



Beskrivelse og vurdering av tiltaket:

Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR) – Rådgiverintervensjonen

Ungsinnforfatter: Willy-Tore Mørch

Vurdert i Ungsinnpanelet: 15.05.2012

Ungsinnforfatteren er ansvarlig for beskrivelsen av tiltaket. Beskrivelsen er basert på informasjon fra Atferdssenteret, spørreskjema utfyllt av Terje Christiansen og Roar Solholm ved Atferdssenteret og gjennomgang av annen tilgjengelig litteratur. Ungsinnpanelet er ansvarlig for vurdering og klassifisering.

Innledning

TIBIR er et program for forebygging og behandling av atferdsproblemer tilpasset det kommunale tjenestenivået. Fullt utbygget omfatter programmet seks intervensjoner: en rådgiverintervensjon rettet mot foreldre til barn med atferdsproblemer, en konsultasjonsintervensjon rettet mot personell i skoler og barnehager som arbeider med barn med atferdsvansker, en sosial ferdighetstreningintervensjon 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 terapeutintervensjon, PMTO (Parent Management Training – Oregonmodellen (PMTO)). For en generell beskrivelse av TIBIR, se; *Tidlig innsats for barn i risiko. Et program for å forebygge og avhjelpe atferdsvansker. Evaluering av intervensjonsmodulene* (Solholm, Kjøbli & Christiansen, 2007).

Eier av tiltaket

Programmet er utviklet i Norge av Utviklingsavdeling barn på Atferdssenteret.

Distributør/implementeringsansvarlig for tiltaket

Utviklingsavdeling barn – Atferdssenteret.

Atferdssenteret – Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis.

Postboks 1565 Vika

0118 Oslo

Tlf: 24 14 79 00

E-post: post-atferd@atferdssenteret.no

www.atferdssenteret.no/





Beskrivelse av tiltaket

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 endre barnas atferd ved, gjennom kortvarig rådgiving til foreldrene, å endre samspillet mellom barn og foreldre.

Rådgiverintervensjonen vil kunne benyttes av ansatte på helsestasjonen, i PP-tjenesten og i barnevernets hjelpetjenester og er primært rettet mot å endre samspillet mellom foreldre og barn hjemme.

Intervensjonen tar sikte på å redusere atferdsproblemer hos barn, øke positiv involvering og samhandling mellom barn og foreldre, fremme sosial kompetanse hos barn og bidra til sosial inkludering.

Intervensjonen tar sikte på å redusere negative samhandlingsmønstre (bl.a. konfliktskalering) mellom barn og foreldre, redusere foreldres bruk av inkonsistente, tilfeldige og straffende grensesettingsteknikker, redusere avvising 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.

Metoder som anvendes

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.

Kommunalt ansatte som er i en rådgiverposisjon overfor foreldre læres opp og trenes i formidling av hvilke foreldreferdigheter som er sentrale for å håndtere begynnende atferdsvansker. Opplæringen har form av et ferdighetsorientert kurs som går over 9 dager og som etterfølges av et halvt års gruppeveiledning på egne saker. Opplæringen forestås av utdannede PMTO-terapeuter som i tillegg er kvalifisert gjennom et eget todagers kurs for kursholdere.

Deltakelse på rådgiveropplæringen skal sette de ansatte i stand til å gi et tilbud til foreldre om fokusert rådgiving (3-5 møter), og til å vurdere hvorvidt familien har behov for andre tilbud som et supplement til eller i stedet for rådgiving.

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 rådgivingssituasjonen.



Den generelle modellen som ligger til grunn for PMTO, er "the Social Interaction Learning modell" eller SIL-modellen. Ifølge Forgatch (2002) representerer SIL-modellen sammensmeltningen 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 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, 1992; 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 er, ifølge Patterson, i rikt monn til stede i alle familier. Disse 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 (Capaldi, 1992; DeGarmo, Forgatch, & Martinez, 1999; Forgatch & Martinez, 1999). 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 (1992) står barn med antisosial atferd i fare for å starte på en "karriere" som kan deles inn i fire stadier: 1) Grunntrening 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.



