

Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket:

TIBIR – Rådgiverintervensjonen (2.utg.)

TIBIR – Rådgiverintervensjonen er rettet mot barn i alderen 3-12 år som viser tegn på eller risiko for å utvikle atferdsproblemer. Tiltaket er et korttids foreldreveiledningsprogram for å redusere atferdsvansker og bidra til sosial inkludering.

BAKGRUNN

Denne artikkelen er en kunnskapsoppsummering for effektene av tiltaket TIBIR – Rådgiverintervensjonen i Norge. Artikkelen er en revisjon av en tidligere beskrivelse av det samme tiltaket i Ungsinn (Mørch, 2012), men videreutviklet i henhold til Ungsinn sine nye prosedyrer og kriterier. Rådgiverintervensjonen er en korttids foreldreveiledningsintervensjon på 3-5 sesjoner. Målgruppen er familier med barn mellom 3-12 år som viser tegn på begynnende eller er i risiko for å utvikle atferdsproblemer. Intervensjonen er et av totalt seks tiltak i programpakken Tidlig intervensjon for barn i risiko (TIBIR). Atferdssenteret har utviklet og er tiltakseier for tiltaket.

METODE

Embase, Medline og Psykinfo, NORART Cochrane, Cristin, NORA, SCOPUS og SweMed. To artikler ble inkludert.

RESULTATER

Resultatene omfatter en oppsummering av tiltakets beskrivelse, foreliggende effektstudier, forskningsmetodisk kvalitet og implementeringskvalitet. Rådgiverintervensjonen er svært godt beskrevet i flere dokumenter blant annet gjennom en detaljert manual. Det foreligger én nordisk RCT effektivitetsstudie med målinger pre-post og 6 mnd etter avsluttet intervensjon. Studien er gjennomført med god kvalitet, og det er funnet signifikante effekter på relevante utfallsmål og effektene funnet vurderes til å være av praktisk betydning. Tiltaket har gode systemer for å sikre god implementeringskvalitet, noe som gjør det sannsynlig at de positive resultatene fra studien også vil finne sted når tiltaket brukes i vanlig praksis.

KONKLUSJON

Selv om tiltaket tilfredsstillende kravene for høyeste evidensnivå på nesten alle områder, vurderes behovet for flere uavhengige studier som nødvendig for å kunne konkludere med at et tiltak har sterk dokumentasjon på effekt. TIBIR-rådgiverintervensjonen klassifiseres på evidensnivå 4 – Tiltak med tilfredsstillende dokumentasjon på effekt.

Innledning

Bakgrunn

Atferdsforstyrrelser forstås som vedvarende og gjentakende atferd som bryter med sosiale og samfunnsmessige normer og regler for det man kan forvente av et barn i en gitt alder og som fører

til nedsatt fungering for barnet. Det er grader av atferdsforstyrrelser der alvorlige vansker gjenkjennes ved klare normbrudd



Helene Eng

helene.eng@uit.no



Joshua Patras


joshua.patras@uit.no



Bjørn Helge Handegård

bjorn.helge.handegaard@uit.no

Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – Nord (RKBU-Nord),
UiT Norges arktiske universitet

 Engelsk sammendrag på nettsiden

ISSN 2464-2142

Tidsskriftet Ungsinn utgis av Regionalt kunnskapssenter for barn og unge- nord (RKBU Nord) ved UiT Norges arktiske universitet



med alvorlige antisosiale og aggressive handlinger. Opposisjonell atferdsforstyrrelse anses som mindre alvorlig, og gjenkjennes av trass, ulydighet og provoserende atferd. Barn med atferdsproblemer har høyere sannsynlighet for følelsesmessige vansker, hyperaktivitet, oppmerksomhetsproblemer og venneproblemer enn barnebefolkningen for øvrig (Munkvold, Lundervold, & Manger, 2011). Folkehelseinstituttet anslår en forekomst på ca. 3,5% blant barn under 18 år i Norge (1,7 % for alvorlig atferdsforstyrrelse og 1,8 % for opposisjonell atferdsforstyrrelse). Atferdsvansker hos barn øker risikoen for psykopatologi og psykososiale vansker senere i livet som for eksempel rusmisbruk, kriminell atferd, løs arbeidslivstilknytning, relasjoner til egne barn, angst, depresjon og dødelighet. Om vanskene debuterer før fylte 10 år, øker det risikoen betydelig for langvarige negative konsekvenser (Skogen & Torvik, 2013).

Om tiltaket

Rådgiverintervensjonen er en korttids foreldreveiledningsintervensjon på 3-5 sesjoner. Målgruppen er familier med barn mellom 3-12 år som viser tegn på begynnende eller er i risiko for å utvikle atferdsproblemer.

Intervensjonen er et av totalt seks tiltak i programpakken Tidlig intervensjon for barn i risiko (TIBIR). Programpakken er tilpasset det kommunale tjenestenivået for å kunne gi et helhetlig tilbud for forebygging og behandling av atferdsproblemer. De øvrige tiltakene er en konsultasjonsintervensjon rettet mot personell i skoler og barnehager som arbeider med barn med atferdsvansker, en sosial ferdighetstreningsintervensjon rettet direkte mot barn med atferdsvansker, en gruppeintervensjon rettet mot foreldre, en intervensjon rettet mot å identifisere og kartlegge begynnende atferdsvansker hos barn, og en behandlingsintervensjon, PMTO (Parent Management Training – Oregonmodellen (PMTO) som gis til foreldre individuelt der barna har omfattende atferdsvansker.

