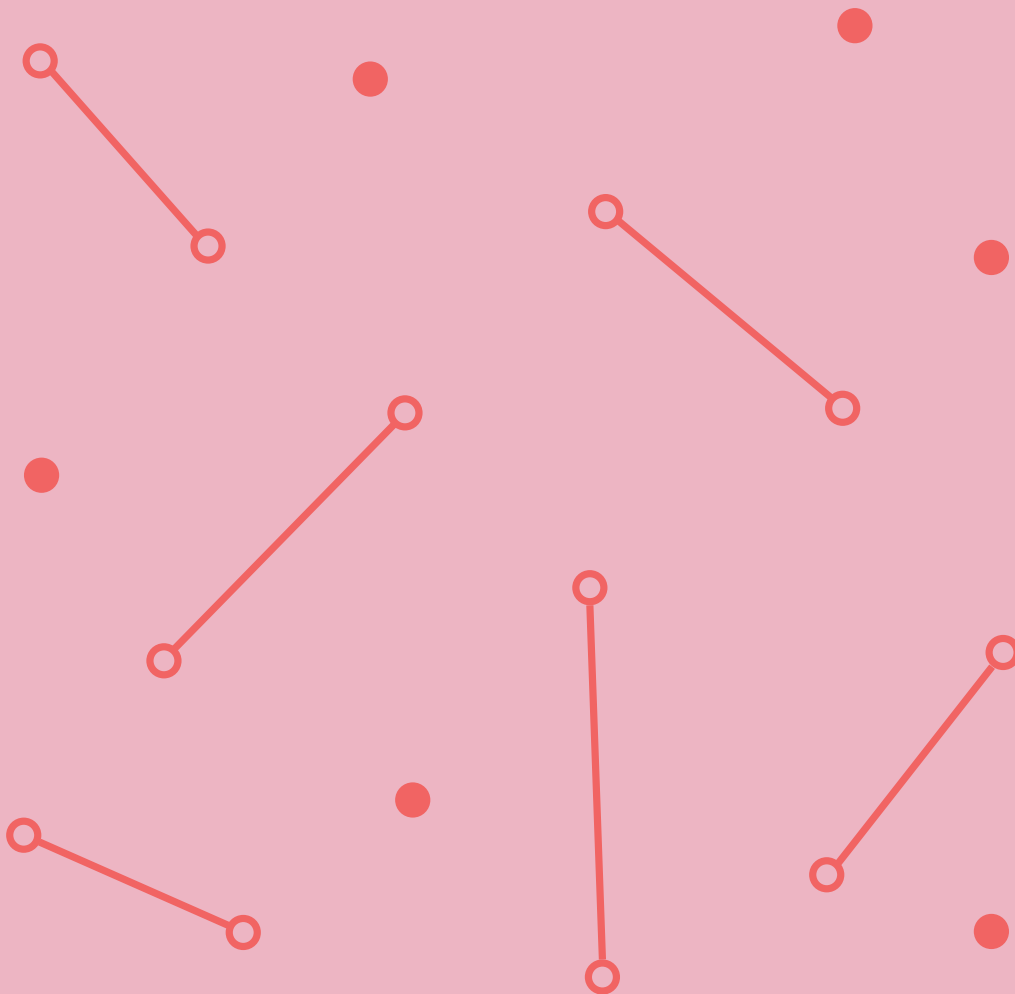
Christensen, B., & Ervik-Jeannin, R. (2017). Treatment Foster Care Oregon. I H. Eng, S. K. Ertesvåg, I. Frønes og J. Kjøbli (Red.), *Den krevende foreldrerollen (s. 187–206)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Christensen, B., & Mausest, T. (2007). Multisystemisk Terapi: familie- og nærmiljøbasert behandling av ungdom med alvorlige atferdsvansker. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44, 1095–1106.

- Christensen, B., Tollefsen, N., & Ogden, T. (2017). Multisystemisk Terapi (MST). I H. Eng, S. K. Ertesvåg, I. Frønes, og J. Kjøbli (Red.), *Den krevende foreldrerollen*, (s. 47–68). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Claussen, S.-E., & Kristoffersen, L. B. (2008). *Barnevernsklienter i Norge 1990–2005. En longitudinell studie*. NOVA Rapport 3/2008.
- Eng, H., Ertesvåg, S. K., Frønes, I., & Kjøbli, J. (2017). *Den krevende foreldrerollen. Familiestøttende intervensjoner for barn og unge*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hay, A., & Sveinsson, Å. (2016). *Treatment Foster Care Oregon for ungdommer med alvorlige atferdsproblemer. Beskrivelse av behandlingstiltaket og undersøkelser av hvor godt det treffer målgruppen i Norge*. Hovedoppgave. Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Henggeler, S., Schoenwald, S., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (2013). *Multisystemisk Terapi for barn og unge med alvorlige atferdsvansker*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hoge, R. D., & Andrews, D. A. (2002). *Youth Level of Service. Case Management Inventory (YLS/ CMI): User's Manual*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Ogden, T. (2010). *Familiebasert behandling av alvorlige atferdsproblemer hos barn og unge. Evaluering og implementering av evidensbaserte programmer i Norge*. Doktoravhandling. Det psykologiske fakultetet, Universitetet i Bergen.
- Rutter, R., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E., & Thapar, A. (2008). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry Fifth edition*. Oxford: Blackwell Publishing Limited.
- Skogen, J. C., & Torvik, F. A. (2013). *Atferdsforstyrrelser blant barn og unge i Norge. Beregnet forekomst og bruk av hjelpetiltak* (FHI rapport 2013:4). Hentet fra [http://www.fhi.no /dokumenter/de3ab474a7.pdf](http://www.fhi.no/dokumenter/de3ab474a7.pdf).
- Thøgersen, D. M., & Bjørnebekk, G. (2017). Funksjonell familierapi. I H. Eng, S. K. Ertesvåg, I. Frønes, og J. Kjøbli (Red.), *Den krevende foreldrerollen* (s. 69–89). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thøgersen, D. M., Lønnum, K., Tollefsen, N., & Christensen, B. (2012). Ungdom med atferdsforstyrrelser. I K. Martinsen og R. Hagen (red.), *Håndbok i kognitiv atferdsterapi i behandling av barn og unge* (s. 251–284). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tull eller tiltak?

Om å tolke effektstørrelser i kontrollerte evalueringsstudier



Forskere snakker ofte om «signifikante resultater» når de mener å ha funnet 'virkelige' forskjeller, for eksempel mellom en ny behandlingsmetode og vanlig praksis. Men det er viktig også å bruke holdepunkter utenfor statistikken. Sunn fornuft, kritisk sans og vurdering av praktiske implikasjoner er vesentlig i en vurdering av om et tiltak har effekt.

Tekst: Henrik Daae Zachrisson og Terje Ogden

Signifikante resultater er sjargong for statistisk signifikans, men sier egentlig ikke noe om hvorvidt et tiltak har stor eller liten praktisk effekt. Når forskere sier at et tiltak er signifikant bedre enn vanlig praksis, er det lett å tenke at det betyr «grønt lys» for å bruke tiltaket, i tillit til at det hjelper målgruppen på en god måte. Men «statistisk signifikans» gir liten informasjon om forskjellen mellom en eksperimentgruppe og en kontrollgruppe. Forskere bruker derfor ofte en effektstørrelse, som for eksempel Cohens d , som et uttrykk for praktisk eller klinisk signifikans. Cohens d er en standardskåre som gjør det mulig å sammenlikne resultater på tvers av studier, og den tallfester den faktiske forskjellen i behandlingsutfall mellom grupper som får – og som ikke får et tiltak. Derfor er det blitt svært vanlig å rapportere denne i forskningslitteratur – med referanse til Cohens autoritative bok fra 1977.

At dette ikke er fullt så enkelt, skal vi forklare i denne artikkelen. Vi vil argumentere for at det er viktig å bruke holdepunkter utenfor statistikken når vi skal vurdere om et tiltak har effekt. Sunn fornuft, kritisk sans- og vurdering av praktiske implikasjoner er vesentlig i en vurdering av om et tiltak har effekt.

Hva kan det være lurt å tenke på når en hører at et tiltak har effekt? Det er lett å bli forført – eller provosert – av kvanti-

tativ forskning og statistikk som «objektiv» og eksakt. Men det er viktig å se på statistiske effekter som redskap for å tolke store datamengder på en mest mulig gjennomslutlig og etterprøvbart måte. Siden forskning må vurderes og tolkes, er det nyttig å ha noen holdepunkter for egne vurderinger av resultatene.

Følgelig ønsker vi å gi praktikere, og kanskje også en og annen forsker, noen enkle holdepunkter til hjelp i vurderingen av om et tiltak som er evaluert er tull, eller om det kan ha praktisk betydning.

DESIGN OG KONTROLLGRUPPE

Når forskere snakker om «design» handler det om hvordan en evaluering er utformet; om hvem de samler inn data fra (f.eks. en eksperiment- og kontrollgruppe) og når (f.eks. før og etter gjennomføringen av en intervensjon). En av de beste måtene å teste effekten av et tiltak på, er gjennom en såkalt «randomisert, kontrollert studie».

Ideen er enkel; man rekrutterer en gruppe barn og familier som er i målgruppen for tiltaket, man velger tilfeldig hvem som får tiltaket og hvem som får et alternativ (kalt kontrollgruppe eller sammenlikningsgruppe), og måler utfallet (for eksempel forekomst av atferdsproblemer) før og etter tiltaket. Hvis den tilfeldige fordelingen (les: randomiseringen) har fungert, er de



Sunn fornuft, kritisk sans og vurdering av praktiske implikasjoner er vesentlig i en vurdering av om et tiltak har effekt.



to gruppene sammenliknbare før tiltaket settes inn. Den eneste forskjellen er at de får forskjellige tiltak. En forskjell i atferdsvansker etter at tiltaket er avsluttet, skal derfor i prinsippet kunne forklare kun ved at gruppene har fått ulike tiltak. Forskjellen i utfallet målt under eksperimentbetingelsen og alternativet er effekten av tiltaket.

Det vesentlige spørsmålet for å vurdere om et tiltak har effekt er: Er det rimelig å tro at den eneste forskjellen mellom de to gruppene er at én har fått tiltak og én har fått kontrollbetingelsen? Hvis svaret på dette er ja – her er det sunn fornuft, kritisk sans, og naturligvis erfaring med forskningsdesign som ligger til grunn – kan vi gå videre til å tenke på gruppene.

ER GRUPPENE STORE NOK?

Gruppene må være store nok til at forskjellene mellom gruppene faktisk *synes* i dataene. Vi ønsker med andre ord at tilfeldige variasjoner innad i gruppene ikke er større enn at effekten av et tiltak synes. For små grupper kan føre til at vi ikke ser effekter som faktisk er det (dvs. at vi forkaster et tiltak som uvirksomt selv om det faktisk er virksomt). I forskning kalles dette ofte Type II-feil. Det finnes ingen eksakte regler for hvor store gruppene skal være. En tommelfingerregel er at jo større grupper, jo bedre, og at studier med mindre enn femti i hver gruppe bør betraktes med mer skepsis enn studier med større grupper. Men grensene er flytende, og avhenger blant annet av hvor store forskjeller vi forventer å finne.