Erfaringer med tiltaket og evaluering i Norge

En pilotversjon av rådgiverintervensjonen ble prøvd ut i Lørenskog kommune i 2004-2005. Denne versjonen av intervensjonen ble gjort gjenstand for pre-post målinger av effekt samt brukerevalueringer fra foreldrene (Christiansen, 2007; Kjølbi & Sørli, 2008). På bakgrunn av dette ble det gjort mindre endringer i utforming og innhold. Studien brukte et kvasi-eksperimentelt design med total $N = 266$ der kommunen ble delt inn i to like geografiske enheter der den ene enheten fikk implementert programmet ($N = 128$) og den andre ble kontroll ($N = 138$).

Resultatene viser at deltagerne (terapeutene) opplevde opplæringen i intervensjonen som nyttig. Det ble funnet effekter (Cohens d) på følgende variabler: Problematferd i klasserommet ($d = 0,36$), læringshemmende atferd i klasserommet ($d = 0,34$), aggressiv atferd i klasserommet ($d = 0,31$) og positive elevrelasjoner ($d = 0,30$).

Randomisert kontrollgruppestudium

TIBR rådgivningsintervensjonen er evaluert med et randomisert kontrollgruppe design. Antall deltakere i undersøkelsen er $N = 216$ fordelt på $n = 108$ i hver gruppe ved pre-test og hhv. 95 og 92 ved post-test, altså med beskjedent frafall. Kontrollgruppen fikk "treatment as usual" med 74 som mottok en eller annen intervensjon og 34 som ikke mottok en intervensjon. Intervensjonene i kontrollgruppen varierte ut fra hva som var tilgjengelig i kommunene, men ingen av dem bygget på de samme prinsipper som TIBR eller PMTO. Aldersvariasjonen for barna var 3 – 12 år (gj.sn. 7,28 år) der 56 % av barna skåret over klinisk cut-off for atferdsforstyrrelser (conduct problems) på Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI). I alt 37 % av barna bodde i familier med enslige foreldre, en betydelig høyere andel enn gjennomsnittet for befolkningen (20 %). Familiene tilhørte øvre middelklasse og 39 % av foreldrene hadde høgskoleutdanning eller høyere, som samlet sett innebærer en ressurssterk foreldregruppe. Intervensjonen var individualbasert og varte i gjennomsnitt 5,4 timer, som er betydelig kortere enn PMTO (28 timer). Intervensjonen ble gitt av trene PMTO-terapeuter og som ble gitt veiledning i henhold til et forhåndsbestemt veiledningssystem. Utfallsmålene omfatter forelderferdigheter (Parent practices Interview, PPI), atferdsproblemer hos barna (ECBI), sosial kompetanse hos barna (The Home and Community Social Behavior Scales, HCSBS), internaliserte problemer hos barna, Child behavior Checklist, CBCL) og foreldrestress (Symptom Check List-5 (SCL-5)). I tillegg ble det tatt skoledata, rapportert av lærer om barnets sosiale atferd på skolen (Social School behavior Scales, SSBS) og barnets atferd på skolen (Teacher Report Form, TRF).

Forskjeller mellom gruppene ved baseline (pre-test) ble signifikantstestet. Det var flere deltagere i foreldregruppen enn i lærergruppen slik at sammenligningen ved baseline ble gjort separat for de to gruppene. Det framkom at foreldrene i intervensjonsgruppen hadde signifikant høyere utdannelse enn i kontrollgruppen. Dette gjaldt også for familiene i lærergruppen. Dette ble kontrollert for i de videre analysene. Videre skåret intervensjonsgruppen lavere på sosial kompetanse og høyere på eksternaliseringsproblemer og angst/depresjon rapportert av lærerne. Dette ble også kontrollert for i analysene. Det var ingen forskjeller mellom intervensjon- og kontrollgruppene på demografiske variabler eller resultatmål målt med



foreldrerapportering. Foreldrene i intervensjonsgruppen hadde signifikant større dose (antall møter) enn foreldrene i kontrollgruppen (5,4t vs. 3,4t) som i hovedsak skyldes forskjeller i antall foreldre som fikk intervensjon i de to gruppene (100 % vs. 67,4 %). Når man fjerner foreldrene som ikke fikk intervensjon i kontrollgruppen fra analysen var dosen for de gjenværende foreldrene lik i de to gruppene. Regresjonsanalyse viste at dose ikke predikerte forskjeller i resultatmål for barna mellom gruppene ved posttest.