Alle tiltakene i TIBIR-programpakken, bortsett fra PMTO, er utviklet ved Atferdssenteret i Oslo. Tiltakene bygger på det samme teoretiske grunnlag og metodiske forståelse. Det er også Atferdssenteret som er ansvarlig for implementering og spredning av TIBIR i Norge. Spredningen av TIBIR skjer i tilknytning til etablerte PMTO-miljøer, for å sikre opprettholdelse av nødvendig oppfølging og metodeintegritet.

Beskrivelse og materiell

Tiltaket er beskrevet gjennom en omfattende manual som også er kursboken under opplæringen i tiltaket (Askeland, Berg, Christiansen, Flock, & Launes, 2006). I denne fremkommer målsetninger og målgrupper for tiltaket. Det forklares grundig hvordan utøverne kan jobbe med de ulike tema. For hvert tema finnes en beskrivelse av fenomenet samt hva som er gode foreldrestrategier. I tillegg beskrives demonstrasjonsøvelser og andre tilnærminger utøverne kan bruke i møte med foreldrene. Manualen inneholder hjelpearke med konkrete øvelser og kartlegginger som kan kopieres opp og brukes i møtene. Det er også utviklet en implementeringsveileder (Gomez, Grønlie, Kristiansen & Richardsen, 2014). Denne gir kommunene informasjon om hvordan TIBIR implementeres best mulig, og inneholder konkrete fremgangsmåter, maler, hjelpearke og powerpointpresentasjoner for implementeringsprosessen i kommunen. På nettsiden <http://pmto.no> er det lagt ut relevant informasjon om alle TIBIR-tiltakene til foreldre. Tiltaket er også beskrevet i flere artikler (Kjobli & Bjornebekk, 2013; Kjobli & Ogden, 2012; Kjobli & Sorlie, 2008; Solholm, Kjobli, & Christiansen, 2013)

Målsetninger og målgrupper

Rådgiverintervensjonen er rettet mot å forebygge og avhjelpe atferdsproblemer hos barn. Målgruppen er barn i alderen 3-12 år som viser tegn på begynnende eller er i risiko for å utvikle atferdsproblemer.

Intervensjonen tar sikte på å redusere atferdsproblemer hos barn gjennom å fremme god samhandling mellom barn og foreldre, fremme sosial kompetanse hos barna og bidra til sosial inkludering.

Intervensjonen har som mål å redusere negative samhandlingsmønstre (bl.a. konflikteskalering) mellom barn og foreldre, redusere foreldres bruk av inkonsistente, tilfeldige og straffende grensettingsteknikker, redusere avvisning fra foreldre og nærmiljø og motvirke sosial ekskludering.

Intervensjonen tar også sikte på å fremme positiv involvering og aksept mellom foreldre og barn, bidra til utvikling av gode og effektive foreldreferdigheter (bl.a. systematisk bruk av ros og oppmuntring og hensiktsmessig grensesetting) og igjennom dette erstatte negative samhandlingsmønstre med samhandlingsmønstre som fremmer prososial atferd.

Gjennomføring og metoder

I 3-5 rådgivingsmøter trenes foreldre i sentrale foreldreferdigheter gjennom dialog, modellering,

rollespill, hjemmeoppgaver og systematisk tilbakemelding. Øvingen er konkret og handlingsorientert og knyttet til typiske situasjoner som foreldre opplever som utfordrende i sin hverdag. I møtene får foreldrene veiledning i å håndtere spesifikke utfordringer de har i forhold til sitt barn. Valg av tematikk baserer seg på en kartleggingssamtale mellom foreldrene og veileder i første møte.

Intervensjonen inneholder temaer med verktøy som terapeuten kan benytte i veiledningen avhengig av hva som er familiens behov. Temaer som kan inngå i intervensjonen er:

- Samarbeid med barnet. Gode og effektive beskjeder
- Systematisk bruk av ros og oppmuntring
- Grensesetting
- Problemløsning
- Tilsyn og oppfølging

Rådgiverintervensjonen vil kunne benyttes av ansatte på helsestasjonen, i PP-tjenesten og i barnevernets hjelpetjenester.

Det teoretiske grunnlaget for tiltaket

Utformingen av rådgiverintervensjonen bygger på samme teoretiske fundament og prinsipper som PMTO, men utformingen av intervensjonen er betydelig forenklet og tilpasset både til målgruppe og rådgivningssituasjonen.

Den generelle modellen som ligger til grunn for PMTO, er "the Social Interaction Learning model" eller SIL-modellen (Patterson, 1982). Modellen representerer en sammensmeltning av to beslektede, men ulike teoretiske retninger, sosial læring og sosial interaksjon. Begge perspektiver understreker innflytelsen de sosiale omgivelsene har på individets generelle tilpasning.

Det sosiale interaksjonsperspektivet beskriver samhandlingen mellom familiemedlemmer på et mikrososialt nivå. Spesielt har en vært interessert i foreldre-barn interaksjonen der det forekommer gjensidig og hyppig bruk av tvang og press, noe som fremmer avvik og hemmer sunn utvikling og tilpasning. Slike samspillmønstre er gjerne preget av gjensidig negativitet, eskalering og negativ forsterkning. Sentralt i analysen av den mikrososiale samhandlingen står den såkalte "Coercion theory". Coercion/coercive er forsøksvis blitt oversatt som press /tvingende atferd, og defineres som at en person i en dyade tar i bruk aversive stimuli (stimuli som påfører den andre ubehag) betinget av atferden til den andre. Disse samspillmønstrene læres og praktiseres og ender opp som overlærte og automatiserte mønstre, uten at deltakerne er seg dem bevisst (Patterson,

1982; Patterson, Reid, & Dishion, 1998; Reid, Patterson, & Snyder, 2002; Solholm, Askeland, Christiansen, & Duckert, 2005). Familiemedlemmene blir på denne måten fanget i en interaksjonsstil som også kan forstyrre og overføres til samspillet med andre utenfor familien.