HVA SAMMENLIKNES TILTAKET MED?

Hvis vi tenker at gruppene er store nok for å være pålitelige, må vi tenke på kontrollbetingelsen. En effekt av et tiltak er alltid avhengig av hva det sammenliknes med. Dette kaller forskere for den *kontrafaktiske* betingelsen. Hva hadde barnet fått hvis det ikke fikk tiltaket?

For å kunne vurdere effekten av et tiltak må vi derfor vite hva kontrollgruppen fikk. Ofte beskrives dette som 'vanlig behandling' (eng. *treatment as usual*). Hvis kontrolltiltaket er veldig bra, må jo tiltaket være desto bedre for å vise seg mer effektivt. Hvis det ikke er noe kontrolltiltak, viser studien bare at tiltaket er bedre enn ingen behandling.

Jo vagere kontrolltiltaket er beskrevet, jo vanskeligere er det å vurdere effekten av det. At et tiltak er effektivt på ett sted, eller på ett tidspunkt, forteller oss ikke nødvendigvis at det vil være effektivt i andre situasjoner, hvor det alternative tiltaket er annerledes. For eksempel kan kriminalitetsforebyggende tiltak som viser seg virksomme i USA, ikke nødvendigvis være virksomme i Norge, fordi vi har et helt annet tiltaksapparat overfor barn og unge som begår lovbrudd.

Vurderingen av overførbarheten eller generaliseringsverdien av resultater må altså bygge på sunn fornuft og skepsis. Når vi nå har tenkt gjennom design, gruppestørrelser og kontrollbetingelse, kan vi gå videre til å vurdere selve effekten av tiltaket.



En tommelfingerregel er at jo større grupper, jo bedre, og at studier med mindre enn femti i hver gruppe bør betraktes med mer skepsis enn studier med større grupper.



”

Hvis kontrolltiltaket er veldig bra, må jo tiltaket være desto bedre for å vise seg mer effektivt. Hvis det ikke er noe kontrolltiltak, viser studien bare at tiltaket er bedre enn ingen behandling.

“

STATISTISK SIGNIFIKANS

Statistisk signifikans er en funksjon av størrelsen på en effekt og av størrelsen på gruppene. Jo større grupper som sammenliknes, jo mindre effekt skal til for å få et signifikant resultat. Innenfor fag som psykologi og pedagogikk tenker man at hvis det er mindre enn 5 % sannsynlighet for at den observerte forskjellen skyldes tilfeldigheter, så *kan* det skyldes effekten av tiltaket. Sagt på en annen måte; hvis den samme undersøkelsen ble gjennomført 100 ganger i den samme målgruppen, forventer vi å få et tilsvarende godt resultat i 95 av disse. Forskere skriver da ofte at $p < .05$, hvor p viser til sannsynligheten for å begå en Type I-feil: Å si at det er en effekt der hvor det egentlig ikke er annet enn tilfeldige variasjoner. Det er utelukkende konvensjonelle grunner til at 5 % er blitt en kritisk grense. Hvis det er mindre enn 6 % eller 7 % risiko for Type I-feil (i stedet for 5 %), er det ikke noen logisk grunn til å skulle forkaste intervensjonen, selv om dette ofte gjøres. Forskere snakker derfor ofte om «grense-signifikante» resultater hvis p -verdien er mindre enn 10 %. De seneste årene har vi sett en tendens til at forskere er mindre rigide i å forkaste resultater med noe høyere p -verdier enn 5 %.

Samtidig er mange kritiske til betydningen av p -verdier for å vurdere viktigheten av et resultat. Fordi p -verdien på 5 % er et tilfeldig kuttepunkt, har en del forskere vært bekymret for at det utvikler seg en kultur for « p -hacking», som vil si at forskere kan ta ulike grep for å «presse» p -verdien ned under 5 %-grensen. For å forebygge slike uheldige grep, er det i dag vanlig at randomiserte studier registreres i forkant, der forskere redegjør for hvordan de samler inn og analyserer data.

KONFIDENSINTERVALLER GIR MER NYANSERT INFORMASJON

Det er også blitt vanlig å oppgi konfidensintervall for effektene av en intervensjon. Konfidensintervallet kan tenkes på som en metafor for hvor stor tillit vi kan ha til et resultat. Ser vi litt mer teknisk på det, er konfidensintervallet strengt tatt en mer nyansert versjon av p -verdien. Et konfidensintervall angir et spenn for den sannsynlige effekten av et tiltak (sammenliknet med en kontrollgruppe). For eksempel angir et 95 % konfidensintervall at den forskjellen man observerer med 95 % sannsynlighet ligger *utenfor* konfidensintervallet, hvis det ikke er noen reelle forskjeller mellom gruppene. I tillegg til informasjonen fra p -verdien gir altså konfidensintervallet informasjon om den sannsynlige variasjonsbredden av en effekt i den målgruppen som tiltaket er rettet mot.

Kort oppsummert gir statistisk signifikans informasjon om sannsynligheten for at effekten er et resultat av tilfeldige variasjoner i målgruppen, men den sier ikke noe om hvor effektivt tiltaket er. For å si noe om hvor effektivt tiltaket er, må vi se på effektstørrelsen.

HVA ER EFFEKTSTØRRELSE?

En effektstørrelse er et standardisert mål på effekten av et tiltak sammenliknet med kontrollgruppen. For eksempel betyr en effektstørrelse på 0.2 for en intervensjon, sammenliknet med kontroll, at det er 20 % av et standardavvik forskjell i gjennomsnittsverdien mellom de to gruppene.

Se for deg at intervensjonsgruppen har en gjennomsnittsverdi (etter intervensjonen) på 1.50 på et mål på atferdsvarsler, og standardavviket for denne gruppen er 0.31, mens kontrollgruppen har en gjennomsnittsverdi på 1.56 og et standardavvik på 0.29. Vi kan da regne



Statistisk styrke er en måte å beregne hvor mange deltakere man må ha i en studie for å unngå å forkaste en hypotese som har støtte i data (Type II-feil).



ut den gjennomsnittlige størrelsen på standardavviket, $(0.31+0.29)/2$, som blir 0.30. Deretter regner vi ut differansen mellom skåren for intervensjons- og kontrollgruppe, 1.50-1.56, som blir -0.06. Til slutt dividerer vi differansen på det gjennomsnittlige standardavviket, $-0.06/0.30$, som blir -0.20. Det viser at intervensjonsgruppen i gjennomsnitt skårer 20 % lavere på atferdsvansker enn kontrollgruppen etter intervensjonen. Vi har dermed en effektstørrelse på 0.20.

En slik effektstørrelse kalles Cohens d , etter Jacob Cohen, som først beskrev den. En annen variant kalles for Hedges g , og kan tolkes på samme måte. Her holder vi oss til Cohens d , som altså beskriver forskjellen mellom grupper som funksjon av spredningen i utvalgene.

Det finnes også andre typer effektstørrelser. I analyser av sammenhenger mellom variabler, for eksempel mellom familieinntekt og atferdsvansker, er det vanlig å bruke effektstørrelser som beskriver hvor sterk sammenhengen er. Det uttrykkes som en korrelasjonskoeffisient (r), eller en standardisert regresjonskoeffisient (beta). Analyser av forskjeller i proporsjoner, for eksempel andelen syke etter behandling i en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe, bruker ofte *odds ratio* eller *risk ratio* for å beskrive effekten. For enkelthetens skyld vil vi her fokusere på Cohens d . Premissene vi beskriver for å tolke en effekt-

størrelse er imidlertid relevante for alle typer. Det er viktig å være oppmerksom på at skalaene er forskjellige for de ulike typene effektstørrelser. En r på 0.20 kan ikke forstås som den samme effekten som en d på .20 (en d på 0.20 kan regnes om til en r på ca. 0.1).

HVA ER EN STOR EFFEKTSTØRRELSE?

Hvordan kan man så ta stilling til om en Cohens d på 0.20 skal tilsi at effekten av tiltaket er stor nok til at vi kan si at tiltaket fungerer? Mange forskere vurderer størrelsen på d ved å henvise til «Cohens standarder». Selv om dette er vanlig, bygger det på en misforståelse, og kan føre til at forskere trekker gale konklusjoner om effekten av tiltaket de har evaluert.

For omtrent førti år siden skrev Jacob Cohen en bok om statistisk styrke. Statistisk styrke er en måte å beregne hvor mange deltakere man må ha i en studie for å unngå å forkaste en hypotese som har støtte i data (Type II-feil). Cohen skrev at når man skal bestemme utvalgsstørrelse, er det lurt å se på tidligere forskning innenfor samme tema, og se hvor store effekter andre har funnet. Så kan man bruke dette som utgangspunkt for å beregne hvor store grupper man bør rekruttere. Hvis man forventer store effekter, kan man klare seg med ganske små grupper. Hvis man forventer små effekter, må man imidlertid rekruttere flere deltakere til studien.

Cohen skrev også at hvis man ikke vet hvor store effekter man kan forvente, kan det være greit med noen tommelfingerregler. Basert på egen forskererfaring, definerte han en liten Cohens d som 0.20, en middels som 0.50, en stor som 0.80, og en veldig stor som 1.30. Cohen var visstnok ganske ukomfortabel med å definere slike standarder, fordi han fryktet at de ville bli misforstått og misbrukt. Og det er akkurat det som har skjedd.

Forskere innenfor mange disipliner har siden brukt disse tallene som en standard for å si om et tiltak har en stor effekt. Det finnes mange eksempler på dette, men ett som har vært mye referert i den offentlige debatten i Norge, er John Hatties analyser av virksomme tiltak i skolen. Hattie skriver ganske kategorisk at kun tiltak med en effektstørrelse over 0.40 er verd å vurdere. Alle som skriver om effektstørrelser fraråder på det sterkeste denne formen for kategoriske definisjoner av hva som er en stor effekt.

DEN PRAKTISKE BETYDNINGEN AV Å TOLKE EFFEKTSTØRRELSER

En effektstørrelse må tolkes i en sammenheng. Spesielt er det relevant å vurdere den *praktiske betydningen* av effektstørrelsen, *alvorlighetsgraden* av utfallet, *hvor mange* som kan ha utbytte av tiltaket, de *ekstra omkostningene* ved tiltaket (både økonomisk og menneskelig), samt effektstørrelsen *relativt til andre tiltak eller forhold*, som vi vet har betydning.

Vi skal forklare hvert av disse momentene, men starter med et klassisk eksempel.