Det ble brukt tre multivariate “intent-to-treat” (ITT) kovariansanalyser (MANCOVA) på relaterte samlevARIABLE for å teste effekten av intervensjonen: Én for foreldrerapporterte resultatmål for barna, én for foreldrerapporterte foreldreferdigheter og én for lærerrapporterte resultatmål for barna. ITT analysene inkluderer alle deltakerne uavhengig av om de hadde deltatt ved posttest eller ikke. Tapte data (missing) ble analysert og inkludert tilfredsstillende.

Det ble funnet signifikante forskjeller mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen på samleskåren for foreldrerapporterte resultatmål for barna (ECBI, HCSBS, CBCL) med $F = 2,35$ ($p = 0,04$). Videre ble det funnet signifikante forskjeller på samleskåren for foreldreferdigheter (PPI) med $F = 6,21$ ($p < 0,001$). Det ble ikke funnet signifikante forskjeller på samleskåren for lærerrapportert resultatmål for barna (TRF, HCBSC teacher) med $F = 0,21$ ($p = 0,89$)

Effektstørrelsene for resultatmålene for barna og foreldrene varierte mellom små til moderate effekter i form av Cohens d . ECBI Intensitet: $d = 0,43$, ECBI problem: $d = 0,35$, HCBSC sosial kompetanse: $d = 0,32$, HCBSC eksternalisering: $d = 0,04$, CBCL angst/depresjon: $d = 0,29$, PPI positiv parenting: $d = 0,65$, PPI harsh for age: $d = 0,32$, PPI harsh disiplin: $d = 0,58$, PPI inconsistent discipline: $d = 0,30$. SCL-5: $d = 0,21$. Følgende variabler ble det ikke funnet effekter på: Appropriate dicipline (PPI), clear expectations (PPI), mors psykiske helse (SCL-5), lærerrapportert sosial kompetanse (TRF) og lærerrapportert angst og depresjon (TRF). Standard vurdering av Cohens d (1988) er at $d = 0,30$ som små effekter, $d = 0,50$ som moderate og $d = 0,80$ eller høyere som store. Tatt i betraktning at intervensjonen i denne studien er meget kort (ca. 5 timer) og at kontrollgruppen er en sammenligningsgruppe med “treatment as usual” har Weisz et al funnet gjennomsnittlige effektstørrelser en meta-analyse over tilsvarende studier på $d = 0,30$. Det kan derfor argumenteres for at effektstørrelser mellom $d = 0,30 - 0,65$ er å betrakte som gode funn.

Oppsummert kan man si at tiltaket har hatt en positiv effekt på atferdsproblemer, sosial kompetanse og angst/depresjon hos barna basert på foreldrenes tilbakemeldinger. Tiltaket hadde også positiv effekt på positive foreldreferdigheter. Det ble funnet små til moderate effekter for 10 av de 15 variablene for barna og foreldrene. Effekter av denne størrelsesorden for en kort intervensjon der intervensjonen sammenlignes med “treatment as usual” kan anses som å være gode funn.