Aversive hendelser forstås som hendelser eller situasjoner som fremkaller ulyst eller ubehag. Disse hendelsene er ifølge Patterson (1982), i rikt monn til stede i alle familier. De aversive hendelsene kan virke uskyldige, men forskning viser at det er en økt forekomst av slike aversive hendelser i familiene til barn med atferdsvansker, og de predikerer senere alvorlig antisosial atferd. Foreldre med gode sosiale ferdigheter lærer seg å bruke prososiale teknikker for å nøytralisere eller avlede aversive hendelser, mens foreldre og barn i de kliniske utvalgene domineres av aversiv atferd for å håndtere disse.

Det sosiale læringsperspektivet handler om hvordan disse atferdsmønstrene etableres og opprettholdes (forsterkningsbetingelser), noe som gjenspeiler seg i en makromodell om positive (og negative) foreldreferdigheter. Grunnantakelsen er at foreldreferdigheter direkte kan påvirke forsterkningsbetingelsene i en familie og derigjennom barnets atferd. SIL-modellen omhandler også kontekstuelle variabler som kan påvirke foreldreferdighetene, og som dermed indirekte kan påvirke barns tilpasning.

Ifølge Patterson, Reid og Dishon (1998) står barn med antisosial atferd i fare for å starte på en "karriere" som kan deles inn i fire stadier: 1) Grunn trening i antisosial atferd gjennom deltakelse i de negative samspillmønstrene i familien. 2) Anvendelse av antisosial atferd i møte med de nære sosiale omgivelsene utenom familien (kamerater, barnehage, skole osv), noe som fører til negative reaksjoner fra disse (avvisning, utstøting osv). 3) Kontakt med og tilhørighet til avvikende vennegrupper og miljøer, med ytterligere utvikling og "finpusning" av antisosiale ferdigheter som et resultat av dette. 4) Mulig karriere som antisosial voksen.

Implementeringsstrategier, kvalitetssikring og kostnader

Kommuner som ønsker å implementere TIBIR kan søke Atferdssenteret om dette. Atferdssenteret sørger for at kommunene får tilstrekkelig informasjon for å ta stilling til en eventuell implementering og det gjennomføres lokale møter mellom Atferdssenterets representanter og beslutningstakere i kommunen. På bakgrunn av disse møtene velger Atferdssenteret samarbeidskommuner, og det blir skrevet en intensjonsavtale for samarbeidet. Kommunen får støtte av et regionalt

team gjennom alle fasene av implementeringen. Støtten er kostnadsfri, og omfanget varierer ut i fra kommunens behov og ønsker. Innføringen av TIBIR går over flere år. Det stilles som krav at kommunen først utdanner PMTO-terapeuter, og deretter foreldrerådgivere før det gis opplæring i de andre tiltakene i TIBIR. Kommunen bør ha som mål å bli selvhjulpel i driften av opplæring og veiledning i de ulike tiltakene i løpet av en 3–5 årsperiode. Opplæring og veiledning er kostnadsfri. Kostnader til vedlikeholdsveiledning ut over opplæringsperioden vil måtte dekkes av kommunen.

Det gis også tilgang til styrings- og hjelpeverktøy gjennom en egen implementeringsveileder (Gomez, Arnesen Grønlie, Kristiansen, & Richardsen, 2014) og nettsiden <http://pmto.no>. Hensikten med verktøyene er å styrke, dokumentere og kvalitetssikre implementeringsprosessen slik at innsatsene i TIBIR når frem til målgruppen med tiltenkt innhold og riktig omfang.

I godkjente kommuner kan ansatte som er i en rådgiverposisjon overfor foreldre læres opp og trenes i tiltaket. Opplæringen har form av et ferdigheitsorientert kurs som går over 9 dager og som etterfølges av en 12 timers gruppeveiledning på egne saker. Godkjenning skjer på bakgrunn av oppmøte, og utøveren får kun lov til å praktisere tiltaket så lenge de jobber i en kommune som tilfredsstillende oppfyller kravene for implementering. Opplæringen forestås av utdannede PMTO-terapeuter som i tillegg er kvalifisert gjennom et eget todagerskurs for kursholdere. For å opprettholde TIBIR-rådgiverintervensjonene i kommunen, kreves det at hver terapeut deltar på minimum 10 timer veiledning i året, samt at de har minst 2 saker i året etter endt veiledning.

I et nasjonalt databasert kvalitetssikrings- og beslutningssystem registreres saksopplysninger for å monitorere metodeintegritet. For å sikre kvalitet i kartleggingen av barnas vansker benyttes kartleggingsinstrumentet Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI). Instrumentet er standardisert og normert for norske forhold (Reedtz m.fl., 2008). Ved starten og slutten av tiltaket gjøres det en kartlegging med ECBI for å vurdere om barnet har hatt nytte av tiltaket eller om det bør henvises videre til ytterligere tiltak.

Problemstilling for artikkelen

Formålet med denne artikkelen er å undersøke om TIBIR - Rådgivingsintervensjonen kan antas å være virksomt benyttet i vanlig praksis i Norge.

Metode

Vi søkte etter studier om tiltaket i databasene Embase, Medline og Psykinfo, NORART Cochrane, Cristin, NORA, SCOPUS og SweMed. Søkedato: 02.06.2015. I tillegg har vi kontaktet tiltakseiere i Norge og fått tilsendt manualer, veiledere, og forskningsdokumentasjon som eventuelt ikke ble fanget opp av søket, samt informasjon om implementeringsstrategier og kvalitetssikring.