I 1990 skrev psykologen Robert Rosenthal et motsvar til en kritisk artikkel som hevdet at psykoterapeutiske intervensjoner var lite virksomme, fordi en meta-analyse (kvantitativ sammenstilling av mange studier) hadde konkludert med at

den gjennomsnittlige effektstørrelsen på tvers av mange studier var 0.30 (og følgelig ganske liten etter Cohens standarder). Rosenthal viste til en kjempestor randomisert studie av hvorvidt Aspirin kunne forebygge hjerteinfarkt. Effektstørrelsen i studien var 0.03. Studien endret imidlertid anbefalingene for forebygging av hjerteinfarkt. Hvorfor? Utfallet var alvorlig (i ytterste konsekvens, død), intervensjonen var nesten gratis (Aspirin er ganske billig), det var på det tidspunktet ingen kjente bivirkninger, og studien var av veldig høy kvalitet. I tillegg er årsaksmekanismen kjent, vi vet altså hvorfor Aspirin har den effekten. Selv om effektstørrelsen var liten, kunne Aspirin altså, på en billig og enkel måte, gjennom forebygging forhindre noen hundre dødsfall i året. Hvis Cohens standard hadde ligget til grunn, ville dette tiltaket ha blitt forkastet som lite effektivt.

Dette eksempelet illustrerer hvorfor effektstørrelsen kun er å betrakte som et tall, og hvorfor dette tallet kun har mening i en sammenheng. Den *praktiske betydningen* av tallet må vurderes i en sammenheng.

Innledningsvis kan det være nyttig å vurdere om vi vet nok om utfallsmålet til at den ikke-standardiserte forskjellen mellom gruppene kan være meningsfull. I eksempelet over, hvor effektstørrelsen ble beregnet til 0.20, svarte dette til en gruppeforskjell på 0.06 på skalaen for atferdsvansker.

ALVORLIGHETSGRAD

La oss nærme oss tematikken omkring barn, ungdom og atferdsproblemer.

Hvis vi for eksempel vet at barn, etter innføring av et tiltak, i gjennomsnitt slår andre én gang mindre per uke, kan det være et nyttig utgangspunkt. Vanligvis har vi ikke denne typen informasjon om

mål på atferdsvansker, så vi må gjøre denne vurderingen basert på annen informasjon. I andre tilfeller kan vi ha et utfall som er lettere å tolke. Det kan for eksempel være antall anmeldte lovbrudd, eller antall ganger ungdom ruser seg.

Under alle omstendigheter må vurderingen av størrelsen på en effekt bygge på en vurdering av effektstørrelsen i lys av hva vi vet om utfallet og utfallsmålet. I forlengelsen av dette er naturligvis alvorlighetsgraden av utfallet relevant. En liten reduksjon av et veldig alvorlig utfall (vold, selvskading, død) kan være viktig, mens en stor reduksjon av et mindre alvorlig utfall (motivasjon for å spise frukt) kan være mindre viktig.

HVOR MANGE HJELPER BEHANDLINGEN, OG HVA KOSTER DEN?

Hvor mange som kan hjelpes av et tiltak, er også relevant. En effektstørrelse på 0.20 av et tiltak som retter seg mot store grupper, som for eksempel PALS, som gjennomføres på skole- og klassenivå, kan tolkes som viktigere enn en tilsvarende effektstørrelse for et individuelt rettet tiltak, fordi den endringen som oppnås berører flere. Som Aspirin-eksempelet viste, kan en liten effekt som berører mange mennesker ha stor betydning. Hvis en intervensjon gjør at alle elevene i en klasse dytter andre elever én gang mindre per uke, kan det bety endel for et klassemiljø. Dette er naturligvis også relatert til de *ekstra omkostningene* ved tiltaket (både økonomisk og menneskelig).

En effektstørrelse på 0.20 i evalueringen av et tiltak som er dyrt, har store konsekvenser for dem som deltar. Et tiltak som er veldig tidkrevende, er naturligvis mindre gunstig enn et som er raskt å gjennomføre. Igjen er tolkingen en vurderingssak. Hvis tiltaket som evalueres har en effektstørrelse på

0.00 sammenliknet med kontrolltiltaket, men tar halvparten av tiden og koster halvparten så mye, er det naturligvis en positiv effekt.

EFFEKT I LYS AV ANDRE STUDIER

En effektstørrelse bør alltid vurderes *i forhold til andre tiltak*. Derfor må man sammenlikne effektstørrelsen i evalueringen av et tiltak med andre tiltak av samme type. Effektstørrelsen i evalueringen av PALS bør sammenliknes med evalueringer av andre skolerettete tiltak, ikke individuelle behandlinger (naturligvis med tiltakenes omfang og kostnader i mente). Dette kan innebære å se på enkeltstudier, men det kan også være nyttig å se på meta-analyser.

Meta-analyser kan gi et mer robust bilde av hvor store effektstørrelser er på tvers av studier. Ofte oppgis effektstørrelser i meta-analyser med et konfidensintervall, slik at vi får en indikasjon på spennet i resultater fra tidligere forskning. Det er imidlertid alltid viktig å sjekke om de studiene som inngår i meta-analysen faktisk bruker samme typer metode (og kontrollbetingelser), og evaluerer samme type tiltak, som dem man selv har gjort. Ved å sammenlikne effektstørrelsen med



Hvis en intervensjon gjør at alle elevene i en klasse dytter andre elever én gang mindre per uke, kan det bety endel for et klassemiljø.



dem fra evalueringer av andre liknende tiltak, får man ytterligere informasjon til å tolke effektstørrelsen. Heller ikke dette er i seg selv et endelig svar på om tiltaket er tull eller ikke.

EFFEKTEN I LYS AV ANDRE RELEVANTE FORHOLD

Det siste momentet vi skal diskutere her, er effektstørrelsen *relativt til andre relevante forhold*. Dette innebærer at vi finner andre meningsfulle forskjeller i det utfallet som er målt, og ser resultatet av evalueringen i lys av det. Dette kan være spesielt nyttig i tilfeller hvor skalaen som benyttes ikke har en intuitiv eller direkte tolkbar mening, slik tilfellet ofte er med mål for atferdsvansker.

For eksempel kan vi tenke oss at en effektstørrelse på 0.20 svarer til forskjellen

i atferdsvansker mellom jenter og gutter. I så fall får vi en praktisk «målestokk» å se effekten i forhold til. Hvis vi har en generell opplevelse av at gutter er merkbart mer vanskelige å håndtere enn jenter i den aktuelle aldersgruppen, gir dette oss en indikasjon på den praktiske størrelsen på effekten.

Andre eksempler på relevante sammenlikninger er sosioøkonomiske forskjeller. En språk-intervensjon i barnehagen kan tenkes å redusere den sosiale ulikheten i språkferdigheter. I tiltak som måler utfall som normalt øker med alder, som for eksempel språkferdigheter, kan vi sammenlikne effekten av et tiltak med normal utvikling. Vi kan for eksempel se at effekten av en intervensjon med varighet på to måneder tilsvarer seks måneder med normal utvikling. ●

OPPSUMMERING: KRITISK VURDERING OG SUNN FORNUFT

Vi har argumentert for at tolkningen av en effektstørrelse ikke bør være basert på absolutte kriterier, men på kritisk vurdering og sunn fornuft. Kathleen McCartney skrev at det er med effektstørrelser som med barn; man forstår dem best hvis man ser dem i kontekst, det vil si den helhetlige sammenhengen de inngår i.

Vi må vurdere kvaliteten på evalueringen, hva tiltaket sammenliknes med, omfanget av tiltaket, og effekten i forhold til hva vi kan forvente og hva som er meningsfulle forskjeller. Statistisk signifikans er en kilde til informasjon, men aldri tilstrekkelig til å vurdere om et tiltak fungerer. Effektstørrelsen gir heller ikke i seg selv et svar på om et tiltak er tull, men det gir vesentlig informasjon om hvor stor effekten er. Først når vi ser informasjonen om statistisk signifikans og effektstørrelse i en kontekst, kan vi begynne å vurdere om vi har et virksomt tiltak eller tull. Denne vurderingen bør innbefatte alt vi vet om studien, tiltaket og utfallet. Vi må med andre ord gjøre en helhetsvurdering, hvor statistikk og tall gir oss grunnlag for vurderingen.

Tall alene sier ikke om tiltaket er tull. Det vurderer vi best, hvis vi tenker oss godt om.



Kontakt:

h.d.zachrisson@nubu.no

Henrik Dae Zachrisson
Forsker 1

Nasjonalt utviklings-
senter for barn og unge
– NUBU

Hvordan er det å være tilgjengelig hele døgnet?

Å være på vakt



Ani Elise Pilavian og Karim Lekhal (foto: NUBU).

I behandlingsmetodene MST og TFCO er terapeuter og veiledere tilgjengelige på telefon for ungdom og familier i behandling 24 timer i døgnet, 7 dager i uka. Terapi og annen oppfølging legges til tider som passer familiene i behandling.

Tekst: Kyrre Lønnum

Denne tilgjengeligheten er helt avgjørende for å kunne gjøre et godt og grundig arbeid med metodenes målgrupper.

- Dette er familier med høy risiko, som går igjennom kriser. Vi ber dem om å gjennomføre et omfattende og krevende endringsarbeid for seg og barna sine. Mulighet for å kunne følge opp og støtte familiene i endringsarbeidet døgnet rundt er en forutsetning for å arbeide hjemmebasert med disse store utfordringene, sier Ani Elise Pilavian Vik, leder og veileder innenfor MST–CAN i Bærum kommune.

Hun støttes av Kharim Lekhal, behandlingsleder i TFCO–Sandvika i Bufetat Region Øst.

- Mange utfordrende situasjoner skjer ikke innenfor normalarbeidstid, sier han, og opplever det helt nødvendig at familiene får hjelp til å håndtere vanskelige situasjoner når de oppstår. Da kan man avverge at en vanskelig situasjon utarter til en krise.

Både Vik og Lekhal formidler at tilgjengeligheten ofte brukes til planlagt oppfølging, slik at de kan være i forkant av situasjoner som kan oppstå. Det legges ofte opp til telefonsamtaler med familien før de skal inn i vanskelige situasjoner, og dermed økes sannsynligheten for at de lykkes. Også faste sjekkpunkter med familiene og/eller ungdommen kan være nyttig i perioder, og bidra til å skape trygghet.

VAKTORDNINGENE

I MST har terapeutene en ordning hvor alle terapeuter er tilgjengelige for «sine» familier fra klokka åtte om morgenen til klokka åtte på kvelden i ukedagene. De har i tillegg en vaktordning hvor terapeutene bytter på å være tilgjengelig for alle familiene fra åtte på kvelden til åtte om morgenen i ukedagene, og i helger. Veileder i teamet er alltid tilgjengelig for terapeutene.

I TFCO er terapeutene og behandlingsleder alltid tilgjengelig for ungdommen, familien, behandlingshjemmet og andre involverte personer og systemer.

Terapeutene er gjennom denne vaktordningen unntatt fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser. Ordningen er forankret i en avtale mellom partene i arbeidslivet, med hjemmel i arbeidsmiljøloven § 10-12 (4). Avtalen gir terapeuter og veiledere kompensasjon for tilgjengeligheten.



Det legges ofte opp til telefonsamtaler med familien før de skal inn i vanskelige situasjoner, og dermed økes sannsynligheten for at de lykkes.