Spredningspolitikk og implementeringsstrategier

Spredningsenheten har vært en aktiv rekruttering av kommuner. Rekrutteringen har skjedd gjennom en formell henvendelse til kommunene og positivt svar har blitt fulgt opp med et lokalt tilretteleggingsmøte. Krav til deltakelse har vært at kommunen har utarbeidet en kommunal plan med en formulert implementeringsstrategi i forhold til hele eller deler av TIBIR-programmet. På bakgrunn av dette har det blitt utarbeidet en intensjonsavtale mellom den enkelte kommune og Atferdssenteret. En forutsetning for deltakelse har vært at kommunen fristiller personer (fortrinnsvis 2) til utdanning som PMTO – terapeuter, da disse, i tillegg til å drive terapi, er tiltenkt en rolle som veiledere, undervisere og konsulenter overfor ansatte som får opplæring i de ulike intervensjonene i kommunen.

Implementeringsstrategien er knyttet opp mot det eksisterende nettverket av regionale PMTO-koordinatorene og konsulenter, samt regionale og kommunale terapeuter, da disse fungerer som undervisere, veiledere og konsulenter i forhold til opplæringen av de kommunalt ansatte. Målet er å forankre intervensjonen i den enkelte kommune, med nødvendig støtte fra det regionale nettverket.

De som står for undervisningen av rådgiverkandidatene er utdannede PMTO-terapeuter og har i tillegg et eget todagers kurs for kursholdere. I forhold til dette kurset er det utarbeidet egne undervisningsfiler. Det er også utarbeidet et eget undervisningsopplegg for selve rådgivingskurset og dette materialet er samlet i en egen perm. Det er nå under utvikling en egen skjermversjon av denne permen. Det er også utarbeidet et eget foreldremateriell som i tillegg til å være en del av permen også er tilgjengelig elektronisk for rådgiverne.

Kvalitetssikring av tiltaket

Kandidatene godkjennes etter endt opplæring på bakgrunn av 85 % fremmøte samt at de har mottatt veiledning på to egne saker. Kvalitetssikringen av opplæringen er lagt til regionskoordinator/regionskonsulent.

Det er nå under utarbeidelse retningslinjer for vedlikeholdsveiledning etter endt opplæring. Denne vil kunne forestås av lokal PMTO-terapeut eller andre PMTO – ressurser i regionen. I det pågående forskningsprosjektet prøver en også ut sjekklister for metodeintegritet og systematiske brukerevalueringer. En vil vurdere hvorvidt disse også kan brukes i ordinær praksis.

Kostnadene for implementering av tiltaket

Atferdssenteret finansieres gjennom årlig tildelingsbrev fra tre samarbeidende departementet/direktorat, Barne- og likestillingsdepartementet, Sosial- og helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet. Kostnadene når det gjelder opplæring og materiell for rådgiveropplæringen dekkes av Atferdssenteret, mens kommunen fristiller de ansatte for deltakelse i opplæringen. Dersom kommunen ønsker å utdanne flere kull med rådgivere påløper materiellkostnadene kommunen. Opplæring og veiledning er



kostnadsfritt. Kostnader til vedlikeholdsveiledning ut over opplæringsperioden vil måtte dekkes av kommunen.

Ungsinns panelets vurdering av tiltaket

Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR) er en forebyggende intervensjon overfor foreldre som har barn med begynnende atferdsproblemer eller der barnet er i risiko for å utvikle atferdsproblemer. Tiltaket gis individuelt og utgjør 3-5 rådgivningsmøter overfor foreldrene som ledes av helse og sosialarbeidere med minimum 3 års høgskoleutdanning som har gjennomgått opplæring i rådgivningsmodulen. Opplæring og veiledning forestås av utdannede PMTO terapeuter. TIBIR er én modul av til sammen 6 moduler som utgjør en helhet i det forebyggende arbeid i kommunene overfor barn med atferdsproblemer.