Fra forskningsdokumentasjonen ble det identifisert relevant litteratur for tre typer studier: Nordiske effektstudier, internasjonale kunnskapsoppsummeringer og andre norske studier.

Tabell 1. Inklusjonskriterier for de ulike typene studier som inkluderes i kunnskapsoppsummeringen.

| Type studier | Inklusjonskriterier |
|--|---|
| Nordiske effektstudier | Nordiske enkeltstudier som undersøker tiltakets effekt. Dette vil være kvantitative studier med kvasiekperimentell eller eksperimentell forskningsdesign. Tiltaket i studien er det samme som tiltaket utøvd i vanlig praksis i Norge, og at de kulturelle faktorer i studien er nokså like norske forhold. |
| Internasjonale kunnskapsoppsummeringer | Systematiske oversikter der effekten av det konkrete tiltaket er vurdert basert på internasjonal forskningslitteratur eller positiv vurdering av tiltakets evidens i internasjonale databaser. Tiltaket i studien er det samme som tiltaket utøvd i vanlig praksis i Norge. |
| Andre norske evalueringer | Andre studier som belyser kvaliteter ved tiltaket brukt i vanlig praksis i Norge som f.eks: <ul style="list-style-type: none"> – Kvalitative studier, kassustudier eller mindre pilotstudier der tiltakets effekt er undersøkt – Brukerfornøydhetsundersøkelser – Gjennomføringsstudier/Implementeringsstudier |

Denne artikkelen er en revisjon av en tidligere beskrivelse av det samme tiltaket i Ungsinn (Mørch, 2012), men videreutviklet i henhold til Ungsinn sine nye prosedyrer og kriterier.

Resultater

Gjennomgang av beskrivelse

Tiltaket er beskrevet gjennom en omfattende manual som også er kursboken under opplæringen i tiltaket (Askeland m.fl., 2006). I denne fremkommer målsetninger og målgrupper for tiltaket. Det forklares grundig hvordan utøverne kan jobbe med de ulike tema. For hvert tema finnes en beskrivelse av temaet og hva som er gode foreldrestrategier. I tillegg beskrives demonstrasjonsøvelser og andre tilnærminger utøverne kan bruke i møte med foreldrene. Manualen

inneholder hjelpearke med konkrete øvelser og kartlegginger som kan kopieres opp og brukes i møtene. Det er også utviklet en implementeringsveileder (Gomez m.fl., 2014). Denne gir kommunene informasjon om hvordan TIBIR implementeres best mulig, og inneholder konkrete fremgangsmåter maler, hjelpearke og powerpointpresentasjoner for implementeringsprosessen i kommunen. På nettsiden pmt.no er det lagt ut relevant informasjon om alle TIBIR-tiltakene til foreldre. Tiltaket er også beskrevet i flere artikler (Kjobli & Bjornebekk, 2013; Kjobli & Ogden, 2012; Kjobli & Sorlie, 2008; Solholm m.fl., 2013). Målsetningene for tiltaket er noe ulikt formulert mellom de ulike kildene som beskriver tiltaket. De tenkte mekanismene for tiltaket er derimot godt beskrevet i manualen og dermed fremstår det tydelig hvilke endringer som forventes (Tabell 2).

Tabell 2. Tabellen som fremstiller vurdering av tiltakets beskrivelse.

| | Noe beskrevet | Er godt beskrevet | Ikke relevant |
|--|---------------|-------------------|---------------|
| Problembeskrivelse | | x | |
| Målgruppe | | x | |
| Hovedformål | x | | |
| Undermålsetninger | x | | |
| Utforming av tiltaket | | x | |
| Metoder som benyttes | | x | |
| Kjerneelementer/fleksibilitet | | x | |
| Utøvere av tiltaket | | x | |
| Manual/veileder for utøvere | | x | |
| Materiell for mottakere av tiltaket | | x | |
| Undersøkelser som styrker beskrivelsen | | | |

Effektstudier

Litteratursøket etter effektevalueringer resulterte i 91 treff. I tillegg ble 1 artikkel som ikke kom frem i søket oppgitt fra tiltakseier. Av de totalt 92 treffene ble 5 artikler vurdert til å omhandle tiltaket direkte, hvorav 2 av disse igjen ble vurdert til å omhandle én nordisk effektstudie (Kjobli & Bjornebekk, 2013; Kjobli & Ogden, 2012). 2 av de øvrige var masteroppgaver der moderatorer for effekt av tiltaket var undersøkt (Brenna, 2014; Johansen, 2010) og 1 der effekten av implementering av hele TIBIR-modellen ble undersøkt i forhold til problematferd på skolen (Kjobli & Sorlie, 2008).

Det ble ikke funnet noen systematiske oversikter på tiltaket eller vurdering av tiltaket i internasjonale databaser. TIBIR – rådgivingsintervensjonen er utviklet i Norge og tiltakseier kjente ikke til at det var gjort studier på dette eller lignende intervensjoner i andre land (Tabell 2).

Tabell 3. Oversikt over inkluderte nordiske effektstudier.

| Artikkel | Metode/Forskningsdesign | Deltakere | Karakteristika ved utvalget | Måletidspunkter |
|-------------------------------------|--|------------------------|---|--|
| Kjobli, J., & Ogden, T. (2012) | RCT/naturlige betingelser/sammenlignet med vanlige tjenester | N = 187 barn (3-12 år) | Barn med atferdsproblemer som har tatt kontakt med hjelpeapparatet eller blitt kontaktet av hjelpeapparatet | Pretest - posttest |
| Kjobli, J., & Bjornebekk, G. (2013) | RCT/naturlige betingelser/sammenlignet med vanlige tjenester | N = 173 barn (3-12 år) | Barn med atferdsproblemer som har tatt kontakt med hjelpeapparatet eller blitt kontaktet av hjelpeapparatet | Pretest - 6 mnd etter avsluttet intervensjon |

Den norske studien er gjennomført med RCT-design under naturlige betingelser. Studien besto opprinnelig av et utvalg på 228 deltakere, der barna enten sto i fare for å få atferdsvansker eller allerede hadde utviklet vansker. Barna i studien var mellom 3 og 12 år, der 32% var jenter. Gruppen ble delt i to der den ene gruppen fikk rådgivingsintervensjonene og den andre fikk vanlig behandling. I kontrollgruppen fikk 67% av familiene en form for intervensjon. 187 (82%) gjennomførte postmålingene, mens 173 (76%) fullførte oppfølgingsmålingene.

