Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet

Sluttrapport

Desember 2013

ROBUSTE SAMLIV

FORSKNINGSOPPDRAG OM KUNNSKAPSSTATUS OG EVALUERINGSVERKTØY AV FORELDRESTØTTENDE TILTAK I NORDEN

RAMBØLL

ROBUSTE SAMLIV
FORSKNINGSOPPDRAG OM KUNNSKAPSSTATUS OG EVALUERINGSVERKTØY AV FORELDRESTØTTENDE TILTAK I NORDEN

Rambøll
Hoffsveien 4
Postboks 427 Skøyen
0213 Oslo
T +47 2252 5903
F +47 2273 2701
www.rambøll.no

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.	**Sammendrag**	**1**
1.1	Kort om formålet med prosjektet	1
1.2	Hvilke foreldrestøttende tiltak finnes i de nordiske landene?	1
1.3	Systematikk og rammebetingelser for foreldrestøttende tiltak i de nordiske landene	1
1.4	Hvilken kunnskap gir eksisterende forskning om effekter av foreldrestøttende tiltak i de nordiske landene?	2
1.5	Kunnskapsbehov	4
2.	**Innledning**	**5**
2.1	Bakgrunnen for prosjektet «Robuste samliv»	5
2.2	Prosjektets formål og hovedproblemstillinger	5
3.	**Metodisk gjennomføring**	**7**
3.1	Ekspertintervjuer	7
3.2	Litteraturgjennomgang	7
3.3	Forskerpanel	13
3.4	Metodiske forbehold og avgrensninger	13
4.	**Foreldrestøttende tiltak i Norden**	**14**
4.1	Hvilke foreldrestøttende tiltak finnes i de nordiske landene?	14
4.2	Systematikk og rammebetingelser for foreldrestøttende tiltak i de nordiske landene	18
4.3	Hvilken kunnskap gir eksisterende forskning om effekter av foreldrestøttende tiltak i de nordiske landene?	19
4.4	Behov for mer kunnskap	25
4.5	Videreutvikling av evalueringsverktøy	27
5.	**Foreldrestøttende tiltak i de nordiske landene**	**31**
5.1	Foreldrestøttende tiltak i Norge	31
5.2	Foreldrestøttende tiltak i Sverige	40
5.3	Foreldrestøttende tiltak i Danmark	50
5.4	Foreldrestøttende tiltak på Island	57
5.5	Foreldrestøttende tiltak i Finland	61
5.6	Oppsummering: Behov for mer kunnskap om foreldrestøttende tiltak i Norden	65
6.	**Litteratur**	**67**

TABELLER

Tabell 1.1. Omfang av identifiserte tiltak og effektstudier 3
Tabell 3.1. Søkeord 8
Tabell 3.2. Databaser og hjemmesider benyttet i søket 10
Tabell 4.1. Kartlegging av foreldrestøttende tiltak i Norden 15
Tabell 4.2. Dokumenterte effekter av foreldrestøttende tiltak i Norden 22
Tabell 4.3. Innspill til videreutvikling av evalueringsverktøy 30
Tabell 5.1. Kartlegging av foreldrestøttende tiltak i Norge 34
Tabell 5.2. Dokumenterte effekter av foreldrestøttende tiltak i Norge 37
Tabell 5.3. Kartlegging av foreldrestøttende tiltak i Sverige 44
Tabell 5.4. Dokumenterte effekter av foreldrestøttende tiltak i Sverige 48
Tabell 5.5. Kartlegging av foreldrestøttende tiltak i Danmark 53
Tabell 5.6. Dokumenterte effekter av foreldrestøttende tiltak i Danmark 55
Tabell 5.7. Kartlegging av foreldrestøttende tiltak på Island 59
Tabell 5.8. Dokumenterte effekter av foreldrestøttende tiltak på Island 60
Tabell 5.9. Kartlegging av foreldrestøttende tiltak i Finland 63

FIGURER

Figur 3.1. Fasene i Rapid Evidence Assessment 7
Figur 3.2. Kriterier for inklusjon i forskningsoversikten 9
Figur 3.3. Ungsinns evidensnivåer 11

VEDLEGG

Vedlegg 1
Oversikt over litteratur som inngår i forskningsoversikten

Vedlegg 2
Registreringstabeller for studiene som inngår i forskningsoversikten

Vedlegg 3
Liste over forkortelser

1. SAMMENDRAG

1.1 Kort om formålet med prosjektet

Formålet med prosjektet har vært todelt: 1) å utarbeide en kunnskapsoversikt over foreldrestøttende tiltak i Norden, herunder resultater og effekter av disse, og 2) å identifisere eventuelle behov for mer kunnskap, og hvordan et evalueringsverktøy kan bidra til å dekke eventuelle kunnskapshull om hvordan de største og mest utbredte tiltakene bidrar til å skape stabile familieforhold og gode oppvekstvilkår for barn i Norden i kommende år.

1.2 Hvilke foreldrestøttende tiltak finnes i de nordiske landene?

Undersøkelsen viser at flere foreldrestøttende tiltak eksisterer i flere av de nordiske landene. Parent Management Training – Oregon (PMTO) eksisterer i både Norge, Danmark og Island. I tillegg har Sverige PMTO-baserte Komet. Multisystemisk terapi (MST) og Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC) finnes også i disse fire landene. De Utrolige Årene (DUÅ) eksisterer i alle de tre skandinaviske landene og Finland, i likhet med norskutviklede International Child Development Program (ICDP). Spesielt i Norge og Sverige er det kartlagt flere egenutviklede (enten nasjonalt eller lokalt/privat) tiltak som ikke er funnet i de øvrige landene. Danmark har basert flere av sine tiltak på erfaringer og forskning i de skandinaviske nabolandene. Island og Finland skiller seg i denne sammenhengen fra de øvrige nordiske landene ved at det er identifisert få strukturerte foreldrestøttende tiltak i disse landene.

Mange av de foreldrestøttende tiltakene i Norden er rettet mot barn og unge med atferdsvansker. Dette kan ses i sammenheng med at fokuset på barn og unge med atferdsvansker har økt i alle de nordiske landene de siste årene. Når det gjelder utarbeidelsen av konkrete tiltak er dette fokuset spesielt stort i Norge, med Atferdssenteret (tilknyttet Universitetet i Oslo) som en sentral aktør. Atferdssenteret har spilt en markant rolle både i forbindelse med implementering av og forskning på effekter av en rekke atferdstiltak. Det store fokuset på atferdsproblematikk kan ha ført til at barn som ikke faller inn under denne kategorien, men som likevel har behov for ekstra støtte og oppfølging, får mindre målrettet hjelp i form av strukturerte tiltak. Eksempelvis kan dette inkludere barn som er triste, deprimerte, har selvbildeproblematikk, sosiale vansker, blir mobbet, har skolerelaterte vansker, eller sliter med spiseforstyrrelser. Dette er tiltak som forventes gitt av barneverntjenesten, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) eller barne- og ungdomspsykiatrien (BUP). Utover de universelle foreldrestøttende tiltakene som finnes i de ulike landene, er det funnet relativt få strukturerte tiltak som ivaretar disse gruppene.

I landene hvor det er identifisert færre strukturerte foreldrestøttende tiltak fremgår det at det er et stort fokus på mødre (og små barn) i det foreldrestøttende arbeidet. Dette er spesielt fremtredende i Finland og Island.

1.3 Systematikk og rammebetingelser for foreldrestøttende tiltak i de nordiske landene

Norge skiller seg fra de andre nordiske landene ved å ha en mer sentralisert forvaltningsstruktur. Dette betyr at flere beslutninger fattes av statlige myndigheter enn i de øvrige nordiske landene, og at det lokale og regionale nivået i større grad forholder seg til felles lover, regler og krav enn i de øvrige landene. Generelle tjenester og tiltak rettet mot familier (barnehage, skolefritidsordning, helsestasjoner) er dermed mer enhetlige på tvers av kommuner og regionale nivåer i Norge enn i resten av Norden. Dette gjelder også i noen grad innretning av strukturerte foreldrestøttende tiltak. I Norge har introduksjonen av flere utbredte foreldrestøttende tiltak vært et resultat av bevisste og strategiske politiske beslutninger på statlig nivå. Dette gjelder både innføringen av det universelle *Program for foreldreveiledning* og tiltake rettet mot barn og unge med atferdsvansker i regi av Atferdssenteret, på selektert og indikert tiltaksnivå. I Norge blir både implementering (inkludert utdanning av terapeuter/spesialister) og forskning på disse tiltakene finansiert og gjennomført i statlig regi.

Sammenlignet med Norge er det i Sverige en sterkere satsing på at kommunene selv velger, implementerer, utvikler og tilpasser foreldrestøttende tiltak. Det har i forbindelse med strategien *En vinst för alla* blitt tildelt betydelige statlige midler til kommunene for å innføre foreldrestøttende tiltak. Svenske myndigheter kommer imidlertid med få konkrete anbefalinger når det gjelder hvilke tiltak kommunene eller andre aktører bør benytte. I de øvrige nordiske landene har det ikke blitt identifisert konkrete nasjonale strategier når det gjelder foreldrestøttende tiltak.

Introduksjon av evidensbaserte tiltak er utfordrende på grunn av risikoen for mangelfull programlojalitet. Implementeringen av PMTO i henholdsvis Norge og Island er spesielt godt egnet for å illustrere forskjeller mellom de nordiske landene på dette området. I Norge ble implementeringen av PMTO i 1999 utformet og gjennomført med stor grad av støtte fra departementsnivå, hvilket innebar vesentlig faglig og økonomisk støtte. Tilsvarende støtte og ressursgrunnlag var i stor grad fraværende i implementeringen av PMTO på Island, hvor tiltaket ble valgt, implementert og finansiert av én enkelt kommune på eget initiativ da det ble introdusert i 2000. Uten å være direkte sammenlignbar kan den nasjonale strategien i Sverige ses som en mellomposisjon mellom implementeringen av PMTO i Norge og Island, ved at denne består av en kombinasjon av statlige midler og kommunal frihet til å utvikle, tilpasse og implementere tiltak, i samarbeid med forskningsmiljøer.

1.4 Hvilken kunnskap gir eksisterende forskning om effekter av foreldrestøttende tiltak i de nordiske landene?

Totalt er det identifisert 43 studier som oppfyller kriteriene for inklusjon i denne forskningsoversikten. 20 av studiene omhandler tiltak i Norge, 15 i Sverige, 7 i Danmark, og 1 på Island. I Finland er det ikke identifisert forskning som oppfyller de forhåndsdefinerte inklusjonskriteriene.

I Norge foreligger det i all hovedsak forskning om foreldrestøttende tiltak som retter seg mot foreldre til barn og unge med atferdsproblemer. Det er forsket på effekt av både MST, PMTO, TIBIR (Foreldrerådgivning i gruppe) og DUÅ. I tillegg foreligger det to effektvurderinger av det universelle tiltaket ICDP i Norge. I Sverige er det forsket på flere tiltak enn i de øvrige nordiske landene, selv om forskningsvolumet er mindre enn i Norge. I likhet med i Norge foreligger det svensk forskning på effekter av MST og DUÅ, samt PMTO-baserte Komet. I tillegg finnes det effektstudier av tiltakene The Community Parent Education Program (COPE), Aktivt föräldraskap (Active Parenting), Positive Parenting Program (Triple P), Örebro Preventionsprogram (ÖPP, nå Effekt), Föräldrar Tillsammans (basert på ÖPP), Stark och Klar, samt Metoder I Vardagen. I Danmark foreligger det forskning om tre tiltak: MST, DUÅ, og førskoleprogrammet HippHopp. På Island er det identifisert én effektstudie, av PMTO.

Flere av de samme foreldrestøttende tiltakene eksisterer i flere av de nordiske landene. Der dette er tilfellet vises i stor grad positive effekter av tiltakene på tvers av landegrensene, eksempelvis når det gjelder PMTO i Norge og Island (samt PMTO-baserte Komet i Sverige), og DUÅ i Norge, Sverige og Danmark. Når det gjelder MST, er det imidlertid ulike forskningsfunn mellom landene med hensyn til effekt av tiltaket. Det gis ingen entydige svar på hvorfor det er slik.

Blant annet i Norge er det et stort fokus på randomiserte kontrollerte forsøk (RCT, *randomized controlled trial*) i forskningen på foreldrestøttende tiltak. I Sverige er det større variasjon både når det gjelder antall forskere/fagmiljøer og bruk av forskningsmetoder, som strekker seg fra kvalitative evalueringer til mer stringente RCT-studier. Dette mangfoldet kan forstås i lys av den lokale friheten som innebærer at kommuner kan søke om midler til å samarbeide med forskningsmiljøer om å utvikle og forske på foreldrestøttende tiltak. I Danmark støtter man seg i stor grad på forskningen gjennomført i Norge og Sverige, og det har således ikke blitt gjennomført større forskningsprosjekter om foreldrestøttende tiltak. Dette er imidlertid i ferd med å endre seg, med flere danske forskningsprosjekter som nå er i gang. I forskningsoversikten

presentert i denne rapporten, er det hovedsakelig evalueringer av foreldrestøttende tiltak basert på intervjuer og spørreundersøkelser som er inkludert. På Island er det kun funnet én studie som oppfyller kriteriene i denne undersøkelsen, og denne er basert på kvasieksperimentell metode. Finland skiller seg ut fra de øvrige nordiske landene ved at det ikke er funnet forskning som dokumenterer effekt av foreldrestøttende tiltak.

Ulike forskningsdesign medfører at studiene konkluderer med ulik dokumentasjonsgrad/ulike evidensnivåer. Øverste nivå i evidenshierarkiet definert av Ungsinn betyr at det foreligger «en sterk evidens for at resultatene i evalueringene er en effekt av tiltaket og ikke av andre faktorer»[1]. I Norge er dokumentasjonsgraden for fire av fem tiltak på det øverste evidensnivået, mens det i Sverige er bredere variasjon i dokumentasjonsgrad. Her spenner forskningen fra å vise at de ulike tiltakene som er studert er «sannsynlig» (evidensnivå 2) til «funksjonelt» (evidensnivå 3) og «dokumentert» (evidensnivå 4) virksomme tiltak. I Danmark er effekten av samtlige tiltak dokumentert på evidensnivå 3, i likhet med effektstudien som er identifisert på Island.

Tabell 1.1 gir en kortfattet oversikt over antall foreldrestøttende tiltak som er kartlagt i de nordiske landene i denne undersøkelsen, samt omfanget av forskning på disse tiltakene.

Tabell 1.1. Omfang av identifiserte tiltak og effektstudier

	Norge	Sverige	Danmark	Island	Finland
Antall tiltak identifisert	20	23	12	4	3
Antall effektstudier identifisert	20	15	7	1	-
Antall tiltak det foreligger effektstudier av	5	9	3	1	-
Dokumentasjons-kvalitet/evidensnivå	Nivå 3-4	Nivå 2-4	Nivå 3	Nivå 3	-

[1] Ungsinn 2013

1.5 Kunnskapsbehov

Analysen av foreldrestøttende tiltak i Norden avdekker flere områder hvor det er behov for mer kunnskap. Nedenfor skisseres det vi vurderer som de fire viktigste kunnskapshullene identifisert i denne undersøkelsen.

1. Virkninger og årsakssammenhenger

Mange av tiltakene som er identifisert er vurdert ved hjelp av randomiserte kontrollgruppeforsøk (RCT), som gir den høyeste dokumentasjonsgraden (evidensnivå 4, dokumentert virksomt tiltak) og sterk evidens for at resultatene er en effekt av tiltaket og ikke av andre faktorer. Denne forskningsmetoden har sterk intern validitet, kan med stor pålitelighet påvise hvorvidt et tiltak har effekt og omtales ofte som den beste og mest objektive forskningsmetoden.[2] Imidlertid belyser ikke slike forskningsmetoder nødvendigvis årsaken(e) til effekten(e) (eventuelt fraværet av effekt), og/eller gjennom hvilke mekanismer og hvilke virkninger som gir tiltaket effekt (bakenforliggende og mellomliggende variabler). For å få et bedre bilde av tiltakenes konkrete virkning (og ikke bare den endelige effekten), er det også nødvendig å bruke andre forskningsdesign.

2. Sammenligning av effekter på tvers av de nordiske landene

Dersom man har er et ønske om å finne entydige svar på tiltakenes relative effekt i de ulike nordiske landene, kreves undersøkelser som sikrer at både tiltaksinnholdet og forskningsdesignet er så likt som mulig på tvers av landegrensene. Når sammenligninger av effekt gjøres på grunnlag av separate studier i ulike land, er det ingen garanti for at sammenligningsgrunnlaget er det samme, for eksempel ved at behandlingsgruppene har samme karakteristikker, eller at tilbudet som gis til kontrollgruppene er av samme kvalitet.

3. Tiltakseffekter for ulike målgrupper

Det er behov for mer kunnskap om effekt for ulike målgrupper, eksempelvis familier med innvandrerbakgrunn, familier med ulik sosioøkonomisk profil, og familier med barn som har andre utfordringer enn atferdsvansker. I tillegg til dokumentasjon av effekt er det også behov for mer kunnskap om hvordan foreldrestøttende tiltak på best mulig måte kan nå frem til ulike grupper. Dette gjelder ikke nødvendigvis tiltakenes innhold, men hvordan ulike målgrupper kan rekrutteres/insentiveres til å delta i tiltakene.

4. Den langvarige effekten av de foreldrestøttende tiltakene

Endelig er det behov for flere studier som undersøker den langvarige effekten av foreldrestøttende tiltak. I enkelte studier som inngår i vår forskningsoversikt, er det gjort oppfølgingsmålinger ett eller to år etter avsluttet tiltak. Effektene etter en slik tidsperiode er ikke alltid like tydelige. På bakgrunn av de høye kostnadene ved enkelte av de foreldrestøttende tiltakene er det nærliggende å argumentere for at disse tiltakene bør ha langvarige effekter for å kunne forsvares som gode og hensiktsmessige tiltak også i et samfunnsøkonomisk perspektiv.

[2] Kaptchuk 2001

2. INNLEDNING

Rambøll presenterer med dette sluttrapport for prosjektet «Robuste samliv – forskningsoppdrag om kunnskapsstatus og evalueringsverktøy av foreldrestøttende tiltak i Norden». Kunnskapsstatusen dekker foreldrestøttende tiltak i de nordiske landene Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige.

Prosjektet er gjennomført i 2013, på oppdrag for Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Rambøll har gjennomført oppdraget i samarbeid med Øyvind Kvello, førsteamanuensis og forsker ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP Øst og Sør), og førsteamanuensis Ottar Ness ved Senter for psykisk helse og rus ved Høgskolen i Buskerud. I tillegg har et forskerpanel bestående av forskere fra de øvrige nordiske landene vært tilknyttet prosjektet.

2.1 Bakgrunnen for prosjektet «Robuste samliv»

Nordisk Ministerråd (NMR) ser det som en viktig familiepolitisk utfordring å legge til rette for at flere skal kunne opprettholde et stabilt familieliv[3]. Et tettere og bedre organisert samarbeid mellom de tjenester som gir hjelp til utsatte barn og unge og deres familier, er et viktig innsatsområde på det barnepolitiske området. NMR har i lengre tid hatt fokus på familier og familietiltak. I 2011 og 2012 har NMR hatt en særlig innsats på området «Tidlig forebyggende intervensjoner overfor familier i risiko for sosial marginalisering». I forbindelse med satsingen ble det gjennomført prosjekter som har sett på forebyggende tiltak, som blant annet familiesentre[4]. Nå ønsker NMR å se på *foreldrestøttende tiltak*, og bidra til å skape stabile familieforhold og gode oppvekstvilkår for barn, samt redusere risiko for samlivsbrudd.

I to år har eksperter fra de nordiske landene møttes for å utarbeide forslag til tidlige tiltak som kan gi god effekt. Forskere og praktikere har foreslått gode eksempler fra sine respektive land. Det har bl.a. resultert i *Föräldrastöd Norden* – en modell for implementering av foreldrestøtteprogrammer[5]. Her fremgår det at det ikke er behov for flere programmer, men heller færre og mer effektive programmer som evalueres i Norden. For mange av de programmene som brukes i dag mangler det forskning som dokumenterer effekt. Det finnes imidlertid også programmer med dokumentert gode effekter. Felles nordisk forskning vil kunne gjennomføres med satsing på noen utvalgte intervensjoner. Å lykkes med implementeringen av metoder er avgjørende for et vellykket resultat, og nasjonal støtte for implementering har vist seg å være en måte som gjør at man lykkes bedre med utøvelsen av tiltak.

2.2 Prosjektets formål og hovedproblemstillinger

Formålet med prosjektet har vært todelt: 1) å utarbeide en kunnskapsoversikt over foreldrestøttende tiltak i Norden, herunder resultater og effekter av disse, og 2) å identifisere eventuelle behov for mer kunnskap, og hvordan et evalueringsverktøy kan bidra til å dekke eventuelle kunnskapshull om hvordan de største og mest utbredte tiltakene bidrar til å skape stabile familieforhold og gode oppvekstvilkår for barn i Norden i kommende år. For å svare på dette, er følgende hovedproblemstillinger lagt til grunn for gjennomføringen av prosjektet:

- Hvilke foreldrestøttende tiltak finnes i de nordiske landene?
- Hvilken kunnskap gir eksisterende nordisk forsking om resultater og effekter av eksisterende foreldrestøttende tiltak?
- På hvillke områder er det eventuelt behov for mer kunnskap, og hvordan kan et evalueringsverktøy bidra til å dekke eventuelle «kunnskapshull»?

[3] Arbeidsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet 2012
[4] Kekkonen, M., M. Montonen og R. Viitala 2012
[5] Nordens Velferdssenter 2012

«Foreldrestøttende tiltak» har i dette prosjektet blitt definert som tiltak der foreldre aktiveres for å bedre familiens situasjon, enten på universelt forebyggende nivå for å fremme barnets utvikling og unngå utvikling av vansker, eller på et tidlig innsatsnivå overfor identifiserte risikofamilier, og tiltaksnivå der familier har betydelige vansker. Videre står barneperspektivet sentralt i denne kunnskapsoversikten. Det innebærer at de konkrete innsatsene som er kartlagt retter seg mot foreldre, men har barn som den primære målgruppen ved at det er de som skal få et bedre og tryggere oppvekstmiljø.[6] Barneperspektivet har vært et viktig seleksjonskriterium i undersøkelsen, og utgjør en sentral avgrensning for tiltakene som inngår i denne kunnskapsoversikten.

Hovedproblemstillingene skal bidra til kunnskap om hva som eksisterer av foreldrestøttende tiltak i Norden, hva forskning viser om resultater og effekter av disse, eventuelle kunnskapshull, og hvordan et evalueringsverktøy kan bidra til å dekke disse. I bestillingen fra oppdragsgiver er det også spesifisert at evalueringsverktøyet skal være egnet til å evaluere effektene av de største og mest benyttede tiltakene i Norden. Dette drøftes nærmere i rapportens kapittel 4, der en overordnet analyse av tiltak og forskning i Norden presenteres, sammen med et forslag til evalueringsverktøy for videre undersøkelser.

I kapittel 3 gjøres det rede for den metodiske gjennomføringen av prosjektet, herunder hvilke metoder og datakilder som er benyttet for å svare på prosjektets problemstillinger.

I kapittel 5 presenteres kartlagte foreldrestøttende tiltak, og dokumenterte effekter av foreldrestøttende tiltak i de fem landene som inngår i prosjektet. Kortfattede oppsummeringer av de enkelte forskningsbidrag foreligger som vedlegg til rapporten.

[6] Barneperspektivet omtales m.a. i Fottland 2000, Tiller 1991 og Langballe et.al. 2010

3. METODISK GJENNOMFØRING

For å utarbeide en systematisk kunnskapsoversikt som gir grunnlag for å svare på de overordnede problemstillingene i undersøkelsen, har vi lagt opp til et design med hovedvekt på systematisk litteraturgjennomgang. Som et supplement til dette, har det blitt gjennomført en rekke ekspertintervjuer i de fem nordiske landene. Gjennom hele prosjektforløpet har det også blitt samarbeidet med et nordisk forskerpanel. Den metodiske gjennomføringen av prosjektet beskrives nærmere i det følgende.

3.1 Ekspertintervjuer

Undersøkelsen ble innledet med å intervjue forskere og myndighetspersoner i de fem nordiske landene. Totalt har det blitt gjennomført 15 slike intervjuer. Formålet med disse intervjuene var å innhente informasjon om foreldrestøttende tiltak i hvert enkelte land, herunder:

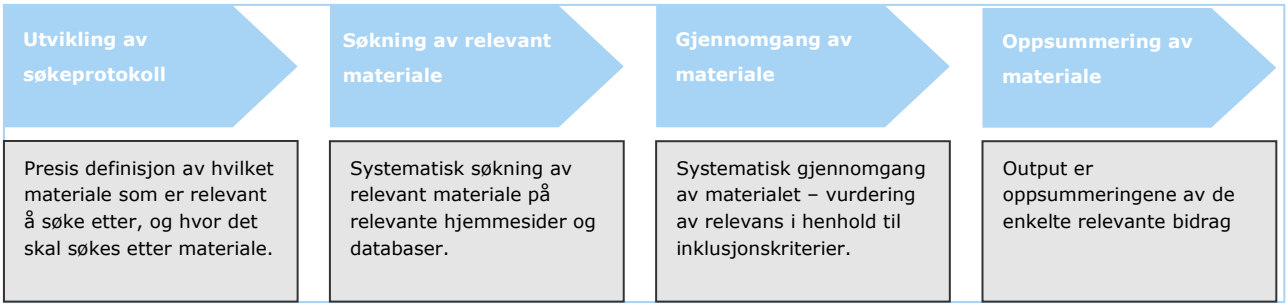
- hvordan foreldrestøttende tiltak defineres i de fem landene
- hvilke foreldrestøttende tiltak som finnes i de ulike landene
- omfang og utbredelse av foreldrestøttende tiltak i hvert av landene
- bakgrunnen/historikken for de foreldrestøttende tiltakene som er tatt i bruk i landene
- hvordan de ulike landene har jobbet for å implementere og spre foreldrestøttende tiltak
- hvem som er de viktigste målgruppene for de ulike programmene/tiltakene
- hvordan og i hvilken grad tiltakene kvalitetssikres gjennom evalueringer og forskning

Data fra disse intervjuene har blitt brukt til å innrette litteratursøket, og som kunnskapsgrunnlag i arbeidet med å besvare problemstillingene som danner grunnlaget for denne rapporten.

3.2 Litteraturgjennomgang

Hovedaktiviteten og det bærende elementet i undersøkelsen er den strukturerte litteraturgjennomgangen som er gjennomført. For å identifisere relevante studier til den systematiske kunnskapsoversikten[7] som utgjør grunnlaget i denne rapporten, har vi gjennomført søk med forhåndsdefinerte søkeord i utvalgte databaser og hjemmesider i de ulike landene. I gjennomføringen av litteratursøket har vi benyttet metoden *Rapid Evidence Assessment (REA)*[8], også kalt «hurtig forskningsoppsummering»[9]. Denne metoden er anbefalt av den britiske regjeringen[10], og Rambøll har benyttet metoden i flere tidligere oppdrag. REA er en mindre omfattende metode enn systematiske forskningsoppsummeringer (systematic review), og benyttes når tidsrammen er begrenset, slik den har vært i gjennomføringen av dette prosjektet. REA brukes for å sammenfatte forskningsresultater om effekt av tiltak og intervensjoner. Hovedformålet med å bruke denne metodikken i denne sammenhengen har vært å samle funn fra forskjellige undersøkelser for å få et større og mer helhetlig bilde av foreldrestøttende tiltak i Norden. Trinnene i en REA er illustrert i figur 3.1.

Figur 3.1. Fasene i Rapid Evidence Assessment



[7] En systematisk kunnskapsoversikt er kort fortalt en strukturert tilnærming til datasøk og dokumentstudier for å redusere skjevheter (*bias*) i utvelgelse av kilder.
[8] Rambøll Management Evaluation Society 2008
[9] Kunnskapssenteret 2013
[10] Se beskrivelse i HM Treasury 2011

3.2.1 Søkeprotokoll

I den første fasen ble en søkeprotokoll for litteratursøket utviklet. Søkeprotokollen definerer hvilke typer tiltak og hvilke typer studier det skal søkes etter ved hjelp av inklusjons- og eksklusjonskriterier. Videre fastsetter den en liste over søkeord, og hvilke databaser og nettsider som skal benyttes i søket. Søkeprotokollen ble skissert i et eget metodenotat som ble kvalitetssikret av det nordiske forskerpanelet og oversendt oppdragsgiver før søket ble igangsatt.

For å redusere antallet irrelevante treff, ble det på bakgrunn av flere prøvesøk valgt å benytte *kombinasjoner* av relevante søkeord. Tabell 3.1 presenterer kombinasjonene av søkeord benyttet i litteratursøket. Søkeordene og kombinasjonene av disse har blitt kvalitetssikret av det nordiske forskerpanelet, samt blitt oversatt til dansk, finsk, islandsk og svensk av forskerne i de respektive nordiske landene. I gjennomføringen av søk på engelsk ble navnet på landene lagt til i søkekombinasjonene.

Tabell 3.1. Søkeord

Norske søkeord	Engelske søkeord
foreldreveiledning + program	parent management + program
foreldreveiledning + samspill	parent management + interaction
foreldreveiledning + atferdsvansker	parent management + behavioral problems
foreldreveiledning + mishandling	parent management + reproaches
foreldreveiledning + vold	parent management + violence
foreldreveiledning + omsorgssvikt	parent management + neglect
fosterforeldre + program	foster parents + program

I valg av søkeord har vi fokusert på kjerneord som *foreldreveiledning, program* og andre forhold som er relevante med hensyn til barnevernets mandat. Det betyr at vi har ekskludert rene samlivstiltak der det kun er samspillet mellom *foreldreparet,* og ikke samspillet mellom *foreldrene og barnet,* som står i fokus. På denne måten ivaretas barneperspektivet i undersøkelsen.

Videre ble det i søkeprotokollen også definert konkrete kriterier for inklusjon i kunnskapsoversikten. Dette både for å begrense mengden litteratur som inngår i oversikten, og for å avgrense funnene i henhold til relevans for de overordnede problemstillingene i undersøkelsen. På denne måten kan vi gå nærmere inn i de studiene som har særlig relevans for de overordnete problemstillingene. Figur 3.2 presenterer inklusjons- og eksklusjonskriterier som har blitt benyttet i litteraturgjennomgangen.