OPPLEVES VIKTIG

I begge metodene formidler familiene at tilgjengeligheten oppleves som viktig.

- Når vi evaluerer behandlingen, trekker nesten alle familier fram viktigheten av å kunne få tak i en terapeut til alle døgnets tider. Det gjelder også de familiene som i liten grad har benyttet seg av ordningen. Vissheten om at de har mulighet til å få støtte av noen de kjenner og som vil dem vel, synes viktig i seg selv, og kan bidra til at de våger å stå i behandlingen, framholder Vik.

Som ledere og veiledere i sine behandlingsteam, er både Vik og Lekhal tilgjengelige for terapeutene i sine team døgnet rundt. Dette innebærer at også terapeutene har støtte i krevende situasjoner, og alltid har noen å drøfte vanskelige spørsmål med, og flere gir uttrykk for at de opplever dette som en sikkerhetsventil.

De opplever det sjelden som belastende å være tilgjengelig. Vik formidler at det generelt er lite «turn-over» av ansatte i disse metodene, og mener det er en indikasjon på at tilgjengeligheten ikke oppleves mer belastende enn at det oppveies av den kompensasjonen man mottar. Det legges også vekt på fleksibilitet innad i teamet, slik at man har lav terskel for å overta for hverandre om det trengs.

MENINGSFULLT

- Å arbeide på denne måten oppleves meningsfylt, sier Lekhal. Det er givende å kunne veilede familier og behandlingshjem i en konkret situasjon, og se raske resultater av arbeidet. Både Lekhal og Vik uttrykker at beredskapen er noe de er stolte av. Dette er å gi hjelp på klientenes premisser, når de trenger det, sier Vik. Terapeutene seg imellom har lav terskel for å overta for hverandre om det trengs.

Kharim Lekhal synes det helt fint å være tilgjengelig, selv med tre barn. Han opplever at klienter tåler godt å høre lyd fra en fotballkamp eller gråtende barn i bakgrunnen når de ringer på kveldstid.

- Jeg tror det at klientene hører at vi står i dagligdagse situasjoner når de snakker med oss, kan bidra til å alminneliggjøre terapeutene og bryte ned avstanden mellom terapeut og klient.

Ani Elise Pilavian Vik forteller at innad i teamene omtales tilgjengeligheten ofte som «å være på vakt».

- Jeg synes det er noe vakkert i ordene «å være på vakt». Vi er der for dem og våker over dem i det vanskelige som de prøver å få en endring på. ●



Kontakt:

kyrre.lonnum@nubu.no

Kyrre Lønnum
spesialrådgiver
Utviklingsavdeling
ungdom

Nasjonalt utviklings-
senter for barn og unge
– NUBU

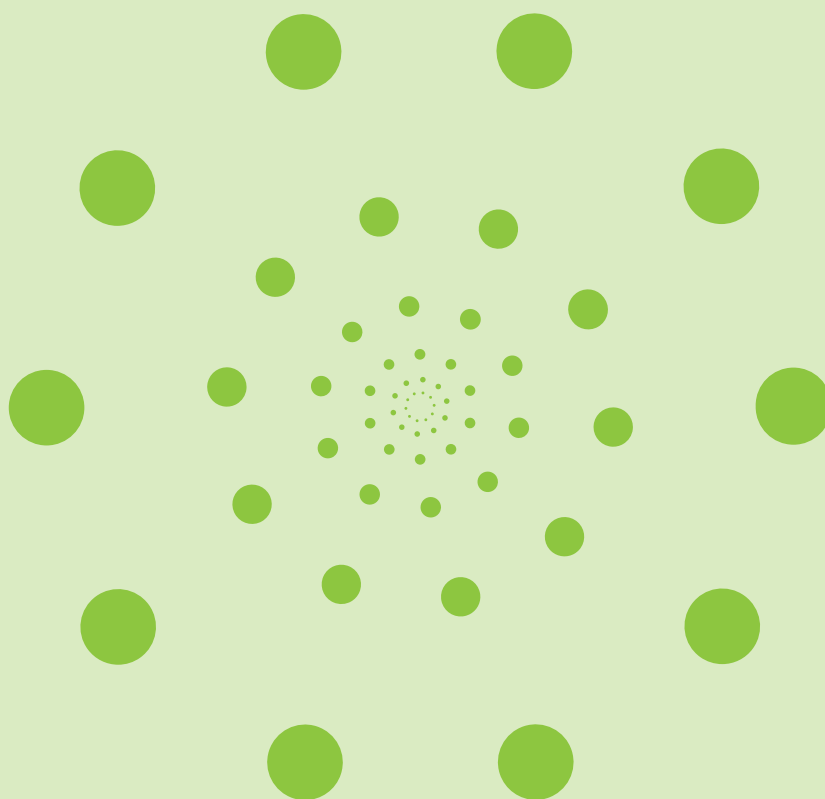


Når vi evaluerer
behandlingen, trekker nesten
alle familier fram viktigheten av
å kunne få tak i en terapeut til
alle døgnets tider. Det gjelder
også de familiene som i liten
grad har benyttet seg av ord-
ningen. Vissheten om at de har
mulighet til å få støtte av noen
de kjenner og som vil dem vel,
synes viktig i seg selv, og kan
bidra til at de våger å stå
i behandlingen.



Kompetansebehovet i barnevernet

Om endringen av ansvarsfordelingen mellom
stat og kommune



For å ivareta behovene til barn og familier med alvorlige og sammensatte vansker når endringen av ansvarsfordeling mellom stat og kommune trer i kraft, bør det foreligge en strategi og plan for hvordan barnevernet skal øke sin kompetanse, men også sikre vedlikehold av allerede opparbeidet kompetanse.

Tekst: Anette Arnesen Grønlie

Denne artikkelen omhandler Nasjonalt utviklingssenter for barn og unges (NUBU) innspill til Barne-, ungdoms- og familiedirektoratets (Bufdir) utredning og Barne- og likestillingsdepartementets (BLD) kompetansestrategi.

I juni 2017 vedtok Stortinget barnevernsreformen Prop. 73 L (2016–2017), som vil medføre en styrking av kommunenes ansvar for familier som trenger hjelp fra barnevernet, samtidig som oppgavene til det statlige barnevernet tydeliggjøres. Disse endringene vil først tre i kraft i 2020, men styrkingen av kompetansen starter allerede nå.

På oppdrag fra BLD har Bufdir utredet kompetansebehovet til den kommunale barneverntjenesten. Utredningen vil danne et viktig grunnlag for utviklingen av kompetansen i barnevernet framover, og våren 2017 sendte Bufdir første del av utredningen ut på høring.

I dag finnes det ingen nasjonale krav eller føringer for hvilken kompetanse barneverntjenesten skal besitte, selv om ansatte i barnevernet gjennomfører komplekse utredninger og iverksetter tiltak som kan være svært inngripende i barns og familiers liv. Utredningen skal bidra til å tydeliggjøre forventningene og krav til kompetanse i tjenesten, og dermed også gi tjenestene et verktøy for

systematisk kompetansebygging. I tillegg vil den gi utdanningsinstitusjonene et bedre grunnlag for å innrette sine grunnutdanninger etter fagfeltets behov og i utviklingen av nye etter- og videreutdanninger.

Sammen med behovet for et kunnskapsbasert og kompetent kommunalt barnevern, sto vedlikehold av allerede opparbeidet forebyggings-, behandlings- og implementeringskompetanse av tiltak for familier med alvorlige og sammenfattede vansker sentralt i NUBUs tilsvarende (20.6.2017).

TRE SENTRALE DOKUMENTER

I høringsforslaget fra Bufdir var det særlig tre dokumenter som var sentrale for kompetanseutredningen: NOU 2009 nr. 8 (Befring-utvalget), som analyserte og skisserte nødvendig kompetanseutvikling i barnevernet, Prop. 106 L (2012–2013), som medførte flere endringer i barnevernloven, og forslaget til ny barnevernsreform, som skissert i Prop. 73 L (2016–2017).

Oppdraget Bufdir fikk våren 2017, var å utrede og kartlegge det kommunale barnevernets faktiske og framtidige kompetansebehov, og samtidig synliggjøre områder hvor barneverntjenestene ikke har tilstrekkelig tilgang på nødvendig kompetanse. I denne første delen



I dag finnes det ingen nasjonale krav eller føringer for hvilken kompetanse barneverntjenesten skal besitte, selv om ansatte i barnevernet gjennomfører komplekse utredninger og iverksetter tiltak som kan være svært inngripende i barns og familiers liv.



av utredningen ble det skilt mellom tre ulike nivåer av kompetanse;

- kompetanse som den enkelte medarbeider bør besitte
- kompetanse som den enkelte tjeneste samlet sett bør besitte
- kompetanse som den enkelte tjeneste må ha tilgang til

Den andre delen av dette oppdraget skal identifisere områder «*hvor barneverntjenesten mangler, eller ikke har tilstrekkelig tilgang på, nødvendig kompetanse*». Denne delen av utredningen gjennomføres i samarbeid med Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU). NIFU vil blant annet gjennomgå samtlige grunnutdanninger for barnevernspedagoger og sosionomer, samt relevante etter- og videreutdanninger. Innholdet i disse vil vurderes opp mot nødvendig kompetanse identifisert gjennom denne første delen av utredningen.

Videre er NIFU bedt om å gjennomføre en spørreundersøkelse blant barnevernledere og ansatte. Spørreundersøkelsen vil kartlegge dagens formalkompetanse i barnevernet, ressursutfordringer og *turnover*, og også be om feltets vurdering av egen kompetanse og kompetansebehov. På bakgrunn av utredningen, innspillene Bufdir har mottatt og NIFUs rapport, gir direktoratet sin anbefaling til kompetansebehov i barneverntjenesten til departementet.

UTREDNINGENS FOKUS; GRUNNLEGGENDE KOMPETANSEUTVIKLING

Bufdirs utredning løfter fram kompetansebehov knyttet til barn og barns utvikling, vurdering av foreldres omsorgskompetanse og -kapasitet, og ivaretagelse av et helhetlig syn på barnet og familien. Dette må gjøres på en måte som ivaretar barn og familier, deres rett til medvirkning og deres rettssikkerhet.

I dette er *samarbeidskompetanse* særlig sentralt. Samtlige barnevernsarbeidere i barneverntjenesten bør ha kompetanse til å kunne vurdere hva som utgjør barn og familiers utfordringer og behov, og sette inn og følge opp tiltak som bidrar til en positiv utvikling.

Utredningen framhever også behovet for solid *forvaltningskompetanse*, herunder kompetanse innenfor jus og lovverk, vurderings- og beslutningskompetanse og rolleforståelse. Dette innebærer at barnevernsarbeidere må ha en breddekunnskap om ulike fagområder. Også personlig kompetanse, som selvrefleksjon, empati og omsorg, og evne til å motivere andre, framheves som sentralt for arbeidet i barneverntjenesten.

Bufdir vurderer at mer *spesialisert kompetanse* i barneverntjenesten bør ta utgangspunkt i de utfordringene kommunens innbyggere har, og som faller inn under barneverntjenestens ansvarsområde. Også rekruttering og godkjenning av fosterhjem vurderes som mer spesialisert kompetanse. Det samme gjelder kompetanse knyttet til oppfølging av enslige mindreårige asylsøkere og flyktninger. De framhever i tillegg sentrale *kompetansebehov for barnevernsledere*. Endelig må barneverntjenesten ha tilgang til nødvendig kompetanse og støtte i særlig komplekse og vanskelige saker, samt til resten av hjelpeapparatet der barnet eller familiens utfordringer berører flere instansers ansvarsområder.

Utredningen ønsket tilbakemelding på samtlige deler av utredningen, og spesielt på spørsmål som:

- Er alle viktige kompetansebehov identifisert?
- Er det en hensiktsmessig nivåinndeling mellom hva alle barnevernsarbeidere må ha kompetanse på, hva som utgjør mer spesialisert kompetanse og hva tjenesten må ha tilgang til?

- Utgjør oversiktene over arbeidsoppgaver og forventninger til profesjonell praksis en gjenkjennbar oversikt over de ulike fasene av en barnevernssak? Reflekterer disse allment anerkjent og god praksis i dag?
- Med bakgrunn i forslagene som fremmes i utredningen, er det områder hvor det finnes kompetansemangler i barneverntjenesten i dag? I så fall, hvilke?

NUBUS PERSPEKTIV; KOMPETANSEBEHOV OG TILTAKSUTVIKLING

NUBU legger særlig vekt på to avgrensninger i dokumentet. For det første at utredningen ikke omtaler *kompetansebehovet i det statlige barnevernet*. Oppdragsteksten presiserte at den kun skulle omfatte det kommunale barnevernet. I NUBUs innspill til utredningen presiseres det at det statlige barnevernet innehar verdifull kompetanse som det kommunale barnevernet må ha tilgang til. Det kommunale barnevernet bør ha en generell kunnskap om det *multisystemiske perspektivet* (framfor et individuelt fokus rettet mot barnet eller ungdommen alene), samt inklusjons- og eksklusjonskriterier, arbeidsmåter, kvalitetssikring og saksbehandlers rolle som samarbeidspartnere underveis i behandlingen. Dette er viktig for alle metodene som forvaltes av det statlige barnevernet, men det krever også et samarbeid med det kommunale barnevernet. NUBU understreker også betydningen av at de som forvalter og jobber i det kommunale barnevernet, bør ha kunnskap om mulige *uheldige sider ved institusjonsplasseringer*.

For det andre tar ikke utredningen stilling til hvilke konkrete metoder og tiltak som bør benyttes i barneverntjenesten. Det presiseres at det i direktoratet pågår et arbeid med å utforme en *Nasjonal plan for hjelpetiltak*, som vil gå nærmere inn i tiltaksutviklingen i det kommunale barnevernet.

BRUKERMEDVIRKNING OG KUNNSKAPSBASERT FORSTÅELSE

NUBU vil understreke at den kunnskapen som dokumenterte, kunnskapsbaserte metoder og intervensjoner bygger på, er nyttig for barneverntjenesten og den tiltaksutvikling som det legges opp til for å styrke kvaliteten i barnevernsarbeidet.

Utredningen trekker fram flere viktige kompetanseområder. Det gis et sterkt signal om å sikre brukermedvirkning; det innebærer å ta barn og familier, deres rettigheter, meninger og informasjonsbehov på alvor, og at det kreves utviklet kompetanse på dette området. Det presiseres også flere ganger at det kommunale barnevernets kompetanse må styrkes, og sikres en minimumsbemanning. En styrke ved utredningen er at det legges vekt på familieperspektivet, på betydningen av sosiale nettverk og tiltak i lokalmiljøet, inkludert skoler og barnehager.



Samtlige barnevernsarbeidere i barneverntjenesten bør ha kompetanse til å kunne vurdere hva som utgjør barn og familiers utfordringer og behov, og sette inn og følge opp tiltak som bidrar til en positiv utvikling



STERKERE VEKT PÅ KOMPETANSEKILDENE

NUBU vurderer at utredningen kunne ha lagt sterkere vekt på barnevernets «kompetansekilder» dvs. kunnskapen, ferdighetene og tiltakene som det faglige skjønnet og beslutningene bygger på. Noe av kildegrunnlaget er åpenbart juridisk, og handler om kompetent og korrekt bruk av norsk barnevernlov og forvaltningsloven. Det er viktig at barnevernets framgangsmåte i den enkelte sak er «korrekt» og i tråd med lovgrunnlag og forskrifter. Samtidig må det stilles spørsmål ved det eksisterende kunnskapsgrunnlaget for utdanning og veiledet praksis.

Det hjelper lite å styrke utdanningen og veiledningen, hvis kompetansen som overføres ikke svarer til kravene som må stilles. Mye av den kompetansen som formidles gjennom utdanning og veiledning i barnevernet bygger fortsatt ofte på anekdotisk kunnskap, tradisjoner og lokal erfaringskunnskap. Dette er ofte verdifulle kompetansekilder, men uten kritisk vurdering ligger det en fare for at det som videreformidles vurderes ut fra hvilken appell det har til praktikere, og i liten grad ut fra hva som gir positive utfall for barn og familier. Med enkelte unntak (se f.eks. Christiansen, Bakketeig, Skilbred m.fl., 2015), forelig-

ger det lite evaluering av barnevernets praksis. NUBU vil understreke betydning av en systematisk forståelse av kompetanseutviklingens kilder.

FORSKNINGSBASERTE OG VIRKSOMME TILTAK

Det skrives mye viktig om betydningen av å anvende gode problemløsningsmodeller for å planlegge, beslutte og evaluere prosess og utfall i den enkelte sak, og det understrekes også fortjenestefullt at barnevernets kompetansebehov påvirkes av strukturelle forutsetninger som inntektsforskjeller, fattigdom, boligsegregering, kulturelt og språklig mangfold. NUBU presiserer i sitt tilsvarende at dette illustrerer at det er et behov i kommunene for kunnskap om virksomme tiltak (metoder, modeller og programmer) og kompetanse på implementering og utvikling. Den kommunale barneverntjenesten må kunne evaluere sine behov, undersøke hvilke kunnskapsbaserte tiltak som er i bruk i tjenesten, beslutte hvilke nye tiltak som bør iverksettes og implementere disse med høy grad av etterlevelse.

Flere steder i utredningen står det at en barnevernsarbeider skal kunne vurdere «...*hva som utgjør barn og familiers utfordringer og behov*». Her understreker NUBU viktigheten av at det foreligger



NUBU vil understreke at den kunnskapen som dokumenterte, kunnskapsbaserte metoder og intervensjoner bygger på, er nyttig for barneverntjenesten og den tiltaksutvikling som det legges opp til for å styrke kvaliteten i barnevernsarbeidet.



gode, standardiserte og praktisk gjennomførbare kartleggingsinstrumenter og prosedyrer. Fagkompetanse og kjennskap til tjenestetilbudets kvalitet er avgjørende, men også krevende, fordi kvalitet ikke alltid er observerbart eller målbart. Noe av styrken ved å motivere kommunene til å velge forskningsbaserte og virksomme tiltak, er at de inneholder kvalitetsmål som er operasjonaliserte og målbare.

Det er viktig å ta vare på og anbefale program og tiltak der det allerede er utviklet kompetanse. Å anbefale kommunene å velge blant allerede dokumenterte tiltak, vil sikre videreføringen av eksisterende nasjonale satsninger. Sannsynligheten vil øke for at barn og familier i målgruppen vil få rett hjelp til rett tid. Spesielt i en overgangsfase med kompetanseoppbygging i kommunene, er det etter NUBUs vurdering viktig at kommunene oppfordres til å velge blant allerede tilgjengelige dokumenterte tiltak med gode implementeringsstrategier, framfor å bruke ressurser på å utvikle og implementere egne lokale tiltak, eller velge tiltak uten dokumentert effekt.

KUNNSKAP OG KOMPETANSE OM IMPLEMENTERING

Utredningen sier også at barnevernsarbeidere bør kunne «...*sette inn og følge opp tiltak som bidrar til positiv utvikling*», og at barnevernsledere må ha kunnskap og kompetanse i å planlegge og lede organisasjonsutvikling og internkontroll, analysere utfordringer og identifisere behov for endringer, og kunne handle, basert på en forståelse for systematisk og strategisk endrings- og utviklingsarbeid. For å kunne oppnå dette, må den enkelte tjeneste ha kunnskap og kompetanse om implementering, noe NUBU i sin uttalelse understreker viktigheten av. Dette bør også innbefatte å lære og bruke standardiserte før- og

ettermål, som representerer en viktig del av moderne praksis.

For å sikre kvaliteten bør det kommunale barnevernet være kjent med og bruke gode kvalitetssikringssystemer, både for intervensjonene og for implementeringen av dem. Innebygd i kvalitetssikringen av kunnskapsbaserte metoder og praksis, er oppfølging og veiledning av det kliniske arbeidet som utøves av barnevernsarbeideren i møte med familiene og barnet. Etter NUBUs vurdering er et slikt veiledningssystem sentralt for å sikre god kompetanseoppbygging for utøverne og gode og virksomme tiltak til brukerne i kommunen, særlig i de komplekse sakene.

TILGANG TIL KOMPETANSE OG STØTTE I KOMPLEKSE SAKER

I utredningen står det at den kommunale barneverntjenesten må ha tilgang til kompetanse og støtte i særlig komplekse og vanskelige saker, og at det i mange tilfeller vil være behov for mer spesialisert kompetanse når det gjelder vurdering av barns utvikling. NUBU understreker viktigheten også av dette i sin uttalelse.

NUBU har også tidligere anbefalt at det fortsatt skal tilbys evidensbaserte tiltak på det statlige nivået for de mest risikoutsatte familiene med sammensatte vansker. Det er bekymringsfullt at sårbare barn og unge – som følge av reformen – ikke lenger skal få tilgang på spesialiserte tiltak med dokumentert effekt. For å unngå dette, bør allerede etablert kompetanse i det statlige barnevernet ivaretas.

NUBU anbefaler at ansatte i det statlige barnevernet, som har hatt viktige roller knyttet til opplæring, veiledning og implementeringsstøtte for kommunene i spesialiserte evidensbaserte tiltak, fortsatt bør ha ansvar for oppgavene knyttet



Ved at det stilles krav til hvilken kompetanse den enkelte barnevernsarbeider og kommunale barneverntjeneste skal besitte eller ha tilgang på, vil vi på en bedre måte sikre at de mest sårbare barna og deres familier blir ivaretatt og får den best tilgjengelige hjelpen nettopp de trenger.



til dette. Som et eksempel har NUBU erfart at PMTO-teamene i Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) har fungert stabiliserende for små kommuner, både ved at de har gitt implementeringsstøtte og ved å sikre behandling for de mest sårbare familiene.