Forskningsmetodisk kvalitet

Den metodiske vurderingen av studien er presentert i Tabell 2. De to artiklene er vurdert hver for seg selv om en del av grunnlaget for vurderingen er det samme for begge artiklene.

1. Statistiske analyser

Analysemetodene ANCOVA/MANCOVA som er brukt for pre-post studien (Kjobli & Ogden, 2012) er i henhold det som anbefales for RCT med pre-postdesign. Forutsatt at avhengighet i data ikke eksisterer, er valgte metoder optimale med tanke på å maksimere power for å avdekke effekter. Forfatterne fastslår at poweranalysen viste at det var nødvendig med 100 personer i hver gruppe, men artikkelen mangler begrunnelse på hvordan de har beregnet dette tallet. Det mangler argumenter for hva som er en klinisk meningsfull effekt ved sammenligning av en foreldretreningsintervensjon med «treatment as usual», og det virker lite sannsynlig at poweranalysen er basert på hovedanalysemetoden (MANCOVA).

Intent-to-treat-analysene styrker påliteligheten til resultatene fra begge studiene. For pre-post studien er «last observation carried forward»-imputasjoner brukt og Littles MCAR-test er utført for å fastslå om data er «missing completely at random» på item-nivå. Det er ikke oppgitt opplysninger om personfravall følger en bestemt mekanisme. Personfravall fra pre til post vil anses som den største trusselen mot representativitet, da det godt kan tenkes at årsakene til at familier faller ut fra pre til post i de to gruppene er knyttet til psykisk helse. Det kan derfor oppstå skjevheter i effektene som følge av dette. I oppfølgingsartikkelen derimot, brukes en estimeringsmetode som tar i bruk alt av tilgjengelige data («linear mixed model»-analyse), noe som er en mer fleksibel metode for å håndtere manglende data (Graham, 2009). Det er også gjort sammenligninger av de som falt fra etter pre på tilgjengelige variabler.

Uansett vil intent-to-treat-analysen som er gjort bidra til et konservativt effektanslag. Det oppgis

effektstørrelser (Cohens d) ved post og ved 6 måneders oppfølging. Effektstørrelsene er beregnet på basis av en omregningsformel som bruker verdi av testobservator fra dataanalysen som utgangspunkt for beregningen av Cohens d . En slik metode medfører at d vil variere med hvilken analysemetode som er valgt. I Kjobli & Bjørnebekk-artikkelen (2013) er omregningsformelen fra testobservator til Cohens d basert på ANOVA/to-utvalgs t -test på differanseskårer, mens verdi av testobservator er basert på linear mixed models-analyse. Effektstørrelsene som oppgis i artiklene er noe større enn de man ville ha fått ved å bruke gjennomsnittsendringene i gruppene som sammenligningsgrunnlag.

2. Målinger

Det er brukt velutprøvde foreldre – og lærervurderte spørreskjemainstrumenter. Foreldre rapportert atferd hos barna ble målt med Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI; Eyberg & Pincus, 1999), Home and Community Social Behavior scales (HCSBS; Merrell & Caldarella, 2002) og Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 1991). School Social Behavior scales (SSBS; Merrell & Caldarella, 2002) og Teacher Report Form (TRF; Achenbach, 1991) ble brukt for å undersøke lærernes oppfatning av endringer hos barna i forhold til hhv. Atferdsvansker/sosial kompetanse og angst/depresjon. Foreldrepraksis i barne-opdragelse ble undersøkt ved hjelp av instrumentet Parenting Practices Interview (PPI; Webster-Stratton, 1998). ECBI, CBCL, og TRF er standardisert i forhold til norske forhold og norske barn. (Kornør & Jozefiak, 2012; Kornør, H. & Drugli, M.B. (2011), Lurie, 2006; Nøvik, 1999; Reedtz m. fl., 2008; Reedtz, C. & Martinussen, M. (2011). PPI er brukt i norske kliniske studier (Larsson m. fl., 2009), men mangler norsk validering.

For å sjekke indre konsistens eller reliabilitet er Cronbach's alpha beregnet for instrumentene brukt. En verdi på $> 0,70$ anses normalt som tilfredsstillende reliabilitet (Svartdal, 2011) og instrumentene i denne studien vurderes derfor til å ha tilfredsstillende reliabilitet på de fleste skalaer. For måling av foreldrepraksis ble 7 skalaer av instrumentet PPI brukt i pre-post studien, mens 5 skalaer ble brukt i oppfølgingsstudien. Cronbach's alpha ble til å være mellom 0,54 til 0,84 der 17 av de 24 oppgitte verdiene var på $> 0,70$. For ECBI ble Cronbach's alpha beregnet til å ligge mellom 0,87 og 0,93. For HCSBS ble Cronbach's alpha beregnet til å ligge mellom 0,93 og 0,98. For CBCL ble kun en delskala brukt for å måle foreldrenes oppfatning av angst og depresjon hos barna. Cronbach's alpha for denne instrumentet ble beregnet til å ligge mellom 0,83 og

0,88. For lærer-rapporterte utfall var Cronbach's alpha for SSBS (atferdsvansker og sosial kompetanse) 0,97-0,98 og for TRF (kun skalaen for angst og depresjon ble brukt) 0,85-0,89.