Figur 3.2. Kriterier for inklusjon i forskningsoversikten

KRITERIER FOR INKLUSJON I FORSKNINGSOVERSIKTEN

1. Studiene må være vitenskapelige, hvilket vil si at de enten bygger på systematiske, empiriske undersøkelser eller gir oversikt over funn fra flere systematiske, empiriske undersøkelser (oversiktsartikler)
2. Studiene må være publisert i 2003 eller senere
3. Studiene må være skrevet på et av de nordiske språkene (dansk, finsk, islandsk, norsk og svensk) eller engelsk
4. Studiene må omhandle tiltak der foreldre/familien aktiveres for å bedre familiens situasjon enten 1) forebyggende, 2) som en tidlig innsats overfor risikoutsatte barn/familier, eller 3) som hjelp/ behandling for barn/familier med betydelige vansker
5. Studiene må omhandle foreldrestøttende tiltak som har et barneperspektiv. Det betyr at de konkrete innsatsene retter seg mot foreldre, men har barn som den primære målgruppen ved at det er de som skal få et bedre og tryggere oppvekstmiljø
6. Studiene må omhandle tiltak som benyttes i Norden. Det betyr at studier av tiltak i land utenfor Norden vurderes som ikke relevant, selv om tiltaket i seg selv benyttes i ett eller flere nordiske land.
7. Studiene må omhandle tiltak som har vært i bruk i minst ett nordisk land i 2010 eller senere
8. Studiene må dokumentere effekt av foreldrestøttende tiltak. Det vil si at studiet gir informasjon om i hvilken grad tiltaket fungerer etter hensikten

Det presiseres at kriteriene presentert i figur 3.2 har blitt brukt i utformingen av *kunnskapsoversikten* som viser hvilken forskning som foreligger om de foreldrestøttende tiltakene i Norden. *Kartleggingen* av hvilke foreldrestøttende tiltak som eksisterer i de nordiske landene baseres på punkt 4 og 5 i figur 3.2. Det vil si at det kun er tiltak der foreldre/familien aktiveres for å bedre familiens situasjon enten 1) forebyggende, 2) som en tidlig innsats overfor risikoutsatte barn/familier, eller 3) som hjelp/ behandling for barn/familier med betydelige vansker (jf. punkt 4), og som har et barneperspektiv (jf. punkt 5), som inkluderes i kartleggingsoversiktene som presenteres for hvert land (se tabell 4.1 for en oversikt over denne kartleggingen). I forskningsoversikten som angir dokumenterte effekter av tiltakene (se tabell 4.2 for en oversikt over dokumenterte effekter), har derimot alle åtte inklusjonskriterier blitt brukt.

3.2.2 Gjennomføring av søk og gjennomgang og oppsummering av funn

I prosessen som tilsvarer fase 2-4 i figur 3.1 ble litteratursøket gjennomført, gjennomgått og oppsummert.

Delene av litteratursøket som berører Danmark, Island, Norge og Sverige, har blitt gjennomført av Rambølls konsulenter i Norge. Dette ble gjennomført i løpet av september 2013. Det finske søket har blitt foretatt av Rambølls konsulenter i Finland. Dette ble gjennomført i oktober 2013. Søkene ble foretatt ved hjelp av de forhåndsdefinerte søkeordene (se tabell 3.1) i et utvalg databaser og nasjonale hjemmesider i hvert av de fem landene. Tabell 3.2 gir en oversikt over databasene og hjemmesidene som har blitt benyttet i gjennomføringen av søket.

Tabell 3.2. Databaser og hjemmesider benyttet i søket

Land	Databaser/hjemmesider
Søk i alle de nordiske landene	• Google scholar • PsycInfo • SweMed+ • PubMed • The Campbell Collaboration
Norge	• Atferdssenteret • Ungsinn • Nasjonalt bibliotek for barnevern og familievern • Helsebiblioteket
Sverige	• Socialstyrelsen (herunder Metodguiden) • Folkhälsoinstitutet • FORSA – Förbundet för forskning i social arbete • Sociala nätet • SocialVetenskap.se • Brottsforebyggande rådet
Danmark	• Socialstyrelsen • Vidensportalen • Det nationale forskningscenter for velfærd/SFI Campbell
Island	• *IsForsa* – förbundet för forskning í socialt arbete på Island • *RBF- forskningscenter for barna-och familjeforskning*, Instititutionen för socialt arbete/Islands Universitet • Ministry of welfare / välfärdsdepartementet
Finland	• Julkari (et åpent arkiv med publikasjoner fra the National Institute for Health and Welfare (THL) og dens forgjengere the National Public Health Institute (KTL) og the National Research and Development Centre for Welfare and Health (Stakes)) • Finnish Social Science Data Archive

Etter gjennomføringen av selve søket, ble det foretatt en systematisk gjennomgang av samtlige funn. Dokumenter som ble funnet relevante i henhold til inklusjonskriteriene ble registrert etter en fastsatt mal, designet for å sammenfatte nødvendige data for å besvare problemstillingene i undersøkelsen. Eksempler på litteratur som har blitt ekskludert er studier om tiltak som kun retter seg mot foreldre uten et eksplisitt barneperspektiv (eksempelvis samlivskurs), tiltak som retter seg direkte mot barnet uten å involvere foreldrene, foreldrestøttende tiltak i andre land enn de nordiske, studentoppgaver om foreldrestøttende tiltak og, ikke minst, studier om foreldrestøttende tiltak som ikke vurderer effekt. Flere av disse artiklene har blitt benyttet som en del av kunnskapsgrunnlaget for denne kartleggingen, men inngår altså ikke i den systematiske forskningsoversikten.

En oversikt over det endelige resultatet av litteratursøket i hvert land presenteres i vedlegg 1. I vedlegg 2 presenteres tabellene som har blitt benyttet til å registrere nøkkelinformasjon om hvert studie som inngår i forskningsoversikten.

3.2.3 Vurdering av den dokumenterte effekten av foreldrestøttende tiltak

For å besvare den andre hovedproblemstillingen i oppdraget, har det vært nødvendig – i tillegg til å vise dokumentert effekt av de foreldrestøttende tiltakene – å vurdere funnenes styrke. Med andre ord: i hvilken grad er det dokumentert at det enkelte tiltak er virksomt? Dette har vi gjort ved å vurdere studienes *evidensnivå.*

Ved å vurdere evidens kan vi få svar på hva som virker, og eventuelt også hvorfor. Det er ulike tilnærminger til hvilken type kunnskap som er nødvendig for å si noe om hva som virker. En

retning opererer med svært høye standarder og krever omfattende eksperimenter med rigorøse metoder, for eksempel randomiserte kontrollerte forsøk (RCT, *randomized controlled trial*), for å kunne betegnes som evidens.[11] Andre tilnærminger har et mer utvidet evidensbegrep og inkluderer kvalitative studier, plausible teorier og informasjon fra klienter.

Vår vurdering av evidensnivå tar direkte utgangspunkt i klassifikasjonssystemet for vurdering av dokumentasjonsgrad for effekt av tiltak for barn og unge utarbeidet av *Ungsinn* ved Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – Nord (RKBU Nord), som er tilknyttet Universitetet i Tromsø[12]. Ungsinn opererer med fire evidensnivåer, presentert i figur 3.3.[13]

Figur 3.3. Ungsinns evidensnivåer

DOKUMENTASJON AV EFFEKTEN AV TILTAKSMETODER

Evidensnivå 1: Potensielt virksomt tiltak
Tiltakets elementer er beskrevet i detalj med målsetting, målgruppe, metoder og materiell. På dette nivået foreligger det liten kunnskap på om tiltaket leder til de ønskede målsetningene eller ikke. Tiltaket er imidlertid godt beskrevet, noe som gir grunnlag for å fremskaffe mer kunnskap om effektene etter hvert. Evidensnivå 1 innbefatter forskningsmetoder som deskriptive studier, observasjoner, dokumentanalyse, intervjuer, kvalitative studier, og kasusbeskrivelser.

Evidensnivå 2: Sannsynlig virksomt tiltak
På dette evidensnivået foreligger en fornuftig og plausibel rasjonale for at tiltaket har effekt. I tillegg til beskrivelsene som foreligger for nivå 1, er det beskrevet en teori som sannsynliggjør effekt i forhold til målsetninger og målgruppe. Evidensnivå 2 innbefatter forskningsmetoder som reviewer, litteraturgjennomgåelser, ekspertuttalelser, enkle n=1 med få subjekter, og baserer seg bare på internasjonal forskning.

Evidensnivå 3: Funksjonelt virksomt tiltak
På dette nivået er det gjennomført effektevalueringer som demonstrerer at tiltaket leder til ønskede forandringer i målgruppen. I tillegg til beskrivelsene for nivå 1 og 2, foreligger det systematiske evalueringer gjennomført i Norge. Kvaliteten på evalueringene gjør imidlertid at man ikke kan utelukke at endringene som vises kan være forårsaket av andre faktorer enn tiltaket. Man har en indikasjon på at tiltaket kan være virksomt. Evidensnivå 3 innbefatter forskningsmetoder som kvasieksperimenter med kontrollgrupper, theory of change, referansestudier, normstudier, før- og ettermålinger, serier med n=1 studier (multiple baseline).

Evidensnivå 4: Dokumentert virksomt tiltak
På dette nivået er det en sterk evidens for at resultatene i evalueringene er en effekt av tiltaket og ikke av andre faktorer. I tillegg til å dekke kravene for evidensnivå 1, 2 og 3 foreligger det her effektevalueringer med en forskningsdesign som sannsynliggjør at resultatene er forårsaket av tiltaket. Evidensnivå 4 innbefatter randomiserte kontrollgruppedesign (RCT efficacy og effectiveness), avbrutte tidsseriedesign, longitudinelle kohortstudier, og ønskede tilleggsstudier.

[11] Ungsinn 2009
[12] Ungsinn 2013
[13] Ungsinn 2008

Bruken av Ungsinns klassifikasjonssystem for evidensnivåer har blitt avklart og godkjent av RKBU Nord. Evidensvurderingen av studiene som inngår i denne kunnskapsoversikten har blitt foretatt i tråd med Ungsinns klassifiseringskriterier. Vurderingene har blitt foretatt av forskerne Øyvind Kvello og Ottar Ness.

3.2.4 Vurdering av studienes kvalitet

Å besvare problemstillingen om hvilken kunnskap eksisterende forskning gir, forutsetter at det tas stilling til hvordan evidens blir vurdert – altså kvaliteten på studiene. I denne kunnskapsstatusen har vi funnet studier gjennomført med ulike metoder og forskningsdesign. Evidens funnet med ulike metoder kan ikke uten videre sammenlignes. Det er derfor vanlig å operere med ulike sjekklister for ulike typer studier som har benyttet ulike metoder.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har utviklet sjekklister for kritisk vurdering av forskningsartikler.[14] Etter to innledende spørsmål om hvorvidt formålet med studien er klart formulert og hvorvidt det metodiske designet er velegnet for å besvare forskningsspørsmålet, inneholder Kunnskapssenterets sjekklister følgende tre hovedspørsmål, med tilhørende underspørsmål:

1. Kan du stole på resultatene?
2. Hva forteller resultatene?
3. Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Det første spørsmålet dreier seg hovedsakelig om studiets metodiske design og gjennomføring, og legger opp til en vurdering av om kvaliteten i forskningsarbeidet sannsynliggjør at resultatene skyldes tiltaket og ikke feilmålinger eller skjevheter grunnet forskningsmetoden. Dette overlapper i stor grad med Ungsinns kriterier for evidensnivå 4. Det kan videre hevdes at det andre og tredje spørsmålet i Kunnskapssenterets sjekklister i større grad omhandler fremstilling av resultater og den praktiske implikasjonen av disse, fremfor den forskningsmessige kvaliteten ved studiene. Således handler disse mer om resultatenes presentasjon og relevans enn forskningens metodiske design og kvalitet, hvilket også ivaretas av dette prosjektets forhåndsdefinerte inklusjonskriterier. Kunnskapssenterets sjekklister gir like fullt en rekke håndfaste punkter å forholde seg til i arbeidet med å vurdere kvaliteten ved studiene som inngår i forskningsoversikten.

I utarbeidelsen av denne rapporten har vi benyttet sjekklistene som en veiledning i vurderingen av forskningstilfanget, og om forskningen holder tilstrekkelig kvalitet, ved at effekt dokumenteres på en etterrettelig måte i henhold til de respektive metodene som er benyttet.[15] Individuelle vurderinger for hver enkelt studie som inngår i forskningsoversikten har ikke blitt dokumentert. Kunnskapssenterets sjekklister for kritisk vurdering har sammen med de forhåndsdefinerte inklusjonskriteriene (se figur 3.2) og Ungsinns kriterier for klassifikasjon av evidens (se figur 3.3), fungert som en rettesnor i prosessen med å identifisere, inkludere og ekskludere forskningsartikler, både i henhold til relevans for undersøkelsen og kvalitet.

Kunnskapssenterets sjekklister har for øvrig også blitt benyttet i arbeidet med å identifisere eventuelle kunnskapshull i forskningen om foreldrestøttende tiltak. Dette er tema i kapittel 4.4 og 4.5.

---

[14] Sjekklistene er tilgjengelige på http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/Sjekklister+for+vurdering+av+forskningsartikler.2031.cms

[15] Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har blant annet utarbeidet sjekklister for vurdering av RCT-studier og kvalitativ forskning.

3.3 Forskerpanel

Det nordiske forskerpanelet har vært tilknyttet undersøkelsen gjennom hele prosjektforløpet. I sammensetningen av et nordisk forskerpanel ble det lagt vekt på å samle et bredt sammensatt team med ulike fagbakgrunner, som har sosialt arbeid og foreldrestøttende tiltak som forskningsfelt. I tillegg til prosjektets to norske samarbeidsforskere har det nordiske forskerpanelet bestått av Lennart Nygren (Umeå universitet, Sverige), Mette Deding, (SFI Campbell, Danmark), Sigrún Júliúsdottir (Islands universitet, Island) og Synnöve Karvinen-Niinikoski (Helsingfors universitet, Finland).

Formålet med å knytte et nordisk forskerpanel til prosjektet har vært å sikre innspill til undersøkelsesdesign, kvalitetssikring av analyser og funn, samt bistå Rambøll med kunnskap om foreldrestøttende arbeid i de nordiske landene. De mest sentrale bidragene til forskerne i det nordiske ekspertpanelet har vært å:

- Lese og kommentere metodenotat, herunder kvalitetssikring og oversettelse av søkeord, innspill om hjemmesider/databaser, og innspill til informanter til ekspertintervjuer i sine respektive hjemland
- Være informanter i innledende ekspertintervjuer
- Kvalitetssikre funn i litteratursøket
- Lese og gi tilbakemeldinger på landnotater og foreløpige funn/analyser underveis i prosjektet
- Delta på seminar i Oslo hvor foreløpige funn og videre analyser ble drøftet, og utforming av evalueringsverktøy diskutert
- Lese og kommentere rapportutkast

3.4 Metodiske forbehold og avgrensninger

Til tross for at det er gjennomført et omfattende og systematisk arbeid for å kartlegge og innhente relevant litteratur, tas det forbehold om at relevante tiltak og forskningslitteratur kan ha blitt utelatt fra kunnskapsoversikten.

Undersøkelsesdesignet innebærer bruk av forhåndsdefinerte søkeord (tabell 3.1), søkekilder (tabell 3.2) og inklusjonskriterier (figur 3.2). Dette gir en eksplisitt avgrensning, både når det gjelder identifiserte tiltak og tilfanget av litteratur om tiltakene. Følgelig forekommer det nødvendigvis også noen sentrale begrensninger i denne systematiske kunnskapsoversikten. En slik avgrensning er nødvendig for å målrette undersøkelsen i størst mulig grad, og gjøre litteraturgjennomgangen håndterbar tatt prosjektets begrensede tidsramme i betraktning.

Metodedesignet i denne studien innebærer at det hovedsakelig er konkrete, strukturerte programmer/metoder som dokumenteres i litteraturgjennomgangen. Dette kan bety at mindre formaliserte forebyggings- eller behandlingstilbud utelates, eksempelvis mangfoldet av familiehusbehandlinger eller ulike former for lokalt forankret sosialt arbeid. Denne avgrensningen kan også innebære at tiltak i regi av mindre profilerte aktører, slik som ulike ideelle organisasjoner og/eller lokale og private aktører av ulike art og størrelse, kan ha blitt utelatt.

Mange av de evidensbaserte tiltakene som benyttes i Norden er utviklet og dokumentert i andre land, og da særlig i USA og Canada. Inklusjonskriteriene som har blitt benyttet betyr også at inneværende oppdrag gir en kunnskapsoversikt over *nordisk forskning* om tiltak som er tilgjengelige i Norden, og *internasjonal forskning om tiltakene slik de benyttes i Norden*. Denne avgrensningen betyr at studier som baserer seg på evidens innhentet utenfor Norden faller utenfor denne kunnskapsstatusen, selv om tiltaket som sådan benyttes i Norden.

Til slutt innebærer undersøkelsens barneperspektiv at tiltak som ikke ivaretar dette perspektivet utelates. Rene samlivsprogrammer er følgelig ikke inkludert.

4. FORELDRESTØTTENDE TILTAK I NORDEN

I dette kapittelet oppsummeres og sammenlignes funn fra de nordiske landene, basert på ekspertintervjuer og litteraturgjennomgang. I kapittelets første del presenteres kartleggingen av foreldrestøttende tiltak i Norden. Her presenteres de foreldrestøttende tiltak som er identifisert, i hvilken grad disse tiltakene har et barneperspektiv, og hva som kjennetegner disse når det gjelder innhold og målgrupper. I kapittelets andre del settes det fokus på systematikk, styring og rammebetingelser for de foreldrestøttende tiltakene. Dette inkluderer om det er statlige anbefalinger og/eller føringer for hvilke tiltak som skal brukes, og i hvilken grad statlige myndigheter støtter implementering av foreldrestøttende tiltak.

Neste del av kapittelet presenterer den forskningsbaserte kunnskapen om effekter av foreldrestøttende tiltak. Vi viser forskningsomfanget, variasjonsbredden i forskningen, samt dokumentasjonsgrad/evidensnivå. Avslutningsvis i kapittelet skisseres noen sentrale kunnskapsbehov som er identifisert i analysen, samt et evalueringsverktøy som kan bidra til å dekke disse kunnskapsbehovene.

4.1 Hvilke foreldrestøttende tiltak finnes i de nordiske landene?

Undersøkelsen viser at flere av de samme foreldrestøttende tiltak eksisterer i flere av de nordiske landene. Parent Management Training – Oregon (PMTO) eksisterer i både Danmark, Island og Norge. I Sverige er det PMTO-baserte tiltaket Komet utviklet. Multisystemisk terapi (MST) og Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC) finnes også i de nevnte fire landene. De Utrolige Årene (DUÅ) eksisterer i alle de tre skandinaviske landene samt Finland, i likhet med International Child Development Program (ICDP).

Spesielt i Norge og Sverige er det flere egenutviklede tiltak, enten nasjonalt eller lokalt/privat, som ikke er funnet i de øvrige nordiske landene. I Norge gjelder dette fortrinnsvis tiltak i regi av Bufdir og ulike organisasjoner/stiftelser (eksempelvis IOGT, som har utviklet Sterk og Klar), mens Sverige har tiltak som Alla Barn i Centrum (ABC) og Örebro Preventionsprogram (som nå heter Effekt).

Finland og Island skiller seg fra de øvrige nordiske landene ved å ha få strukturerte foreldrestøttende tiltak. Det meste som er identifisert i Finland foregår i regi av fødsels- og barneklinikkene i landet. For øvrig foregår mye av det foreldrestøttende arbeidet lokalt. Island preges av både lokale og private tiltak. I mangel av overordnede nasjonale strategier eller retningslinjer, har det i både Finland og Island vært vanskelig å identifisere flere strukturerte foreldrestøttende tiltak.

For øvrig har alle de nordiske landene et generelt tilbud til familier som kan omtales som foreldrestøttende, slik som helsestasjoner, barnehage og barnevern. Vi har imidlertid ikke sett nærmere på effekten av dette tilbudet da det ikke regnes som særskilte tiltak slik dette er definert i denne undersøkelsen.

Tabell 4.1 viser alle foreldrestøttende tiltak i de nordiske landene som er identifisert i denne undersøkelsen. Vår kartlegging har ikke avdekket utbredelsen av de ulike tiltakene i de fem landene.

Tabell 4.1. Kartlegging av foreldrestøttende tiltak i Norden

Tiltak	Norge	Sverige	Danmark	Island	Finland
Multisystemisk terapi (MST)	X	X	X	X	
Parent Mangement Training - Oregon (PMTO)	X		X	X	
Komet		X			
De Utrolige Årene (DUÅ)	X	X	X		X
Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC)	X	X	X	X	
Funksjonell familieterapi (FFT)	X	X	X		
Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR)	X				
International Child Development Program (ICDP) (i Norge inngår det som del av Program for foreldreveiledning)	X	X	X		X
Sammen foreldre og barn (utgjør en del av Program for foreldreveiledning)	X				
Circle of Security (CoS)	X	X	X		
Marte Meo	X	X	X		
PRIDE	X				
Familieråd (Family Group Conferences)	X	X	X	X	X
Trygg Base	X				
Fortsatt foreldre	X				
Nyfamiliens muligheter	X				
Dialog	X				
LØFT	X				
Smarte foreldre	X				
Home Start Familiekontakten	X				
Sterk og klar	X	X			
Triple P (Positive Parenting Program)		X			
The Community Parent Education Program (COPE)		X			
Alla Barn i Centrum (ABC)		X			
Familjeverkstan		X			
Småbarnsliv		X			
Från förste början		X			
Connect		X			
Aktivt föräldraskap		X			
ÖPP / Effekt		X			
Föräldrastegen/Nya Steg		X			
Ömsesidig Respekt		X			
Föräldrakraft		X			
Metoder I Vardagen (MIV)		X			
Familieklasser og familieskoler			X		
HippHopp			X		
Klar til barn			X		

4.1.1 I hvilken grad har foreldrestøttende tiltak som brukes i Norden et barneperspektiv?

Alle tiltakene som presenteres i tabell 4.1 har i utgangspunktet et barneperspektiv. Det kan imidlertid gjøres en distinksjon mellom tiltak som ivaretar *barneperspektivet*, og tiltak som ivaretar *barnets perspektiv*. Barneperspektivet kan karakteriseres ved at det er barnet som er den primære målgruppen og at tiltaket er innrettet for at barnets beskyttelsesfaktorer skal fremmes, og risikofaktorer begrenses. Å innta barnets perspektiv vil i tillegg til dette si at man inntar en posisjon der barnets subjektive opplevelse, erfaringer og forståelser, konseptualisert og beskrevet gjennom barnets egendefinerte kategorier, står i sentrum. Flere fagpersoner påpeker at voksne ikke kan ha barns perspektiv – bare forsøke å ivareta det, men at de kan ha et barneperspektiv i betydningen å sette barn i sentrum eller tenke ut fra barns behov og interesser.

Vår kartlegging viser at barneperspektivet, og ikke barnets perspektiv, synes å være mest fremtredende i de foreldrestøttende tiltakene i de nordiske landene. Dette i form av at de fleste tiltakene i den praktiske gjennomføringen først og fremst retter seg mot foreldrene, gjennom individuelle eller gruppebaserte møter. I PMTO inkluderes for eksempel barna i liten grad i utøvelsen av tiltaket. Det er først og fremst foreldrene som lærer ulike tilnærminger for å takle utfordrende situasjoner. Dermed er det foreldrenes erfaringer og oppfatninger om barnet som blir gjeldende i utøvelsen av tiltakene, fremfor barnets egne opplevelser. I andre tiltak involveres barna i større grad. I MST involveres for eksempel barnet/ungdommen ved at foreldre, terapeut og barnet fastsetter mål i fellesskap. Enkelte av modulene i DUÅs Dinosaurprogram for barn i alderen 3–8 år involverer barna aktivt gjennom aktiviteter og gruppeøvelser. Det samme gjelder også for det danske førskoleprogrammet HippHopp, hvor barn og foreldre utfører en daglig oppgave i fellesskap.

Barneperspektivet i forskningen innebærer i hovedsak effektvurdering av de foreldrestøttende tiltakene på bakgrunn av foreldrenes vurderinger av barnets oppførsel. I mange studier er det eksempelvis benyttet spørreundersøkelser i effektvurderingen, som vanskeliggjør involvering av (de minste) barna.

4.1.2 Kjennetegn ved foreldrestøttende tiltak i Norden: innhold og målgrupper

Mange av de foreldrestøttende tiltakene i Norden er rettet mot barn og unge med atferdsvansker. Fokuset på barn og unge med atferdsvansker har økt i alle de nordiske landene de siste årene. NOVA skriver i den forbindelse at: «*Man kan spore en anerkjennelse hos myndigheter av at atferdsvanskelige unge er en vanskelig håndterbar gruppe* [og at det er] *nødvendig å skille ut gruppen og behandle ungdommene etter særegne prinsipper*»[16]. Det varierer noe mellom landene hva som defineres som atferdsvansker. I Danmark har ungdomskriminalitet blitt en avgjørende faktor etter at Ungdomssanktionen ble innført i 2001, mens det i Norge og Sverige legges vekt på rusmiddelmisbruk i tillegg til kriminalitet.[17]

Det økte fokuset på barn og unge med atferdsvansker har på ulike vis ført til endringer i barnevernets håndtering av dem. Alle de nordiske landene har utviklet en mer målrettet tilnærming overfor denne gruppen. Denne undersøkelsen viser at foreldrestøttende tiltak med fokus på atferdsvansker er fremtredende i både i Danmark, Island, Norge og Sverige. Norge skiller seg ut fra de andre nordiske landene ved et mer eksplisitt, systematisk og helhetlig fokus på atferdsvansker og implementering av evidensbaserte tiltak rettet mot å forebygge og behandle slike vansker. Situasjonen i Norge kjennetegnes av at det i 1998 ble bestemt fra sentralt politisk hold at evidensbaserte tiltak rettet mot barn og unge med atferdsvansker skulle innføres i hele landet. Utviklingen av en slik nasjonal implementeringsstrategi for evidensbaserte tiltak skiller Norge fra de andre nordiske landene.[18] Atferdssenteret, tilknyttet Universitetet i Oslo, ble opprettet for å ivareta både implementering og evaluering av disse tiltakene. I Danmark har

[16] NOVA 2010
[17] Ibid.
[18] Ogden et al. 2009

foreldrestøttende tiltak med fokus på atferdsvansker i stor grad blitt introdusert på bakgrunn av både implementeringserfaringer og forskning i de øvrige skandinaviske landene, som viser god effekt av tiltak rettet mot barn og unge med atferdsvansker.

Norge er også det landet som inngår i undersøkelsen som i størst grad har forankret evidensbaserte metoder i barnevernet. Dette skyldes blant annet at Norge historisk sett har hatt en større bruk av institusjoner som behandlingsform for barn og unge enn de øvrige nordiske landene. Etter hvert som nyere forskning har vist liten effekt av institusjonsplassering[19], har det i Norge oppstått et spesielt behov for utvikling av alternative metoder. I tillegg har sentraliseringen av barnevernet i forbindelse med at det overordnede ansvaret for barnevernet ble flyttet fra fylkeskommunene til staten i 2004, og generelt et mer sentralisert politisk system i Norge, gjort det mulig med systematisk implementering av et likt tilbud i hele landet.[20] Mindre sentraliserte strukturer i de øvrige landene har gjort det vanskelig med et like helhetlig og ensartet fokus på en bestemt type tiltak på nasjonalt nivå. Sverige og Danmark har introdusert flere av de samme tiltakene som i Norge, men ikke i samme skala.

4.1.3 Er det noen målgrupper som i liten grad får et tilpasset tilbud?

Det er et stort fokus på mødrene i det foreldrestøttende arbeidet som utøves i de nordiske landene. Dette er spesielt fremtredende i Finland og Island, hvor det er identifisert færre strukturerte foreldrestøttende tiltak enn i de øvrige tre landene. Deltakelsen i foreldrestøttende tiltak er også størst blant mødre, og mødre er både mer involvert og mer motivert for deltakelse i de strukturerte tiltakene i de nordiske landene. Fedre er således i mange tilfeller underrepresentert. Det kan imidlertid tenkes at dette ikke er på grunn av manglende interesse fra fedre, men snarere gjennom hvilke kanaler tiltakene tilbys. Eksempelvis er det i Sverige vist at deltakelsen blant fedre er større i den internettbaserte versjonen av Komet enn i den ordinære gruppebaserte varianten. Med andre ord kan det være et behov for å tilpasse tiltakene i større grad for å øke deltakelsen blant fedre og andre underrepresenterte målgrupper.

I intervjuene i denne studien påpeker informantene at familier hvor også foreldrene selv har utfordringer, er vanskelige å nå, eller å beholde i tiltaket. I en norsk studie fremheves det eksempelvis at det kan være vanskeligere å oppnå gode resultater gjennom tradisjonelle foreldrestøttende tiltak i familier hvor moren lider av psykisk stress.[21] Det konkluderes med at det er behov for å finjustere behandlingsopplegget eller intervensjonene for å imøtekomme slike faktorer. Kognitivt svake foreldre er en annen gruppe som ikke mottar tilbud spesialtilpassede tiltak[22].

Fokuset på atferdsvansker er spesielt stort i Danmark og Norge, men også i Sverige er det flere tiltak som retter seg mot barn og unge med atferdsvansker. Dette fokuset kan ha ført til at barn som ikke faller inn under kategorien atferdsproblem, men som likevel har behov for ekstra støtte og oppfølging, får mindre målrettet hjelp. Dette kan inkludere barn som er triste, deprimerte, har sosiale vansker, blir mobbet, ikke mestrer skolen, eller sliter med spiseforstyrrelser. Utover de universelle foreldrestøttende tiltakene er det identifisert få konkrete tiltak som ivaretar disse gruppene. Samtidig fremheves det også i det nordiske ekspertpanelet at det også bør fokuseres på foreldres utfordringer med å håndtere foreldrerollen, som et supplement til det store fokuset på barns manifesterte utfordringer. Følgelig kan det også være behov for foreldretrening, opplæring, støtte og rådgivning blant annet knyttet til kriser i familien slik som dødsfall, skilsmisser, ulykker, osv.