Utredningen presiserer at veiledning er «...et viktig virkemiddel for å overføre kompetanse fra mer erfarne barnevernsarbeidere til de mindre erfarne». Dette bør også gjelde når veilederne er ansatt i det statlige barnevernet, dersom ikke det finnes veilederkompetanse i kommunen.

NØDVENDIG MED ET STATLIG STØTTEAPPARAT

NUBU anbefaler at Bufdir som fagdirektorat – i tillegg til å utvikle kunnskapsgrunnlaget for godt barnevernfaglig arbeid – bygger videre på allerede etablert kompetanse både på kommunalt og statlig nivå. I arbeidet

med evidensbaserte metoder har NUBU utstrakt erfaring med å vurdere effekten av tiltak, samt behovet for kompetanse- og implementeringsstøtte til praksisfeltet. Slik kompetanse er overførbar også til kunnskapsbaserte tiltak rettet mot andre målgrupper innenfor barne- og familiefeltet.

Erfaring tilsier at det i faser med kommunal kompetanseoppbygging, hvor man skal etablere nye organiseringsformer, er nødvendig med et statlig støtteapparat. Et slikt system må ha tilstrekkelig implementeringskompetanse og høy kompetanse på kunnskapsbaserte tiltak, med gode rutiner for sikring av kvalitet.

I en endring av ansvarsfordeling mellom stat og kommune bør man ha en plan for hvordan å sikre vedlikehold av opparbeidet opplærings-, veilednings-, implementerings-, forebyggings- og behandlingskompetanse i intervensjoner rettet mot familier med sammensatte vansker. Uten en slik plan, er det stor risiko for at ansvaret pulveriseres og forvitrer, og at kompetansen sakte, men sikkert, blir borte for de utsatte barna og deres familier.

BEHOV FOR EN INTERNASJONAL ORIENTERING

Referanselisten i høringsnotatet er kort og begrenser seg til refererende og oversiktspreget litteratur om og for det norske barnevernet. Den har en svak internasjonal orientering, og mangler internasjonale publikasjoner med relevans for kompetanseutviklingen i norsk barnevern (primærstudier, meta-analyser og systematiske kunnskapsoversikter). Det teoretiske synet på kompetanse og rammer for skjønn og kompetanse begrenser seg også til norske modeller, med ett svensk unntak. Dette til tross for at det norske barnevernet er sterkt påvirket av internasjonale teoretiske tradisjoner (bl.a. tilknytningsteori, læringsteori og systemteori) og forskning, en tendens

som antakelig vil bli tydeligere i tiden framover. Selv om det norske barnevernet har sin egenart og sitt særpreg, har det mange faglige og historiske forbindelseslinjer til utviklingen i andre land.

KOMPETANSESTRATEGIEN

I kjølvannet av den ovennevnte utredningen lanserte BLD i november 2017 en kompetansestrategi for det kommunale barnevernet – «Mer kunnskap – bedre barnevern» – som skal gjelde for 2018 til 2024. Den presiserer at det skal stilles tydeligere krav til kompetanse i barneverntjenesten, og at alle kommuner skal få mulighet til å prioritere og delta i kompetansehevende tiltak for sine ansatte. Dette skal gjøres gjennom tilbud om etter- og videreutdanning til ansatte i barneverntjenesten, grunnutdanningene skal styrkes og nye utdanningstilbud skal etableres. Det skal etableres kommunale læringsnettverk, slik at kommuner kan samarbeide om kvalitetsutvikling tilpasset lokale forhold, og det skal etableres veiledningsteam som skal tilby lederstøtte og veiledning til kommuner, samt et nytt program som skal gi tjenestestøtte til både ledere og medarbeidere. NUBU ser også med glede at «Tidlig innsats for barn og unge i risiko» (TIBIR), trekkes fram i strategidokumentet som et kommunalt forebyggingsprogram som skal videreføres.

Denne strategien skal bidra til et historisk kompetanseløft i det kommunale barnevernet, og føre til at kommunene blir bedre i stand til å sette inn riktig og god hjelp til rett tid, også i krevende barnevernssaker. Det framheves at utrednings- og tiltaksarbeid i større grad skal bygge på forskning og kunnskap om hva som virker. I tillegg er det et mål at barnevernet skal samarbeide med andre tjenester og etablere familiestøttende tilbud som kan forebygge at barn og unge må plasseres i fosterhjem eller på institusjon. Barnevernet skal jobbe forebyggende og kunnskapsbasert, og målet

er tidligere, bedre og tilpasset hjelp til barn og familier i barnevernet, der barna bor og uansett hvor i landet barna bor. I strategien presiseres det også at barns medvirkning skal tillegges større vekt, både i utrednings- og tiltaksarbeid. Bufdir skal også utvikle et felles digitalt kvalitetssikringssystem, som skal gi faglig støtte til saksbehandling, beslutningstaking og oppfølging av barn og familier i barnevernet.

Det ovennevnte skal skje gjennom blant annet kartlegging og utredning av kompetansebehov, som skal føre til tydeligere krav. Arbeidet skal følges opp gjennom forslag til endringer i barnevernloven, og NUBU er, sammen med andre kunnskaps- og kompetansesentre, en viktig støttespiller. Kompetansestrategien skal bidra til en felles faglig plattform for barnevernsarbeid, og det overordnede målet er, som sagt, høyere kvalitet i det kommunale barnevernet og mer likeverdige tjenester over hele landet.

«Mer kunnskap – bedre barnevern» understreker at barnevernet skal jobbe forebyggende, slik at flere barn og unge fanges opp tidligere, og at barnevernets tiltak, utredninger og vurderinger er kunnskapsbaserte. Ved at det stilles krav til hvilken kompetanse den enkelte barnevernsarbeider og kommunale barneverntjeneste skal besitte eller ha tilgang på, vil vi på en bedre måte sikre at de mest sårbare barna og deres familier blir ivaretatt og får den best tilgjengelige hjelpen nettopp *de* trenger. ●



Kontakt:

a.a.gronlie@nubu.no

Anette Arnesen Grønlie
spesialkonsulent
Utviklingsavdeling barn

Nasjonalt utviklings-
senter for barn og unge
– NUBU

Kortversjoner av fagartikler

Her følger sammendrag av fagfellevurderte artikler fra *Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge* gjennom det siste året. Artikler i bøker er ikke innlemmet i det som følger.

Tekst: Astri Vannebo

Hvem strever med hva?

I store klasser med mange elever vil noen slite med å henge med. Men hvem? Og hva er problemet? Det gjelder det å finne ut av så fort som mulig – og sette inn ekstra hjelp. Ellers kan de fort bli hengende etter også videre i skolegangen.

I sitt doktorgradsarbeid har Anne Arnesen sett på enda et verktøy for kartlegging av elever som faller utenfor, nemlig verktøyet ESBA (Elementary Social Behaviour Assessment), oversatt og tilpasset norske forhold (Arnesen, Smolkowski, Ogden, & Melby-Lervåg, 2017). Det omfatter sosiale ferdigheter som vil ha særlig betydning for elevenes sosiale og skolefaglige læring og utvikling.

Nærmere åtte hundre elever fra første til sjette klasse deltok i undersøkelsen, gjennom to målinger med åtte ukers mellomrom.

- Det store flertallet av barna viser, ifølge sine lærere, gode sosiale ferdigheter i læringssituasjonen.
- I hver klasse ble det avdekket minst én elev med såpass lave skårer at det var grunn til bekymring.
- Hos andre avdekket kartleggingen behov for forbedring.

Verktøyet setter lærerne i stand til, på systematisk vis, både å identifisere de enkelte elevene som har behov for ekstra støtte – og å kunne se hvilke ferdigheter som krever ekstra oppfølging.

Arnesen, A., Smolkowski, K., Ogden, T., & Melby-Lervåg, M. (2017). Validation of the elementary social behaviour assessment: teacher ratings of students' social skills adapted to Norwegian, grades 1–6. *Emotional and Behavioural Difficulties*, doi: 10.1080/13632752.2017.1316473.

Barn med lite empatisk atferd

Enkelte barn framstår lite empatiske, med liten omtanke for andre. Familier med denne type problemer kan trenge mer enn vanlig foreldretraining.

Studien er ved forskerne Gunnar Bjørnebekk (NUBU) og John Kjøbli (nå ved RBUP). Målet var å undersøke hvordan denne type trekk påvirker endring i eksternaliserte og internaliserte problemer. Hvordan slår foreldrerådgivning (PMTO) ut for disse barna?

PMTO (Parent Management Training – Oregon) er et behandlingsprogram rettet mot foreldre. PMTO skal øke positivt samspill mellom foreldre og barn, hvor foreldre

lærer å bruke positive strategier som ros og oppmuntring, samt mild og forutsigbar grensesetting.

Forskerne benytter betegnelsen CU (Callow – Unemotional), og snakker om CU-trekk. Barn med CU-trekk kjennetegnes ved at de viser lav omtanke for andre, at de bryr seg lite om hvordan de presterer – og at de viser lite anger eller skyldfølelse. Internasjonal forskning har vist at barn med CU-trekk reagerer mindre på straff, og mer på positive forsterkninger, som for eksempel umiddelbare belønninger.

Drøye tre hundre barn og deres familier fikk PMTO-behandling. Dataene rommer svar fra foreldre, terapeuter, barn og lærere. Målepunktene var ved start og etter behandling, med sikte på å undersøke forskjeller på fjorten behandlingsutfall gjennom å benytte en hierarkisk regresjonsanalyse.

- Blant barn med atferdsproblemer er det mulig å observere hvilke barn som er preget av en lite empatisk atferd.
- Barn preget av denne type atferd vil kunne ha behov for oppfølging utover regulær PMTO-behandling.

Bjørnebekk, G., & Kjøbli, J. (2017). Observed callousness as a predictor of treatment outcomes in parent management training. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22, 59–73. doi:10.1177/1359104515621961.

Barnehageforskning på villspor?

Kan barn ta skade av tidlig barnehagestart? Deler av forskningslitteraturen peker i den retning. Men en kritisk gjennomgang av litteraturen viser feilkilder. God forskning må stille de helt nødvendige spørsmålene: Hvordan, hvor og hva.

Henrik D. Zachrisson forsker på betydningen av barnehage for barns utvikling, med spesiell vekt på sosialt utsatte barn, mens førsteforfatter, Eric Dearing, ved Boston College, lenge har vært en samarbeidspartner for NUBU gjennom den longitudinelle studien *Barns sosiale utvikling*.

Sammen bringer de to forskerne til torgs disse tre sentrale spørreordene: Hvordan, hvor og hva.

- **Hvordan?** Ved forskningsdesign og ved analyser av data, fortsetter forskere å være for lite oppmerksomme på trusler mot indre validitet. Om en kun ser på studier som med rimelighet kan trekke kausale konklusjoner, er det høyst usikkert om tid i barnehagen generelt er negativt.

- **Hvor?** Rådende forskning er for en stor del basert på amerikanske forhold. Artikkelforfatterne mener vi må prioritere forskning på barneomsorg internasjonalt, gjennom å utvide mulighetene for å undersøke systematiske variasjoner på tvers av sosiale og politiske sammenhenger. Dette er viktig, siden forskning på barnehage vil kunne påvirke både foreldres valg og politikeres beslutninger rundt om i verden.
- **Hva?** Forskningsspørsmålene burde bli utformet i lys av tidens økonomiske og sosiale virkelighet. Vi lever i det 21. århundre, og det å være hjemme med barn er ikke lenger en realistisk mulighet for de fleste. Spørsmål å stille bør heller være om det er best med tretti eller førti timer i barnehagen – eller om innholdet i barnehagene er godt nok.

Det å ta både *hvordan*, *hvor* og *hva* på alvor, gir forskerne bedre muligheter til å informere allmennheten og derigjennom støtte familienes forsøk på å fremme sine barns sunne utvikling.

Dearing, E., & Zachrisson, H. D. (2017). Concern over internal, external, and incidence validity in studies of childcare quantity and externalizing problems. *Child Development Perspectives*. Online first. doi:10.1111/cdep.12224.

Høyt teknologi, ungdom og kompetanseutvikling

Vår tid byr på raske endringer, med høye krav til kompetanse og innovasjon. Mange unge har høy kompetanse innenfor ny teknologi. Det går i «learning by doing», flat struktur, nye læringsarenaer og frivillighet.

Dagens kunnskapssamfunn, med sine høye krav til kompetanse, har ikke behov for enkelt ufaglært arbeid som læres gjennom jobben. Men på spørsmål om hvor de har oppnådd den kompetansen de trenger på jobb, vil de fleste svare «på jobben» – dvs. gjennom læring ved erfaring. Lærere understreker at de har sin kompetanse fra å være lærere mer enn fra utdanningen. IT-eksperter understreker at de har lært i aktive miljøer. *Realkompetanse* hviler på erfaring. Høyere utdanning er i økende grad bare en sertifisering for «learning by doing», en kontinuerlig faglig oppgradering via praksis og erfaring.

Den pågående industrielle revolusjon byr på kontinuerlige gjennombrudd i den teknologiske utviklingen – som blir omsatt til et vell av nye, hendige dingser og i økende grad roboter. Algoritmene er over oss, og unge må bli like gode på å jobbe med nye verktøy som foregående generasjoner måtte med de gamle.

Når unge mennesker møter nye teknologier, nye muligheter, nye risiker og høye terskler, kan det være fruktbart å se etter inspirasjon tilbake i tiden, hvor unge tilegnet seg lærdom i uformelle settinger. Den foranderlige fjerde industrielle revolusjon peker mot realkompetanse som hviler på «learning by doing». Dette krever utvikling av nye arenaer for kompetanseutvikling; de høyteknologiske samfunn trenger læringsarenaer også utenfor det formelle utdanningssystemet. «Youth work» har tradisjoner for å representere slike arenaer. Artikkelen peker på at ulike fritidsarenaer må utformes for å kunne fylle funksjoner for «frivillig læring».

Frønes, I. (2017). The high-tech society, youth work and popular education. *International journal of open youth work*, 1, 88–100.

Mødres fødselsdepresjon og barns atferdsproblemer

En søskenstudie avkrefter tidligere funn som viser sammenhenger mellom mødres tidlige depresjon og barns senere atferdsproblemer.

I forfatterteamet inngår to av NUBUs forskere; Henrik D. Zachrisson og Imac Zambrana.

Studien omfatter over elleve tusen familier, og nærmere atten tusen søsken. Mødrene rapporterte depressive symptomer ved svangerskapsuke 17 og 30, ved seks måneder, samt 1 ½, 3 og 5 år etter fødselen. Fedres depresjon ble målt ved svangerskapsuke 17. På de tre siste tidspunktene ble barnas mulige problemer vurdert samtidig.

- Foreldres depressive symptomer under svangerskapet, og mors symptomer under barnets tre første leveår, påvirker ikke problematferd hos barnet ved femårsalder.
- Kun depressive symptomer hos mor, da barnet var fem år, var assosiert med barns atferdsproblemer ved fem år.

Gjerde, L., Eilertsen, E. M., Reichborn-Kjennerud, T., McAdams, T., Zachrisson, H. D., Zambrana, I. M., Roysamb, E., Kendler, K., & Ystrom, E. (2017). Maternal perinatal and concurrent depressive symptoms and child behavior problems: A sibling control study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 58, 779–786. doi:10.1111/jcpp.12704.

Terapeutisk allianse i en foreldretreningskontekst

Silje Hukkelberg og Terje Ogden har i en studie undersøkt de psykometriske egenskapene for målingsinstrumentet *The Working Alliance Inventory Short form* (WAI-S; Tracey & Kokotovic, 1989) i en foreldretreningskontekst.

WAI-S består av tolv spørsmål som dekker tre relaterte alliansefaktorer: mål, oppgave og bånd (Bordin, 1979).

Allianse ble evaluert av 259 foreldre som fikk foreldretreningsprogrammet PMTO (Parent Management Training – Oregon), og som hadde barn med ulik grad av problematferd. Allianse ble evaluert ved å undersøke ulike faktormodeller, både konfirmerende og eksplorerende.

Resultatene viste at en eksplorerende bi-faktor modell passet data best. Denne beskriver allianse som et generelt begrep, i tillegg til de tre faktorene *mål, oppgave* og *bånd* med kryssladninger. Reliabilitetsanalyser støttet en sterk generell faktor, men viste dårlig reliabilitet for de spesifikke faktorene mål, oppgave og bånd.

Dette innebærer at de spesifikke faktorene (mål, oppgave og bånd) bør tolkes med varsomhet, en bør heller basere seg på allianse som et generelt begrep når man vil si noe om terapeutisk allianse i foreldretreningssammenheng, målt med WAI-S.

Hukkelberg, S., & Ogden, T. (2017): General and specific factors of working alliance in parent training: A bifactor exploratory structural equation modelling approach. *Psychotherapy Research*, 13, 1–10. Online, doi: 10.1080/10503307.2017.1330574.

Måling av problematferd

Gode måleinstrumenter er grunnsteinen i all forskning. Hvis et måleinstrument ikke fungerer i en relevant kontekst, svekker det forskningen om fenomenet og de (be)slutninger man gjør om fenomenet. Å teste et instrument er derfor grunnleggende for utbyttet.

Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) er et instrument som blir mye brukt innenfor forskning og klinisk arbeid for å måle problematferd hos barn. Tidligere forskning har vist at ECBI måler tre dimensjoner av problematferd – trass, utagering og uopp-merksomhet – basert på 22 spørsmål. Forskning viser at de ulike dimensjonene kan ha forskjellige relasjoner til eksterne variabler, og derfor er nyttige i noen sammenhenger. Det er imidlertid usikkert om disse dimensjonene også finnes i en norsk setting.

Måling i foreldretreningsprogrammer

Ved NUBU brukes instrumentet til å måle problematferd i foreldretreningsprogrammene PMTO (Parent Management Training – Oregon) og BPT (Brief Parent Training). Evaluering og monitorering av problematferd innenfor hvert av disse programmene innebærer at problematferd blir sammenliknet både mellom grupper (intervensjon/kontroll) og over tid (før/etter intervensjon). Dette forutsetter at ECBI oppfyller en rekke psykometriske egenskaper, f.eks. at problematferd blir målt likt i de ulike gruppene.

Studien hadde som mål å undersøke om ECBI målte de tre dimensjonene i PMTO og BPT med ulike nivå av problematferd (sub-klinisk og klinisk nivå), samt undersøke hvorvidt problematferd målt med ECBI kunne sammenliknes over intervensjons-/kontrollgruppe, og over tid (før/etter intervensjon).

Trass, utagering og uoppmerksomhet

Resultatene viste at ECBI identifiserte de tre dimensjonene trass, utagering og uoppmerksomhet, i tillegg til å representere et generelt mål på problematferd, både innenfor PMTO og BPT. I praksis betyr det at instrumentet har egenskaper som gjør at man kan velge å basere seg på det generelle målet, eller på hver av dimensjonene. Videre viste studien at ECBI har egenskaper som gjør at man kan sammenlikne problematferd mellom intervensjonsgruppe og kontrollgruppe, samt over tid (før / etter intervensjon).

Dette medfører at man kan trekke gyldige slutninger om problematferd basert på **Eyberg Child Behavior Inventory** både om de spesifiserte dimensjonene trass, utagering og uoppmerksomhet, og om generelt omfang av slik atferd. Dette gjelder både når man sammenlikner grupper av barn i kontroll- og intervensjonsgruppene, eller atferd før og etter intervensjon.

Hukkelberg, S. (2017). A Reexamination of Child Problem Behaviors as Measured by ECBI: Factor Structure and Measurement Invariance Across Two Parent Training Interventions, *Assessment*, 1. mai 2017. [Epub ahead of print]: doi.1073191117706022.

“ Man kan trekke gyldige slutninger om problematferd basert på **Eyberg Child Behavior Inventory** både om de spesifiserte dimensjonene trass, utagering og uoppmerksomhet, og om generelt omfang av slik atferd. ”

Enslige mindreårige flyktninger og hverdagsproblemer

Enslige mindreårige flyktninger kan ofte støte på en rekke ulike hverdagsproblemer. Hvordan er sammenhengen over tid mellom den slags problemer og depressive symptomer for denne gruppen?

Noen av disse hverdagsproblemene som de mindreårige flyktningene opplever, kan være generelle stressorer som er felles for alle, som eksempelvis problemer med skolearbeidet, mens andre ting kan være spesifikke for deres innvandrersstatus og den pågående akkulturasjonsprosessen, som for eksempel diskriminering.

I forfatterteamet inngår to av NUBUs forskere, Serap Keles og Thormod Idsøe.

Gruppen så på den psykiske helsen hos over ni hundre enslige flyktninger i Norge, hvorav flertallet var unge menn.

Innenfor migrasjonsforskning benyttes begrepet *akkulturasjon*. Akkulturasjon handler om psykologisk tilpasning, både i forhold til opprinnelig kultur og i forhold til majoritetskulturen. Akkulturasjon betyr utvikling av ressurser som kulturell kompetanse og eksponering for spesielle innvandringsrelaterte hverdagsproblemer knyttet til akkulturasjon.

- Resultatene tilsier at det er sammenhenger mellom depressive symptomer og belastninger knyttet til akkulturasjon. Både generelle belastninger og belastninger knyttet til akkulturasjon førte til depressive symptomer over tid. For generelle belastninger var det imidlertid vekselvirkninger, det vil si at økning i depressive symptomer også medførte at man opplevde flere situasjoner som belastende over tid.
- Depresjonsnivået forblir uendret over tid, mens nivåene for problemer knyttet til akkulturasjon og generelle problemer ble redusert.
- Funnene understreker betydningen av dagliglivets problemer for enslige flyktningers psykiske helse, utover potensielle tidligere krigsrelaterte hendelser som de har opplevd.
- Intervensjoner som fokuserer på å redusere problemer i hverdagen, kombinert med trening i effektive mestringsstrategier, kan ha en positiv innvirkning på deres psykiske helse.