Studien mangler observasjonsdata, noe som hadde styrket kvaliteten på målingene av utfallsmålene.

3. Indre validitet

Studiene er gjennomført med et optimalt forskningsdesign for avdekke effekt og studien har høy indre validitet. Det er lite frafall og frafallet er like stort i begge gruppene. Egenskaper ved gruppene ble sammenliknet ved pre-test, og ble funnet like på alle variabler bortsett fra utdanning som det ble korrigeret for i analysene. Effekten av intervensjonen er sammenliknet med vanlig praksis. I denne studien fikk 67% av kontrollgruppen en intervensjon. De som mottok intervensjon i kontrollgruppen mottok i snitt like mange sesjoner som de i intervensjonsgruppen (Rådgiverintervensjonene). Det kan tenkes at dette er med på å redusere graden av skjevheter i effektene som kan oppstå hvis én gruppe får behandling og den andre ikke får noe (halo-effekter etc.). Inklusjons og eksklusjonskriterieriene i studien var klare og rimelige. Det ble undersøkt om dosering hadde betydning for effekt av intervensjonene i både intervensjons og kontrollgruppe, noe det ikke hadde. Dette styrker antagelsen om at det er rådgiverintervensjonen som gir bedre effekter enn vanlig praksis, og at effektene ikke kom av at intervensjonsgruppen fikk mer behandling.

4. Fidelity/Troskap mot tiltaket

Dosering av tiltak ble registrert. Terapeutenes troskap til tiltaket ble målt via foreldrenes tilbakemelding på om kjerneelementer av tiltaket var blitt gjennomgått. At fidelity er målt via foreldrene og ikke via terapeutenes egenrapportering styrker påliteligheten til målingene. Også her hadde observasjonsmål styrket fidelitymålet ytterligere. Andre objektive mål kunne vært registrert i tillegg som f.eks. bruk av veiledning og opplæring. Fidelityvurderingen ble foretatt etter at behandlingen var avsluttet, slik at foreldrene da skulle rapportere hvor tro de var mot tiltaket en stund tilbake i tid.

5. Ytre validitet

Dette er en effektivitetsstudie, utført i vanlig praksis, og dermed relevant for å kunne anslå praktiske effekter av behandlingsmetoden. Den inkluderer et representativt utvalg med data fra alle de fem helseregionene i Norge, er norsk, og er

foretatt forholdsvis nylig. Det er derfor rimelig å anslå at effekter fra denne studien kan generaliseres til en norsk behandlingshverdag. Oppfølgingsstudien (Kjobli & Bjornebekk, 2013) sannsynliggjør også at effektene holder seg over tid. Det er imidlertid verdt å være oppmerksom på at utvalget i studien hadde noe høyere gjennomsnittsinntekt og noe høyere utdanningsnivå og noe lavere innvandrерandel enn befolkningen generelt.

Tabell 4. Metodisk kvalitet vurdert etter Ungsinn sine kriterier der hver faktor får en skår der 0 er dårligste karakter og 4 er beste karakter.

| Studie | 1. Statistiske analyser | 2. Måling | 3. Indre validitet | 4. Tro mot tiltaket | 5. Ytre validitet | Gj.snitt |
|-------------------------------------|-------------------------|-----------|--------------------|---------------------|-------------------|----------|
| Kjobli, J., & Ogden, T. (2012) | 3 | 3 | 4 | 3 | 3,5 | 3,3 |
| Kjobli, J., & Bjornebekk, G. (2013) | 3,5 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3,5 |

Effekter

I studien ble det funnet moderat til store effekter på barnas atferdsvansker og foreldrenes oppdragsstrategier basert på foreldrenes tilbakemelding. For atferdsvansker var det signifikante forskjeller for 3 av 3 måleinstrumenter ved post-test og 2 av 3 ved oppfølgingsmålingen. For foreldreferdigheter var det signifikante forskjeller for 4 av 4 måleinstrumenter ved post-test og 2 av 4 ved oppfølgingsmålingen. Resultatene for atferdsvansker, sosial kompetanse og angst/depresjon var ikke signifikante basert på lærerrapportene verken ved post-test eller ved oppfølging (Tabell 5).

Effekttestimatene fra pre til post kan anses som et konservativt anslag ettersom det er brukt intent-to-treat som prinsipp. Observerte effekter er i stor grad på et nivå som kan karakteriseres som middels store. Ettersom sammenligningen gjelder to grupper som (stort sett) får behandling, vil likevel middels store effekter kunne anses som betydningsfulle.

Tabell 5 Effektstørrelser for utfallsvariabler basert på foreldrerapporter.

| Målsetting | Effektstørrelse (post-test) | Effektstørrelse (6 mnd. oppfølging) |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| Adferdsproblemer | 0,35 - 0,43 | 0,32 - 0,33 |
| Foreldreferdigheter | 0,30 - 0,65 | 0,34 - 0,53 |
| Angst/depresjon | 0,29 | Ikke signifikant |
| Sosial kompetanse | 0,32 | Ikke signifikant |

Internasjonale kunnskapsoppsummeringer

Rådgiverintervensjonen er utviklet i Norge og er trolig også kun effektevaluert her foreløpig. Vi har dermed heller ikke funnet internasjonale kunnskapsoppsummeringer om tiltaket.