I ekspertintervjuene poengteres det at flere tiltak kan ha en viss kjønnsbias, ved at problemer som ofte får oppmerksomhet (utagerende oppførsel, kriminalitet, alkohol, narkotika, osv.) oftere

[19] Andreassen 2003
[20] Bengtsson, T.T. & T.B. Jakobsen 2009
[21] Kjøbli et al. 2013
[22] Det pågår en utprøving av et foreldretiltak der foreldre har svake kognitive evner i regi av Høgskolen i Telemark.

omfatter gutter enn jenter. På denne måten får gutter mer oppmerksomhet, mens jenters utfordring kan være mindre synlige. Spiseforstyrrelser, lavt selvbilde, engstelighet og nedstemthet er eksempler på vansker som faller utenfor foreldrestøttende programmer.

4.2 Systematikk og rammebetingelser for foreldrestøttende tiltak i de nordiske landene

Norge skiller seg fra de andre nordiske landene ved å ha en mer sentralisert forvaltningsstruktur. Generelle tjenester og tiltak rettet mot familier (barnehage, SFO, helsestasjoner, osv.) er dermed mer like på tvers av kommuner og regioner i Norge enn i de andre nordiske landene. Slik er det i noen grad også når det gjelder utbredelsen av strukturerte foreldrestøttende tiltak i Norge versus de øvrige landene.

4.2.1 Statlige anbefalinger/føringer

Det er en viss variasjon mellom de nordiske landene når det gjelder statlige føringer for hvilke foreldrestøttende tiltak som benyttes. Mens det i Norge har vært en tilnærming som bærer preg av «top–down»-styring, kan prosessene i Sverige i større grad karakteriseres som «bottom–up»-styring. I Norge er introduksjonen av de dominerende foreldrestøttende tiltak et utfall av statlige strategiske politiske beslutninger. Dette gjelder både innføringen av det universelle *Program for foreldreveiledning* og tiltakene på selektert og indikert innsatsnivå rettet mot barn og unge med atferdsvansker i regi av Atferdssenteret. I Norge blir både implementering av (herunder utdanning av terapeuter/spesialister) og forskning på disse tiltakene finansiert og gjennomført i statlig regi. Det er en viss lokal frihet ved at norske kommuner står fritt til å velge hvilke tiltak de ønsker å benytte av de statlig innførte tiltak, samt implementere andre tiltak som de ønsker å ha i sin tiltaksvifte. Norske kommuner blir ikke styrt i form av krav om å innføre konkrete tiltak, men økonomisk støtte til implementering er i høy grad knyttet til de statlige satsninger på foreldrestøttende tiltak.

I Sverige satses det på at kommunene selv velger hvilke foreldrestøttende tiltak de ønsker å benytte. Det har i forbindelse med strategien *En vinst för alla* blitt tildelt betydelige statlige midler til kommunene for å innføre foreldrestøttende tiltak. Svenske myndigheter gir få konkrete anbefalinger i valg av tiltak som kommunene eller andre aktører bør benytte.

Utvikling av tiltak er også i stor grad lokalt fundert i svenske kommuner. I Sverige har det siden 2008 vært en bevisst strategi fra statlig hold om at kommuner selv skal ta aktiv del i utviklingen av lokalt forankrede foreldrestøttende tiltak, i samarbeid med forskningsmiljøer. Sverige skiller seg med dette noe ut fra de øvrige landene, både når det gjelder utvikling av egne tiltak og tilpasning av eksisterende tiltak. Eksempler på dette er ABC (Alla Barn i Centrum) og Örebro Preventionsprogram (nå Effekt). I tillegg har det blitt utviklet en tilpasset versjon av PMTO, gitt navnet Komet. Komet er utformet i flere versjoner, og har både en gruppebasert fullskalaversjon, en kortere selvhjelpsversjon, og en internettbasert versjon. I Norge har man utviklet International Child Development Program (ICDP)[23], som eneste eksempel på et større nasjonalt utviklet foreldrestøttende program. For øvrig har man i flere av de nordiske landene valgt å importere og implementere programmer med opprinnelse i Nord-Amerika, slik som MST og DUÅ.

4.2.2 Statlig støtte til implementering av tiltak

Et punkt som henger sammen med både grad av statlige føringer og valg av tiltak, er graden av statlig støtte i implementeringen av foreldrestøttende tiltak. Introduksjon av evidensbaserte tiltak i nye land kan være utfordrende på grunn av kulturforskjeller og tilhørende avveininger av om det er behov for tilpasninger i metoden, i tillegg til ulike erfaringer med strukturerte metoder blant terapeuter. Samlet sett har dette svak programlojalitet blant terapeutene som en mulig konsekvens. Implementeringen av PMTO i Island og Norge er godt egnet for å illustrere forskjeller og likheter mellom de nordiske landene på dette området. I Norge ble implementeringen av PMTO i 1999 utformet og gjennomført med sterk støtte fra departementet.

[23] ICDP Norge 2013

Det innebar vesentlig faglig så vel som organisatorisk og økonomisk støtte.[24] Den første generasjonen PMTO-terapeuter i Norge ble opplært av utenlandske PMTO-spesialister, mens de neste generasjonene ble utdannet internt av norske PMTO-terapeuter[25]. Forskning på de tre første generasjonene PMTO-terapeuter viser at programlojaliteten var tilfredsstillende blant alle tre generasjoner, men den sank noe fra første til andre generasjon (som ble opplært av norske PMTO-terapeuter), før den tredje generasjonen nådde samme nivå som den første generasjonen.[26] Den vellykkede implementeringen av PMTO har også blitt dokumentert av flere effektstudier i Norge.[27]

Tilsvarende støtte og ressursgrunnlag var i stor grad fraværende på Island, hvor PMTO ble valgt, implementert og finansiert av én enkelt kommune på eget initiativ i 2000. På Island, som i Norge, ble den første generasjonen PMTO-terapeuter opplært av utenlandske PMTO-spesialister, før neste generasjon ble utdannet av nasjonale PMTO-terapeuter. Det har også blitt gjennomført forskning på programlojaliteten til islandske PMTO-terapeuter. Programlojaliteten var tilfredsstillende for alle tre generasjoner. I likhet med Norge, var den sterkest i generasjon én og tre, og noe lavere i den andre generasjonen.[28] Dette forklares med behov for kulturell tilpasning av kursmaterialet, samt styrking av opplæringsprosedyrene. Forskningen viser således at det er mulig å implementere foreldrestøttende tiltak med høy programlojalitet med begrensede ressurser og institusjonell støtte.[29] Uten å være direkte sammenlignbar kan den nasjonale strategien i Sverige ses som en mellomposisjon mellom implementeringen av PMTO i Norge og Island, ved at denne består av en kombinasjon av statlige midler og kommunal frihet til å utvikle, tilpasse og implementere tiltak, i samarbeid med forskningsmiljøer.

4.2.3 Involvering av forskningsmiljøer

Forskningsmiljøer kan være sentrale i forbindelse med utvikling av, tilpasning av, implementering av, spredning av, forskning på, og dokumentasjon av effekten av foreldrestøttende tiltak. I Norge har Atferdssenteret og Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU Nord, tilknyttet Universitetet i Tromsø) spilt sentrale roller både i import av, implementering av og forskning på utbredte foreldrestøttende tiltak, slik som PMTO, MST og DUÅ. I Sverige er forskningsmiljøenes rolle mer variert, ved at kommunene samarbeider med forskningsmiljøer lokalt for å utvikle, implementere, vurdere og spre informasjon om foreldrestøttende tiltak. Kommunene står fritt til å velge samarbeidspartner. I den grad kommunene styres er det ved at et slikt samarbeid er en forutsetning for å få tildelt midler fra statlige myndigheter. I Danmark har forskningsmiljøene så langt vært lite involvert i de foreldrestående tiltakene, både når det gjelder implementering og vurdering. De danske myndighetene har i stor grad basert seg på implementeringserfaringer og forskning som viser positive effekter av foreldrestøttende tiltak i de øvrige skandinaviske landene. Dette er imidlertid i ferd med å endre seg, og flere forskningsprosjekter om foreldrestøttende tiltak er nå i gang i Danmark.

4.3 Hvilken kunnskap gir eksisterende forskning om effekter av foreldrestøttende tiltak i de nordiske landene?

4.3.1 Forskning på foreldrestøttende tiltak i de nordiske landene

Totalt er det identifisert 43 studier som oppfyller inklusjonskriteriene i denne undersøkelsen. Disse kriteriene presenteres i kapittel 3. 20 av studiene omhandler tiltak i Norge, 15 i Sverige, 7 i Danmark, og 1 på Island. Det er ikke identifisert forskning som oppfyller de forhåndsdefinerte inklusjonskriteriene i Finland.

---

[24] Solholm et al. 2005

[25] Forgatch & DeGarmo 2011

[26] Ibid.

[27] Ogden & Hagen 2008; Hagen, Ogden & Bjørnebekk 2011; Hukkelberg & Ogden 2013; Forgatch & DeGarmo 2011; Kjøbli, Hukkelberg & Ogden 2013; Jakobsen & Solholm 2009; Bjørknes & Manger 2013; Bjørknes, Jacobsen & Nærde 2011; Bjørknes, Kjøbli, Manger & Jakobsen 2012

[28] Sigmarsdottir & Gudmundsdottir 2013

[29] Ibid.

I Norge er det i all hovedsak forskning om tiltak som retter seg mot familier hvor barnet har atferdsproblemer. Det er forsket på effekt av både MST, PMTO, TIBIR (Foreldrerådgivning i gruppe) og DUÅ. I tillegg foreligger det effektvurderinger av det universelle tiltaket ICDP. I Sverige er forskningsmangfoldet noe større, selv om mengden forskning identifisert er mindre enn i Norge. I likhet med Norge, er effekter av både MST og DUÅ dokumentert i Sverige, samt det PMTO-baserte tiltaket Komet. I tillegg foreligger det effektstudier av tiltakene Cope, Active Parenting, Triple P, ÖPP/Effekt, Föräldrar Tillsammans (basert på ÖPP), Stark och Klar, samt Metoder I Vardagen (MIV). I Danmark er det forskning på de tre tiltakene MST, DUÅ og HippHopp, mens effekten av PMTO er vurdert på Island.

4.3.2 Hvordan forskes det på foreldrestøttende tiltak i de nordiske landene?

I Norge er det betydelig fokus på randomiserte kontrollerte forsøk (RCT) i forskning på effekt av foreldrestøttende tiltak. I Sverige er det større variasjon, både når det gjelder antall forskningsmiljøer og bruk av ulike forskningsmetoder. I Danmark har man i stor grad sett til forskningen som har blitt gjennomført i Norge og Sverige, og foreløpig har det ikke blitt gjennomført større forskningsprosjekter om foreldrestøttende tiltak i Danmark. I forskningsoversikten presentert i denne rapporten er det hovedsakelig evalueringer basert på intervjuer og spørreundersøkelser som er inkludert. Den islandske studien som inngår i forskningsoversikten er basert på kvasieksperimentell metode.

At det ikke er funnet forskning som dokumenterer effekt av finske foreldrestøttende kan ses i lys av at det er færre strukturerte foreldrestøttende tiltak i Finland enn i de øvrige landene. Dette kan igjen ses i sammenheng med at Finland har en svært desentralisert forvaltningsstruktur, som betyr at mange innsatser er lokalt forankret. Dette gjør det både mindre sannsynlig at det forskes på disse innsatsene, og vanskeligere å identifisere den forskningen som finnes. Mangelen på identifiserte studier henger også sammen med at det er lite finansiering av denne typen forskning i Finland. Det kanaliseres store midler til forskning på medisin- og helseområdet, mens bevilgningene på sosialfeltet er mindre. Det synes følgelig å være en viss ideologisk forskjell mellom Finland og eksempelvis Norge, med hensyn til hvorvidt det prioriteres å investere i dyr evidensproduksjon versus bredere og mer lokalt og praksisorientert utviklingsarbeid. Samtidig er det en økende oppmerksomhet rundt behovet for evidensbaserte tjenester i Finland, hvilket gir grunn til å tro at det vil bli forsket mer på finske foreldrestøttende tiltak i årene som kommer.

4.3.3 Dokumentasjonsgrad/evidensnivå

Ulike forskningsdesign medfører at studiene kan påvise effekt med ulik dokumentasjonsgrad/ ulike evidensnivåer. I Norge er dokumentasjonsgraden for fire av fem tiltak på det øverste evidensnivået slik det er definert av Ungsinn, hvilket betyr at disse er dokumentert virksomme tiltak. Det innebærer at det foreligger «en sterk evidens for at resultatene i evalueringene er en effekt av tiltaket og ikke av andre faktorer»[30]. I Sverige er det større variasjon når det kommer til dokumentasjonsgrad. Her spenner forskningen fra evidensnivå 2 til evidensnivå 4. I Danmark og på Island foreligger det forskning på evidensnivå 3 i henhold til Ungsinns skala.

4.3.4 Dokumenterte effekter av foreldrestøttende tiltak

Flere av de samme foreldrestøttende tiltakene eksisterer i flere av de nordiske landene. Der dette er tilfellet vises i stor grad positive effekter av de samme tiltakene på tvers av landegrensene, eksempelvis når det gjelder reduksjon av barns problematferd som en følge av PMTO i Norge og Island (samt PMTO-baserte Komet i Sverige), og DUÅ i Norge, Sverige og Danmark. Det er ulikheter mellom landene når det gjelder MST. Det dokumenteres positive effekter av MST i både Norge og Danmark, mens effekten av MST i Sverige er mindre. Svensk forskning viser at effekten var like stor for behandlingsgruppen (som mottok MST-behandling) og kontrollgruppen (som mottok det ordinære kommunale behandlingstilbudet). En kost–nytte-analyse viser at MST-

[30] Ungsinn 2013

gruppen i den svenske studien kostet samfunnet mer enn kontrollgruppen. Årsaken til dette er at MST-behandling er kostbart, og at denne behandlingen i Sverige ikke reduserer sannsynligheten for plassering utenfor hjemmet etter behandling. I Sverige konkluderes det derfor med at MST ikke er bedre (men vesentlig dyrere) enn det kommunale tilbudet. I Norge konkluderes det derimot med at MST er vesentlig bedre enn det kommunale tilbudet.[31]

De svenske forskerne fremhever flere mulige forklaringer for at effekten av MST tilsynelatende er mindre i Sverige enn i Norge. En årsak kan være at programlojaliteten blant MST-terapeuter i Norge er bedre enn i Sverige, fordi implementeringen har vært sentralt styrt og har fått tildelt mer økonomiske, organisatoriske og faglige ressurser. En annen er at det rekrutteres ungdommer med mer omfattende og alvorlige vansker i Norge sammenlignet med Sverige, slik at effekten av tiltaket blir større. En tredje forklaring er at det ordinære tjenestetilbudet er av bedre kvalitet i Sverige enn i Norge.[32] Forskningen konkluderer ikke hvem av de lanserte forklaringene som er mest sannsynlig. Hvis det imidlertid er slik at det kommunale tilbudet i Sverige er av bedre kvalitet enn i Norge, gir det etter Rambølls vurdering liten verdi å gjøre en direkte sammenligning av effektene av MST i Norge og Sverige, ettersom kontrollgruppen kan ha mottatt ulike tilbud, og konklusjonen om tiltakseffekt baserer seg på sammenligning med nettopp kontrollgruppen. Selv om sammenligningsgrunnlaget (kontrollgruppens behandling) er ulikt, gir imidlertid disse studiene tydelige indikasjoner på om MST-behandling er samfunnsøkonomisk lønnsomt i det enkelte land, gitt det ordinære tilbudet som allerede eksisterer i landet.

Finland har et omfattende system for fødsels- og barneklinikker, som i praksis når alle familier fra graviditet og etter barnets fødsel. Litteraturgjennomgangen viser imidlertid at det er få studier som forklarer hvilke metoder som benyttes i klinikkene som gir resultater. Denne observasjonen er også blitt bekreftet i gjennomgang av flere offisielle dokumenter og i ekspertintervjuene som har blitt gjennomført i Finland i forbindelse med denne undersøkelsen.

Tabell 4.2 gir en sammenfatning av hva forskningen sier om effekten de foreldrestøttende tiltakene det er identifisert forskning om i de nordiske landene, og på hvilket evidensnivå effekt er dokumentert. Vurderingen av evidensnivåer er foretatt av forskerne Øyvind Kvello og Ottar Ness.

Det presiseres at det er tiltakene som er den primære undersøkelsesenheten i denne rapporten. Vurderinger av evidensnivå er følgelig basert på summen av forskning som foreligger om det enkelte tiltaket. Tiltakenes evidensnivå, slik det fremgår av tabell 4.2, er med andre ord basert på en aggregert vurdering basert på den identifiserte forskningen om tiltaket, og viser i hvilken grad (på hvilket evidensnivå) effekt av tiltaket er dokumentert. Det angis i fotnoter hvilke studier evidensvurderingene er basert på. Nøkkelinformasjon om hver enkelte forskningsartikkel presenteres i rapportens vedlegg 1, mens mer utfyllende informasjon om studienes metode og hovedfunn presenteres i vedlegg 2.

[31] Sundell et al. 2006, Löfholm et al. 2009
[32] Ibid.

Tabell 4.2. Dokumenterte effekter av foreldrestøttende tiltak i Norden

Tiltak	Dokumentert effekt	Evidensnivå
	NORGE	
TIBIR – Foreldrerådgivning i gruppe[33]	TIBIR (Foreldrerådgivning i gruppe) er et mer effektivt tiltak for å redusere problematferd hos barn og øke foreldres kompetanse enn vanlige kommunale tiltak («regular service»). Effekten av tiltaket er fortsatt til stede seks måneder etter avsluttet tiltak, men er da noe mindre enn ved tiltaksslutt. Effekten er med andre ord synkende over tid. Funn tyder på at mødrenes psykiske helse påvirker effekten av tiltaket.	IV
PMTO[34]	Ulike versjoner av tiltak baser på PMTO programmet har vist positive effekter når det gjelder reduksjon av problematferd hos barn. Det er gjennomgående størst effekt på barnas atferd hjemme/relasjonen mellom foreldre og barn. Effekten på barnets atferd på skole og i barnehage er mer usikker. Langtidseffekten (etter ett år) er moderat. Nøyaktighet (metodetrohet) i behandlingen er viktig for god effekt.	IV
DUÅ[35]	Ulike versjoner av tiltak basert på programmet DUÅ har vist seg å være effektivt for å redusere atferdsproblemer hos små barn og for å bedre foreldrenes oppdragelsesmetoder. Av de ulike delprogrammene i DUÅ, er det foreldretreningsprogrammet som har størst og tydeligst effekt. Dinosaurprogrammet (til skoler) og barneprogrammet (Child talks), har noe effekt, men fungerer best som et supplement til foreldretreningen.	IV
MST[36]	MST har vist seg å ha større effekt når det gjelder å endre barns og ungdommers atferdsproblematikk enn det vanlige kommunale tilbudet. Foreldrene er også mer fornøyde med MST-programmet enn det ordinære kommunale tilbudet.	IV
ICDP[37]	ICDP er blitt tilbudt til ulike grupper av foreldre med spesielle utfordringer (familier med minoritetsbakgrunn, foreldre i fengsel, foreldre til funksjonshemmede barn og omsorgsgivere generelt), samt foreldre uten særskilte behov eller betydelige utfordringer. Programmet hadde generelt positive effekter både i tilpasset og i generell versjon: Foreldrene opplevde bedre mestring og tro på egne ferdigheter. I tillegg lærte og praktiserte foreldrene mer positive og bedre oppdragelsesstrategier, og fikk økt positivt engasjement og omsorgsfølelse for barnet.	III
	SVERIGE	
Komet[38]	Ordinær Komet: programmet reduserer barnas atferdsproblemer signifikant.	IV
	Internettbasert versjon: reduksjon i atferdsvansker hos barna. Betydelig andel deltakelse blant fedre.	III
	Selvhjelpsversjon: atferdsproblemene til barna blir redusert signifikant. Effekten er likevel svakere enn effekten av både ordinær og internettbasert Komet.	IV

[33] Kjøbli & Ogden 2012; Kjøbli & Bjørnebekk 2013; Kjøbli, Nærde, Bjørnebekk & Askeland 2013

[34] Ogden & Hagen 2008; Hagen, Ogden & Bjørnebekk 2011; Hukkelberg & Ogden 2013; Forgatch & DeGarmo 2011; Kjøbli, Hukkelberg & Ogden 2013; Jakobsen & Solholm 2009; Bjørknes & Manger 2013; Bjørknes, Jacobsen & Nærde 2011; Bjørknes, Kjøbli, Manger & Jakobsen 2012

[35] Drugli, Fossum, Larsson & Mørch 2010; Larsson et al 2008; Mørch et al 2004; Reedtz, Handlegård & Mørch 2011; Reedtz 2012

[36] Ogden & Halliday-Boykins 2004

[37] Sherr, Solheim Skar, Clucas, von Tetzchner & Hundeide 2011; Sherr, Solheim Skar, Clucas, von Tetzchner & Hundeide 2013

[38] Kling et al. 2010; Forster et al. 2012; Enebrink et al. 2012; Kling et al. 2006; Sundell et al. 2005; Högström et al. 2013

	Redusert kortversjon: effekten er sterk mht reduksjon i barnas atferdsproblemer	III
MST[39]	Forbedringen var like stor for både MST-gruppen og kontrollgruppen (som mottok tradisjonelle innsatser). Den absolutte effekten for begge var liten.	IV
DUÅ[40] (Basic)	DUÅ gir en signifikant positiv effekt på barnas atferdsproblemer, og det konkluderes med at resultatene til programmet i USA kan overføres til en svensk kontekst. 71 % av foreldrene i gruppen som deltok i behandling rapporterte om forbedring i barnas atferd. Tilsvarende i kontrollgruppen (på venteliste) var 33 %.	III
Cope[41]	De fleste deltakerne var fornøyde. Deltakerne opplevde at de hadde blitt bedre på å håndtere problemer i hverdagen. Kvinner var mer fornøyde enn men med programmet.	II
Active Parenting[42]	De fleste deltakerne var fornøyde, men innvendte at kursmaterialet var for amerikansk og lite tilpasset svenske forhold. Deltakerne opplevde at de hadde blitt bedre på å håndtere problemer. Kvinner var mer fornøyde enn menn med programmet.	II
Triple P[43] (Tema-Triple-P/Rådgivnings-Triple-P)	Over halvparten av foreldrene synes seminarene var interessante, av god kvalitet og at de ga tilstrekkelig kunnskap. Nær samtlige foreldre planla å benytte strategiene hjemme som de hadde lært seg på kurset.	III
ÖPP/Föräldrar Tillsammans[44]	Har effekt på ungdommenes alder for debut med alkohol – avhengig av hvilket klassetrinn det blir innført. Programmet virker gjennom foreldrenes holdninger til ungdommenes alkoholkonsum. Ungdommer i behandlingsgruppen rapporterte mindre alkoholkonsum/overstadig beruselse og kriminalitet enn kontrollgruppen.	III
Stark och klar[45]	Ungdommer som deltok sammen med foreldre i programmet, debuterte med alkohol i gjennomsnitt 1 år senere enn ungdommene i kontrollgruppen.	III
Metoder I Vardagen (MIV)	Intervensjonen (gruppetrening) førte til at færre barn møtte kriteriene for ADHD eller ODD i etterkant (etter kriteriene i DSM-4) sammenlignet med kontrollgruppen (venteliste). Effekten var sterkere hos barn hvis kun foreldre hadde deltatt i programmet enn for barn hvis kun lærer hadde deltatt. Effekten var sterkest hvis både lærer og foreldre deltok.	III
DANMARK		
MST[46]	Effekten på de unges atferd er gjennomgående positiv, også når det gjelder endring av dynamikken i familien. Andelen ungdom med manglende skoletilbud/jobb, kriminalitet og rusrelaterte problemer gikk ned. MST har noe bedre effekt på psykisk helsetilstand hos gutter enn hos jenter. De unges egen vurdering av MST er delt på midten. Foreldre er gjennomgående positive til MST.	III
DUÅ[47]	De danske forskningspublikasjonene finner at DUÅ reduserer problematferd hos barna og reduserer stress hos foreldrene. Foreldrene føler seg bedre rustet som omsorgsgivere etter programmets slutt. Hvilken type formular (ECBI eller SDW) som	III

[39] Sundell et al. 2006, Löfholm et al. 2009
[40] Axberg et al. 2012
[41] Nilsson 2009
[42] Nilsson 2009
[43] Fängström & Sarkadi 2012
[44] Larsson et al. 2012; Koutakis et al. 2008
[45] Pettersson et al. 2011
[46] Greve & Thastum 2008; Styrelsen for Social Service 2006; Bengtsson & Nemli 2006
[47] Rambøll Management Consulting 2011; Birk Olsen & Horsted 2008; Horsted & Birk-Olsen 2008

	foreldrene fyller ut, har betydning for om familien vil motta DUÅ-behandling eller ikke.	
HippHopp[48]	En evaluering av programmet viser at det har positiv statistisk signifikant effekt på flere områder, og foreldrene er generelt svært tilfredse med programmet, som de mener er godt egnet til å gjøre barna skoleklare. Målingene indikerer også at endringene fastholdes over tid og at den språkutviklingen spesielt gjaldt barn med annet morsmål enn dansk.	III
ISLAND		
PMTO[49]	Tiltaket har effekt for reduksjon av atferdsproblemer hos barn. Effekten indikeres ved en relativ nedgang i henvisning til spesialisttjenester på grunn av atferdsproblemer etter innføringen av PMTO.	III
FINLAND		
Ingen studier som oppfyller inklusjonskriteriene er identifisert i Finland		

[48] Rambøll Management Consulting 2012a
[49] Sigmarsdottir, M. & Björnsdottir, A. 2012

4.4 Behov for mer kunnskap

Analysen av forskning på foreldrestøttende tiltak i Norden avdekker flere områder hvor det kan være behov for mer kunnskap, og således mer forskning. I det følgende skisseres det vi vurderer å være de fire viktigste kunnskapshullene identifisert i denne undersøkelsen.

1. Virkninger og årsakssammenhenger

Mange av tiltakene som er identifisert er vurdert ved hjelp av randomiserte kontrollgruppeforsøk (RCT), som gir en høy dokumentasjonsgrad (evidensnivå 4, dokumentert virksomt tiltak) og sterk evidens for at resultatene er en effekt av tiltaket og ikke av andre faktorer. Denne forskningsmetoden har sterk intern validitet, og kan med stor pålitelighet påvise hvorvidt et tiltak har effekt. En potensiell begrensning ved slike forskningsmetoder er imidlertid at årsaken til effektene (eventuelt fraværet av effekt), og/eller gjennom hvilke mekanismer tiltaket gir effekt (bakenforliggende og mellomliggende variabler), ikke avdekkes. De fleste foreldrestøttende tiltak baserer seg på en antakelse om at foreldrepraksis har stor innvirkning på barnets atferd, og at man ved å endre denne også vil kunne endre atferd hos barnet. Ved å skille mellom ulike elementer av foreldrepraksis og vurdere virkningen av disse elementene, kan tiltakene ytterligere tilpasses og dermed potensielt oppnå bedre effekt. Slike studier har blitt gjort i Nord-Amerika, men i mindre grad i nordisk kontekst. For å få et bedre bilde av tiltakenes konkrete virkning (og ikke bare den endelige effekten), kan det derfor være nødvendig med andre undersøkelsesdesign som et supplement til RCT-studier. Slike undersøkelser vil i større grad også åpne for å involvere barna i større grad, og på den måten ivareta barneperspektivet i forskningen på en bedre måte.

2. Sammenligning av effekter på tvers av de nordiske landene

Som diskutert tidligere i dette kapittelet, er det dokumentert ulik effekt av MST i Norge og Sverige. Så lenge sammenligningsgrunnlaget ikke kan garanteres å være identisk (eksempelvis ved at behandlingsgruppene har like karakteristikker, eller at tilbudet som gis til kontrollgruppene er av lik kvalitet), kan det heller ikke gjøres en direkte og absolutt sammenligning av effekten av MST i Norge og Sverige. Det som imidlertid kan slås fast basert på slike undersøkelser, er at MST gir bedre effekt *sammenlignet* med det ordinære tilbudet i Norge enn i Sverige. Dette gir en god indikasjon på hvorvidt tiltaket vil være hensiktsmessig å implementere/videreføre i landet, men det kan altså ikke gi svar på i hvilken grad tiltaket i seg selv fungerer i hvert enkelte land. Ønskes svar på dette, kreves undersøkelser som sikrer at henholdsvis behandlingsgrupper og kontrollgrupper i de ulike landene har så like karakteristikker som mulig og mottar nær likt tilbud. Viktigheten av at de ulike gruppene i studien er så like som mulig og behandles så likt som mulig på alle måter bortsett fra selve tiltaket som evalueres, fremheves blant annet i sjekklisten for vurdering av RCT-studier, utarbeidet av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.[50]

I tillegg til ovennevnte kan det være nyttig å kartlegge behovet for støtte i implementerings-fasen av foreldrestøttende tiltak. Det vil være viktig å få mer innsikt i behovet for faglig, organisatorisk og økonomisk støtte i implementeringen av tiltak. I Norge er det brukt betydelige ressurser på implementeringen av flere tiltak rettet mot barn og unge med atferdsvansker, blant annet PMTO. På Island ble dette tiltaket implementert med små ressurser og med liten støtte fra sentrale myndigheter. Likefullt viser undersøkelser at de islandske PMTO-terapeutenes programlojalitet er sammenlignbar med norske erfaringer. Det vil således være interessant å innhente mer kunnskap om hvilken grad av støtte og ressurser som er nødvendig for å implementere et tiltak (enten det er et eksisterende eller et nyutviklet tiltak) på måter som sikrer at utøvelsen av tiltaket er av god kvalitet og gir tilfredsstillende effekt.