TIBIR er beskrevet gjennom manualer og evalueringer på en forståelig og hensiktsmessig måte. Det foreligger manual for både opplæring av rådgivere og for foreldretiltaket. Tiltaket har en gjennomarbeidet implementeringspolitikk og strategi. Det er knyttet systematiske kvalitetssikringsprosedyrer og prosedyrer for vedlikehold av kompetanse til tiltaket. TIBIR bygger på PMTO og er basert på en allment akseptert teoretisk og forskningsmessig base. Det er erfaringer med tiltaket i Norge gjennom en pilot i en større østlandskommune der det foreligger to undersøkelser og et randomisert kontrollgruppestudium. Den ene pilotstudien er en evalueringsstudie med før og ettermålinger. Den andre pilotstudien er en innovasjonsstudie for å vurdere erfaringer med prosessen rundt innføringen av et nytt tiltak. I det randomiserte kontrollgruppestudiet ($N = 216$) ble TIBIR sammenlignet med “treatment as usual” i en kommunesetting. Utvalgsprosedyrer og statistiske analyser er tilfredsstillende utført og viser små til moderate effektstørrelser. De største effektene er på foreldreferdigheter (PPI positive og harsh parenting) til fordel for intervensjonsgruppen. Det ble ikke funnet generaliseringseffekter til skole. Det foreligger ikke ett års oppfølgingsmål og det er ikke gjennomført uavhengige replikasjoner. Til tross for manglende oppfølgingsdata, blir TIBIR klassifisert som dokumentert virksomt tiltak, dokumentasjonsgrad **** på bakgrunn av valg av ITT analyser som innebærer en konservativ statistisk analyse, uvanlig stor N til å være et randomisert effektivitetsstudium og lite frafall. Studiets design synes å være tilstrekkelig til å oppdage små til moderate effekter. Videre kan det argumenteres for at effekter i denne størrelsesorden for korte intervensjoner og med “treatment as usual” som kontroll er å betrakte som gode funn.

Ungsinns konklusjon:

TIBIR klassifiseres som er dokumentert virksomt tiltak på evidensnivå 4 med dokumentasjonsgrad 4 (****).

**Referanser:**

- Capaldi, D. M. (1992). The co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys: II. A 2-year follow-up at Grade 8. *Development and Psychopathology*, 4, 125-144.
- Christiansen, T. (2007). *Lokalt samarbeid om barns sosiale utvikling og tilpasning* [Local collaboration targeting social development and adjustment in children]. Artikkel 1, masteroppgave sosialt arbeid. Institutt NTNU.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd Ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- DeGarmo, D. S., Forgatch, M. S. & Martinez, C. R., Jr. (1999). Parenting of divorced mothers as a link between social status and boys' academic outcomes: Unpacking the effects of SES. *Child Development*, 70, 1231-1245.
- Forgatch, M. S. (2002). *Implementing parent management training in Norway (Grant Application RFA - DA - 02 - 004)* (No. NIDA NNPRI: Community Multisite Prevention Trials (CMPT)). Eugene, OR
- Forgatch, M. S. & Martinez, C. R., Jr. (1999). Parent management training: A program linking basic research and practical application. *Parent Management Training*, 36, 923-937.
- Kjøbli, J. & Sørli, M. A. (2008). School Outcomes of a Community-wide Intervention Model aimed at Preventing Problem Behavior. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49, 365-375.
- Kjøbli, J. & Ogden, T. (2012). A randomized effectiveness trial of brief parent training in primary care settings. *Prevention Sciences*. Under publisering.
- Ogden, T., Hagen, K. A. & Kjøbli, J. (2007). *Treatment effectiveness of Parent Management Training in Norway: A randomized controlled trial of children with conduct problems*. Unpublished manuscript. Oslo: Atferdssenteret: Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process* (Vol. 3). Eugene: Castalia Publishing Company.
- Patterson, G. R., Reid, J. B. & Dishion, T. J. (1992). *Antisocial boys*. Eugene. OR: Castalia Publishing Company.
- Reid, J. B., Patterson, G. R. & Snyder, J. (2002). *Antisocial behavior in children and adolescents. A developmental analysis and model for intervention*. Washington DC: American Psychological Association.



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. *TidsskriftforNorskPsykologforening*, 42, 587-597.

Solholm, R., Kjøbli, J. & Christiansen, T. (2007). *Tidlig innsats for barn i risiko. Et program for å forebygge og avhjelpe atferdsvansker*. Oslo: Atferdssenteret: Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis.