



# BARNE-, LIKESTILLINGS- OG INKLUDERINGSDEPARTEMENTET



Søk hos Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet

Søk på hele regjeringen.no

Del/Tips Utskrift a a a Lytt til teksten

## Departementets forsida

## Aktuelt

## Tema

## Pressesenter

## Dokumenter

- ▶ Statsbudsjettet
- ▶ Proposisjoner og meldinger
- ▶ Lover og regler
- ▶ Rundskriv
- ▶ Høringer
- ▶ NOU-er
- ▶ Rapporter og planer
- ▶ Veiledninger og brosjyrer
- ▶ Tidsskrift og nyhetsbrev
- ▶ Andre dokumenter
- ▶ Bestilling av publikasjoner

## Om departementet

## Lyd og bilde

## Dokumentarkiv

Rundskriv, 16.10.2001

## Rundskriv Q-16/01

### Om implementering av metoden Parent Management Training (PMT) i Norge

Barn og unge med atferdsvansker utsettes for mange lidelser og representerer en stor utfordring for foreldre, for ansatte i barnehage og skole, for ansatte i helse- og sosialsektoren, og for samfunnet som helhet. Denne erkjennelsen gjenspeiles i en rekke dokumenter fra 1990-tallet:

- Den nye loven om barneverntjenester fra 1992 gir nye rammer for tiltak for denne gruppen.
- St meld nr 25 (1996-96) Åpenhet og helhet beskriver arbeidet med atferdsvanskelige barn og unge som den trolig største faglige utfordringen for barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien.
- I BFDs Rundskriv Q-12/97 presenteres en handlingsplan for barn og unge med atferdsvansker, her gis klare føringer til kommune og fylkeskommune om nødvendigheten av å prioritere denne gruppen.
- St. meld. 23 (1997-98) Om opplæring for barn, unge og voksne med særskilte behov
- St. meld. 28 (1998-99) Mot rikare mål
- St. meld. 17 (1999-00) Handlingsplan mot barne- og ungdomskriminalitet
- Regjeringens langtidsprogram 1998 – 2001.

Det vises også til brev av 18.03.99 til landets fylkeskommuner med tilbud om deltakelse i utviklings- og opplæringsprogram rettet mot barn og unge med atferdsproblemer, brev av 24.06.99 om videreføring av arbeidet med implementeringen samt rundskriv om bruk av "multisystemisk terapi" (MST) datert 11.10.99.

Dette rundskrivet signaliserer at implementering av PMT anses som sentralt satsingsområde. Fylkeskommunene har allerede vært en viktig samarbeidspartner i arbeidet med implementeringen av disse to behandlingsmetodene. SHD bevilger lønnsmidler slik at de fagpersoner som nå er sertifisert som PMT terapeuter kan engasjeres som regionale koordinatører eller som instruktører på deltid. Dette er nødvendig forutsetning for den videre PMT-implementering.

#### Bakgrunn for implementering av PMT

Det er en allmen erkjennelse at kunnskaper om forebygging og behandling av alvorlige atferdsvansker hos barn og unge er mangelfulle. Dette var utgangspunkt for at departementene (BFD og SHD) ga Norges Forskningsråd i oppdrag å avholde en ekspertkonferanse i 1997. I rapporten fra konferansen gis råd om hva som kan gjøres parallelt med det eksisterende arbeid for denne gruppen i helse- og sosialtjenesten og på skolesektoren. Målsettingen for dette arbeidet skulle være som følger:

1. Øke kunnskapen om alvorlige atferdsproblemer hos fagfolk og lekfolk
2. Systematisk prøve ut lovende metoder i forebyggende og kurativt arbeid.
3. Overføre resultater fra forsøksdriften til det eksisterende arbeid med barn og ungdom med atferdsproblemer.