[50] Sjekklistene er tilgjengelige på http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/Sjekklister+for+vurdering+av+forskningsartikler.2031.cms

3. Tiltakseffekter for ulike målgrupper

Det finnes noe forskning vedrørende effekt for ulike målgrupper (eksempelvis ICDP og PMTO for minoritetsspråklige i Norge), men det er fortsatt behov for mer kunnskap om flere av de foreldrestøttende tiltakenes effekt for konkrete målgrupper.

Et ledd i dette vil være å undersøke effekten av ulike tilpassede versjoner av det samme tiltaket for ulike målgrupper. Eksempelvis ville det være interessant å gjøre en sammenligning mellom effektene av gruppebasert og individuelt basert PMTO. Hvis det for eksempel viser seg at gruppebasert PMTO har like stor effekt som individuell PMTO, kan dette ha stor betydning for hvilke versjoner som bør prioriteres. Dette kan også bidra til å avdekke hvorvidt ulike brukergrupper har ulik effekt av tiltakene. Det kan for eksempel tenkes at gruppebasert PMTO har bedre effekt for foreldre med barn med liten grad av atferdsproblemer, mens foreldre med barn med store atferdsproblemer har behov for individuell PMTO. Dette er spørsmål det vil være viktig å kartlegge dersom det eksisterende tilbudet skal målrettes ytterligere.

I tillegg til effektdokumentasjon er det også behov for mer kunnskap om hvordan foreldrestøttende tiltak på best mulig måte kan nå frem til ulike grupper. Dette gjelder ikke nødvendigvis tiltakenes innhold og innretning, men snarere hvordan ulike målgrupper kan rekrutteres på best måte. Eksempelvis viser forskning på internettbasert Komet i Sverige ikke bare at denne tilpassede versjonen har positiv effekt, men også at fedre (som ellers er underrepresentert i mange foreldrestøttende tiltak) deltar i større omfang sammenlignet med den ordinære oppmøtebaserte versjonen. Et element som påvirker tilgangen på tiltak er følgelig kanalene tiltaket tilbys gjennom. Slike tilpassede versjoner bør både utprøves og forskes på i større grad. I tillegg til at internettbaserte tiltak har vist seg å tiltrekke seg en gruppe som er underrepresentert i den ordinære versjonen av tiltaket, er en slik versjon av programmet også kostnadsbesparende. I tillegg kan det nå ut til flere, som er spesielt vesentlig i land med store geografiske avstander. Det er med andre ord flere argumenter for å få mer kunnskap om slike tilpassede versjoner. Flere studier viser også at innvandrerfamilier er underrepresentert i de foreldrestøttende tiltakene. Dermed er det også behov for studier som undersøker hvilke justeringer både i selve tiltaket og i rekrutteringsprosedyrene som gjør at familier med innvandrerbakgrunn i større grad får et tilbud som de ønsker og har mulighet til å benytte, og som gir best mulig effekt.

4. Den langvarige effekten av de foreldrestøttende tiltakene

Det er behov for flere studier som undersøker den langvarige effekten av foreldrestøttende tiltak. I Nord-Amerika finnes det slike studier for blant annet DUÅ, MST og PMTO. Noen av disse studiene inkluderer en måling fem år etter endt behandling. I enkelte studier som inngår i vår forskningsoversikt, er det gjort oppfølgingsmålinger ett eller to år etter avsluttet tiltak. Effektene etter en slik tidsperiode er ikke alltid like tydelige. På bakgrunn av de høye kostnadene ved enkelte av de foreldrestøttende tiltakene, er det nærliggende å argumentere for at disse tiltakene bør ha langvarige effekter for å kunne forsvares som gode og hensiktsmessige tiltak i et samfunnsøkonomisk perspektiv.

I tillegg til disse fire hovedpunktene, er det et generelt behov for å forske på tiltakene som foreløpig ikke har dokumentert effekt. Flere av tiltakene som er identifisert i de nordiske landene har ikke blitt vurdert gjennom forskning som undersøker om og i hvilken grad de fungerer etter hensikten. Eksempelvis har det tidligere blitt konstatert at det er gjort lite forskning på foreldres rolle i arbeidet med rusforebygging i Norden.[51]

Det er også behov for forskning om virkning og effekt av utbredte former for foreldrestøttende arbeid som ikke kan karakteriseres som strukturerte tiltak eller konkrete metoder, slik som de fleste foreldrestøttende tiltakene som inngår i denne forskningsoversikten. Det finnes blant annet

[51] Bolstad et al. 2010

flere utbredte, ikke-strukturerte, foreldrestøttende barnevernsinnsatser som ikke har dokumentert effekt. Eksempler på dette er råd og veiledning gitt av saksbehandlere i barneverntjenesten og miljøarbeider eller hjemkonsulent i hjemmet i regi av barneverntjenesten. Felles for disse ordningene er at de benyttes hyppig, men preges av lite standardisering, og dermed krevende å forske på. For å vurdere hensiktsmessigheten av slike og andre tiltak og innsatser, er det nødvendig å gjennomføre studier som undersøker effektene av dem.

4.5 Videreutvikling av evalueringsverktøy

I begynnelsen av 1990-tallet ble Evidensbasert medisin (EBM) lansert som et nytt paradigme innen medisinsk utdanning og praksis. Hensikten var å systematisere innsatsen som er nødvendig for å garantere at behandlingen som gis bygger på den mest pålitelige vitenskapelige kunnskapen som finnes tilgjengelig[52]. Dette er dermed grunnlag for det som blir kalt evidensbasert praksis (EBP). I kjølvannet av dette har også begrepet kunnskapsbasert praksis (KBP) blitt lansert. Dette innbefatter å bruke kunnskap fra forskning, erfaring og kjennskap til brukernes ønsker når det blir tatt beslutninger innen behandling[53].

For at et tiltak skal kvalifisere som evidensbasert skal det være evaluert, og det må være påvist at man får de samme effektene når metoden evalueres av andre forskere[54]. Tre metoder eller teknikker har blitt fremhevet gjennom dette EBP-paradigmet.

Det første er *randomiserte kontrollerte studier* (RCT). RCT-studier, som har blitt kalt «gullstandarden» innen moderne medisinsk forskning, omtales ofte som den mest objektive og beste forskningsmetoden[55], og er med årene overført til sosialvitenskapelige studier. At et tiltak er kontrollert, innebærer at effektene av intervensjonene som prøves ut på en gruppe mennesker sammenliknes med en kontrollgruppe som ikke får intervensjonen. Det er tilfeldig (randomisert) hvem som kommer i forsøksgruppen versus kontrollgruppen, og ingen av deltakerne vet hvilken gruppe som får intervensjonen eller ikke (dette kalles double blind)[56]. Den andre metoden er *metaanalyse*. Dette er en statistisk teknikk som anvendes for å sammenstille resultater av ulike studier.[57] I følge Bholin og Sager (2012) er det et stort behov for slike studier, da også godt gjennomførte RCT-studier kan peke i mange retninger. Metaanalyse er også nå utviklet til et mer allment format gjennom systematiske litteraturgjennomganger. Den tredje metoden som hyppig benyttes i EBP er *kliniske retningslinjer*. Disse anvendes for å oversette kunnskapen som produseres gjennom RCT-studier, metaanalyser og systematiske litteraturgjennomganger til sjekklister som direkte kan overføres til praksis.[58]

Selv om RCT-studier som oftest settes øverst i kunnskapshierarkiet for å møte de høye standardene for evidensbaserte tiltak, så vil de til en viss grad preges av begrepsdefinisjoner, instrumentbruk, dataanalyser, osv.[59] Forestillingen om stabile relasjoner mellom tiltak og resultat er en begrensning ved RCT-studier. Metodene og teknikkene som benyttes i sosiale og psykologiske tiltak får i RCT-studier mindre oppmerksomhet, ved at sammenhenger som er bundet til relasjonelle og kontekstuelle forutsetninger «forsvinner» som feilvarians i slike gruppedesign.[60]

Kvalitative studier blir også brukt i å dokumentere evidens av tiltak. Disse kvalitative studiene, for eksempel fenomenologiske studier, hermeneutiske studier, Grounded Theory og case-studier, handler om å få mer kunnskap om hvordan tiltakets effekter kan forstås av

[52] Bohlin, I., & Sager, M. 2011
[53] Hole, G. O. 2008
[54] Weis, J. R. & A. E. Kazdin 2003
[55] Kaptchuk 2001
[56] Gabbay, J., & A. Le May 2011
[57] Baskin et al. 2003, Cuijpers et al. 2010, Munder et al. 2013
[58] Bohlin, I., & M. Sager 2011
[59] Leykin & DeRubeis 2009, Munder et al. 2013, Munder et al. 2012
[60] Ekeland 2007

forskningsdeltakerne[61]. Disse studiene kan ikke si noe om effekt, men kan derimot gi kunnskap om virkninger og subjektive oppfatninger.

Uavhengig av forskningsmetode, vil forskernes egne perspektiver og forforståelser influere valg av fokus og instrumenter, samt fortolkning av forskningsfunn. Det vil imidlertid være betydelige variasjoner mellom ulike studier, ved at visse forskningsmetoder nedtoner slike tilbøyeligheter.[62]

4.5.1 Evidensnivåer

Evidens handler om kvaliteten på dokumentasjonen i vurderinger som er gjort av kvaliteten i et tiltak. Det foregår viktige faglige debatter om: a) hvilke dimensjoner som skal måles for å si noe om effekt, b) hvordan de skal måles for å gi et riktigst bilde av fenomenet, c) ved i) hvilket tidspunkt, hvor ii) mange ganger og hvor iii) lenge målingene skal være, for å kunne si noe om grad av og varigheten i endringene, og d) om andre tiltak kan gis samtidig for samme eller tilgrensende problemer (fordi det gir for liten kontroll på hva som ledet til hvilken endring).

Framstilling av grad av evidens bør være nyansert. Det er derved ikke et enten–eller. Evidens vil strekke seg fra ikke å være vurdert via kvalitativt svake vurderinger og over til sterk kvalitet som motpol. Kvaliteten baseres på en rekke forhold; antall informanter/respondenter, instrumenter som er benyttet, og forsknings- og analysemetode. Forskning inneholder feilkilder eller tilbøyeligheter. Det er derfor stor forskjell på om en metode er vurdert i én studie versus flere. Det er følgelig viktig at slike vesentlige forskjeller i kvalitet (soliditet) mellom dokumentasjon som finnes om de ulike tiltakene gjenspeiles i oversikter. En av de mer nyanserte og lettfattelige oversiktene er den som benyttes av Ungsinn. Vi har lagt denne til grunn for vår analyse av de ulike tiltakene. Nedenfor gjengis i korte trekk Ungsinns definisjoner av de fire evidensnivåene.

1. Potensielt virksomt tiltak: Tiltakets elementer er beskrevet i detalj med målsetting, målgruppe, metoder og materiell.
2. Sannsynlig virksomt tiltak: Her kreves en plausibel rasjonale for at tiltaket har effekt. I tillegg til beskrivelsene som gjelder for evidensnivå 1, er det beskrevet en teori som sannsynliggjør effekt i forhold til målsettinger og målgruppe.
3. Funksjonelt virksomt tiltak: Kravet er at det er demonstrert at tiltaket leder til ønskede forandringer i målgruppen. I tillegg til beskrivelsene for evidensnivå 1 og 2 foreligger det systematiske evalueringer gjennomført i landet.
4. Dokumentert virksomt tiltak: Her kreves en sterk evidens for at resultatene skyldes tiltaket og ikke andre faktorer. I tillegg til kravene som stilles for evidensnivå 1, 2 og 3, foreligger det forskning med en design som sannsynliggjør at resultatene skyldes tiltaket.

4.5.2 Innspill til videreutvikling av evalueringsverktøy

Funn i dette forskningsoppdraget tyder på at forskningen om de viktigste tiltakene i Norden befinner seg på et høyt evidensnivå. Dette gjelder spesielt forskningen i Norge, der RCT-studier dominerer. I Sverige strekker forskningsfunnene seg over et bredere spekter av evidensnivåer (evidensnivå 2–4), mens forskning i Danmark og Island er på evidensnivå 3.

Et spørsmål som kan stilles i denne sammenheng er om evidensnivå 4 i tilstrekkelig grad er bygget på nivåene under, eller om det er behov for mer kunnskap om hva som er *avgjørende* for at et tiltak har den effekt som er påvist. Dette kan bidra til mer kunnskap om eventuelle behov for å tilpasse metodene til lokale forhold, og hva som er viktig å legge vekt på for å sikre at metodene fungerer godt i de nordiske land.

[61] Woody, J. D., D'Souza, H. J. & Dartman, R. 2006
[62] Miller et al. 2008, Tolin 2010

Kvalitative studier vil også kunne bidra til å synliggjøre barnas stemmer i forskningen. Barneperspektivet vurderes som tydelig i tiltakene som er kartlagt i oppdraget, men ikke tydelig i forskningen som er kartlagt.

En annen strategi som kan bidra til å styrke kunnskapsgrunnlaget om foreldrestøttende tiltak i Norden, er å foreta studier på et nordisk nivå. De empiriske studiene som er kartlagt er avgrenset til det enkelte nordiske land, og dette vanskeliggjør direkte sammenlikning mellom landene. Et eksempel er at MST viser seg mer effektivt i Norge enn i Sverige. Hva som er årsaken til denne variasjonen, er vanskelig å forklare ut fra foreliggende kunnskap. Det kan blant annet handle om kjennetegn ved målgruppen som har fått tilbudet, hvordan tilbudet er blitt utformet, eller hvordan tilbudet til kontrollgruppen er blitt utformet. Studier på et nordisk nivå, som omfatter flere land samtidig, gir muligheter for å kontrollere for denne typen forskjeller mellom landene, og dermed bidra til bedre kunnskap om hvordan et tiltak fungerer på tvers av landene i Norden.

Arbeid med barn, unge, foreldre og familier, er komplekst, slik det framgår av kartleggingen og kunnskapsoversikten presentert i denne rapporten. Kunnskapshullene som er identifisert kan også tilskrives denne kompleksiteten, og det er krevende og komplisert å redusere disse hullene. Kompleksiteten i feltet karakteriseres eksempelvis av for ensidig kunnskap om årsakssammenhenger (jf. kunnskapshull 1), mangelfull informasjon om tiltakenes effekt for ulike målgrupper (jf. kunnskapshull 3), samt kunnskap om grad av programlojalitet blant terapeuter (jf. kunnskapshull 2). I tillegg preges dette feltet av en viss usikkerhet ved at tiltakenes effekt også avhenger av relasjoner og personlig kompetanse både blant de som leverer og blant de som mottar innsatser av ulike typer. Disse faktorene er alle sentrale i vurdering av hensiktsmessigheten og effekten av ulike tiltak. På bakgrunn av dette har vi uarbeidet et innspill til evalueringsverktøy som legger til rette for å begynne å dekke de fire sentrale kunnskapshullene som er identifisert.[63]

Rambølls innspill til videreutvikling av evalueringsverktøy som kan bidra til bedre og mer kunnskap om de viktigste metodene oppsummeres i tabell 4.3. I tabellen tas det utgangspunkt i de fire viktigste kunnskapsbehovene som er identifisert i oppdraget, og som er beskrevet i avsnitt 4.4. Tabellen angir de fire respektive hovedtemaene, hva man har mål om å fremskaffe kunnskap om innen hvert tema, hvilke problemstillinger som kan danne grunnlag for å utarbeide forskningsspørsmål for fremtidige evalueringer, og hvilke metoder som kan benyttes. På bakgrunn av det eksisterende kunnskapsgrunnlaget, samt mangfoldet og kompleksiteten i feltet, er dette innspillet til evalueringsverktøy utarbeidet på et overordnet nivå.

[63] På grunn av kompleksiteten i feltet, mangfoldet av ulike tiltak, og kunnskapshullene og usikkerheten som eksisterer med hensyn til effekten av ulike tiltak, er det på bakgrunn av denne undersøkelsen hverken metodisk eller faglig forsvarlig å utforme en enkel sjekkliste eller konkrete kvalitetsindikatorer for å vurdere tiltak som mangler dokumentert effekt.

Tabell 4.3. Innspill til videreutvikling av evalueringsverktøy

Tema	Mål	Problemstillinger	Metode
Virkninger og årsakssammenhenger	• Fremskaffe kunnskap om hva som er avgjørende for at et tiltak virker, ikke bare hvorvidt det virker • Mer kunnskap om behov for tilpasning av metoder • Mer kunnskap om brukernes – både foreldrene og barnas – opplevelser	• Hvordan, og under hvilke forhold, virker aktuelle tiltak, og hvilke elementer er mest utslagsgivende overfor hvilken type brukere? • Når er det behov for å justere og tilpasse tiltakene? • Hvilke elementer ved foreldres praksis er det som har innvirkning på barnets atferd?	• Kvantitative og kvalitative studier • Intervju og observasjon • Direkte involvering av barn i forskningen • Teoriutvikling
Sammenlikning av effekter på tvers av de nordiske landene	• Fremskaffe mer kunnskap om hvordan tiltak fungerer i de ulike nordiske landene • Mer kunnskap om behov for tilpasning av metode til nasjonale/ lokale forhold • Mer kunnskap om behov for støtte til implementering i de ulike landene	• Hvordan virker tiltakene på tvers av land? • Hva er effekten av tiltakene på tvers av land? • Hvordan kan tiltak tilpasses for å gi størst mulig effekt i hvert land? • Hvilken grad av implementerings-støtte er det behov for slik at tiltaket skal gi effekt i de ulike landene?	• Studier på et høyt evidensnivå • Det er sentralt at vurderingene på tvers av land gjøres på så likt grunnlag som mulig, eksempelvis ved at behandlings-gruppene har samme karakteristikker, at tilbudet som gis til kontrollgrupper er av samme kvalitet, og at terapeutenes programlojalitet inkluderes i betraktningen
Effekter for ulike målgrupper	• Fremskaffe kunnskap om effekt av tiltakene for ulike grupper • Mer kunnskap om hvordan ulike grupper kan nås i større grad • Mer kunnskap om effekt av ulike versjoner av tiltakene for ulike grupper	• Hvordan virker tiltakene for ulike grupper? • Hva er avgjørende for at tiltakene treffer og virker for ulike grupper? • Hvordan kan tiltak tilpasses for å øke både rekruttering og effekt for ulike grupper?	• Kombinasjon av studier på ulike evidensnivåer • Utprøving av ulike strategier/kanaler for å treffe ulike grupper, både når det gjelder hvilke kanaler tiltaket tilbys gjennom, og hvordan selve innholdet i tiltaket utformes
Effekter på lang sikt	• Fremskaffe kunnskap om hva som er effekter på lang sikt i Norden	• Hva er effekt av tiltakene for brukerne på lang sikt? • Hva er effekt av tiltakene for samfunnet på lang sikt?	• Longitudinelle studier • Samfunnsøkonomiske analyser (kost vs. nytte)

5. FORELDRESTØTTENDE TILTAK I DE NORDISKE LANDENE

I dette kapittelet presenteres situasjonen vedrørende foreldrestøttende tiltak i hvert av de fem nordiske landene. Landpresentasjonene er basert på litteraturgjennomgang, og ekspertintervjuer med nasjonale forskere og myndighetspersoner.

Hver landrapport inkluderer en kort introduksjon av det generelle tilbudet til barn, foreldre og familier i landet. Deretter redegjøres det for bakgrunnen og situasjonen for foreldrestøttende tiltak, før kartleggingen av de foreldrestøttende tiltakene i landet presenteres. Avslutningsvis beskrives dokumenterte effekter av landets foreldrestøttende tiltak.

5.1 Foreldrestøttende tiltak i Norge

5.1.1 Om det generelle tilbudet til familier i Norge

Sammenliknet med de øvrige nordiske landene har Norge en sentralisert forvaltningsstruktur. Dette betyr at flere beslutninger fattes av statlige myndigheter enn i de øvrige nordiske landene, og at det lokale og regionale nivået i større grad forholder seg til samme lover, regler og krav enn i de øvrige landene. Tjenester og tiltak er dermed mer enhetlige på tvers av kommuner og regioner i Norge enn i de øvrige nordiske landene.

Det mest utbredte og benyttede tilbudet til familier i Norge av generell, universell karakter utgjøres (ved siden av skole) av helsestasjon- og skolehelsetjenesten, barnehage og skolefritidsordning (SFO). *Helsestasjon/skolehelsetjenesten/ungdommens helsestasjon* er en del av det kommunale hjelpeapparatet. Dette er lovpålagt og gratis tjeneste til alle gravide og småbarnsfamilier. Helsestasjonenes hovedformål er å utøve planmessig helsefremmende og forebyggende helsearbeid mot barn i alderen 0–6 år. Gjennom jevnlige samtaler med foreldre og barn kartlegges individuelle behov, og eventuelle utfordringer og problemer. Helsepersonellets rolle er å bistå foreldrene til å foreta valg og støtte dem i det ansvaret de har for barnets helse. Helsestasjonen kan også henvise til behandling og gi informasjon om hjelpetiltak fra andre instanser ved behov.[64] Studier fra Danmark viser at bare 1 av 4 barn med psykiske lidelser oppdages av sundhedsplejersker[65], og tilsvarende funn er også gjort i Norge[66].

Barnehage er et dagtilbud til norske barn under skolepliktig alder. I 2009 ble det innført lovfestet rett til barnehageplass for alle barn over ett år. Kommunene har selv ansvar for bygging, godkjenning og tilsyn av barnehagene, og skal selv dekke kostnader til drift (84 %) som ikke dekkes av andre offentlige tilskudd (2 %) og foreldrebetalinger (15 %) (tall for 2012).[67] For å legge til rette for at så mange som mulig skal kunne benytte seg av barnehagetilbudet har det siden 2003 vært en maksimumpris for barnehageplass i Norge.

SFO er et kommunalt tilbud om barnepass før og etter ordinær skoletid for elever fra første til fjerde klasse, og for barn med særskilte behov fra 1.–7. klassetrinn. Skolefritidsordningen er lovfestet i opplæringsloven og ble innført gjennom Reform '97, men kommunen forpliktes ikke til å opprette et bestemt antall plasser eller å gi tilbud til mer enn én av skolene i kommunen. Hver kommune har sin egen skolefritidsordning og private kan også stå for deler av ordningen. SFO finansieres med foreldrebetaling og øremerkede statlige tilskudd til kommunene.[68]

---

[64] Sosial- og helsedirektoratet 2004; St.mld. nr. 34 (2012-2013)
[65] Skovgaard 2010
[66] Wichstrøm et al. under utarbeiding
[67] SSB 2013
[68] Kunnskapsdepartementet 2013; Utdanningsdirektoratet 2013

Når det gjelder mer selektivt innrettet støtte til foreldre, barn og familier med spesielle behov og utfordringer, har både stat og kommune ansvar og oppgaver. *Barneverntjenesten* har som hovedoppgave å sikre at barn og unge får trygge oppvekstvilkår, og har plikt til å sette i gang hjelpetiltak for barnet og dets familie ved behov. Organiseringen av oppgaver og ansvar er fordelt mellom kommunalt og statlig nivå. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD) har det overordnete forvaltningsansvaret for barnevernloven, og for tilsynet av denne. De regionale barnevernmyndighetene (Bufetat og Bufdir) skal bistå barneverntjenesten i kommunene med plassering av barn utenfor hjemmet og bistå kommunene med rekruttering, formidling og opplæring av fosterhjem. I 2012 hadde 53 200 barn og deres familier tiltak fra barnevernet.[69]

Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) er et poliklinisk spesialhelsetilbud innen psykisk helsevern for barn og ungdom, og skal ta hånd om problemer som ikke kan løses i de kommunale helsetjenestene. Hovedoppgaven består av å hjelpe barn i alderen 0–17 år og deres familier i form av utredning av, behandling av, rådgivning og tilrettelegging overfor psykiske vansker, atferdsvansker og læringsvansker. For å få hjelp av BUP må man ha henvisning fra lege eller leder i barneverntjenesten i kommunen.[70]

5.1.2 Kort om foreldrestøtte i Norge

En statlig satsning som preger bildet i Norge er den universelle tilnærmingen i statens *Program for foreldreveiledning*, herunder ICDP. Dette ble først startet opp i 1995, og var således det første strukturerte statlig initierte foreldrestøttende tiltaket i Norge. Dette programmet ble tatt over av Bufetat og gjenopprettet i 2006. Foreldreveiledningsprogrammet har fokus på foreldrenes sensitivitet overfor barna. Programmet har som mål å øke foreldrenes selvtillit i foreldrerollen og deres lydhørhet og bevissthet om barnas signaler og behov, og gjøre dem i stand til å møte disse behovene. Foreldreveiledningsprogrammet ble gjenopprettet som ledd i et statlig ønske om å styrke tilbudet til foreldre på et universelt forebyggingsnivå i tillegg til de selektivt eller indikativt innrettede atferdsorienterte tiltakene.

Foreldreveiledningsprogrammet består av tre deler. Den første, og største, delen er ICDP (International Child Development Program). Dette er gruppebasert veiledning tilknyttet ulike kommunale tjenester. Den andre delen er helsestasjonsmateriellet «Sammen foreldre og barn», en perm med informasjon som deles ut ved helsestasjoner til nybakte foreldre, og er tenkt som et redskap for helsesøster til å samtale med foreldrene om hvordan de kan fremme barnets utvikling gjennom samspill. Den tredje delen utgjøres av frittstående informasjonsmateriell bestående av brosjyrer, temahefter og DVD'er om ulike tema knyttet til omsorg for barn. Dette materiellet kan brukes av både foreldre, grupper og fagpersoner ved behov.

Situasjonen for foreldrestøttende tiltak i Norge har for øvrig i de siste 15 årene i stor grad vært preget av et statlig initiert fokus på barn og unge med atferdsvansker. Det ble i 1998 ble bestemt fra sentralt politisk hold at evidensbaserte tiltak skulle innføres i hele landet.[71] Den nye barnevernloven av 1992 fremhevet for første gang atferdsproblemer som selvstendig grunn til å plassere barn og unge i opplærings- og behandlingsinstitusjon. I forlengelse av dette oppstod det et behov for å vurdere om bruken av de nye atferdsparagrafene i loven (§§ 4-24 til 4-27) fungerte i overensstemmelse med lovens intensjon. Det viste seg at det eksisterte lite systematisk kunnskap om emnet, og regjeringen Jagland la i 1997 frem en handlingsplan for barn og ungdom med atferdsvansker (Q-12/97), hvor videre utvikling av spesifikke tiltak, tydeliggjøring av ansvarsforhold og iverksetting av forskning, var noen av satsningsområdene.[72]

---

[69] SSB 2013

[70] Helsedirektoratet 2008

[71] Ogden et al. 2009

[72] Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet 1997

Opprettelsen av Atferdsprosjektet ved Psykologisk Institutt ved Universitetet i Oslo, delvis finansiert av daværende Barne- og familiedepartementet og Sosial- og helsedepartementet, var et av de konkrete tiltakene som ble satt i gang. Høsten 2007 arrangerte også Norges Forskningsråd (NFR) en ekspertkonferanse om «Tilbud til barn og unge som er spesielt vanskelige og utagerende» på initiativ fra de nevnte departementene. Departementene etterlyste systematisert og anvendelig kunnskap om årsaksforhold, forebygging og effektiviteten av ulike behandlingsformer. Det ble i sammenheng med dette nedsatt en ekspertgruppe som i NFR-publikasjonen *«Barn og unge med alvorlige atferdsvansker – hva kan nyere viten fortelle oss og hva slags hjelp trenger de?»* presenterte sine anbefalinger om forebygging og behandling av atferdsvansker, og hvordan videre forskning på feltet burde innrettes.[73] Ekspertgruppen understreket at atferdsproblemer er den vanligste formen for psykiske lidelser hos barn og unge i Norge, og anslo at forstyrrelsen rammer om lag 5 % av barne- og ungdomsbefolkningen, samt at omtrent 50 % av de med atferdsproblemer som barn fortsatt har problemer som ungdom. Barn og unge med atferdsvansker ble derfor vurdert som en viktig gruppe å satse på, både på forebyggende og behandlende nivå.

Ekspertgruppen viste i sin rapport til studier som viser at det er mulig å oppnå gode resultater for barn og unge med atferdsvansker, spesielt hvis hjelpen blir igangsatt tidlig i forløpet.[74] I tråd med ekspertgruppens anbefalinger og i samarbeid med Atferdsprosjektet, ble det bestemt at man i Norge skulle satse systematisk på innføring evidensbaserte tiltak. MST, PMTO og DUÅ ble valgt som programmer. Alle 19 fylker fikk finansiert opplæring og andre kostnader knyttet til implementeringen av disse programmene. De tre sentrale tjenesteaktørene for barn og ungdom med atferdsproblemer, barnevernet, skolesystemet og barne- og ungdomspsykiatri, har alle blitt tildelt ansvar for å tilby programmene. Ekspertgruppen anbefalte for øvrig også at programmene skulle bli evaluert gjennom randomiserte kontrollerte effektivitetsstudier.[75]

Da barnevernloven fikk nye bestemmelser i 2000, ble det ble lagt større vekt på barnevernets rolle som forebygger, og at hjelpetiltak primært skal være forsøkt i lengre tid før det gis hjemmel for å sette inn tvangstiltak. I 2003/2004 ble det gjennomført en storstilt omorganisering av barnevernet i Norge, hvor staten overtok fylkeskommunenes oppgaver på barne- og familieområdet. Det ble fremhevet at det skulle være et statlig ansvar at barn, unge og familier i alle deler av landet skulle få et likeverdig tilbud.

Samme år ble også det femårige Atferdsprosjektet ved UiO avsluttet og Atferdssenteret (Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis AS) etablert i forlengelse av dette. Målsettingen med opprettelsen av senteret var blant annet å styrke forskning om atferdsproblemer, finne frem til evidensbaserte metoder og implementere disse i hele landet i samarbeid med statlige instanser og kommuner. I tillegg fikk Atferdssenteret en evaluerende rolle da senteret også skal evaluere effekten av metodene, og eventuelt forbedre dem. Atferdssenteret er følgelig: «…*en av de få institusjoner i Norge som er opprettet for å forske på hvilke tiltak som har effekt overfor et gitt problem, og samtidig sørge for å implementere slike metoder i hele landet (…)* [og] *arbeider således med både forskningsbasert innovasjon og med innovasjon med forskermedvirkning*».[76] Senteret finansieres i dag av Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet/Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Helse- og omsorgsdepartementet/Helsedirektoratet, og Kunnskapsdepartementet/Utdanningsdirektoratet.[77]

5.1.3 Kartlegging av foreldrestøttende tiltak i Norge

Tabell 5.1 viser en oversikt over de foreldrestøttende tiltakene som er kartlagt i Norge i denne undersøkelsen.