Artikkelen drøfter også mulige konsekvenser for klinisk praksis og innvandringspolitikk.

Keles, S., Idsøe, T., Friborg, O., Sirin, S., & Oppedal, B. (2017). The longitudinal relation between daily hassles and depressive symptoms among unaccompanied refugees in Norway. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45, 1–15. Online first. doi:10.1007/s10802-016-0251-8.

Er velstand en risiko for ungdom i Norge?

Studier tyder på at velstand kan utgjøre en risiko for ungdom, men dette er sjelden blitt studert utenfor USA.

Blant forskerne er Henrik Daae Zachrisson (NUBU) og Eric Dearing (Boston College). Sistnevnte har over tid vært tilknyttet NUBU gjennom det longitudinelle forskningsprosjektet *Barns sosiale utvikling*.

Forfatterteamet så på forholdene mellom familiens inntekt, økonomisk velstand blant elevene på den enkelte skole, og risiko blant rundt sju tusen ungdommer på tiende trinn i grunnskolen i Oslo.

- Ungdom som gikk på skoler hvor elevene kom fra familier med høy inntekt hadde størst risiko for alkoholmisbruk.
- Barn fra de rikeste og fattigste familiene hadde størst risiko for atferdsproblemer.
- Både familieinntekt og økonomisk velstand blant elevene på skolen hadde betydning for tidlig seksuell debut: Jo mer velstående elevene på en skole var (i gjennomsnitt), jo lavere sannsynlighet for tidlig seksuell debut, men innad i den enkelte skolen var denne sannsynligheten størst for elever fra familier med høyest inntekt.

Disse funnene kan tyde på at forhold som landets økonomi, sosiopolitiske miljø og kultur kan moderere forbindelsen mellom velstand og den mentale helsen og atferden til ungdom.

Lund, T., Dearing, E., & Zachrisson, H. D. (2017). Is affluence a risk for adolescents in Norway? *Journal of Research on Adolescence*, 27, 628–643. Online first. doi:10.1111/jora.12304.

“ Ungdom som gikk på skoler hvor elevene kom fra familier med høy inntekt hadde størst risiko for alkoholmisbruk.



Hvilke familier benytter barnehage?

Hvem sender barna sine i barnehage? Og er det forskjeller fra land til land? En forskergruppe så på dette i fem vestlige høyinntektsland. Forskjellene er store.

I forfatterteamet finner vi også Henrik Daae Zachrisson, forsker ved NUBU.

Barn i førskolealder deltar i økende grad i organiserte læringsaktiviteter, som barnehage. Dette kan være positivt for barns utvikling, spesielt for barn over ett år, og for barn med lav sosioøkonomisk bakgrunn. Det siste peker mot at det er mulig å kunne redusere sosioøkonomiske forskjeller hos små barn.

Mange vestlige land har en politikk som oppmuntrer kvinner til å delta i arbeidslivet, og som legger til rette for barnehager – spesielt for barn fra ressursfattige familier. Likevel har få studier til nå undersøkt sosial ulikhet i barnehagebruk i et internasjonalt perspektiv.

Studien bygger på data fra over tjue tusen barn i fem vestlige høyinntektsland; Storbritannia, USA, Nederland, Canada og Norge. Barna var i alderen 5–9 måneder og 36–41 måneder.

- Der hvor foreldrene hadde tilgang til minst 6 måneders betalt foreldrepermisjon, så de en lavere barnehagedeltakelse i den yngste aldersgruppen, men høyere deltagelse i den andre (36–41), altså fra treårsalderen.
- Høyere deltakelser ble også knyttet til universelle subsidier.
- Familier med lav inntekt, med lav utdanning hos mor, og med flere enn ett barn, brukte barnehage i mindre grad enn andre familier i alle landene.
- Lav inntekt og antall barn var i mindre grad knyttet til barnehagebruk i land med allmenne subsidier.
- De fleste sosioøkonomiske utvalgseffekter ble redusert i Norge; det eneste landet som avsetter mer enn én prosent av statsbudsjettet til tidlig barndom.

Samlet sett tyder denne komparative studien på store variasjoner i barnehagebruk, samt at den peker mot politiske grep som kan redusere sosioøkonomiske forskjeller blant barn i barnehage.

Petitclerc, A., Côté, S., Doyle, O., Burchinal, M., Herba, C., Zachrisson, H. D., Boivin, M., Tremblay, R. E., Tiemeier, H., Jaddoe, V., & Raat, H. (2017). Which Families Use Childcare? Comparing Socioeconomic Selection across Five Western Policy Contexts. *International Journal of Child Care and Education Policy*, 11:3. doi:10.1186/s40723-017-0028-8.

Aggressiv atferd i barnehagen

Hvilken effekt har barns aggressive atferd på jevnaldrende i norske barnehager?

Luisa A. Ribeiro og Henrik D. Zachrisson, begge forskere ved NUBU, har i en ny studie undersøkt om barns utvikling av aggresjon påvirkes av aggresjon i barnegruppen i barnehagen.

Data ble hentet fra det longitudinelle forskningsprosjektet *Barns sosiale utvikling*. For et utvalg på 956 barnehagebarn fantes det også informasjon om aggressiv atferd i barnegruppen i barnehagen, når barna var i alderen to, tre og fire år.

Barnehageansatte og foreldre fylte ut et spørreskjema som blant annet omhandlet aggressiv atferd hos barnet. For eksempel svarte de på hvor ofte barnet slo andre barn, eller dyttet for å få viljen sin.

- Endringer i aggresjon i barnegruppen førte til endring i barns aggressive atferd.
- Dette gjaldt i større grad for gutter enn for jenter.
- Disse endringene i atferden gjorde seg bare gjeldende i barnehagen. Det ble ikke funnet tilsvarende endringer i barnas oppførsel hjemme.
- Funnene tilsier at en i barnehagene bør unngå å plassere mange barn med problematisk atferd i samme gruppe.

Ribeiro, L. A., & Zachrisson, H. D. (2017). Peer effects on aggressive behavior in Norwegian child care centers. *Child Development*. doi: 10.1111/cdev.12953.

“ Funnene tilsier at en i barnehagene bør unngå å plassere mange barn med problematisk atferd i samme gruppe.



Språkutvikling i barnehagen

Hvordan påvirkes språkutviklingen hos toåringene av språket til jevnaldringene i barnehagen?

Få studier har sett på den betydningen jevnaldrende kan ha på språkutviklingen i førskoleårene.

Målet med denne studien var å vurdere om jevnaldrendes språkferdigheter ved toårsalder i barnehagen kunne påvirke et barns videre språkutvikling. Data fra den longitudinelle studien *Barns sosiale utvikling* (BONDS) ble brukt. Studien innbefattet 539 barn i 57 ulike barnehager.

- Jevnaldringenes språk ved toårsalder hadde, i gjennomsnitt, ikke betydning for et barns språkferdighet ved fire år.
- Tilhørighet til en barnegruppe med bedre språkferdigheter så imidlertid ut til å ha positiv effekt på språkutviklingen til barn av mødre med lav utdanning. Den sosiale ulikheten i språkutviklingen ved fireårsalder var betydelig redusert for barn som gikk i grupper med mer kompetente barn ved toårsalder.

Dette peker i retning av at det kan være gunstig å ha blandete grupper, på tvers av modenhet og med barn på ulike nivåer i språkutviklingen. Dette kan resultere i en samlet høyere språkkompetanse i gruppen sett under ett.

Ribeiro, L. A., Zachrisson, H. D., & Dearing, E. (2017). Peer effects on the development of language skills in Norwegian childcare centers. *Early Childhood Research Quarterly, 41*, 1–12. doi.org/10.1016/j.ecresq.2017.05.003.



Den sosiale ulikheten i språkutviklingen ved fireårsalder var betydelig redusert for barn som gikk i grupper med mer kompetente barn ved toårsalder.



Foreldretrening hjelper – især for barn i utsatte familier

Mange barn med atferdsproblemer synes å ha utbytte av at foreldrene får kortvarig foreldrerådgivning. Mer intensiv foreldretrening viser seg spesielt effektiv for barn fra familier med få ressurser.

I sitt doktorgradsarbeid undersøker stipendiat Truls Tømmerås sosiale forskjeller innenfor foreldretreningstiltak i TIBIR (Tidlig innsats for barn i risiko). I denne tredje av i alt fire forskningsartikler har han – og medforfatter John Kjøbli (RBUP) – sett på to norske versjoner av foreldretreningens programmet PMTO: En kortversjon (PMTO Foreldrerådgivning) og en fullversjon (PMTO Foreldregruppe).

Familier med kumulativ mangel på økonomiske og sosiale ressurser – altså over tid – har en økt risiko for at barn i familien utvikler atferdsproblemer. Et viktig spørsmål er om disse intervensjonene er mindre effektive for barn fra familier med høyrisiko?

Det ble benyttet data fra to randomiserte undersøkelser. Barn og deres familier ble målt før og etter behandling, samt en langtidsoppfølging et halvt år etter behandlingsslutt.

- Samlet sett synes PMTO-baserte intervensjoner å være effektive for å forebygge problemer hos barn med høy familierisiko. Mens å gi barna andre tilbud enn evidensbasert foreldretrening synes å øke helseproblemene hos denne gruppen.
- Kortvarig TIBIR Foreldrerådgivning virket like godt for alle familiene
- Derimot fant de andre resultater for den PMTO-intervensjonen med høyest intensitet, PMTO Foreldregruppe. Hos barn fra familier med få ressurser så en store reduksjoner i atferdsproblemer, både rett etter behandling og etter seks måneder.

Den høyintensive PMTO-intervensjonen framstår som en spesielt effektiv måte å hjelpe barn fra ressursvake familier på.

Tømmerås, T., & Kjøbli, J. (2017). Family resources and effects on child behavior problem interventions: A cumulative risk approach. *Journal of child and family studies*. Online first. doi:10.1007/s10826-017-0777-6.



Kontakt:
kontekst@nubu.no

Astri Vannebo
kommunikasjonsrådgiver

Nasjonalt utviklings-
senter for barn og unge
– NUBU

NASJONALT UTVIKLINGSSENTER FOR BARN OG UNGE

NUBUs oppdrag er å styrke og støtte familiens, barnets og ungdommens utviklingsmuligheter. Dette innebærer å forebygge og redusere barn og unges alvorlige problematferd og styrke deres psykososiale utvikling og sosiale kompetanse. Som fagmiljø er NUBU unikt som et møtepunkt mellom forskning og praksis. NUBU utvikler, implementerer, kvalitetssikrer og evaluerer tiltak rettet mot barn og unge, foreldre, familier, barnehager og skoler.

[Les mer om NUBUs strategiplan for 2017–2021](#)

[Les mer om NUBUs kunnskapsbaserte programmer](#)

[Les mer om NUBUs forskningsprosjekter](#)

Vil du bidra til KONTEKST?

Send en e-post til redaksjonen:
kontekst@nubu.no