Etter nærmere vurdering ble det bestemt en storsatsing på to metoder, Multisystemisk terapi (MST) for ungdom mellom 12 og 18 år og Parent management training (PMT) for de mellom 4 og 12 år. Metodene er utviklet i USA, MST i South-Carolina og PMT i Oregon. I USA foreligger det betydelig forskning som dokumenterer at disse metodene er meget lovende i behandling av alvorlige atferdsproblemer. Samtidig satset man i to fylker ( Troms og Sør-Trøndelag) på Webster Stratton metoden som bygger på de samme prinsipper som PMT, men er et gruppetilbud for foreldre med eget opplegg for barnet.

Høsten 1999 opprettet Barne- og familiedepartementet 3 nye stillinger, to nasjonale prosjektledere (en for MST og en for PMT) og en prosjektadministrativ medarbeider for å implementere de to metodene i alle fylker som måtte ønske det, heretter omtalt som Atferdsprosjektet.

I Norge fins det ikke noe samlet miljø som har ansvar for forskning om problematferd blant barn og unge. For å bistå fylker og kommuner i arbeidet med atferdsvanskelige barn og unge er det satt i gang et femårig forsknings- og undervisningsprosjekt om barn og unge med alvorlige atferdsproblemer ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo (1999-2003). I løpet av 2001 vil dette prosjektet inngå i et nytt nasjonalt utviklings- og forskningssenter for atferdsproblematikk. Siktemålet er bl.a. å etablere et nettverk mellom universiteter, høyskoler og kompetansesentre for å utvikle kompetanse, kunnskap og metoder når det gjelder atferdsproblemer blant barn og unge. Senteret skal stimulere tverrfaglig forskning på dette området, bidra til å organisere slik forskning, og styrke forbindelsene mellom forskning og praksis. Ansvar for opplæring i PMT og MST vil ligge til dette senteret.



## Hva er PMT

Parent Management Training (PMT) er en foreldreorientert intervensjonsmetode til bruk i familier med barn mellom 4 og 12 år med uttalte eller begynnende atferdsvansker. Metoden kan anvendes i forebyggings- og behandlingssøyemed av ansatte i ulike hjelpetjenester innenfor helse- og sosialsektoren på kommunalt nivå og i de spesialiserte tjenestene.

PMT har som utgangspunkt at foreldrene er barnets viktigste læremestere og hjelpere og de beste til å gjøre den snuoperasjonen som må til for å få barnet ut av negative handlingsmønstre og inn i en positiv utviklingsspiral. Den største endringsressursen ligger i foreldrenes inngående kjennskap til sitt eget barn og deres eget følelsesmessige engasjement og motivasjon til å hjelpe barnet på veien inn i en positiv og sunn utvikling.

Denne form for intervensjonsarbeid forutsetter et godt samarbeidsklima mellom hjelper og foreldre hvor all veiledning, rollespill og samtaler er rettet mot foreldrenes måte å møte barnet sitt på i dagligdagse situasjoner. Intervensjonens viktigste elementer består i å trene foreldre til å ta i bruk effektive redskaper for å fremme positive mestringsferdigheter hos barnet, og stoppe uakseptabel atferd både hos seg selv og hos barnet. I denne måten å trene på, ligger en massiv innøving av selvkontroll i forhold til egen og barnets aggresjon. I løpet av intervensjonsperioden innøves også hensiktsmessige måter som familiemedlemmene kan kommunisere og løse problemer seg imellom på. Foreldre får også trening i hvordan de skal følge opp barnet, både i hjemmet og når barnet ferdes utenfor hjemmet. I de fleste saker arbeides det i forhold til barnets barnehage eller skole for å hindre videre skjevutvikling og utstøtning av barnet på disse arenaene. Foreldrekonsultasjonene foregår 1 til 1 1/2 time ukentlig med et gjennomsnitt på 20 konsultasjoner.