[73] Zeiner et al. 1998
[74] Ibid.
[75] Ogden et al. 2009
[76] Atferdssenteret 2012
[77] Atferdssenteret 2013

Tabell 5.1. Kartlegging av foreldrestøttende tiltak i Norge

Tiltak	Formål	Varighet og intensitet	Alder	Målgruppe
PMTO (Atferdssenteret/Bufetat)	At barn og foreldre kan gjenopprette en positiv relasjon slik at opposisjonell atferd brytes og positiv utvikling fremmes	Møter mellom foreldre og terapeut en gang i uken, vanligvis mellom 10–50 møter	3–12 år	Foreldre til barn med alvorlige atferdsproblemer
TIBIR (Atferdssenteret)	Øke positive foreldreegenskaper for å forhindre og redusere atferdsproblemer og fremme positive sosiale ferdigheter hos barna	Seks intervensjoner: kart-legging, foreldrerådgiving, foreldrerådgiving i gruppe, konsultasjon, sosial ferdighetstrening, PMTO-behandling	3–12 år	Barn og deres foreldre der barna allerede har eller står i fare for å utvikle atferdsvansker
MST (Atferdssenteret/Bufetat)	At ungdommen fungerer godt uten atferdsproblemer	Terapeut møter familien hjemme med varierende hyppighet, i 3 til 5 måneder	12–18 år	Ungdom med alvorlige atferdsproblemer
DUÅ (RKBU Nord og RKBU Midt)	Forebygge og behandle atferdsproblemer hos barn	Ukentlige møter, varierende antall i ulike varianter av programmet	0–1 år, 1–3 år, 2–6 år, 3–6 år, 6–12 år	Foreldre, barn og ansatte i skoler, SFO og barnehager, fokus på atferdsproblemer
Program for foreldreveiledning, ICDP (Bufdir/ICDP Norge)	Bidra til å fremme barnets utvikling og forebygge psykiske vansker gjennom å styrke omsorgsgivernes selvtillit i omsorgsrollen, øke deres lydhørhet og bevissthet for barnas signaler og behov og gjøre dem i stand til å møte disse behovene.	Foreldregrupper ledet av sertifiserte veiledere, 8 møter med 8 temaer for godt samspill mellom foreldre og barn	0–18 år	Foreldre og andre omsorgsgivere
Program for foreldreveiledning, Sammen foreldre og barn (Bufdir)	Bidra til å fremme barnets utvikling og forebygge psykiske vansker gjennom å styrke omsorgsgivernes selvtillit i omsorgsrollen, øke deres lydhørhet og bevissthet for barnas signaler og behov og gjøre dem i stand til å møte disse behovene.	Informasjonsmateriell tilgjengelig ved helsestasjoner	0–4 år	Alle foreldre
Familieråd / Family Group Conferences (Bufdir)	Barn og unge skal få hjelp innad i familie og nettverk. Familien skal finne løsninger på et problem og være med på å gjennomføre løsningen. Bygger på tanker om empowerment og ansvarliggjøring av familien, og aktivering av det nære nettverkets ressurser.	Iverksettes etter en konkret og individuell vurdering enten pga. forholdene i hjemmet eller fordi barnet av ulike årsaker har særskilte behov, og kun dersom familien selv er positiv til dette. Familierådsmøtet gjennomføres etter en periode med	0–18 år	Den utvidete familien (barn/unge, foreldre, søsken, tanter, onkler, besteforeldre, og andre slektninger og nære venner av familien)

		planlegging		
Trygghetssirkelen / Circle of Security (CoS) (RBUP Øst og Sør)	COS skal hjelpe omsorgspersoner til å forstå hvorfor barn oppfører seg som de gjør, og hvordan barnet kan hjelpes i sin utvikling. Målet er at barnet skal bli tryggere, og få hjelp til å utvikle god selvregulering og sosial kompetanse.	- Gruppemodellen: 12 gruppesamlinger med 4-10 foreldrepar, over 5 måneder. Standardisert filmmateriale av samspill mellom barn og foreldre. - Familiemodellen: Individuell veiledning av familiene. Behandlingsforløpet tar minimum ett år.	Gruppemodellen: barn i førskolealder Familiemodellen: 11 mnd. til 6 år	Alle familier der det er behov for å arbeide med å forbedre samspill og styrke tilknytning mellom foreldre og barn.
Trygg Base (RKBU Vest)	Modell for veiledning av fosterforeldre, med utgangspunkt i tilknytningsteori.	-	Ikke oppgitt	Fosterforeldre
PRIDE (Bufdir)	Introduksjons- og opplæringsprogram for kommende fosterforeldre.	30 timer fordelt på 3-4 måneder med enkeltsamlinger og helgesamlinger. Hjemmeoppgaver og hjemmebesøk av terapeut mellom kurssamlingene.	0–18 år	Fosterforeldre
Marte Meo (Marte Meo foreningen)	Veiledningsmetode som har til hensikt å styrke og utvikle samspillet mellom foreldre og barn. Fokuset er på barnets utviklingsprosess og hva foreldre/fagpersoner kan gjøre for å støtte barnet i sin videre utvikling.	Videoanalyse av samspillet mellom foreldre og barn brukes som basis for å utvikle en arbeidsplan for hvilken utviklingsstøtte barnet trenger. Tiltaket varer vanligvis 6-10 uker.	Ikke oppgitt	Foreldre og fagpersoner som arbeider med barn i helsestasjonssammenheng. Brukes også som tiltak/behandling innenfor barnevern, fosterhjem, barne-og ungdomspsykiatrien og habiliteringen (barn med spesielle behov).
Fortsatt foreldre (Bufdir)	Kurs for foreldre etter samlivsbrudd. Hensikten er at barna skal få oppleve at foreldrene klarer å samarbeide og kommunisere etter bruddet, slik at barnas hverdag blir mest mulig forutsigbar og trygg.	Kurset går over 5 kurskvelder à 2,5 timer i grupper på mellom 6-12 deltakere.	0–18 år	Foreldre som har gjennomgått samlivsbrudd.
Nyfamiliens muligheter (Stiftelsen KF)	Foreldreseminar for personer som lever i relasjoner der en eller begge har et tidligere forhold med barn. Fokus er på kommunikasjon og konfliktløsning.	Seminaret varer ca. 2 timer.	0–18 år	Familier med «stebarn»
Samspillsmetoden Dialog (SHK-kommunikasjon)	Samspillsmetode for foreldre og omsorgsgivere som har som mål å skape bevissthet rundt samspillet med barn og tilrettelegging for barnets positive utvikling.	4 kurskvelder à to timer. Ledes som regel av kommunens helsesøstre og fokuserer på foreldrenes egenaktivitet og deltakelse.	0–18 år	Alle foreldre og omsorgspersoner
LØFT (Voksne for barn)	Kurs for foreldre/omsorgspersoner der deltakerne lærer løsningsorienterte metoder for barneoppdragelse og styrker	Fem samlinger fordelt på 2-3 måneder.	3–18 år	Foreldre og omsorgspersoner

	deltakernes tro på seg selv i sin rolle.			
Smarte foreldre (Voksne for barn)	Program basert på kognitiv atferdsterapi hvor foreldre lærer grunnleggende prinsipper i mestring av angst og depresjon hos sine barn.	12 gruppesamlinger hvorav de syv første er organisert som undervisning, og de fem siste har fokus på erfaringsutveksling.	0–18 år	Foreldre med engstelige, trise eller deprimerte barn
Home Start Familiekontakten (HSF)– sosial støtte til småbarnsforeldre (Home-Start Norge)	Forebyggende familiestøtteprogram for småbarnsforeldre som trenger en ekstra håndsrekning i hverdagen. Støtten gis av en frivillig familiekontakt.	Frivillige besøker småbarnsfamiliene 2–4 timer i uken, og bistår med det familiene har behov for.	0–6 år	Småbarnsfamilier med minst ett barn under skolealder
Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC) (Atferdssenteret/Bufetat)	Helhetlig, teambasert behandling hvor ungdommen flytter inn i et spesialopplært fosterhjem for en periode. Gjennom et tilpasset opplegg er målet at ungdommen skal få hjelp til å utvikle en mer positiv atferd og styrket selvtillit, og at ungdommen etter hvert fungerer så godt at han/hun kan flytte hjem.	Behandlingstid er ca. 9–12 måneder.	12–17 år	Ungdom med alvorlige atferdsproblemer og deres familie
Funksjonell familieterapi (FFT) (Atferdssenteret/Bufetat)	Tredelt, individuell tilpasset behandling med fokus på familiens samspill, kommunikasjon og problemløsning.	10-30 timer fordelt på 3–6 mnd.	11–18 år	Ungdom med alvorlige atferdsproblemer og deres familie
Sterk og klar (IOGT)	Hovedformålet er å utsette unges alkoholdebut.	Individuelle samtaler og gruppesamtaler med en terapeut over 3 år.	13–16 år (ungdomsskole)	Alle ungdomsskoleelever og deres foreldre

5.1.4 Dokumenterte effekter av foreldrestøttende tiltak i Norge

Forskningsoversikten i Norge viser at det foreligger en mengde forskning på et begrenset antall foreldrestøttende tiltak. Fire av de fem tiltakene som inngår i denne forskningsoversikten kan vise til effekter på evidensnivå 4. Dette betyr at det er en sterk evidens for at resultatene i evalueringene er en effekt av tiltaket og ikke av andre faktorer. På dette nivået foreligger det effektevalueringer med en forskningsdesign som sannsynliggjør at resultatene er forårsaket av tiltaket. 20 norske studier utgjør grunnlaget for den følgende oversikten over effekter og evidensnivå, jfr. tabell 5.2.

Tabell 5.2. Dokumenterte effekter av foreldrestøttende tiltak i Norge

Tiltak	Dokumentert effekt	Evidensnivå
TIBIR – Foreldrerådgivning i gruppe[78]	TIBIR (Foreldrerådgivning i gruppe) er et mer effektivt tiltak for å redusere problematferd hos barn og øke foreldres kompetanse enn vanlige kommunale tiltak («regular service») er. Effekten av tiltaket er fortsatt til stede seks måneder etter avsluttet tiltak, men er da noe mindre enn ved tiltaksslutt. Effekten er med andre ord synkende over tid. Funn tyder på at mødrenes psykiske helse påvirker effekten av tiltaket.	IV
PMTO[79]	Ulike versjoner av tiltak baser på PMTO programmet har vist positive effekter i reduksjon av problematferd hos barn. Det er gjennomgående at størst effekt gjelder barnas atferd hjemme og i relasjonen mellom foreldre og barn. Effekten på barnets atferd på skole og i barnehage er mer usikkert. Langtidseffekten (etter ett år) er moderat. Grad av nøyaktighet i behandlingen er viktig for god effekt.	IV
DUÅ[80]	Ulike versjoner av tiltak basert på programmet DUÅ har vist seg å være effektivt for å redusere atferdsproblemer hos små barn og for å bedre foreldrenes oppdragelsesmetoder. Av de ulike delprogrammene i DUÅ er det foreldretreningsprogrammet som har størst og klarest påvist effekt. Dinosaurprogrammet (til skoler) og barneprogrammet (Child talks) har noe effekt, men fungerer best som et supplement til foreldretreningen.	IV
MST[81]	MST har vist seg å ha større effekt når det gjelder å endre barns og ungdommers atferdsproblematikk enn det vanlige kommunale tilbudet. Foreldrene er også mer fornøyde med MST-programmet enn det ordinære kommunale tilbudet.	IV
ICDP[82]	ICDP er blitt tilbudt til ulike grupper av foreldre med spesielle utfordringer (familier med minoritetsbakgrunn, foreldre i fengsel, foreldre til funksjonshemmede barn og omsorgsgivere generelt), samt foreldre uten særskilte karakteristikker eller utfordringer. Programmet hadde generelt positive effekter både i tilpasset og i generell versjon: Foreldrene opplevde bedre mestring og tro på egne ferdigheter. I tillegg lærte og praktiserte foreldrene mer positive og bedre oppdragelsesstrategier, og fikk økt positivt engasjement og omsorgsfølelse for barnet.	III

Som det fremgår av tabellen over, finnes PMTO i flere ulike tilpassede versjoner. Alle disse har vist positive effekter på barnas atferd og på relasjonen mellom foreldre og barn, i følge forskningen som inngår i denne oversikten. De følgende avsnittene gir en kortfattet gjennomgang av den påviste effekten av de ulike versjonene (hvorav alle studier er på evidensnivå 4).

[78] Kjøbli & Ogden 2012; Kjøbli & Bjørnebekk 2013; Kjøbli, Nærde, Bjørnebekk & Askeland 2013

[79] Ogden & Hagen 2008; Hagen, Ogden & Bjørnebekk 2011; Hukkelberg & Ogden 2013; Forgatch & DeGarmo 2011; Kjøbli, Hukkelberg & Ogden 2013; Jakobsen & Solholm 2009; Bjørknes & Manger 2013; Bjørknes, Jacobsen & Nærde 2011; Bjørknes, Kjøbli, Manger & Jakobsen 2012

[80] Drugli, Fossum, Larsson & Mørch 2010; Larsson et al 2008; Mørch et al 2004; Reedtz, Handlegård & Mørch 2011; Reedtz 2012

[81] Ogden & Halliday-Boykins 2004

[82] Sherr, Solheim Skar, Clucas, von Tetzchner & Hundeide 2011; Sherr, Solheim Skar, Clucas, von Tetzchner & Hundeide (2013)

Tradisjonell, individuell PMTO har effekt når det gjelder endring i positiv retning både for foreldre og barn. Flere studier viser en positiv og signifikant effekt av individuell PMTO-behandling både når det gjelder reduksjon i barnas atferdsproblemer og når det gjelder økning i positiv foreldrepraksis. Studiet viser at foreldrene etter PMTO-behandlingen forbedrer deres evne til grensesetting overfor barnet, mens foreldrenes problemløsningsferdigheter er på samme nivå som for kontrollgruppen, som ikke har deltatt i PMTO-behandling. Sammenlignet med ordinær behandling gir PMTO signifikant større effekt med hensyn til å redusere barnets utagerende atferd og forbedre barnets sosiale kompetanse. Resultatene tyder således på at PMTO-programmet er et effektivt behandlingsprogram for norske familier med atferdsproblemer. I stilmodellen var det bare effektiv foreldredisiplin som fungerte som mekanisme for endring i barnas atferd. Den langvarige effekten er moderat. Grad av nøyaktighet i behandlingen er viktig for god effekt.

Gruppebasert PMTO er rimeligere å gjennomføre enn den individuelt baserte behandlingen. Den gruppebaserte varianten har også positiv effekt på barnas atferd både på skolen og hjemme umiddelbart etter avsluttet tiltak. Studiene som er gjort på gruppebasert PMTO indikerer at tiltaket er effektivt for å redusere atferdsproblemer hos barn og for å bedre foreldrenes oppdragelsespraksis og mentale helse. Langtidseffekter vises på hjemmebane. Effekt på skole og i barnehage er mindre og forsvinner over tid.

Gruppebasert PMTO for fosterforeldre har positiv effekt på barnas atferd. Etter at foreldrene har gjennomgått programmet har barna mindre atferdsvansker, økte sosiale ferdigheter og er bedre tilpasset fosterfamilien. Effekten holder seg over tid, men er noe avtagende etter ett år. Kurset fikk svært gode tilbakemeldinger fra deltakerne, og disse etterspør oppfølgingssamlinger. Barna med de mest omfattende atferdsvanskene hadde også best effekt av kurset, og for denne gruppen bør balansegangen mellom å tilby kurs og behandling vurderes. For barna med mindre tydelig definert problematferd var effektene mer usikre. PMTO-terapeuter trenger kun kort opplæring for å kunne holde kurset. Implementering av kurset vil kreve sentral og regional tilrettelegging for å optimalisere rekruttering av målgruppen og gjennomføring av PMTO-kurset.

Gruppebasert PMTO for familier med innvandrerbakgrunn (mødre med bakgrunn fra Somalia eller Pakistan) bidro til at mødrene forbedret sin foreldrepraksis, og barna viste mindre atferdsproblemer hjemme. På skolen rapporterte ikke lærerne noen endring. Endringen hos barna forklares av en reduksjon i streng disiplinering og en økning i positiv foreldrepraksis blant mødrene. For å nå ut til foreldre og familier med innvandrerbakgrunn er det viktig med proaktive (oppsøkende) rekrutteringsstrategier. Lokale informasjonsmøter og direkte oppsøkende rekruttering er mer effektivt enn rekruttering gjennom det vanlige offentlige tilbudet.

Opplæringen av PMTO-terapeuter i Norge har generelt vært vellykket. De første PMTO-terapeutene i Norge fikk opplæring direkte fra personell i Oregon USA. Denne generasjonen terapeuter lærte videre opp generasjon 2 og generasjon 3. Alle generasjonene med PMTO terapeuter scorer over det fidelitetsnivået som kreves av sertifiserte PMTO-terapeuter. Grad av nøyaktighet og ferdigheter hos terapeutene (fidelitet) predikerer grad av endring i foreldrepraksis. Å være nøyaktig i opplæringen og legge vekt på høy grad av troskap overfor metoden er derfor avgjørende for om programmet får de ønskede effektene hos foreldre og dermed barna.

Også DUÅ finnes i flere utgaver. Foreldretrening (PT) har god effekt på små barn med relativt alvorlige atferdsproblemer. Særlig har programmet effekt for forholdet/relasjonen mellom foreldre og barn i hjemmet. Effekten på barnets oppførsel i barnehage og på skole er mindre tydelig. For mange av barna har imidlertid ikke tiltaket så god effekt som ønsket, og ca. 1/3 av barna har fortsatt en diagnose for atferdsproblemer (ODD eller CD) etter avsluttet DUÅ-program. Disse barna var kjennetegnet av å ha større atferdsproblemer før programmet enn

barna som ikke lenger hadde en atferdsdiagnose etter programmet. Dette kan tyde på at barn med alvorlig grad av atferdsproblemer trenger et mer omfattende program enn DUÅ. I tillegg hadde barna ofte flere problemer i tillegg til atferdsproblemene (såkalte komorbide vansker). Familiene til disse barna var kjennetegnet av å ha vært i kontakt med barnevernet i forbindelse med andre forhold, og at mødrene i større grad ble eller hadde blitt behandlet for psykososiale problemer.

Av de ulike formene for DUÅ-programmet er det foreldretreningsprogrammet som har best effekt på barnas atferd. Barnetreningsprogrammet (CT) og Dinosaurprogrammet har noe effekt, men fungerer best som et supplement til foreldretreningen. Det er uklart hvilken ekstra effekt barnetreningsprogrammet har i tillegg til foreldretreningsprogrammet. Resultatene tyder på at det bør fokuseres på å gi tilbud om foreldreprogrammet. Det er viktig med en viss deltakelse for å skape effekt. Mødre som deltok i 75 % eller flere av sesjonene i programmet BASIC 3-6, fikk signifikant bedre effekt av programmet sammenlignet med mødre i kontrollgruppen. For mødre som deltok i mindre enn 75 % av sesjonene i programmet ble det ikke funnet tilsvarende signifikante forskjell sammenlignet med kontrollgruppen.

En gruppebasert kortversjon av foreldretreningsprogrammet DUÅ for barn og foreldre flest har vist seg å være effektivt når det gjelder å endre foreldrenes oppdragelsespraksis til en mer positiv foreldrestil, og for å styrke deres opplevde kompetanse i foreldrerollen. Foreldrene som gjennomgikk kurset fikk mindre røffe oppdragelsesstrategier og en økning i foreldrenes tilfredshet med utøvelse av foreldrerollen, og barnas atferdsproblemer ble redusert. Det er noe usikkerhet knyttet til den langvarige effekten av tiltaket da ulike forskningsrapporter konkluderer ulikt på dette punktet.

5.2 Foreldrestøttende tiltak i Sverige

5.2.1 Om det generelle tilbudet til familier i Sverige

Den svenske forvaltningen har generelt en annen struktur og organisering enn den norske. Et særtrekk er et tydeligere skille mellom departementene og resten av embetsverket, ved at de ulike forvaltningsmyndighetene i praksis er frittstående fra departementene. I tillegg har kommunene flere oppgaver, og større frihet til å utforme disse selv. Den enkelte kommune har blant annet ansvaret for sosialtjenesten innenfor sitt område i tillegg til mange helserelaterte tjenester. Også barnehager og skolefritidsordning er tillagt kommunalt nivå.

Den svenske *förskolan* er et universelt tilbud til alle barn mellom 1–5 år. Kommunene har ansvar for å tilby plass fra barnet er ett år, og de fleste kommuner følger anbefalingene om en makspris basert på foreldrenes inntekt. I 2012 var 84,1 % av alle svenske barn i alderen 1–5 år tilknyttet *förskolan.*[83] For barn i alderen 6-12 år er *fritidshem (fritids)* et tilbud i tidsrommet før og etter ordinær skoletid. 56,2 % av alle svenske elever i alderen 6–12 år var tilknyttet fritidshem i 2012. Andelen er imidlertid betydelig høyere for den yngste aldersgruppen og tilsvarende lavere for de eldste barna i denne gruppen.[84]

Barnevernet i Sverige er i hovedsak en kommunal oppgave, og kommunene dekker selv utgiftene knyttet til dette. Sverige har imidlertid ikke et eget barnevern tilsvarende det norske, men ansvaret for barnevernssaker ligger hos *Socialstyrelsen*.[85] I tillegg til barn- og familiesaker har Socialstyrelsen ansvar for oppgaver knyttet til eldre, handikappede og individ- og familieomsorg. Hver kommune har ansvaret for at befolkningen får den hjelp og støtte de trenger og har krav på etter Socialtjänstlagen (SoL). Organiseringen av tilbudet varierer dermed (til dels mye) fra kommune til kommune.[86]

Den offentlige helsestasjonen (mödravårdscentral) tilsvarer den norske helsestasjonen og følger familien fra graviditet og til barnet er rundt 5-6 år. Det offentlige helsetilbudet og primærhelsetjenesten og den psykiatriske helsetjenesten er primært en landstingskommunal oppgave. Organisering av helsetjenestene varierer mellom de ulike landstingene.[87]

5.2.2 Kort om foreldrestøtte i Sverige

Etter en periode med en svensk familiepolitikk preget av statlig styring og stor tiltro til det offentlige velferdssystemet kom det i etterkant av det svenske valget i 2006 inn en ny regjering med familie som en av sine kjerneverdier, og med en ideologi som løftet mer av ansvaret fra samfunn, skole, barnehage osv., tilbake til familien som enhet. I etterkant av dette ble det i større grad lagt vekt på foreldres egne roller og ansvar for barns ve og vel.[88] Dette ble blant annet signalisert i proposisjonen om en ny folkehelsepolitikk i 2007.[89]

Med dette ideologiske skiftet fulgte også tanker om et behov for mer systematiske programmer for å støtte familiene i denne ansvarsoverføringen. Den nye regjeringen bestilte i 2008 en utredning om foreldrestøtte[90], og lanserte året etter en nasjonal strategi for foreldrestøttende arbeid, «En vinst för alla»[91]. Denne strategien er en del av regjeringens satsing på helsefremmende tiltak rettet mot barn og unge via deres foreldre[92]. En sentral motivasjon for strategien var et ønske om å gjøre noe med de økende utfordringene knyttet til svenske barn og

[83] Skolverket 2013a; Skolverket 2013b; Norden 2013a
[84] Norden 2013b; Norden 2013c
[85] Bufetat 2012
[86] NOVA 2010
[87] http://www.norden.org
[88] Lindström 2013; Bremberg 2013
[89] Socialdepartementet 2007
[90] SOU 2008:131
[91] Socialdepartementet 2009
[92] Statens folkhälsoinstitut 2013b

unges mentale helse som hadde blitt dokumentert siden 1990-tallet.[93] I følge foreldrestøtteutredningen (SOU 2008:131) som lå til grunn for den nasjonale strategien ble visse foreldregrupper nådd i mindre grad enn andre av de daværende støtteinnsatsene. Det fremtidige foreldrestøttende arbeidet skulle derfor utformes slik at det når alle foreldre uavhengig av om man er mor eller far, enslig forsørger, har utenlandsk bakgrunn, eller er forelder til barn med funksjonsnedsettelse. I utredningen ble følgende retningslinjer for strategien angitt:

- En generell foreldrestøtte utformet slik at det kan tilbys alle foreldre med barn 0-18 år
- At foreldrestøtten skal være tilgjengelig i hele landet
- At foreldrestøtten skal utgå fra et barneperspektiv

Det overgripende målet for strategien er at alle foreldre med barn under 18 år skal få tilbud om foreldrestøtte. Foreldrestøtte defineres i strategien som «en aktivitet som gir foreldre kunnskap om barns helse, emosjonelle, kognitive samt sosiale utvikling og/eller styrker foreldrenes sosiale nettverk». Strategien fokuserer på universell foreldrestøtte, som vil si at alle foreldre tilbys samme mulighet til støtte og hjelp. Formålet med denne universelle tilnærmingen er å fremme barns helse og positive utvikling via foreldrene, uten at enkelte foreldre eller foreldregrupper får tilbud av spesifikke årsaker. Strategien omfatter derfor ikke selektivt eller indikativt forebyggende innsatser. Strategien angir tre delmål som skal bidra til å nå hovedmålet. Disse er å utvikle samarbeid og samhandling mellom aktører på lokalt nivå knyttet til foreldrestøtte, å skape forutsetninger og arenaer for at foreldre kan treffes og utveksle erfaringer og kunnskap, og at de foreldrestøttende tiltak som tilbys bygger på vitenskap og evidensbaserte metoder.

Myndighetene innførte ingen nye lover eller krav for utøvelsen av foreldrestøtte i forbindelse med den nye strategien. Strategien er hovedsakelig tiltenkt som en støtte og inspirasjon for kommuner og regioner til å utvikle og/eller utøve deres egne tiltak. For å oppnå målene i den nasjonale strategien ga regjeringen det svenske folkehelseinstituttet i oppdrag å fordele midler til kommuner for å stimulere det lokale foreldrestøttende arbeidet i tråd med definisjonen av foreldrestøtte i strategien. Prosjektene som ble tildelt midler skulle foregå mellom 2010 og 2013, med en sluttrapport våren 2014. Et av kravene som ble stilt fra myndighetene var at den praktiske virksomheten skulle gjennomføres i samarbeid med en forskningsinsitusjon. På denne måten hadde kommunene som fikk tildelt midler også forpliktet seg til at deres foreldrestøttende tiltak skulle bli forsket på og vurderes. Som en del av strategien fikk også folkehelseinstituttet ansvar for å innhente, formidle og spre kunnskap og erfaringer fra prosjektene, inkludert hvordan foreldrestøttende tiltak kan gjennomføres på en god måte.[94]

Majoriteten av programmene som brukes i Sverige stammer fra og har blitt utprøvd i USA, Canada og Australia. Flertallet av tiltakene retter seg mot foreldregrupper med barn med konkrete utfordringer eller som er i risikosonen for å utvikle dette. I Sverige er det imidlertid ikke uvanlig at kommunene anvender slike programmer som universelle støttetiltak, ved at alle foreldre tilbys å delta uavhengig av om familien har identifiserte utfordringer. Dette gjør at grenseoppgangen mellom universelle og mer målrettede (selektive eller indikative) tiltak i Sverige kan være noe uklar.[95] I den nasjonale strategien fremheves det at det ikke er selvsagt at metoder som har en påviselig effekt på en spesifikk gruppe får samme effekt når metoden tilbys alle foreldre. Man så derfor et behov for større grad av forskning for å undersøke effekten av universelt innrettede tiltak i Sverige.[96]

Selv om svenske myndigheter har lansert en nasjonal strategi for foreldrestøtte, preges arbeidet med foreldrestøttende tiltak i Sverige like fullt av en stor grad av lokalt selvstyre. Svenske myndigheter har ikke en strategi om å spre spesifikke programmer på nasjonalt nivå, og legger

[93] Bremberg 2013
[94] Statens folkhälsoinstitut 2013b
[95] Ibid.
[96] Socialdepartementet 2009

opp til at arbeidet med å implementere, utøve og utvikle foreldrestøttende tiltak skal foregå lokalt og regionalt. På denne måten gis kommunene mulighet til å tilpasse sine innsatser til lokale behov, forutsetninger og målgrupper. Statlige myndigheter, gjennom Socialdepartementet og Statens folkhälsoinstitut har på denne måten i første rekke en støttefunksjon for kommuner og regioner som vil utvikle sin foreldrestøttende innsats. De sentrale myndighetenes rolle er hovedsakelig å bevilge midler, gi opplæring og veiledning, og å innhente erfaringer og kunnskap fra dette arbeidet som deretter kan spres til andre kommuner.

Folkehelseinstituttets rolle er således fortrinnsvis å støtte kommunal utvikling. Når det svenske folkehelseinstituttet bevilger midler til prosjekter om foreldrestøttende tiltak er det et vilkår at forskningsinstitusjoner skal involveres og samarbeide med kommunene om utviklingen av tiltak. Halvparten av midlene som tildeles prosjekter går til forskerne, og halvparten går til kommunene som skal drive tiltaket. Dette skiller seg dermed fra en statlig sponsing av konkrete metoder ved at man gir kommuner midler for å implementere bestemte tiltak. Dette fører også til at det er stor variasjon mellom kommuner når det gjelder hvilke programmer som anvendes, hvor omfattende de er, og hvordan de organiseres.

Svenske myndigheter støtter imidlertid også utviklingen og implementeringen av konkrete og mer avgrensede pedagogiske metoder. En sentral støtteressurs i statlig regi i denne sammenheng er den svenske Socialstyrelsens *Metodguide,* som gir informasjon og kunnskap om ulike evidensbaserte tiltak. Materialet i denne metodeguiden er først og fremst veiledende. Svenske myndigheter kommer med få konkrete anbefalinger når det gjelder hvilke tiltak kommunene eller andre aktører bør benytte.