Andre norske evalueringer

I to norske mastergradsoppgaver er det studert om det finnes egenskaper ved barna eller foreldrene som har betydning for effektene av tiltaket (Brenna, 2014; Johansen, 2010). Begge tar utgangspunkt i dataene fra hovedstudien. I den ene studien ble det funnet at om foreldrene er deprimert eller har andre psykiske vansker i forkant av tiltaket, har tiltaket mindre effekt. Andre faktorer som sosioøkonomisk status, foreldrepraksis før rådgiving, foreldrenes alder, eller om barna lever sammen med én eller begge av foreldrene, så ikke ut til å ha betydning for utbytte av tiltaket.

Implementeringskvalitet

Atferdssenteret har en rekke rutiner for å sikre god kvalitet på implementering av tiltaket i tjenesten (for nærmere beskrivelse av rutinene se innledningen), og dermed sikre kvalitet på tilbudet familiene får.

Tabell 6. Vurdering av tiltakets systemer for å fremme god implementeringskvalitet.

| Kategori | Ja | Ikke relevant |
|---------------------------------------|------|---------------|
| Implementeringsstøtte | X | |
| Kvalifikasjonskrav | X | |
| Opplæring | X | |
| Sertifiseringsordninger | X | |
| Monitorering av fidelity/etterlevelse | X | |
| Veiledning | X | |
| Identifisering av målgrupper | X | |
| Kartleggings- og vedlikeholdsverktøy | X | |
| Strategier for tilpasning | X | |
| Total skåre | Σ9/9 | |

Diskusjon

Formålet med denne artikkelen er å undersøke om TIBIR Rådgivingsintervensjonen er virksomt benyttet i vanlig praksis i Norge. I avsnittene under diskuteres funnene fra kunnskapsoppsummeringen i forhold til kriteriene for klassifisering i Ungsinn, og dermed konklusjonen på forskningsspørsmålet i denne artikkelen.

Beskrivelse

Rådgiverintervensjonen er svært godt beskrevet i flere dokumenter blant annet gjennom en detaljert manual.

Teoretisk rasjonale

Tiltaket har en velbegrunnet teori for de tenkte virkningsmekanismene. Det fremkommer av det teoretiske fundamentet hvordan en tenker seg at metodene som benyttes i tiltaket leder til målsetningene. De tenkte mekanismene er forankret i empiri og anerkjent teori.

Antall effektstudier

Tiltaket har én nordisk effektstudie, flere studier fra uavhengige forskere hadde styrket påliteligheten til resultatene.

Forskningsdesign

Den norske studien er utført med RCT-design, noe som er optimalt for å avdekke effekter.

Forskningsmetodisk kvalitet

Studien som er gjennomført har svært god forskningsmetodisk kvalitet, noe som gjør resultatene pålitelige. Bruk av observasjonsmål både i måling av utfallsmål og fidelity hadde imidlertid styrket påliteligheten til studien ytterligere.

Effekter

Det er funnet signifikante effekter på relevante utfallsmål etter gjennomført intervensjon, både i forhold til atferdsvansker, foreldreferdigheter, angst/depresjon og sosial kompetanse. Ved 6 måneders oppfølging var det fortsatt effekt på atferdsvansker og foreldreferdigheter, noe som er direkte knyttet til målsetningene med programmet. Studien fant derimot ikke signifikante forskjeller basert på læreres svar. Det kan bety at effektene ikke generaliseres til andre arenaer eller at de skaper usikkerhet om resultatene basert på

foreldrenes vurdering er reelle. Forskjeller i effekter mellom utvalgsgrupper fra ulike arenaer er imidlertid ikke uvanlig, og siden studien for øvrig er metodisk sterk kan det legges til grunn at endringene basert på foreldrenes tilbakemelding er reelle. De observerte effekter er på et nivå som kan karakteriseres som små til moderate. Etter som effekten av tiltaket er sammenlignet med effekten av vanlig behandling, og at man vet at store deler av sammenligningsgruppen også fikk noen form for behandling, styrker dette betydningen av resultatene. Siden også valg av statistiske metoder gir et konservativt anslag av effekter, kan de små til moderate effektene som er funnet antas å være betydningsfulle. Hvorvidt effektene av tiltaket har praktisk betydning er imidlertid ikke testet ut direkte eller diskutert særskilt i artiklene.

Implementeringskvalitet

Det er gjennomarbeidet gode systemer for å sikre at tiltaket utøves slik det er tenkt i vanlig praksis blant annet gjennom god implementeringsstøtte til kommunene, en grundig manual, ferdigutviklet materiell, opplæring og veiledning. Spesielt er det positivt at det er utviklet en egen implementeringsveileder for TIBIR-modellen.

Konklusjon

Effekten av TIBIR-rådgiverintervensjonen er godt dokumentert gjennom én norsk studie av god kvalitet. Tiltaket er godt beskrevet og har gode systemer for å sikre god implementeringskvalitet noe som gjør det sannsynlig at de positive resultatene fra studien også vil finne sted når tiltaket brukes i vanlig praksis ved stor spredning. Selv om tiltaket tilfredsstillende kravene for høyeste evidensnivå på nesten alle områder, vurderes behovet for flere uavhengige studier som helt nødvendig for å kunne konkludere med at et tiltak har sterk dokumentasjon på effekt.

TIBIR-rådgiverintervensjonen klassifiseres på evidensnivå 4 – Tiltak med tilfredsstillende dokumentasjon på effekt.