## Erfaring med PMT

Anerkjent forskningslitteratur refererer kontrollerte evalueringsstudier fra de siste 25 år der det vises at anvendelse av denne metoden gir betydelig reduksjon i barns atferdsproblemer. Observasjoner i disse familiene, viser at foreldre kan redusere barnets aggressive atferd med opptil 60 prosent. De beste evalueringsresultatene oppnås i familier med barn under 8 år. Desto tidligere en kommer til med denne metoden i barnets begynnende skjevutvikling, desto bedre blir resultatene. Metoden har også vist seg velegnet som forebyggingsmetode i forhold til risikoutsatte grupper hvor barnet ikke nødvendigvis har utviklet atferdsproblemer.

Metoden har nå vært utprøvd i ca 120 norske familier i løpet av det siste året. Foreløpig foreligger ingen norske forskningsresultater, men de norske PMT-terapeutene som anvender denne metoden, oppfatter den som svært virksom. Dette er med å skape optimisme og økt motivasjon i forhold til en gruppe barn som det erfaringsvis har vært vanskelig å hjelpe. Så langt har de samme terapeutene en klar oppfatning av at flertallet av de foreldre som nå anvender denne metodens prinsipper, uttrykker begeistring og lettelse over den konkrete og effektive hjelpen de får.

## Hvor står PMT implementeringen

De terapeutene som utgjør første kull i det statlige opplæringsprogrammet, ble rekruttert gjennom landets fylkeshelsesjefer. En vesentlig betingelse for å kunne få delta i opplæringsprogrammet, var at deltakerne forpliktet seg til å lære opp neste kull PMT-terapeuter. I løpet av sommeren 2001 vil flertallet av deltakerne i det første kullet være ferdig sertifiserte. De vil da kunne påbegynne opplæring av andre fagpersoner og vil danne kjernegruppen i den videre implementeringen med opplærings- og veiledningsansvar. Denne gruppen terapeuter vil i det følgende bli kalt PMT-konsulenter.

Disse (ca. 30) PMT-konsulentene er spredt over hele landet, men ujevnt fordelt. Mulighetene for å disponere tilstrekkelig antall PMT-konsulenter i videreføringen av kompetansen er således ulik, noe som vil avspeiles i omfang av det videre implementeringsarbeidet. Det er nødvendig å understreke hvilke økonomiske og personellmessige investeringer som allerede er gjort i forhold til å implementere PMT, både fra staten, fylkeskommunene og terapeutene selv. Det må sikres at kompetansen og entusiasmen i kjernegruppen anvendes og vedlikeholdes i den videre implementeringen.

Opplæringen i utøvelse av PMT-metoden er omfattende og ressurskrevende. Den består av en kombinasjon av regelmessige kurs/seminarer over 3 dager 2 til 3 ganger pr. semester og obligatorisk klinisk veiledning i gruppe regelmessig (ca. hver uke) over en periode på 1-1 1/2 år. Kursene/seminarene er en kombinasjon av teori og praktisk innøving i bruk av metoden. Den kliniske veiledningen tar utgangspunkt i terapeutenes kliniske arbeid i familiene som videotapes. Opplæringsprogrammet forutsetter at deltakerne får avsatt minimum 2 dager pr. uke til PMT-relatert arbeid på sitt arbeidssted. I denne tidsbruken inngår også at hver terapeut skal ha gjennomført PMT i fem familier i løpet av opplæringsperioden.

Opplæringen og veiledningen må utføres av sertifiserte PMT-konsulenter. Bruk av telematikk-utstyr vil bidra til at veiledningsressursene kan benyttes på en mest mulig effektiv måte.

På sikt er det et mål at PMT-kompetanse innehas i psykisk helsevern for barn og ungdom og det fylkeskommunale barnevern og av kommunale instanser innenfor helse- og sosialsektoren og i barnehager og skoler, og at det er et landsdekkende tilbud. Videre implementering forutsetter omfattende deltakelse og samarbeid mellom stat, fylkeskommuner og kommuner med helseregionene som baser for opplæringsstrukturen.

Det essensielle ved å implementere PMT som et landsdekkende tilbud, er det forebyggende perspektivet. Familier med barn med atferdsvansker bør kunne få tidlig hjelp. Kunnskap om PMT må derfor være tilstede på de arenaer hvor barnefamilier flest befinner seg; helsestasjon, barnehage, skole. De ansatte bør kunne anvende metodens prinsipper i sitt arbeid med barna og i eventuell rådgivning til foreldrene. Når problemene har et omfang som tilsier mer aktiv og direkte intervensjon i familien, må de ansatte kunne henvise til kommunale hjelpetjenester som pedagogisk psykologisk tjeneste, barnevernet og psykisk helsearbeid. Ved komplekse saker eller når PMT-kompetanse ikke er utviklet på kommunalt nivå, vil det være nødvendig å henvise videre til de spesialiserte tjenestene som psykisk helsevern for barn- og ungdom, familievern eller fylkeskommunalt barnevern.

De som får tilbud om å delta i neste opplæringsrunde må ha høgskole- eller universitetsutdanning og arbeide innenfor et tjenesteområde som gir dem muligheter for å arbeide etter PMT-metoden med familier som har barn med begynnende eller uttalte

atferdsvansker.

## Implementeringsstruktur

Hver av de fem helseregionene må etter hvert ha utdannet et nødvendig antall PMT-terapeuter. Disse bør være ansatt i de kommunale og i de spesialiserte tjenestene. Hvor mange sertifiserte PMT-terapeuter som er nødvendig i de respektive helseregioner, må vurderes lokalt. Dette vil blant annet avhenge av befolkningsgrunnlag og annen tilsvarende tilgjengelig kompetanse, som terapeuter utdannet etter andre virksomme metoder som for eksempel Webster-Stratton-metoden.

### Nasjonalt utviklings- og forskningscenter for atferdsproblematikk

Utpøving, evaluering og utvikling av nye metoder til hjelp for barn og ungdom med atferdsproblemer bør skje samlet og koordinert. Ved Universitetet i Oslo etableres et nasjonalt utviklings- og forskningscenter for atferdsproblematikk blant barn og unge. Senteret vil koordinere arbeidet med implementering, kvalitetssikring, videreutvikling og forskning rundt bl.a. PMT.

### Regionale trenere og koordinatore

De første PMT-koordinatorene vil måtte rekrutteres fra den første gruppen av sertifiserte terapeuter. Disse er ansatt i ulike tjenesteområder som fylkeskommunalt barnevern, psykisk helsevern for barn og unge og familievernet. Koordinatorene får ansvar for implementeringsarbeidet innen sin region. Det regnes med at hver helseregion må ha 1/1 stilling til å koordinere og stå for opplæring av nye PMT-terapeuter. Helseregion øst bør ha 2 slike stillinger. Koordinatorene skal på heltid utdanne nye PMT-terapeuter ved selv å trene og veilede, ved å koordinere regionens samlede opplæringsinnsats og ved å ha klinisk PMT-arbeid med tanke på egen faglig ajourføring. De regionale koordinatorene vil bli tilknyttet Regionsentre innen psykisk helsevern eller barnevern og vil måtte få tilrettelagt sin arbeidsplass der hvor det i de respektive regioner synes naturlig. Staten ved SHD bevilger lønnsmidler som utbetales fra regionsentrene. De regionale koordinatorene vil bli veiledet fra senteret ved universitetet i Oslo.

### PMT-trener i psykisk helsevern eller fylkeskommunalt barnevern

Av de vel tredivte PMT-terapeuter som er sertifisert sommeren 2001, vil 6 engasjeres som regionale koordinatore. De andre er aktuelle instruktører i forbindelse med utdanningen av neste generasjon PMT-terapeuter. Den enkelte PMT-terapeut bør utføre kliniske oppgaver i egen institusjon der PMT-kompetansen utnyttes. Dette vil være en naturlig del av terapeutens ordinære kliniske praksis og refunderes på linje med annet klinisk arbeid. En øremerket del av arbeidstiden vil måtte anvendes til opplæring av nye PMT-terapeuter ved å trene og veilede andre i eller utenfor egen institusjon.

Det står institusjonseier fritt å treffe avtale med poliklinikk/ institusjonsleder om at ansatte bruker noe av sin arbeidstid til virksomhet ut over eget arbeidssteds mandat, som utdanning av andre PMT-trener eller veiledning av PMT-arbeid ved andre institusjoner/etater/nivåer. SHD vil finansiere denne utviklingsdelen ved et øremerket tilskudd.

Strukturen for PMT-implementering vil således være basert på følgende ledd:

- Nasjonalt utviklings- og forskningscenter for atferdsproblematikk
- Regionale koordinatore
- Lokale konsulenter
- Terapeuter under opplæring

## Tidsplan for implementering av PMT

Det er fra statlig og fylkeskommunalt hold investert betydelige økonomiske ressurser for at de første PMT-terapeutene i Norge kan sertifiseres på forsommeren 2001. Denne kompetanseressursen må snarest investeres i aktivt PMT-arbeid og i opplæring av nye PMT-terapeuter om den ikke skal gå tapt. Den videre implementeringen av PMT må samtidig ses som et langsiktig arbeid.

### Første trinn i implementeringen, avsluttes sommer 2001

- Opplæring og sertifisering av de første PMT-terapeutene i Norge.
- Rundskriv (SHD/BFD) til kommuner og fylkeskommuner om respektive parters ansvar for videre implementering.

### Andre trinn i implementeringen, siste halvår 2001

- Møte med regionale ressursentre for å avklare rammebetingelser for de regionale koordinatorestillingene
- Tilsetting av regionale PMT-koordinatore.
- Avklaring av de lokale PMT-konsulentenes arbeidsbetingelser
- Regionale implementeringsplaner utvikles - nødvendig koordinering forestås av det nasjonale utviklings- og forskningscenter for atferdsproblematikk
- Nye utdanningsgrupper etableres

### Tredje trinn i implementeringen, fra og med første halvår 2002

- Opplæring og informasjon i henhold til de regionale planene
- Nye grupper utdannes til PMT-terapeuter

Denne fasen vil måtte gå over mange år hvis alle tjenestenivåer, inklusive kommunene, skal ha denne kompetansen. Det vil være et kontinuerlig behov for å rekruttere nye koordinatore og PMT-konsulenter for å vedlikeholde PMT kompetansen.

## Økonomi

SHD forventer at det framover satses på polikliniske og ambulante tjenester i det psykiske helsevern. Dette er lagt inn som en føring og forventning, jfr. rundskriv I-24/99. PMT og MST er her sentrale metoder, og det er aktuelt å stimulere til utvikling og bruk av disse. Bortsett fra

at det er øremerkede midler til prosjekter med tanke på å utvikle tiltak for pasienter som både har rusmiddelrelaterte og psykiske problemer, gis penger til psykisk helsevern fra SHD i dag kun som støtte til prosjekter knyttet til opptrappingsplanene. Dette kan også dekke PMT-tiltak. I tillegg har SHD bevilget 3.5 mill kr. for siste halvår i 2001 og kommer til å følge opp bevilgningen for 2002 til PMT-implementeringen. Bevilgningen skal anvendes til avlønning av koordinatører på regionsnivå og, delvis av PMT-konsulenter i kliniske stillinger i psykisk helsevern eller barnevern.

BFD har hittil finansiert prosjektleder for implementeringen av PMT i Norge samt opplæringen av de PMT terapeuter som ble sertifisert sommeren 2001, og vil bevilge midler til 4 stillinger til ved senteret på Universitetet i Oslo som skal arbeide med den videre implementeringen av PMT. BFD vil følge opp bevilgningen i 2002.

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, Akersgata 59, Postboks 8036 Dep, 0030 Oslo | Tlf: 22 24 90 90, Faks: 22 24 95 15  
E-post: [Postmottak@bld.dep.no](mailto:Postmottak@bld.dep.no) | Nettredaktør: [Marit Skram-Lund](#) | Ansvarlig redaktør: [Maria Brit Espinoza](#)