Referanser

Achenbach, T. M. (1991). Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR and TRF profiles. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

- Askeland, E., Berg, E. T., Christiansen, T., Flock, M., & Launes, E. (2006). *Tidlig innstas for barn i risiko. Et kommunalt program for forebygging og behandling av atferdsvansker hos barn. Foreldrerådgiving*. Oslo: Atferdssenteret.
- Brenna, M. B. (2014). "Passer dette for meg?" *En kvantitativ studie av sammenhengen mellom aleneforeldre, foreldreferdigheter og atferdsendring hos barn etter foreldrerådgiving*. (Master), Universitetet i Oslo, Oslo. Hentet fra <https://www.duo.uio.no/handle/10852/41964>
- Eyberg, S. M., & Pincus, D. (1999). Child behavior inventory and Sutter-Eyberg student behavior inventory: Professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Gomez, B., Grønlie, A. A., Kristiansen, D. E., & Richardsen, K. (2014). *Implementering av tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR) fra teori til praksis*. Oslo: Atferdssenteret.
- Gomez, B., Grønlie, A. A., Kristiansen, D. E., & Richardsen, K. (2014). *Implementering av Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR). Fra teori til praksis*. Oslo: Atferdssenteret.
- Graham, J. W. (2009). Missing data analysis: Making it work in the real world. *Annual Review of Psychology*, 60, 549-576.
- Johansen, M. (2010). *Hvordan er ulike variabler ved familien, foreldrene og barnet relatert til familiers utbytte av PMTO-rådgiving?* (Master), UiO, Oslo. Hentet fra https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/30548/Masteroppgave_Mats_Johansen.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Kornør, H. & Jozefiak, T. (2012). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Child Behavior Checklist (CBCL). *PsykTestBarn*, 2012, 1:3.
- Kornør, H. & Drugli, M.B. (2011). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Teacher's Report Form (TRF). *PsykTestBarn*, 1:7.
- Kjobli, J., & Bjornebekk, G. (2013). A randomized effectiveness trial of brief parent training: Six-month follow-up. *Research on Social Work Practice*, 23(6), 603-612.
- Kjobli, J., & Ogden, T. (2012). A randomized effectiveness trial of brief parent training in primary care settings. *Prevention Science*, 13(6), 616-626.
- Kjobli, J., & Sorlie, M.-A. (2008). School outcomes of a community-wide intervention model aimed at preventing problem behavior. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49(4), 365-375.
- Larsson, B., Fossum, S., Clifford, G., Drugli, M. B., Handegard, B. H. & Mørch, W. T. (2009). Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children: Results of a randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18, 42-52.

- Lurie, J. (2006). Teachers' perceptions of emotional and behavioral problems in 6-12-year-old Norwegian schoolchildren. Trondheim, Norway: Barnevernets utviklingssenter i Midt-Norge.
- Merrell, K. W., & Caldarella, P. (2002). Home and community social behavior Scales: User's guide. Eugene, OR: Assessment-Intervention Resources.
- Munkvold, L. H., Lundervold, A. J., & Manger, T. (2011). Oppositional defiant disorder-gender differences in co-occurring symptoms of mental health problems in a general population of children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(4), 577-587.
- Mørch, W. T. (2012). Beskrivelse og vurdering av tiltaket: Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR) – Rådgiverintervensjonen. *Ungsinn*. Hentet fra http://www.ungsinn.no/post_tiltak/tidlig-innsats-for-barn-i-risiko-tibir-radgiverintervensjonen-2/
- Nøvik, T. S. (1999). Validity and use of the child behavior check list in Norwegian children and adolescents: An epidemiological and clinical study. Oslo, Norway: Centre for Child and Adolescent Psychiatry, Department Group of Psychiatry, University of Oslo.
- Patterson, G. R. (1982). Coercive family process (Vol. 3). Eugene: Castalia Publishing Company.
- Patterson, G. R., Reid, J. B., & Dishion, T. J. (1998). Antisocial Boys. I *Human emotions: A reader* (s. 330-336). Malden: Blackwell Publishing.
- Reedtz, C., Bertelsen, B., Lurie, J., Handegard, B. H., Clifford, G., & Mørch, W. T. (2008). Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI): Norwegian norms to identify conduct problems in children: Development and aging. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49(1), 31-38.
- Reedtz, C. & Martinussen, M. (2011). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI). *PsykTestBarn*, 1:11. Hentet fra: [http://www.psyktestbarn.no/cms/ptb_mm.nsf/lupgrahics/ECBI_nyOK.pdf/\\$file/ECBI_nyOK.pdf](http://www.psyktestbarn.no/cms/ptb_mm.nsf/lupgrahics/ECBI_nyOK.pdf/$file/ECBI_nyOK.pdf)
- Reid, J. B., Patterson, G. R., & Snyder, J. (2002). Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention. I *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention* (s. xi, 337). Washington, DC: American Psychological Association; US.
- Skogen, J. C., & Torvik, F. A. (2013), *Atferdsforstyrrelser blant barn og unge i Norge: Beregnet forekomst og bruk av hjelpetiltak* (Rapport 2013:4). Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <http://www.fhi.no/dokumenter/de3ab474a7.pdf>
- Solholm, R., Askeland, E., Christiansen, T., & Duckert, M. (2005). Parent Management Training – Oregon-modellen: Teori, behandlingsprogram og implementering i Norge / Parent Management Training – The Oregon Model: Key theoretical concepts, the treatment programme and its implementation in Norway. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42, 587-597.
- Solholm, R., Kjobli, J., & Christiansen, T. (2013). Early initiatives for children at risk-Development of a program for the prevention and treatment of behavior problems in primary services. *Prevention Science*, 14(6), 535-544.
- Svartdal, F. (2011). *Psykologiens forskningsmetoder. En introduksjon*. (2. utgave) Oslo: Fagbokforlaget.
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1998). Conduct problems and level of social competence in Head Start children: Prevalence, pervasiveness, and associated risk factors. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1, 101-124.

Mottatt 27.10.2015, godkjent 25.11.2015,
publisert 30.11.2015.
Redaktør: Charlotte Reedtz