5.2.3 Kartlegging av foreldrestøttende tiltak i Sverige

Folkehelseinstituttet understreker at foreldrestøtte er et vidt begrep og at det kan innebære mange ulike typer støtte på ulike forebyggings- og behandlingsnivåer. I deres håndbok presenteres ulike typer foreldrestøtte, og det understrekes at den viktigste formen for foreldrestøtte er den uformelle støtten som gis og mottas i egne sosiale nettverk. Det påpekes også at en sentral del av den svenske foreldrestøtten er nybakte mødres kontakt med helsesøster og tilbudet de får om å delta i foreldregrupper i barnets første leveår, med dype historiske røtter i den svenske velferdsstaten. I tillegg til dette tilbys det også mer strukturerte og manualbaserte foreldrestøttende tiltak. Tiltakene tilbys av ulike aktører og på ulike arenaer, eksempelvis barnehager, skoler, familiesenter, ideelle organisasjoner, «studieförbund» og sosialtjeneste.

Den nasjonale strategien som ble lansert i 2009 hadde en eksplisitt målsetting om at alle foreldre med barn under 18 år skal få et tilbud om foreldrestøtte. Det er følgelig et stort fokus på universelle, primærforebyggende tiltak i Sverige. Regjeringens tilnærming er i denne sammenhengen hovedsakelig å *fremme* god helsemessig og sosial utvikling hos alle barn og unge, fremfor å innrette tiltak for å motvirke konkrete utfordringer. Helseperspektivet er også årsaken til at folkehelseinstituttet har fått et stort ansvar for spredningen av foreldrestøttende tiltak i Sverige.

Dette betyr imidlertid ikke at det ikke finnes selektive og indikative tiltak med mer spesifikke målgrupper i Sverige. En del av de foreldrestøttende tiltakene som eksisterer retter seg mot barn med atferdsvansker, eksempelvis Cope, Komet og MST.

Når det gjelder potensielle målgrupper som ikke nås trekkes det frem i intervjuer at familier hvor foreldrene selv også har utfordringer er vanskelige å nå, eller å beholde i tiltaket når de først er involvert. For å imøtekomme dette har det blant annet blitt utformet tilpassede og mer fleksible versjoner av Komet (eksempelvis internettbaserte versjoner). Menn trekkes også frem som en generelt underrepresentert deltakergruppe. Et element som påvirker tilgangen på tiltak er kanalene tiltaket tilbys gjennom. Et ledd i dette er å tilby flere internettbaserte programmer.

Dette er blant annet gjort med Komet i Sverige, hvilket i større grad legger til rette for å nå foreldregrupper som er mindre tilbøyelige til å stille opp på gruppebaserte foreldrestøttende tiltak. Internettbaserte tiltak bidrar også til at man i større grad når ut til begge foreldrene enn i oppmøtebaserte programmer, fremheves det.

Vedrørende barneperspektivet trekkes det frem at flere tiltak kan ha en viss kjønnsbias, ved at problemer som ofte får oppmerksomhet (utagerende oppførsel, kriminalitet, alkohol, narkotika, osv.) oftere innbefatter gutter enn jenter. På denne måten får gutter mer oppmerksomhet, mens jenters utfordring kan være mindre synlige (spiseforstyrrelser er eksempelvis en mindre utbredt målgruppe for foreldrestøttende programmer).

Det hevdes videre at det ikke nødvendigvis er tiltakene innretning som gjør at visse målgrupper ikke nås i like stor grad som andre, men at tilgangen på tiltakene er det mest avgjørende. I teorien finnes det tiltak for alle familier og alle målgrupper, fremheves det. Omfanget av evidensbaserte metoder er imidlertid begrenset, hvilket potensielt kan begrense tilgangen og tilgjengeligheten.

Det svenske folkehelseinstituttet viser i en kartlegging av svenske kommuners arbeid med foreldrestøttende tiltak i 2011 at en stor majoritet av kommunene har introdusert en eller flere former for strukturert foreldrestøttende tiltak. Det programmet som hadde fått den største spredningen var *Örebro Preventions Program* (ÖPP). Dette tiltaket ble tilbudt i 69 prosent av kommunene som inngikk i kartleggingen[97]. Deretter fulgte *Vägledande samspel* (ICDP), *The Community Parent Education Program* (COPE), *Komet,* og *Familjeverkstan*, som alle ble tilbudt i omtrent 40 prosent av kommunene. I gjennomsnitt ble det tilbudt fire foreldrestøttende programmer i de involverte kommunene. Kartleggingen viste også at kommunene som deltok i prosjekter knyttet til den nasjonale strategien for foreldrestøtte utmerker seg positivt ved å ha mer samarbeid og et bredere tilbud av foreldrestøttende tiltak enn øvrige kommuner. Disse kommunene hadde også i større grad avsatt budsjettmidler til foreldrestøttende tiltak for kommende år. Folkehelseinstituttet understreker samtidig at dette var den første omfattende kartleggingen av foreldrestøttende arbeid i Sverige, og at det derfor er vanskelig å uttale seg om dette er direkte effekter av strategien og de medfølgende midlene, eller om prosjektkommunene allerede var mer aktive på dette feltet.[98] Sverige er det eneste av de nordiske landene som har gjennomført en slik kartlegging av utbredelsen av foreldrestøttende tiltak på lokalt nivå.

De foreldrestøttende tiltakene som er kartlagt i Sverige presenteres i tabell 5.3.

[97] Statens folkhälsoinstitut 2012
[98] Ibid.

Tabell 5.3. Kartlegging av foreldrestøttende tiltak i Sverige

Tiltak[99]	Formål	Varighet og intensitet	Alder	Målgruppe
COPE (Svenska COPE föreningen)	Forbedre samspillet i familien og gi foreldre verktøy for deres foreldreskap	Foreldregrupper med 15–25 deltakere, møtes 8–14 ganger, 2 timer per gang	3–12 år, 13–18 år	Alle foreldre som opplever behov for støtte i utøvelsen av foreldreskapet
DUÅ (ingen svensk forvalter)	Forbedre barnets psykiske helse	Mindre foreldregrupper møtes 12–14 (aldersgruppe 2–7) eller 8–10 (aldersgruppe 4–10) ganger, 2 timer per gang	2–7 år, 4–10 år	Atferdsproblemer hos ban og unge
Komet (Stockholm kommune)	Forbedre samspillet mellom foreldre og barn	Foreldregrupper med 6 foreldre/foreldrepar, møtes 11 ganger, 2,5 time per gang	3–11 år, 12–18 år	Foreldre med barn med atferdsproblemer, er vanskelig å komme i kontakt med, har konsentrasjonsvansker, og/eller sosiale utfordringer
Familjeverkstan (Stockholm kommune)	Utvikle foreldreskapet, samspillet og styrke relasjonen mellom foreldre og barn	Studiesirkler, 8 treff med praktiske øvelser	3–12 år	Alle foreldre med barn i aldersgruppen
Småbarnsliv (Svenska COPE föreningen)	Forebygge risikoatferd	Foreldregrupper med 15–30 deltakere, møtes 8 ganger, to timer per uke	1–3 år	Fortrinnsvis foreldre med barn i risikosonen for atferdsproblemer, men tilbys som støtte til alle foreldre
Triple P (ingen svensk forvalter)	Fremme positive relasjoner og forbedre barnets psykiske helse	Varierer mellom 1–10 treff avhengig av støttenivå (Triple P har 5 nivåer)	0–16 år	Foreldre som opplever problemer med barnas utvikling eller atferd
ABC (Alla Barn i Centrum) (Stockholm kommune)	Fremme barns utvikling gjennom å styrke relasjonen mellom foreldre og barn	Foreldregrupper med opp til 10 deltakere, møtes 4 ganger i løpet av 2 måneder, 2,5 timer per gang	3–12 år	Alle foreldre med barn i aldersgruppen
Vägledande samspel (ICDP) (ICDP Sverige)	Utvikle det positive samspillet mellom barn og foreldre	Foreldregrupper, møtes 8 ganger	0–18 år	Alle foreldre med barn i aldersgruppen
Från första början (Svenska COPE föreningen)	Bedre foreldres evner til å lese barns signaler og respondere på en sensitiv måte	Foreldregrupper, møtes 8 ganger	0–2 år	Alle foreldre med spedbarn, herunder de med risiko for sosiale, følelses-, atferds eller utviklingsmessige utfordringer
Connect (Örebro universitet og Örebro kommune)	Tilknytningsbasert program som fokuserer på tilknytning og barns utvikling	Foreldregrupper med 8-16 deltakere, møtes 10 ganger, en time per gang	9–17 år	Foreldre til barn med atferdsproblemer eller andre mentale helseproblemer
Aktivt föräldraskap (Familjeakademin AB)	Utvikle gode relasjoner mellom barn og foreldre, skape en håndterbar hverdag i familien/skolen	Foreldregrupper, møtes omtrent 6 ganger	1–4 år, 5–12 år, 13–19 år	Foreldre som ønsker å skape gode relasjoner og få en mer håndterbar familiehverdag
ÖPP / Effekt (Örebro universitet)	Forhinde alkoholmisbruk og kriminalitet	Bruker 5–10 minutter i ordinære kontaktsamtaler mellom lærer og foreldre en gang i halvåret	13–16 år	Alle skoleelever og deres foreldre
Föräldrastegen/Nya Steg (Iowa Strengthening Families Program)	Forebygge alkohol- og narkotikabruk	Foreldre (kveldsmøter) og ungdom (på skolen) møtes hver for seg 8	12–13 år	Alle foreldre med barn i begynnelsen av tenårene

[99] Oversikten er basert på Bremberg 2013, Lindström 2013, Statens folkhälsoinstitut 2012, Statens folkhälsoinstitut 2013a og Statens folkhälsoinstitut 2013b

(Prev & InFo AB, Stockholm)		ganger, med et avsluttende felles møte		
Ömsesidig Respekt (Mutual Respect) (Åre kommune)	Utvikle forståelse for lederskap med gjensidig respekt	Foreldregrupper i regi av mødre- og barnehelsetjenester	Alle aldre	Alle foreldre
Föräldrakraft (Iowa Strengthening Families Program) (J&B Kimber AB)	Gi foreldre redskaper for å bli i bedre stand til å håndtere familiesituasjonen og utgjøre en støtte for sine barn	Foreldregrupper med opp til 30 deltakere, møtes 7–12 ganger, 2 timer per gang	2–5 år, 6–10 år	Alle foreldre med barn i aldersgruppen
MST (Stockholm kommune)	Helhetlig og omfattende behandlingsprogram hvor hensikten er å redusere ungdommens problematferd og forhindre plassering utenfor hjemmet.	Skreddersydd behandlingsopplegg hvor terapeuten møter familien og ungdommen flere ganger i uken, i tillegg til å være tilgjengelig på telefon hele døgnet. Behandlingen varer vanligvis 4–6 mnd.	12–17 år	Ungdom med alvorlige atferdsproblemer og deres familie.
FFT (Funktionell Familjeterapi) (FFT Sverige)	Hensikten med programmet er å forbedre relasjonene og kommunikasjonen i familien, og på lang sikt minske ungdommens problematferd.	Skreddersydd behandlingsopplegg i tre bolker. Varighet er vanligvis 8–12 timer, men opp til 32 timer forekommer.	11–18 år	Ungdom med alvorlige atferdsproblemer og deres familie.
Circle of Security – Parenting (CoS- P) (Stockholm universitet)	Å fremme en trygg tilknytning mellom foreldre og barn.	Individuelle møter eller gruppemøter, 8 ganger à 1,5 timer.	0-10 år.	En bred gruppe av foreldre med små barn.
Marte Meo (Svenska Marte Meo Föreningen)	Å hjelpe foreldre å bli bevisst barnets behov og ressurser, og hjelpe dem med positive oppdragelsesmetoder som bidrar til barnets utvikling.	Ikke definert	Ikke definert	Alle foreldre og omsorgspersoner.
MTFC (Multidimensional Treatment Foster Care) (INOM Familjeforum)	Å bedre samhold og kommunikasjon i familien, gi ungdommen trygge voksenrelasjoner og redusere ungdommens problematferd slik at han/hun kan flytte tilbake til familien.	Skreddersydd og intensivt behandlingsopplegg med et sammensatt team av terapeuter som er tilgjengelig	12–17 år	Ungdom med alvorlige problematferd og deres familie
Stark och klar (IOGT-NTO)	Å bidra til at foreldrene føler seg trygge og selvsikre i rollen som tenåringsforeldre, og dermed på lang sikt minske alkoholkonsumet blant tenåringer.	Individuelle samtaler og gruppetreff med en terapeut over tre år	13–16 år (ungdomsskole)	Alle ungdomsskoleelever og deres foreldre
Metoder I Vardagen (MIV) (Uppsala län)	Å hjelpe foreldre og lærere til barn med ADHD eller ODD til å forbedre sin kommunikasjon og problemløsningsstrategi med og overfor barna. Målet er at barna på sikt skal redusere sin problematferd og ikke lenger møte kriteriene for ADHD eller ODD.	Ukentlige møter à 2 timer i 10 uker	7–10 år	Barn med ADHD eller ODD og deres foreldre
Family Group Conferences *(forvalter ikke identifisert)*	Barn og unge skal få hjelp innad i familie og nettverk. Familien skal finne løsninger på et	Iverksettes etter en konkret og individuell vurdering enten pga.	0–18 år	Den utvidete familien (barn/unge, foreldre, søsken, tanter, onkler,

	problem og være med på å gjennomføre løsningen. Bygger på tanker om empowerment og ansvarliggjøring av familien, og aktivering av det nære nettverkets ressurser.	forholdene i hjemmet eller fordi barnet av ulike årsaker har særskilte behov, og kun dersom familien selv er positiv til dette. Familierådsmøtet gjennomføres etter en periode med planlegging	besteforeldre, og andre slektninger og nære venner av familien)

5.2.4 Dokumenterte effekter av foreldrestøttende tiltak i Sverige

Litteratursøket har identifisert 15 studier av foreldrestøttende tiltak i Sverige som innfrir de fastsatte kriteriene for denne undersøkelsen. Tiltakene det er funnet forskning om inkluderer Active Parenting, Cope, DUÅ, Komet, MST, Triple P, ÖPP/Effekt (og «Föräldrar tilsammans» som er basert på ÖPP), «Stark och klar» (program for å redusere alkoholkonsum blant unge), og Metoder I Vardagen, som retter seg mot barn og unge med ADHD. Tiltak, dokumenterte effekter og evidensnivå presenteres i tabell 5.4.

Tabell 5.4. Dokumenterte effekter av foreldrestøttende tiltak i Sverige

Tiltak	Dokumentert effekt	Evidens-nivå
Komet[100]	Ordinær Komet: programmet reduserer barnas atferdsproblemer signifikant.	IV
	Internettbasert versjon: reduksjon i atferdsvansker hos barna. Stor deltakelse blant fedre.	III
	Selvhjelpsversjon: atferdsproblemene til barna blir redusert signifikant. Effekten er likevel svakere enn effekten av både ordinær og internettbasert Komet.	IV
	Redusert kortversjon: effekten er sterk mht reduksjon i barnas atferdsproblemer	III
MST[101]	Forbedringen var like stor for både MST-gruppen og kontrollgruppen (som mottok tradisjonelle innsatser). Den absolutte effekten for begge var liten.	IV
DUÅ[102] (Basic)	DUÅ gir en signifikant positiv effekt på barnas atferdsproblemer, og det konkluderes med at resultatene til programmet i USA kan overføres til en svensk kontekst. 71 % av foreldrene i gruppen som deltok i behandling rapporterte om forbedring i barnas atferd. Tilsvarende i kontrollgruppen (på venteliste) var 33 %.	III
Cope[103]	De fleste deltakerne er fornøyde. Deltakerne opplevde at de hadde blitt bedre på å håndtere problemer i hverdagen. Kvinner var mer fornøyde med programmet enn menn.	II
Active Parenting[104]	De fleste deltakerne fornøyde. Deltakerne i Active Parenting-programmet syntes at kursmaterialet var for amerikansk og lite tilpasset svenske forhold. Deltakerne opplevde at de hadde blitt bedre på å håndtere problemer i hverdagen. Kvinner var mer fornøyde med programmet enn menn.	II
Triple P[105] (Tema-Triple-P/Rådgivnings-Triple-P)	Over halvparten av foreldrene synes seminarene var interessante og av god kvalitet, og at de ga tilstrekkelig kunnskap. Nær samtlige foreldre planla å benytte strategiene de hadde lært seg hjemme.	III
ÖPP/Föräldrar Tillsammans[106]	Har effekt på ungdommenes debutalder avhengig av hvilket klassetrinn det blir innført i. Programmet virker igjennom foreldrenes holdninger til ungdommenes alkoholkonsum. Ungdommer i behandlingsgruppen rapporterte mindre alkoholkonsum/overstadig beruselse og kriminalitet enn kontrollgruppen.	III
Stark och klar[107]	Det blir funnet at ungdommer hvis foreldre deltok i programmet debuterte med alkohol i gjennomsnitt 1 år senere enn ungdommene i kontrollgruppen.	III
Metoder I Vardagen (MIV)[108]	Intervensjonen (gruppetrening) førte til at færre barn møtte kriteriene for ADHD eller ODD i etterkant (etter kriteriene i DSM-4) sammenlignet med kontrollgruppen (venteliste). Effekten var sterkere hos barn hvis kun foreldre hadde deltatt i programmet enn for barn hvis kun lærer hadde deltatt. Effekten var sterkest hvis både lærer og foreldre deltok.	III

[100] Kling et al. 2010; Forster et al. 2012; Enebrink et al. 2012; Kling et al. 2006; Sundell et al. 2005; Högström et al. 2013
[101] Sundell et al. 2006, Löfholm et al. 2009
[102] Axberg et al. 2012
[103] Nilsson 2009
[104] Nilsson 2009
[105] Fängström & Sarkadi 2012
[106] Larsson et al. 2012; Koutakis et al. 2008
[107] Pettersson et al. 2011
[108] Östberg & Rydell 2012

Komet viser gjennomgående god effekt på reduksjon i atferdsproblemer hos barna, og effektene er godt dokumenterte gjennom randomiserte studier. Versjonene av programmet med lavere intensitet gir noe mindre effekt enn ordinær Komet, men er samtidig mindre kostnadskrevende. Högström (2013) viser at den internettbaserte versjonen fungerer dårlig på barn med høy grad av følelseskaldhet, men samtidig fører den internettbaserte versjonen til større deltakelse blant menn. Sundell (2005) peker på at foreldrene er svært fornøyde med Komet-programmet og at programmet kan overføres til en svensk kontekst.

I ordinær Komet (11 ukers behandling med terapeut som leder gruppemøter med foreldre) finner man at programmet reduserer barnas atferdsproblemer signifikant.

I internettbasert versjon av Komet er det en reduksjon i atferdsvansker hos barna i behandlingsgruppen. Stor deltakelse blant menn sammenlignet med andre foreldrestøttende tiltak. Internettbasert Komet har en større effekt på barnas atferd enn selvhjelpsversjonen av Komet.

I selvhjelpsversjonen av Komet (kun en gruppesamling med terapeut, resten av programmet gjennomføres av foreldrene på egenhånd) finner man at atferdsproblemene til barna blir redusert signifikant. Effekten er likevel svakere enn effekten av både ordinær og internettbasert Komet.

I en redusert kortversjon av Komet (flere foreldre per gruppe, mindre rollespill) finner man at effekten er sterk mht reduksjon i barnas atferdsproblemer både rett etter behandling og i en oppfølgingsstudie.

Når det gjelder MST blir det funnet en liten positiv effekt av programmet på situasjonen til ungdommene. En kost-nytte-analyse viser at MST-gruppen i studien kostet samfunnet mer enn hva kontrollgruppen som fikk tradisjonelle innsatser gjorde. Dette forklares med at MST ikke reduserte sannsynligheten for plasseringer utenfor hjemmet. Rapporten konkluderer med at både MST og tradisjonelle innsatser fører til samme effekt hos de unge, men at MST gjør det til en høyere kostnad.

5.3 Foreldrestøttende tiltak i Danmark

5.3.1 Om det generelle tilbudet til familier i Danmark

Danmark har en relativt desentralisert forvaltningsstruktur, og det er kommunene som har myndighets-, forsynings- og finansieringsansvaret innenfor det sosiale området. Særlig etter den storstilte kommunereformen fra 2007 ble det fremhevet at det bærende prinsippet for oppgavefordelingen er at flest mulig innbyggerrettede oppgaver skal desentraliseres til kommunene som den «samlende inngang til offentlig sektor». Innenfor helseområdet har regionene ansvar for sykehusene og spesialisthelsetjenesten.[109]

Dagtilbudet til barn i Danmark er organisert noe annerledes enn i Sverige og i Norge, men som i de andre skandinaviske landene er dagtilbudet kommunenes ansvar. Alle kommunene har en *passningsgaranti,* og hver enkelte kommune har dermed plikt til å sørge for at de har det nødvendige antall plasser. Prisnivået skiller seg fra kommune til kommune, og det er ikke noen lov om makspris slik det er i Norge og Sverige. Det finnes ulike ordninger for ulike aldersgrupper. Spedbarnsavdelinger (kalt *vuggestue)* er vanlig for barn i alderen 8 måneder til 2 år, og fra 3-6 år er barnehage eller dagsenter det vanlige. Skolebarn i alderen 6-10 år får tilbud om SFO eller fritidshjem etter skoletid.[110] Som for dagtilbudet er dette et kommunalt ansvar og prisene varierer fra kommune til kommune.[111]

Barnevernet i Danmark er i prinsippet desentralisert, og i 2007 ble det ytterligere desentralisert ved at mer ansvar ble flyttet fra stat til kommune. Kommunene har blant annet beslutningsmyndighet ved tvangsbeslutninger, ansvar for driftsavtaler og tilsyn med plasseringssteder. På det generelle plan skal kommunene sørge for tilbud om gratis familieorientert rådgivning for å løse problemene i familiene, og ved behov oppsøke andre virksomheter.[112]

5.3.2 Kort om foreldrestøttende tiltak i Danmark

I Danmark har det hovedsakelig vært et fokus på strukturerte foreldrestøttende tiltak de siste ti årene. Det har vært et hovedfokus på tiltak bygget på forskningsbaserte og evidensbaserte metoder, og som har barn og unge med atferdsvansker som målgruppe. Det har vært begrenset med forskning på dette feltet i Danmark. Fokuset på å hjelpe og støtte foreldre og familier i Danmark har eksistert i mer enn ti år, men det er altså de siste ti årene at dette fokuset har vært preget av systematisk fastsatte og formaliserte metoder som er forsknings- og evidensbaserte. Familier og foreldre har i lenger tid hatt mer tradisjonelle støttetilbud i kommunene, men dette var i større grad preget av lokal forankring og variasjon, uten samme grad av enhetlige, systematiske og metodiske implementering og tilnærming som dagens evidensbaserte fokus på atferdsvansker representerer. Fokuset på systematiske, evidensbaserte metoder har primært kommet fra statlig hold, men som vi kommer tilbake til har noen få danske kommuner også spilt en viktig rolle med å initiere introduksjonen av slike tiltak i Danmark.

Sentralt for det danske fokuset på atferdsvansker, er arbeidet og erfaringene som er gjort i Norge og Sverige de siste 10–15 årene. Dette gjelder både *implementeringserfaringer* fra disse to landene knyttet til introduksjonen av ulike tiltak rettet mot barn og unge med atferdsvansker, samt norsk og svensk *forskning* som påviser effekten av de samme tiltakene i en nordisk kontekst. En informant fra danske myndigheter uttrykker det på følgende måte:

---

[109] St.meld. nr. 12 (2006-2007)
[110] Store Norske Leksikon 2013
[111] http://www.borger.dk
[112] NOVA 2010

> *«Man så til Norge og Sverige og så at de hadde gjort noe vi ikke hadde gjort, det er en viktig del av grunnen til at vi introduserte disse tiltakene. De hadde en infrastruktur som kunne gi støtte og veiledning (…) Det var lettere å begynne på noe som eksisterte og var etablert i nabolandene.»*

Det er både faglige og politiske årsaker til at det har blitt satt større fokus på foreldre og foreldrestøttende tiltak i Danmark det siste tiåret. I tillegg til faglig inspirasjon fra andre land om effekten av å hjelpe barn og unge på denne måten, har fokuset på foreldrestøttende tiltak i Danmark det siste tiåret også vært politisk motivert. I 2004 satte den daværende regjeringen fokus på at barn og unges familie og foreldre har et stort ansvar for barn og unges velferd, og at det offentlige ikke kan løse alle utfordringene som eksisterer i danske familier, men snarere støtte og hjelpe dem til selv å håndtere utfordringene de opplever. Dette sammenfalt med en større og mer generell dreining; fra å henvende seg direkte mot barn, til å hjelpe og støtte barn og unge gjennom og ved hjelp av deres omgivelser. Her spiller foreldrene en sentral rolle.

Den danske Socialstyrelsen har et overordnet ansvar for å spre kunnskap om tiltak og å stille opplæring, utdanning og veiledning til rådighet for alle danske kommuner som benytter de respektive metodene. Selv om Socialstyrelsen gir kommunene faglige råd og anbefalinger, er det danske systemet preget av en stor grad av lokalt selvstyre og handlefrihet, slik at kommunene selv kan velge fritt hvilke tiltak og metoder de ønsker å benytte. Socialstyrelsen har de siste årene samarbeidet med en rekke kommuner om implementeringen av evidensbaserte foreldrestøttende tiltak, inkludert DUÅ, PMTO, MST, MTFC.

Det lokale selvstyret i Danmark understrekes av at introduksjonen av flere av tiltakene som har blitt implementert i Danmark de siste ti årene først ble initiert av enkelte danske kommuner, og deretter systematisert og spredd fra statlig hold gjennom den danske Socialstyrelsen. Eksempelvis var det noen kommuner som så til utbredelsen av MST i Norge, og deretter henvendte seg til nasjonale myndigheter med et ønske om å prøve ut slike vitenskapsbaserte innsatser også i sine kommunale porteføljer. Etter dette har danske myndigheter fått flere programmer og tiltak i sin portefølje, og har etterfølgende spilt en viktig rolle som faglig veileder og spreder av disse tiltakene. Foreldrestøttende tiltak i Danmark kan dermed sies å være initiert av lokale drivkrefter i et begrenset antall kommuner, og har på den måten en lokal forankring, men det er sentrale myndigheter som i første rekke informerer, veileder og jobber for å spre og øke utbredelsen av tiltakene.

Socialstyrelsen har bidratt til spredningen av foreldrestøttende tiltak ved å støtte kommunenes arbeid gjennom konkrete prosjektbevilgninger. De første årene var imidlertid ikke bevilgningene særskilt strategiske, og var preget av en ad hoc-tilnærming karakterisert av utprøving. Den seneste tiden har det blitt innført en mer omfattende og mer strategisk tilnærming fra statlig side, hvor det årlig blir avsatt et fast beløp til utbredelse av metoder. Staten har på denne måten sagt at Socialstyrelsen skal lede arbeidet med å spre metoder, ved å gi anbefalinger, gi implementeringsstøtte og stille rådgivning og veiledning til rådighet for kommunene. Den sterkere og mer strategiske satsingen har sin bakgrunn i at flere av tiltakene nå har blitt utprøvd over flere år, hvilket har gitt en større trygghet om at dette fungerer i en dansk kontekst. Derfor vil myndighetene gjøre en mer målrettet innsats for å spre tiltakene, gjennom et nystartet metodeutbredelsesprogram. Kommunene står fortsatt fritt til å velge hvilke tiltak de vil benytte, men Socialstyrelsen gjør nå en sterkere og mer målrettet innsats for at tiltakene skal benyttes.

5.3.3 Kartlegging av foreldrestøttende tiltak i Danmark

Danske kommuner jobber fortsatt med foreldre på mange ulike måter, enten det er i familiehus, helsestasjoner eller på andre arenaer. Dette er imidlertid et variert og lite enhetlig felt som vanskelig lar seg kartlegge uten å gå inn i hver enkelte kommune. Når det gjelder mer systematiske tiltak i Danmark, er det i stor grad tiltak med fokus på atferdsvansker som eksisterer. Danske forskere og myndighetspersoner som har blitt intervjuet i denne

undersøkelsen trekker frem evidensbaserte tiltak med opprinnelse i Nord-Amerika som spesielt utbredt, herunder MST, PMTO og DUÅ. Informanter i Socialstyrelsen oppgir at dette har sitt opphav i det store fokuset på slike tiltak i Norge og Sverige, og at dette først og fremst er et startsted for satsingen på foreldrestøttende tiltak. Det erkjennes at dette bare er en av flere potensielle målgrupper, og at det er flere andre grupper som også har behov for støtte og hjelp og som det mangler evidensbaserte og/eller systematiserte tiltak for.

Socialstyrelsen legger også vekt på at de er i startfasen i arbeidet med foreldrestøttende tiltak, og at den nåværende porteføljen nødvendigvis er begrenset. Det påpekes at myndighetene må bygge opp kapasiteten og utvide porteføljen de kommende årene. I dette arbeidet spiller en styringsgruppe knyttet til Socialstyrelsens strategiske innsats en sentral rolle. Denne gruppen er involvert i arbeidet med å avgjøre hvilke tiltak som det skal satses på. Dette er en også en prosess som krever involvering av ulike aktører, inkludert kommuner, departementer, forskningsinstitutter, slik at det vil kreve noe tid før man kan være operativ innen nye foreldrestøttende tiltak i Danmark.

Det oppgis også av informanter i Socialstyrelsen at det kommer klare signaler fra danske kommuner om et større fokus på evidensbaserte universelle tiltak som kan støtte opp om og supplere de mer selektive tiltakene som har stått i fokus så langt.

Den danske Socialstyrelsen (Socialstyrelsen het på dette tidspunktet Servicestyrelsen) har utarbeidet en inspirasjonskatalog om foreldrestøttende tiltak («forældreprogrammer»), hvor det listes opp 18 tiltak som betrakter foreldre som sentrale forandringsagenter i et barns liv.[113] Av disse eksisterer 11 i Danmark.[114] Rambøll har i tillegg identifisert ytterligere ett foreldrestøttende tiltak i Danmark. De kartlagte tiltakene presenteres i tabell 5.5.

[113] Servicestyrelsen 2011

[114] De syv tiltakene som beskrives i heftet men som ikke finnes i Danmark er Komet, Foreldreveiledningsprogrammet, Mellow parenting, Nurse Family Partnership (NFP), Parents as First Teachers (PAFT), Positive Parenting Program (Triple P), og Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS).

Tabell 5.5. Kartlegging av foreldrestøttende tiltak i Danmark

Tiltak	Formål	Varighet og intensitet	Alder	Målgruppe
DUÅ (Socialstyrelsen)	Styrke både barnets og foreldrenes kompetanse og gi pedagoger og lærere redskaper til å sikre et godt samspill i barnehave og skole	Foreldregrupper, 6 foreldrepar per gruppe, møtes 12–18 ganger	0–12 år	Begynnende atferdsvansker eller aggressiv atferd
Familieklasser og familieskoler (ikke patentert, mange aktører)	Skal få eleven til å bevare sin tilknytning til klassen, aktivere og ansvarlig-gjøre eleven og gi foreldrene en erkjennelse av medansvar	Elevgrupper med 6 elever og deres foresatte. 1–2 dager i uken, omtrent tre timer per dag, i opp mot 3 måneder	Skoleelever	Barn som ikke får det nødvendige utbyttet av undervisningen i skolen (urolige barn, barn med konsentrasjons-vansker, barn som har problemer med jevnaldrende o.l.)
Familierådslagning (Family Group Conferences) (Socialstyrelsen)	Barn og unge skal få hjelp innad i familie og nettverk. Familien skal finne løsninger på et problem og være med på å gjennomføre løsningen. Bygger på tanker om empowerment og ansvarliggjøring av familien, og aktivering av det nære nettverkets ressurser.	Iverksettes etter en konkret og individuell vurdering enten pga. forholdene i hjemmet eller fordi barnet av ulike årsaker har særskilte behov, og kun dersom familien selv er positiv til dette. Familierådsmøtet gjennomføres etter en periode med planlegging	0–18 år	Den utvidete familien (barn/unge, foreldre, søsken, tanter, onkler, besteforeldre, og andre slektninger og nære venner av familien)
Home Instruction for Parents of Preschool Youngsters (HIPPY/HippHopp) (Socialstyrelsen)	Forberede barnet på faglige og sosiale utfordringer som er forutsetninger for å klare seg i en skoleklasse	Foreldre og barn samles ca. 15 minutter hver dag for å spille spill, tegne, lese høyt e.l. Besøk i hjemmet annenhver uke av en HIPPY-medarbeider. Foreldregrupper annenhver uke.	3–5 år	Foreldre med lav utdannelse og lav sosial og økonomisk status
International Child Development Program (ICDP) (ICDP Danmark)	Styrke kompetanse hos omsorgspersoner, som omgir barnet, og lære dem å fokusere på barnets positive sider. Forhindre omsorgssvikt og misbruk av barn	Foreldregrupper	0–18 år	Foreldre til sårbare utsatte barn og unge. Målgruppen omfatter både etniske minoritetsfamilier, fattige familier, pleiefamilier, adoptivfamilier og foreldre i fengsel. Barn som har blitt utsatt for traumer som følge av krig, katastrofer o.l., er også omfattet.
Klar til barn (Socialstyrelsen)	Forebyggende program og foreldrekurs som har til hensikt å forhindre hardhendt behandling av barn og stimulere foreldrenes følelsesmessige tilknytning til barnet.	Fire gruppemøter med jordmor, tre før og ett etter fødselen.	-	Vordende foreldre med høy risiko for hardhendt behandling av barnet.
Marte Meo (Dansk Marte Meo Center)	Metode for å styrke kommunikasjon og forståelse av barnets behov og utvikling.	Ikke definert.	Ikke definert.	Alle foreldre.

Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC) (Socialstyrelsen)	Intensivt behandlingsprogram utenfor hjemmet hvor hensikten er å styrke barnets sosiale ferdigheter og skape et positivt samspill i familien slik at barnet kan flytte tilbake til sin biologiske familie.	Behandlingen varer i 9–12 måneder.	-	Familier med barn med store atferdsproblemer. MTFC-P: 3-5 åringer MTFC-L: 6-11 åringer MTFC-A: 12-18 åringer
Multisystemic Therapy (MST) (MST Danmark)	Familier med ungdom med alvorlige atferdsproblemer. Hensikten er at foreldrene skal få veiledning til å bedre barnets selvfølelse, og hjelpe til med å rette opp i problemene i familien, på skolen, i vennekretsen etc.	3–5 måneder.	12–17 år.	Ungdom i alderen 12-17 år med alvorlige atferdsproblemer.
Parent Management Training – Oregon (PMTO) (Socialstyrelsen)	Forebyggende og behandling for familier med barn med problematferd. Hensikten er å støtte foreldrene til å bryte barnets negative atferd og fremme positive samspillsformer i familien.	Individuell metode: ukentlige møter i 4–9 mnd. Gruppemetode: 14 uker.	3–12 år.	Foreldre med barn med atferdsproblemer.
Funksjonell Familieterapi (FFT) (Familie & Evidens Center)	Individuell behandling og veiledning hvor målet er å bedre samspillet i familien og redusere barnets/ungdommens problematferd.	12 samlinger over en periode på 3–4 mnd.	10–18 år	Familier med barn og ungdom med milde eller alvorlige atferdsproblemer.
Circle of Security (Institut for NeuroAffektiv Udviklingspsykologi)	Metode for å fremme god tilknytning mellom foreldre og barn, og dermed forebygge utvikling av vansker for barna. En forebyggende modell – COS Parenting, og en behandlende modell – COS International.	COS Parenting; DVD basert, gruppe- eller individuelle møter over 8 ganger à 1,5 timer. COS International:15–20 gruppemøter à 1,5 timer.	0–6 år	COS Parenting: en bred gruppe av foreldre og barn COS International: foreldre med barn med begynnende atferdsproblemer.

5.3.4 Dokumentert effekter av foreldrestøttende tiltak i Danmark

I tråd med at Danmark i stor grad har sett til Norge og Sverige for dokumentasjon av effekter av ulike tiltak, foreligger det lite forskning om tiltakenes funksjon og effekt i Danmark. Foreløpig bygges de danske innsatsene på et fåtall danske evalueringer og forskningsprosjekter, og for øvrig på funn og erfaringer fra andre land. Foreldrestøttende tiltak er imidlertid et område danske forskningsmiljøer har begynt å interessere seg mer for de siste årene. Utover den forskningen som foreligger og som blir presentert i denne rapporten er det påbegynt flere studier (blant annet om PMTO, MST og DUÅ), men resultatene av disse undersøkelsene foreligger ikke p.t. Det kan blant annet nevnes at det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI) i samarbeid med Socialstyrelsen er i ferd med å utarbeide en effektstudie av PMTO i en dansk kontekst.[115] For øvrig har Rambøll i Danmark gjort en analyse av de økonomiske konsekvensene av ulike innsatser rettet mot barn og unge.[116] Det har også tidligere blitt forsøkt å sette i gang ulike forskningsprosjekter som ikke har blitt gjennomført grunnet utfordringer med å rekruttere tilstrekkelig familier til studiene.

Det er følgelig nærliggende å forvente at dokumentasjon av effekter av foreldrestøttende tiltak i Danmark vil bli mer utbredt i årene som kommer. Den nåværende oversikten som presenteres i tabell 5.6, er basert på syv studier: tre av MST, tre av DUÅ og en av førskoleprogrammet HippHopp (dansk tilpasset versjon av HIPPY). Vi vurderer at studiene dokumenterer en effekt tilsvarende evidensnivå 3 for alle de tre tiltakene.

Tabell 5.6. Dokumenterte effekter av foreldrestøttende tiltak i Danmark

Tiltak	Dokumentert effekt	Evidensnivå
MST[117]	Effekten på de unges atferd som følge av MST i Danmark er gjennomgående positiv, også for dynamikken innad i familien. Andelen med manglende skoletilbud/jobb og rusrelaterte problemer gikk ned. Det samme gjelder andelen unge som begikk kriminalitet. MST har noe bedre effekt på psykisk helsetilstand hos gutter enn hos jenter. De unges egen vurdering av MST er delt på midten. Foreldre er gjennomgående positive til MST.	III
DUÅ[118]	De danske publikasjonene finner at DUÅ reduserer problematferd hos barna og reduserer stress hos foreldrene. Foreldrene føler seg bedre rustet som omsorgstakere etter programmets slutt. Hvilken type formular (ECBI eller SDW) man ber foreldrene fylle ut har betydning for om familien vil motta DUÅ-behandling eller ikke.	III
HippHopp[119]	En evaluering av programmet viser at det har positiv statistisk signifikant effekt på flere av variablene, og foreldrene er generelt svært tilfredse med programmet som de mener er godt tilpasset til å gjøre barna skoleklare. Målingene indikerer også at endringene fastholdes over tid og at den språklige utviklingen gjaldt spesielt barn med et annet morsmål enn dansk.	III

Publikasjonene om MST i Danmark finner at programmet førte til markant forbedrede foreldreegenskaper hos foreldrene. Man peker på at MST-intervensjonen førte til 40–50 % reduksjon i andelen unge med problemer (manglende skoletilbud/arbeid eller omfattende ubegrunnet fravær), samt en halvering av unge som begikk kriminalitet, etter intervensjonen. I tillegg fikk man en reduksjon i unge med rusproblemer på 50–60 %. Det ble konstatert større forbedring i psykisk helsetilstand hos guttene som gjennomgikk MST-behandling enn for jentene.

[115] Rambøll Management Consulting DK 2013
[116] Rambøll Management Consulting DK 2012b
[117] Greve og Thastum 2008; Styrelsen for Social Service 2006; Bengtsson og Nemli 2006
[118] Rambøll Management Consulting DK 2011; Birk Olsen & Horsted 2008; Horsted & Birk-Olsen 2008
[119] Rambøll Management Consulting DK 2012a

Generelt vurderte foreldrene at det var en tydelig forbedring på dynamikken innad i familien over tid, der særlig organisering, klarhet i relasjonene og tilfredshet med familiens interne samspill og kommunikasjonsevne ble trukket frem.

Foreldrene vektlegger i stor grad terapeuten når de uttrykker seg om MST. Majoriteten er positiv til behandlingen, og de uttrykker at de har opplevd støtte, veiledning og overskudd, og at terapeuten har gitt overblikk og trygghet. Samtidig opplever de at det har blitt mer fokus på relasjoner og praktiske regler i familien, og at man snakker annerledes til hverandre og at alle skal «akseptere reglene i huset». Blant de unge er fordelingen mellom de som opplevde MST-terapi som positivt og de som opplevde det som negativt. Blant de positive opplevelsene blant de unge er det at de føler de har vært en del av behandlingen og at de føler at de har blitt hørt. Blant terapeutene peker rapporten på forskjellen mellom de som har et «åpent perspektiv» og de som har et «lukket perspektiv». Med lukket perspektiv mener man at situasjonen i familien er en ren maktkamp der barnet har ranet til seg makten, mens blant de med åpent perspektiv peker man på at situasjonen er et system der det er en fastlåst balanse der ingen av partene får dekket sine behov.

Når det gjelder DUÅ vurderer foreldrene Basic-programmet svært positivt både før programmets oppstart, og etter dets avslutning. Barna går fra å være behandlingskrevende til ikke-behandlingskrevende, og de viser en positiv utvikling vedrørende sine sosiale kompetanser. De fremviser også redusert problematferd. For foreldrene finner man at de opplever mindre stress. Foreldrene føler seg bedre rustet til å løse nåværende og fremtidige problemer etter programmets slutt. Mødre er generelt mer positive til programmet enn det fedre er. Kombinasjonen av DUÅ Basic og DUÅ Dino blir funnet å ha større effekt enn ved tilbud av kun DUÅ Dino. Man finner også at hvorvidt man benytter seg av formularer basert på SDQ eller ECBI har en påvirkning på om man får DUÅ-behandling eller ikke.

Det danske førskoleprogrammet HippHopp har til hensikt å klargjøre barnehagebarn til skolestart. Gjennom daglige øvelser sammen med foreldrene i barnets siste barnehageår, skal programmet bidra til å utvikle barnas ferdigheter innenfor ulike områder, som sosiale evner, språklig utvikling, kjennskap til natur, kultur, kropp og motorikk. En evaluering av programmet viser at det har positiv statistisk signifikant effekt på flere av variablene, og foreldrene er generelt svært tilfredse med programmet som de mener er godt tilpasset til å gjøre barna skoleklare. Målingene indikerer også at endringene fastholdes over tid og at den språklige utviklingen gjaldt spesielt barn med et annet morsmål enn dansk. Evalueringen av programmet i fire danske kommuner viser at rekrutteringen til og implementeringen av programmet har vært ganske ulik, og rapporten trekker frem at en mer målrettet rekruttering mot en klarere definert brukergruppe kan være hensiktsmessig.

5.4 Foreldrestøttende tiltak på Island

5.4.1 Om det generelle tilbudet til familier på Island

Barnehagen på Island utgjør et universelt tilbud til alle barn under skolealder. Kommunene har ansvaret for å drive barnehager, i tillegg til at de kontrollerer og driver tilsyn med private aktører. Vanligvis går barnet først hos en privat dagmamma/-pappa inntil barnet er ca. 18 måneder gammelt og får plass i en kommunal barnehage. Fra barnet begynner på skolen har kommunene et *skolefritidstilbud* til barn mellom 6–9 år etter skoledagens slutt. Dette er et kommunalt tilbud, og ansvar og prisene kan variere mellom de ulike kommunene.[120]

Island er tradisjonelt kjent for å ha en sterk slektsorientering. Ettersom slektsnettverk i større grad enn i andre land har ivaretatt oppgaver barnevernet har ansvar for, har dette hatt betydning for organisering av barnevernet på Island. I 1992 ble det imidlertid innført en ny barnevernlov, og gjennom denne ble det statlige islandske barnevernet opprettet. I 1996 ble det også opprettet et direktorat for barnevernet. I likhet med Norge har dermed Island en egen lov for barnevern og et statlig forvaltningsorgan med særskilt ansvar. I hver kommune er det en barnevernkomité som har ansvaret for at barna og deres familier får det tilbudet de har krav på etter barnevernloven. Små kommuner er imidlertid slått sammen slik at hver enhet innenfor barnevernområdet har ansvar for et befolkningsgrunnlag på minimum 1500 innbyggere.[121]

5.4.2 Kort om foreldrestøtte på Island

Støtte til foreldre på Island har tradisjonelt foregått gjennom det tradisjonelle helse- og omsorgstilbudet i den islandske velferdsstaten. En stor del av fokuset på familier og foreldre på Island har dreiet seg om mødre, og om barnets første leveår. Dette var særlig tilfellet frem til 1960-tallet. I løpet av 1970- og 1980-tallet fikk fars rolle og tilknytningen mellom far og barn økende oppmerksomhet. I dag symboliseres dette fokuset blant annet ved at islandske fedre har rettigheter på linje med mødre når det gjelder foreldrepermisjonens lengde.

I 1998 ble det vedtatt en resolusjon om en ny nasjonal familiepolitikk for å styrke familiens posisjon i samfunnet. Målene for politikken var blant annet at samfunnsinstitusjoner som skole og barnehage skulle samarbeide med familien i større grad for å utøve ansvaret for barn, og at det skulle bli gitt mer opplæring til foreldre i forbindelse med etablering av nye familier.[122] I forbindelse med den nye familiepolitikken ble det også opprettet et familieråd (*Family council)*, som blant annet skal oppmuntre til praktiske midler for å støtte familiens funksjon og stilling i samfunnet.[123] Konkrete foreldrestøttende tiltak nevnes imidlertid ikke eksplisitt i (de engelskspråklige utgavene av) disse dokumentene. Tradisjonen for støtte gjennom slektsbånd og andre uformelle nettverk på Island kan også tenkes å ha motvirket en utvikling og implementering av strukturerte foreldrestøttende tiltak fra offentlige myndigheter i samme grad som i noen av de øvrige nordiske landene. Et økende utdanningsnivå og en minskende andel deltidsarbeid blant islandske foreldre betyr imidlertid at behovet for slike støttetiltak vil bli større i årene som kommer enn de har vært tidligere.

5.4.3 Kartlegging av foreldrestøttende tiltak på Island

Islandske foreldre har en rekke hjelpetilbud tilgjengelig. Dette inkluderer blant annet en helsestasjon, som har fokus på å gi støtte til mødre under graviditeten og i barnets første leveår. Her er det hovedsakelig fokus på spedbarnsomsorg, og det er i første rekke unge mødre som er målgruppe. Dette er imidlertid ikke en enhetlig metodikk, og det er ulikheter med hensyn til hvordan disse sentralene er utformet i ulike deler av landet, og sågar også i ulike deler av hovedstaden Reykjavik. Fraværet av en statlig satsning på foreldrestøttende tiltak gjenspeiles utover dette i at det finnes en rekke private og halvprivate foreldrestøttende virksomheter på

[120] http://www.en.island.is
[121] Barnaverndarstofa 2013
[122] Ministry of Welfare 1997
[123] Ibid.

Island. Et eksempel på dette er et senter for foreldre og barn, som har fokus på tilknytningsvansker. Her er imidlertid fokuset først og fremst på foreldrenes utfordringer, fremfor barnets. I tillegg er den lokale handlingsfriheten stor, slik at det finnes ulike og i varierende grad metodisk fastsatte og systematiske tilbud i ulike kommuner.

PMTO er et av de systematiske foreldrestøttende tiltakene som har blitt innført på Island. PMTO ble introdusert i den islandske kommunen Hafnarfjörður i 2000. Før implementeringen av PMTO var tilbudet til barn og unge i Hafnarfjördur preget av diagnostisering og/eller veiledning av en skolepsykolog eller en skolerådgiver og tilbud i sosialtjenesten eller helsesystemet (eksempelvis psykoterapi), men ingen systematiske tilbud av evidensbaserte metoder for å behandle og forebygge atferdsvansker.[124] Bakgrunnen for introduksjonen av PMTO var at stadig flere barn hadde behov for støtte av spesialisttjenester som følge av atferdsvansker.[125] Omfanget var så stort at atferdsvansker var den vanligste årsaken til henvisninger til spesialisttjenester på kommunenivå. Dette signaliserte et behov for mer og bedre forebyggende arbeid, i en spesialisttjeneste som altså la større vekt på diagnoser og behandling fremfor terapi og forebygging.[126] De samme faktorene hadde skapt en motivasjon for endring, som er viktig for å skape gode effekter i en implementeringsprosess.[127]

PMTO ble valgt som metode for å imøtekomme disse utfordringene på bakgrunn av det omfattende forskningsmaterialet som påviste positive effekter for familier og barn.[128] Da arbeidet i Hafnarfjörður også kunne vise til gode resultater (kommunen har etter introduksjonen av PMTO skiftet fokus fra diagnostisering til forebygging og behandling av atferdsproblemer), ble implementeringen av PMTO også utvidet til andre deler av Island. På denne måten utviklet implementeringen av PMTO på Island seg fra å finne sted i en kommune til å bli en større prosess.[129] I dag praktiseres PMTO av omtrent 40 terapeuter i ni islandske kommuner.[130]

Denne prosessen har imidlertid verken vært planlagt, initiert eller finansiert fra sentralt hold. Arbeidet med å implementere PMTO har vært preget av små ressurser til rådighet, og har i stor grad blitt finansiert av lokale aktører, supplert av enkelte nasjonale tilskudd. En liten avdeling underordnet utdanningsavdelingen i Hafnarfjörður har inntil nylig tjent som den sentrale enheten for den nasjonale implementeringen og utøvelsen av PMTO. Denne avdelingen har stått for opplæring og sertifiseringer av nye PMTO-terapeuter, samt jobbet for å ivareta programlojalitet blant sertifiserte PMTO-terapeuter gjennom kontinuerlig veiledning og årlig resertifisering.[131] I oktober 2013 overtok det islandske barnevernet denne funksjonen fra kommunen Hafnarfjörður.[132]

I tillegg har vi også identifisert bruk av MST, MTFC og Family Group Conferences på Island, slik det fremgår av tabell 5.7. Det foreligger imidlertid lite informasjon om implementering og utbredelse av disse tiltakene på Island.

[124] Sigmarsdottir & Björnsdottir 2012
[125] Nordens Velferdssenter 2012
[126] Sigmarsdorttir & Gudmundsdottir 2013
[127] Sigmarsdottir & Björnsdottir 2012
[128] Sigmarsdorttir & Gudmundsdottir 2013
[129] Ibid.
[130] Bernaverndastofa 2013)
[131] Sigmarsdorttir & Gudmundsdottir 2013
[132] Bernaverndastofa 2013

Tabell 5.7. Kartlegging av foreldrestøttende tiltak på Island

Tiltak	Formål	Varighet og intensitet	Alder	Målgruppe
PMTO (Barnavern-darstofa)	Å gjenopprette eller bygge en positiv relasjon mellom barn og foreldre, og fremme en positiv utvikling hos barnet.	Tilpasset opplegg med ukentlige møter og veiledning i 4–9 mnd.	3–12 år	Foreldre med barn med begynnende eller utviklet problematferd.
MST (Barnavern-darstofa)	Å styrke samholdet i familien og foreldrenes oppdagelsespraksis, og minske ungdommens problematferd både i hjemmet og i omgivelsene.	Intensiv og skreddersydd behandling med flere møter hver uke. Terapeuten er tilgjengelig hele døgnet.	12–18 år	Ungdom med alvorlige problematferd, og deres foreldre.
MTFC *(forvalter ikke identifisert)*	Intensivt behandlingsprogram utenfor hjemmet hvor hensikten er å styrke barnets sosiale ferdigheter og skape et positivt samspill i familien slik at barnet kan flytte tilbake til sin biologiske familie.	Daglig oppfølging og behandling i 9–12 mnd.	12–17 år	Ungdom med alvorlig problematferd, og deres familie.
Family Group Conferences *(forvalter ikke identifisert)*	Barn og unge skal få hjelp innad i familie og nettverk. Familien skal finne løsninger på et problem og være med på å gjennomføre løsningen. Bygger på tanker om empowerment og ansvarliggjøring av familien, og aktivering av det nære nettverkets ressurser.	Iverksettes etter en konkret og individuell vurdering enten pga. forholdene i hjemmet eller fordi barnet av ulike årsaker har særskilte behov, og kun dersom familien selv er positiv til dette. Familierådsmøtet gjennomføres etter en periode med planlegging	0–18 år	Den utvidete familien (barn/unge, foreldre, søsken, tanter, onkler, besteforeldre, og andre slektninger og nære venner av familien)

5.4.4 Dokumenterte effekter av foreldrestøttende tiltak på Island

Lite av det foreldrestøttende arbeidet på Island er evidensbasert. I den grad det eksisterer evidensbasert foreldrestøttende arbeid, er dette i liten grad forsket på i en islandsk kontekst. Litteratursøket i denne undersøkelsen har kun identifisert én studie som undersøker effekten av foreldrestøttende tiltak på Island, jfr. tabell 5.8. Denne studien handler om PMTO, og viser positive effekter. I tillegg har vi inkludert en studie som fokuserer på selve implementeringsprosessen, og som undersøker overførbarheten av en metode fra opprinnelseslandet til et annet land og konsekvenser for nøyaktighet/programlojalitet i utøvelsen av tiltaket.

Den første studien (og den eneste effektstudien som er identifisert) ble publisert i 2012, og viser at antallet skoleelever i Hafnarfjördur som ble henvist til spesialisttjenester gikk ned etter implementeringen av PMTO i kommunen. Samtidig ble det registrert en økning i det tilsvarende antallet i to kontrollkommuner som ikke hadde implementert PMTO eller lignende tiltak. Studiet viser også at elevenes atferdsproblemer i skolen i gjennomsnittlig falt med ca. 25 %. Det påpekes også at de tre kommunene som inngikk i studien ikke er fullstendig sammenlignbare og at andre variabler også kan ha påvirket resultatene. Det er derfor behov for randomiserte kontrollerte forsøk for å kunne påvise effekt med større sikkerhet. Vi vurderer at denne studien viser effekt av PMTO på evidensnivå 3. Studien ble gjort på bakgrunn av en før-måling fra årene 1996–2000 og en etter-måling fra årene 2000–2007.[133]

[133] Sigmarsdottir & Björnsdottir 2012

Tabell 5.8. Dokumenterte effekter av foreldrestøttende tiltak på Island

Tiltak	Dokumentert effekt	Evidensnivå
PMTO[134]	Tiltaket har effekt for reduksjon av atferdsproblemer hos barn. Effekten indikeres ved en relativ nedgang i henvisning til spesialisttjenester på grunn av atferdsproblemer etter innføringen av PMTO.	III

Den andre studien er basert på perioden 2000–2010, og ble publisert i 2013. Fokuset var her på programlojalitet, og hvorvidt PMTO kunne implementeres på en vellykket måte i et samfunn med små ressurser og med lite nasjonal støtte (implementeringen av PMTO på Island sammenlignes med tilsvarende prosess i Norge, som i motsetning var preget av store ressurser og stor nasjonal støtte). Programlojaliteten ble målt ved hjelp av FIMP-systemet (Fidelity of Implementation Rating System), som måler kunnskap, struktur, undervisning, prosessferdigheter og generell utvikling. Studien viser at det er mulig å implementere og utøve PMTO også i samfunn med små ressurser.[135]

[134] Ibid.
[135] Sigmarsdorttir & Gudmundsdottir 2013

5.5 Foreldrestøttende tiltak i Finland

5.5.1 Om det generelle tilbudet til familier i Finland

De to mest brukte universelle foreldrestøttende innsatsene i Finland utgjøres av fødsels- og barneklinikker (neuvola) og barnehager.

De finske fødsels- og barneklinikkene tilbyr tjenester til familier som venter barn og oppfølging av barnet og familien frem til barnet er 6 år, og er det viktigste og mest utbredte foreldrestøttende tiltaket i Finland. Kun 0,2–0,5 % av målgruppen benytter seg *ikke* av tiltaket. Klinikkene fungerer som et kontaktpunkt mellom familiene og helsetjenesten og kan bidra til tidlig identifisering av spesielle behov. I tillegg kan klinikkene også fungere som en inngangsport for andre typer intervensjoner. Klinikkene tilbyr for eksempel gruppebasert familieveiledning for kommende foreldre, og helsesjekk for hele familien, og har en sentral rolle i å forebygge risikofaktorer blant barn.[136] Det er kommunene som har ansvaret for den daglige driften av fødsels- og barneklinikkene, mens det er det finske Helse- og sosialdepartementet som har det overordnete ansvaret. Kommunene er styrt etter Helse- og omsorgsloven (terveydenhuoltolaki) og en forordning som pålegger kommunene krav om enhetlig kvalitet og tjenestenivå. Det Nasjonale instituttet for helse og velferd (THL)[137] har det praktiske ansvaret for å støtte kommunene med utvikling og drift av tjenesten.[138]

Et annet viktig foreldrestøttende tiltak er barnehagene i Finland. I tillegg til å tilby barnepass på dagtid, kan barnehagene også fungere som en arena for tidlig kartlegging av eventuelle problemer hos barnet eller i familien, og også fungere som tidlige intervensjonspunkter. Ansvaret for barnehagetjenesten lå tidligere hos Sosial- og helsedepartementet, men fra og med 2013 har Utdannings- og kulturdepartementet overtatt dette ansvaret.[139]

I tillegg til barnehager og fødsels- og barneklinikker, som begge er universelle og mye brukt, kan også generell finansiell støtte til barnefamilier og barselpakke ses på som en tidlig intervensjon med et forebyggende formål. Kommunene har også ansvaret for å organisere mer spesialiserte selektive og indikative tjenester for å støtte familier som har behov for dette. Foreldrestøttende tiltak er ofte tilbudt etter at familiesituasjonen allerede har eskalert til en krise. Samtidig har nye former for familieintervensjoner blitt utviklet, og disse er i hovedsak rettet mot familier som er tilknyttet barnevernet.[140]

5.5.2 Kort om foreldrestøtte i Finland

Det er i hovedsak kommunene som har ansvar for de fleste foreldrestøttende tiltak i Finland, da kommunene har ansvar for å implementere lovgivning innen både barnevern, barnehage og helseomsorg. Ettersom Finland har en desentralisert struktur er det følgelig vanskelig å si noe generelt om innretningen av foreldrestøttende tiltak i landet.

Det familieorienterte arbeidet i Finland har vært i endring de siste tiårene. Fra og med 1993 ble kommunene mer selvstendige med hensyn til å fatte beslutninger om hvilke tjenester de tilbyr sine innbyggere. Blant resultatene av dette var reduksjon i antall helsekontroller, forebyggende familieterapi og hjemmebesøk. Dette medførte også større variasjon i kvaliteten på helseklinikkene og tjenestene kommunene tilbød. Anbefalinger fra det finske Sosial- og helsedepartementet ble i mange tilfeller heller ikke fulgt opp i kommunene.

Ettersom manglende etterlevelse av nasjonale bestemmelser eller pålegg får få eller ingen konsekvenser, er det i praksis store forskjeller mellom kommunene knyttet til hvilke tjenester de

[136] Ristolainen et al. 2013
[137] The National Institute for Health and Welfare works under the Ministry of Social Affairs and Health
[138] The Ministry of Social Affairs and Health 2013
[139] Ibid.
[140] Ristolainen et al. 2013

tilbyr sine innbyggere, og hvordan de organiserer disse tjenestene. Finske myndigheter har pekt på dette som kritikkverdig, og fremhever et behov for en tydeligere og mer koordinert nasjonal styring som kan støtte og bidra til en likere implementering av tjenester på kommunalt nivå. I tillegg blir det pekt på mangelen på måling av tjenestenes effekt, og mangelen på tydelige mål i familiepolitikken. Begge deler påvirker mulighet til å forske på intervensjoner og tiltak innen familiepolitikken.[141]

Det styringsmessige forholdet mellom sentralforvaltningen og kommunene har også endret seg. Før 1990-tallet var kommunene styrt gjennom et statlig budsjettsystem og mer bindende lovstyring. I dag er styringen i større grad basert på informasjon og anbefalinger, i tillegg til programmer og prosjektfinansiering.[142] Dette gjelder også for flesteparten av de foreldrestøttende tiltakene.

Det nasjonale utviklingsprogrammet for sosial velferd og helseomsorg i Finland inkluderte i årene 2008–2011 mer enn 93 beskrivelser av tjenester og tilnærminger rettet mot barn, ungdom og familier i fem regionale programmer.[143] Mange av tjenestene kommunene tilbyr er prosjektfinansiert, og det er derfor ikke sikkert at tjenesten vil være tilgjengelig etter prosjektfinansieringen opphører. Dette gjelder blant annet Familiesentrene (som omtales senere).

I tillegg til kommunene, bidrar også private ideelle organisasjoner med hjelpetiltak til barn og familier. Disse organisasjonene samarbeider med kommunene og kan enten tilby generelle hjelpetjenester til befolkningen som helhet, eller tiltak rettet mot spesielle grupper. Den luthersk-evangelske finske kirken tilbyr også familierådgivning med den hensikt å hjelpe familier med å løse problemer knyttet til familieforhold og parforhold. Arbeidet er organisert i ulike rådgivningssentre, og ulike typer foreldregrupper samles også her.[144]

5.5.3 Kartlegging av foreldrestøttende i Finland

Det er ikke identifisert mange strukturerte og/eller konkrete foreldrestøttende metoder/tiltak i Finland. Dette henger sannsynligvis både sammen med at forvaltningsstrukturen i Finland er svært desentralisert og at mye av dette arbeidet dermed foregår lokalt, og at omfanget av strukturerte programmer ikke er like omfattende som i de øvrige nordiske landene. Gjennom søk på de ulike tiltakenes (internasjonale) hjemmesider har vi identifisert at DUÅ, Family Group Conferences og ICDP, er i bruk i Finland, slik det vises i tabell 5.9. Det har imidlertid ikke blitt kartlagt hvordan og i hvilket omfang disse tiltakene utøves i Finland.

[141] Sipilä & Österbacka 2013
[142] Ibid.
[143] Hastrup et al. 2013
[144] Suomen 2013

Tabell 5.9. Kartlegging av foreldrestøttende tiltak i Finland

Tiltak	Formål	Varighet og intensitet	Alder	Målgruppe
ICDP (ICDP Finland)	Å forebygge psykososiale problemer blant barn og unge gjennom å støtte foreldrenes omsorgsrolle	8–10 gruppemøter	0–18 år	Foreldre og andre omsorgsgivere
DUÅ *(forvalter ikke identifisert)*	Styrke både barnets og foreldrenes kompetanse og gi pedagoger og lærere redskaper til å sikre et godt samspill i barnehage og på skole.	Foreldregrupper som møtes 12–18 ganger	0–12 år	Barn med begynnende adferdsvansker og deres foreldre.
Family Group Conferences *(forvalter ikke identifisert)*	Barn og unge skal få hjelp innad i familie og nettverk. Familien skal finne løsninger på et problem og være med på å gjennomføre løsningen. Bygger på tanker om empowerment og ansvarliggjøring av familien, og aktivering av det nære nettverkets ressurser.	Iverksettes etter en konkret og individuell vurdering enten pga. forholdene i hjemmet eller fordi barnet av ulike årsaker har særskilte behov, og kun dersom familien selv er positiv til dette. Familierådsmøtet gjennomføres etter en periode med planlegging	0–18 år	Den utvidete familien (barn/unge, foreldre, søsken, tanter, onkler, besteforeldre, og andre slektninger og nære venner av familien)

I det følgende skisseres de øvrige, mer generelle, foreldrestøttende innsatsene som har blitt identifisert i den finske litteraturgjennomgangen. Tiltakene som er identifisert omhandler i all hovedsak fødsels- og barneklinikkene i Finland.

Som en følge av Sosial- og helsedepartementets nye lover fra 2009 er kommunene i dag pålagt å tilby utvidede helsekontroller til småbarn og deres familier. Begge foreldrene inviteres til kontrollene, og familiens helhetlige velvære er også et tema. I tillegg er kommunene pålagt å organisere familietrening.[145] De foreløpige erfaringene fra de utvidede helsekontrollene er positive. De foreldrestøttende tiltakene blir tilbudt på et tidligere tidspunkt, tjenesten er mer mangfoldig og barnas problemer blir identifisert tidligere enn før. Det fins imidlertid ingen evidensbasert forskning som evaluerer de utvidede helsekontrollene, og observasjonene i studien refererer kun til én seminarpresentasjon.[146]

Den ovennevnte studien konstaterer også at hjemmebesøk utført av fødsels- og barneklinikkene også er et viktig tiltak med hensyn til å forhindre og forebygge problemer i familiene. Studien peker blant annet på at en finsk kommune (Imatra kommune) som har utviklet en modell for tidlig familiearbeid har oppnådd gode resultater.[147] Den nye modellen ble implementert i hele kommunen, og man har i etterkant opplevd en klar nedgang i kostnader knyttet til hjelpetiltak. Før implementeringen av den nye modellen hadde kostnadene økt over lengre tid. [148] Denne modellen har også blitt trukket frem som et godt eksempel i ekspertintervjuene.

Velferdsklinikkmodellen som viste seg å være suksessfull i kommunen Imatra har også blitt utviklet i andre kommuner. En studie beskriver et lignende initiativ i byen Tampere, og en vurdering av modellen har funnet at den har positiv effekt på familiene som blant annet lærer konstruktive måter å takle konflikter på. På grunn av de positive resultatene i prøveprosjektet har man i Tampere bestemt seg for å utvide modellen til alle fødsels- og barneklinikker.[149] En

[145] Ristolainen et al. 2013
[146] Ibid.
[147] Ibid.
[148] Peltola 2010
[149] Kangaspurta & Värri 2007

studie som så på familienes forventninger til barnehelseklinikkene viste at foreldrene gjennomgående var tilfredse med tiltaket. Foreldrene hadde først og fremst behov for å motta informasjon og hjelp til å utvikle et positivt forhold mellom foreldre og barn. Det ble også funnet at grunnen til misnøye hos enkelte var at det var liten mulighet til å selv velge sykepleier eller lege.[150]

Også andre studier har undersøkt foreldrenes tilfredshet med fødsels- og barneklinikkene, og én artikkel tar for seg sammenhengen mellom foreldrenes tilfredshet og måten klinikkene var organisert på, dvs. om klinikken var en uavhengig organisasjon eller om den var slått sammen med andre deler av primærhelsetjenesten. Foreldrene ble spurt om å evaluere tiltaket fire måneder etter fødselen, og brukere av separate klinikker ble sammenlignet med brukerne av sammenslåtte klinikker. De sammenslåtte klinikkene oppnådde mer positive evalueringer enn de individuelle fødselsklinikkene, blant annet fordi en kombinert modell tilbyr flere hjemmebesøk og gruppestøtte. Familiene ser også ut til å foretrekke modellen hvor samme sykesøster tar hånd om familien gjennom svangerskapet og etter fødselen.[151]

Et av hovedtrekkene i utviklingen av familietjenester (inkludert fødsels- og barneklinikkene) er *familiesentrene* som finnes i nærmere hundre kommuner i Finland. Familiesentrene er et prosjektbasert initiativ utviklet gjennom PERHE-prosjektet i 2005–2007. Hensikten med sentrene er at familiene skal få flere tjenester tilbudt på samme sted, og sentrene er en måte for kommunene å koordinere ulike tjenester og tilby preventiv støtte.[152] I en rapport fra Helse- og sosialdepartementet konkluderes det med at det er stor variasjon mellom lokale myndigheter med hensyn til hvilke tjenester som er inkludert i familiesentrene. Studien indikerer at de sentrene som var drevet som et lavterskelmøtepunkt for barn og familier, hadde størst mulighet til å tilby tidlig støtte. Studien stadfester også at konseptet med familiesentre har større sannsynlighet for å lykkes når sosiale tjenester, helse, omsorg og utdanning samarbeider på et strategisk nivå, og når det er utpekt en familiesenterkoordinator og en ledelse- eller styrergruppe.[153] Det er ikke gjennomført forskning på hvilken type familiesenteraktiviteter som gir de beste resultatene med hensyn til barnets utvikling og familienes situasjon, og det har ved flere anledninger, blant annet i flere av ekspertintervjuene i forbindelse med arbeidet med rapporten, blitt bemerket at det har vært lite evaluering og vurdering av effekten av disse prosjektene.

Flere av studiene funnet i litteraturgjennomgangen konsentrerte seg spesielt om *familiegrupper*. Fordelene ved deltagelse i en familiegruppe var først og fremst utvidelse av deltagernes sosiale nettverk. Foreldrene var imidlertid nødt til å oppmuntres til å delta i gruppene, og i dette arbeidet spiller de andre helse- og omsorgstjenestene en viktig rolle. Studien påpeker også på at det i fremtiden vil være viktig å undersøke langtidseffektene av familiegruppene, og også foreta en kost/nytte vurdering knyttet til til kostnadene ved organisering av gruppene og effekten gruppene har. I tillegg vil det være viktig å undersøke motivasjon for deltagelse.[154]

Det har også blitt funnet at muligheten for barnevakt, lave deltagelseskostnader og et egnet og tilgjengelig møtelokale, ble fremhevet som faktorer som påvirket deltagernes motivasjon og som øker gruppedeltagelsen i små foreldregrupper.[155]

I den finske kartleggingen er det blant annet også dokumentert støttetiltak for mødre med avhengighetsproblemer. Dette vurderes imidlertid ikke å være relevant i denne sammenhengen, da det er barnets eventuelle vansker, og ikke foreldrenes, som skal stå i fokus for de

[150] Viljamaa 2003
[151] Tuominen et al. 2012
[152] Ristolainen et al. 2013
[153] Halme et al. 2012
[154] Haaranen 2012
[155] Häggman-Laitila & Pietilä 2013

foreldrestøttende tiltakene. Rambøll forstår at det skjer mye interessant og kreativt foreldrestøttene arbeid i finske kommuner, samt i ideelle og private organisasjoner. Dette er imidlertid krevende å kartlegge i en kartlegging som denne, all den tid det mangler litteratur om disse tiltakene.

5.5.4 Dokumenterte effekter av foreldrestøttende tiltak i Finland

Hovedfunnet basert på gjennomgangen av foreldrestøttende tiltak i Finland er at det gjennomgående er svært lite eller ingen evidensbasert forskning som beskriver effekten av ulike intervensjoner. Finland har et omfattende system for fødsels- og barneklinikker som i praksis når alle familier under graviditet og etter at barnet er født. Litteraturgjennomgangen viser imidlertid at det er få studier som forklarer hvilke ulike metoder benyttet i klinikkene som vil føre til bedre resultater. I den grad det foreligger vurderinger handler dette hovedsakelig om tilbudets effekt på foreldrene, og således mangler et eksplisitt barneperspektiv.

Observasjonen av mangel på dokumenterte effekter er også blitt bekreftet i flere offisielle dokumenter og i ekspertintervjuene som er gjennomført i forbindelse med denne kartleggingen. I 2005 gjennomførte for eksempel forskere fra Det nasjonale instituttet for helse og velferd en systematisk litteraturgjennomgang av effekten av ulike familieintervensjoner. Gjennomgangen var utelukkende basert på internasjonale studier da det ikke fantes noen intervensjoner i Finland som møtte kriteriene om at studiene skulle være eksperimentelle eller kvasieksperimentelle.[156]

Situasjonen har ikke endret seg mye fra dette og til i dag. En rapport fra 2013 er for eksempel ikke i stand til å vise til noen forskning som har studert fødsels- og barnehelseklinikkene. I stedet stadfestes det i konklusjonen at familietjenester blitt utviklet på 2000-tallet «*with numerous local projects, which face problems of uncertainty [regarding] funding, short-term nature of the operation and weak evaluation*». Studien konkluderte med at det er lite kunnskap om effektiviteten av ulike tiltak. Dette gjelder både prosjektorientert arbeid i tillegg til basistjenester. Studien anbefaler økt evaluering av effektene i ulike tjenester[157] En annen rapport publisert i 2013 gjennomgår utviklingen av ulike tjenester i Finland og viser hvilken kunnskap som finnes om effekten og kostnadseffektiviteten av disse. I tillegg diskuteres det ulike etiske og tekniske aspekter som påvirker muligheten for å skaffe mer informasjon. I denne gjennomgangen blir også observasjonen om at det ikke finnes nok finsk forskning til å produsere en metaanalyse om foreldrestøttende tiltak langt på vei bekreftet. Rapporten stiller spørsmålstegn ved hvorfor det ikke finnes informasjon om effekten av slike tiltak.[158]

Årsaken til manglende forskning på foreldrestøttende arbeid henger hovedsakelig sammen med at det er mangel på finansiering av slik forskning i Finland. Det kanaliseres store midler til forskning på medisin- og helseområdet, mens bevilgningene til forskning på sosialfeltet er mindre. Eksempelvis følger det ikke med midler til forskning i Sosial- og helsedepartementets prosjektbevilgninger til finske kommuner når det gjelder foreldrestøttende arbeid. Det er imidlertid en økende oppmerksomhet og diskusjon rundt behovet for evidensbaserte tjenester i Finland. Det siste tiåret har det blitt utviklet metoder for både evaluering, formativ vurdering og utviklingsmetodikk med fokus på god praksis.[159] Dette gir grunn til å tro at det også vil bli forsket mer på foreldrestøttende arbeid i Finland i årene som kommer.[160]

5.6 Oppsummering: Behov for mer kunnskap om foreldrestøttende tiltak i Norden

Undersøkelsen viser at de samme foreldrestøttende tiltak eksisterer i flere av de nordiske landene. PMTO finnes i både Danmark, Island og Norge, mens Sverige har PMTO-baserte Komet.

---

[156] Westman et al. 2005
[157] Ristolainen et al. 2013
[158] Sipilä & Österbacka 2013
[159] Blant annet i regi av det finske National Institute for Health and Welfare (www.thl.fi), Innovillage (www.innokyla.fi) og Det finsk-svenske kompetansesenteret på sosialfeltet (www.fskompetenscentret.fi).
[160] Sipilä & Österbacka 2013

MST og MTFC eksisterer også i disse fire landene. DUÅ er til stede i de tre skandinaviske landene og Finland, i likhet med norskutviklede ICDP. I tillegg er det, særlig i Norge og Sverige, identifisert flere egenutviklede (enten nasjonalt eller lokalt/privat) tiltak som ikke er funnet i andre land. Danmark har basert introduksjonen av flere tiltak på erfaringer og forskning i de skandinaviske nabolandene. I Finland og på Island er det identifisert få strukturerte foreldrestøttende tiltak.

Totalt er det identifisert 43 studier som oppfyller kriteriene for inklusjon i forskningsoversikten. 20 av studiene omhandler tiltak i Norge, 15 i Sverige, 7 i Danmark, og 1 på Island. I Finland er det ikke identifisert forskning som oppfyller de forhåndsdefinerte inklusjonskriteriene. I Norge foreligger det i all hovedsak forskning om foreldrestøttende tiltak som retter seg mot foreldre til barn og unge med atferdsproblemer. Det er forsket på effekt av både MST, PMTO, TIBIR (Foreldrerådgivning i gruppe) og DUÅ. I tillegg foreligger det effektvurderinger av det universelle tiltaket ICDP i Norge. I Sverige er det forsket på flere tiltak enn i de andre nordiske landene, selv om forskningsvolumet er mindre enn i Norge. I likhet med i Norge finnes det svensk forskning på effekter av MST og DUÅ, samt PMTO-baserte Komet. I tillegg foreligger det effektstudier av tiltakene The Community Parent Education Program (COPE), Aktivt föräldraskap (Active Parenting), Positive Parenting Program (Triple P), Örebro Preventionsprogram (ÖPP, nå Effekt), Föräldrar Tillsammans (basert på ÖPP), Stark och Klar, samt Metoder I Vardagen. I Danmark foreligger det forskning om tre tiltak: MST, DUÅ, og førskoleprogrammet HippHopp. På Island er det identifisert én effektstudie, av PMTO.

Det er fortsatt behov for mer kunnskap om foreldrestøttende tiltak i Norden. For det første er det behov for mer informasjon om virkninger og årsakssammenhenger i utøvelsen av tiltakene. Det er viktig å fremskaffe kunnskap om hva som er avgjørende for at et tiltak virker, og ikke bare om det virker. Det er også nødvendig å få mer kunnskap om behov for tilpasning av metoder, samt førstehåndskunnskap om brukernes – både foreldre, barn og unge – egne opplevelser av tiltakene som tilbys.

For det andre er det nødvendig å sammenligne effekter av foreldrestøttende tiltak på tvers av de nordiske landene. Dette kan gi mer kunnskap om behov for tilpasning av metode til nasjonale og/eller lokale forhold, og kan også gi viktig informasjon om behov for støtte til implementering av tiltak i de ulike landene.

For det tredje er det behov for mer kunnskap om tiltakenes effekt for ulike målgrupper. Dette inkluderer både hvordan ulike målgrupper kan nås i størst mulig grad, og hvilken effekt ulike tiltak, og ulike tilpasninger av samme tiltak, har for ulike målgrupper. Med andre ord: hvordan kan tiltak tilpasses for å øke både rekruttering og effekt for ulike grupper?

Til slutt er det behov for flere studier som undersøker den langvarige effekten av foreldrestøttende tiltak. Blant studiene som inngår i vår forskningsoversikt, er det gjort oppfølgingsmålinger ett eller to år etter avsluttet tiltak. Effektene etter en slik tidsperiode er ikke alltid like tydelige. På bakgrunn av de høye kostnadene ved enkelte av de foreldrestøttende tiltakene, er det nærliggende å argumentere for at disse tiltakene bør ha langvarige effekter for å kunne forsvares som gode og hensiktsmessige tiltak, ikke bare for brukeren men også i et samfunnsøkonomisk perspektiv.

6. LITTERATUR

Andreassen, T. (2003). *Behandling av ungdom i institusjoner. Hva sier forskningen*? Oslo: Kommuneforlaget.

Arbeidsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2012). *Sektorprogram 2012. Nordisk Ministerråd for sosial- og helsepolitikk.*

Atferdssenteret (2012). *Høringsuttalelse fra Atferdssenteret.* Oslo: Atferdssenteret

Atferdssenteret (2013). *Om Atferdssenteret*. <http://www.atferdssenteret.no/om-oss/category7.html>

Axeberg, U. & A. Broberg (2012). *Evaluation of 'The Icredible Years' in Sweden: The transferability of an American parent-training program to Sweden*. Scandinavian Journal of Psychology, vol. 53. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.

Barnaverndastofa (2013). Hjemmesider. <http://www.bvs.is/barnaverndastofa/frettir/nr/698>

Barnaverndarstofa (2013). *Child Protection in Iceland and the role of the Government Agency for Child Protection*. <http://www.bvs.is/media/barnahus/child-protection-in-iceland-and-the-role-of-the-GACP.pdf>

Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet (1997). *Rundskriv Q-12/97: Handlingsplan for barn og unge med alvorlige atferdsproblemer*.

Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (2013). <www.bupbarn.no>

Baskin, T. W., Tierney, S. C., Minami, T., & Wampold, B. E. (2003). Establishing specificity in psychotherapy: A meta-analysis of structural equivalence of placebo controls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*, 973–979.

Bengtsson, S. & A. Nemli (2006). *Oplevelsen av MST - Forældres, unges og terapeuters erfaringer med multisystemisk terapi*. København: Socialforskningsinstituttet.

Bengtsson, T.T. & T.B. Jakobsen (2009). *Institutionsanbringelse af unge i Norden: En komparativ undersøgelse af lovgrundlag, institutionsformer og tendenser*. SFI rapport 09:12. København: Socialforskningsinstituttet.

Birk-Olsen, M. & C. Horsted (2008). *Undersøgelse af forældres og gruppelederes vurdering af forældreprogrammet, Basic i De Utrolige År*. Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering, Syddansk Universitet.

Bjørknes, R., R. Jakobsen & A. Nærde (2011). *Recruiting ethnic minority groups to evidence-based parent training. Who will come and how?* Children and Youth Services Review, nr. 33. Elsevier ltd.

Bjørknes, R., J. Kjøbli, T. Manger, & R. Jakobsen (2012). *Parent Training Among Ethnic Minorities: Parenting Practices as Mediators of Change in Child Conduct Problems*. Family Relations, nr. 61.

Bjørknes, R. & T. Manger (2013). *Can Parent Training Alter Parent Practice and Reduce Conduct Problems in Ethnic Minority Children? A Randomized Controlled Trial.* Prevention Science, vol. 14. Springer Publishing.

Bohlin, I. & M. Sager (red) (2011). *Evidensens många ansikten : evidensbaserad praktik i praktiken*. Lund: Arkiv förlag.

Bolstad, A., A. Skutle, E. Iversen & E. Endresen (2010). *Foreldrerollen i rusforebyggende arbeid – en kunnskapsoppsummering.* Kompetansesenter rus – region vest Bergen. Bergen: Stifelsen Bergensklinikkene.

Bremberg, Sven (red.) (2004). *Nye verktyg för föräldrar – förslag till nya formar av föräldrastöd.* Statens folkhälsoinstitut R 2004:49

Bremberg, Sven (2013). *Parent Support in Sweden: a country report.* To be published by European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin, Ireland

Bufetat (2012). *Svenskene henter inspirasjon fra norsk barnevern*. <http://www.bufetat.no/nyheter/Svenskene-henter-inspirasjon-fra-det-norske-barnevernet/>

Cuijpers, P., van Straten, A., Bohlmeijer, E., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2010). The effects of psychotherapy for adult depression are overestimated: A meta-analysis of study quality and effect size. *Psychological Medicine*, *40*, 211–223.

Drugli, M. B, S. Fossum, B. Larsson & W.-T. Mørch (2010). *Charateristics of young children with persistent conduct problems 1 year after treatment with the Incredible Years program*. European Child and Adolescent Psychiatry, vol. 19, nr. 7.

Enebrink, P., J. Högström, M. Forster & A. Ghaderi (2012). *Internet-based parent management training: A randomized controlled study*. Behaviour Research and Therapy, vol. 50. Elsevier Ltd.

Ekeland, T. – J., (2007). *Psykoterapi – ein kulturkritikk*. *Matrix. 24***,** 101–122.

Forgatch, M. S. & D. S. DeGarmo (2011). *Sustaining Fidelity Following the Nationwide PMTO Implementation in Norway*. Prevention Science, vol. 12, nr. 3, Eugene, OR: Springer US.

Forster, M., Å. Kling & K. Sundell (2012). *Clinical Significance of Parent Training for Children with Conduct Problems*. International Journal of Conflict and Violence, vol. 6, nr. 2.

Fottland, H. (2000). *Barneperspektiv og selvrapportering I studiet av barns og tenåringers utvikling. Teoretiske overveielser og forskningsmetodiske problemer.* Barn, nr. 1. Norsk senter for barneforskning.

Fängström, K.& A. Sakardi (eds.) (2012). *Som hand i handske– förskolan som arena för föräldrastöd*. Uppsala: Universitetstryckeriet.

Gabbay, J. & A. Le May (2011). *Practice-based Evidence for Healthcare: Clinical Mindlines.* London: Routledge

Greve, M. & M. Thastum (2008). *Resultatevaluering av Multisystemisk Terapi i Danmark 2004-2007.* Center for kavlitetsudvikling, JYFE & Servicestyrelsen Socialministeriet.

Haaranen, Ari (2012). *Realistinen arviointi lapsiperheiden vanhempainryhmistä. Muutokset perheen terveydessä ja vaikuttavuutta edistävät toiminnat*. Itä-Suomen yliopisto 2012

Hagen, K. Amlund, T. Ogden & G. Bjørnebekk (2011). *Treatment Outcomes and Mediators of Parent Management Training: A One-Year Follow-Up of Children with Conduct Problems*. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, vol. 40, nr. 2. <http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2011.546050>

Halme, N., M. Kekkonen & M.-L. Perälä (2012). *Perhekeskukset Suomessa: Palvelut, yhteistoiminta ja johtaminen*. THL 2012

Hastrup, Arja; Hietanen-Peltola, Marke; Jahnukainen, Johanna ja Pelkonen, Marjaana (toim.) (2013). Lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelujen uudistaminen – Lasten Kaste - kehittämistyöstä pysyväksi toiminnaksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportteja 3/2013

Helsedirektoratet (2008). *Veileder for poliklinikker I psykisk helsevern for barn og unge.* Oslo: Helsedirektoratet

HM Treasury (2011). *The Magneta Book – Guidance for evaluation.* London: HM Treasury https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/220542/magenta_book_combined.pdf>

Hole, G. O. (2008) *Kunnskapsbasert praksis: kritikk på feil grunnlag?* Ergoterapeuten 01.08. <http://kunnskapsbasertpraksis.no/wp-content/uploads/2011/10/1271748ad73eabec07.pdf>

Horsted, C. & M. Birk-Olsen (2008). *Forældrenes vurdering af deres barns adfærd - Pilotstudie om anvendelsen af spørgeskemaer til identificering af eventuel problemadfærd hos 3 til 8 årige børn*. Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering, Syddansk Universitet.

Hukkelberg, S., & T. Ogden (2013). *Working alliance and treatment fidelity as predictors of externalizing problem behaviors in Parent Management Training*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* Advance online publication.

Häggman-Laitila, A. & A.-M. Pietilä (2013). *Small groups for parents: motives and practical issues boosting attendance*. Nordic Social Work Research (journal), Vol. 3, No 1

Högström, J., P. Enebrink & A. Ghaderi (2013). *The Moderating Role of Child Callous-Unemotional Traits in an Internet-Based Parent-Management Training Program*. Journal of Family Psychology, vol. 27, nr. 2.

ICDP Norge (2013). Hjemmesider: *Om ICDP.* < http://www.icdp.no/om-icdp>

Jakobsen, R. & R. Solholm (2009). *Evaluering av PMTO-kurs for fosterforeldre – en effektstudie*. UNIFOB HELSE

Kangaspurta, Riitta ja Värri, Merja (2007). Hyvinvointineuvola-toimintamalli Tampereella 2007, City of Tampere 2007

Kaptchuk, T. J. (2001). The double-blind randomized, placebo-controlled trial: Gold standard or golden calf? *Journal of Clinical Epidemiology*, *54*, 541–549.

Kekkonen, M., M. Montonen og R. Viitala (ed.) (2012). *Family Centre in the Nordic countries – a meeting point for children and families.* København: Nordisk Ministerråd

Kjøbli, J. & G. Bjørnebekk (2013). *A Randomized Effectiveness Trial of Brief Parent Training: Sex-Month Follow-Up*. Research on Social Work Practice. http://rsw.sagepub.com/content/early/2013/06/24/1049731513492860

Kjøbli, J., S. Hukkelberg & T. Ogden (2013). *A randomized trial of group parent training: Reducing child conduct problems in real-world settings*. Behaviour Research and Therapy, nr. 51. Elsevier

Kjøbli, J., A. Nærde, G. Bjørnebekk & E. Askeland (2013). *Maternal mental distress influences child outcomes in brief parent training*. Child and Adolescent Mental Health, Oxford: Blackwell Publishing.

Kjøbli, J. & T. Ogden (2012). *A Randomized Effectiveness Trial of Brief Parent Training in Primary Care Settings*. Preventive Science, nr. 13.

Kling, Å., M. Forster, K. Sundell & L. Melin (2010). *A Randomized Controlled Effectiveness Trial of Parent Management Training With Varying Degrees of Therapist Support.* Behaviour Therapy, vol. 41. Elsevier Ltd.

Kling, Å., K. Sundell, L. Melin & M. Forster (2006). *Komet för föräldrar. En randomiserad effektutvärdering av ett föräldraprogram för barns beteendeproblem*. FoU-rapport 2006:4.

Koutakis, N., H. Statting & M. Kerr (2008). *Reducing youth alcohol drinking through a parent-targeted intervention: the Örebro Prevention Program*. Addiction Research Report.

Kunnskapsdepartementet (2013). *Skolefritidsordningen (SFO).* <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/tema/grunnopplaring/skolefritidsordningen-sfo.html?id=434946,>

Kunnskapssenteret (2013). *Termliste*. < http://www.kunnskapssenteret.no/termliste>

Langballe, Å., K. Trøften Gamst & M. Jacobsen (2010). *Den vanskelige samtalen – barneperspektiv på barnevernarbeid, Kunnskapsbasert praksis og handlingskompetanse.* Rapport nr. 2 / 2010. Nasjonal kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Larsson, B., S. Fossum, G. Clifford, M. B. Drugli, B. H. Handegård & W.-T. Mørch (2009). *Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children – Results of a randomized controlled trial*. European Child and Adolescent Psychiatry, vol. 18.

Larsson, M., C. Pettersson & C. Eriksson (2012). *Föräldrar Tillsammans- en longitudinell interventionsstudie av stöd till tonårsfamiljer 2007-2010*. *Örebro universitet, 2012:3*

Leykin, Y., & DeRubeis, R. J. (2009). Allegiance in psychotherapy outcome research: Separating associations from bias. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *16*, 54–65.

Lindström, Anders (2013). *Att skolas til förälder. Intervjuer med 17 föräldrastödsledare och fem observationer från föräldraprogrammen: Family-Lab, Familjeverkstan, Aktivt föräldraskap och Cope-programmet.* Institutionen för socialt arbete, Umeå universitet

Löfholm, C. A., T. Olsson, K. Sundell & K. Hansson (2009). *Multisystemisk terapi för ungdomar med allvarliga beteendeproblem, resultat efter två år*. IMS, Socialstyrelsen.

Marklund, Krisitn og Nino Simic (ed.) (2012). *Nordens barn – Tidlig innsats overfor barn og familier*. Nordens Velferdssenter. <http://www.nordicwelfare.org/PageFiles/415/Inspirationsh%C3%A4ften/5NO_lr.pdf>

Miller, S., Wampold, B., & Varhely, K. (2008). Direct comparisons of treatment modalities for youth disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, *18*, 5–14.

Ministry of Welfare (1997). *Parliamentary Resolution on the formulation of an official family policy and measures to improve the standing of the family.* <http://eng.velferdarraduneyti.is/media/acrobat-enskar_sidur/Family_policy.pdf>

Munder, T., Flückiger, C., George, H., Wampold, B. E., & Barth, J. (2012). Is the allegiance effect an epiphenomenon of true efficacy differences between treatments? A meta-analysis. *Journal of Consulting Psychology*, *59*, 631–637.

Munder, T., Brüsch, O., Leonhart, R., Gerger, H., & Barth, J. (2013). Researcher allegiance in psychotherapy outcome research: An overview of reviews. *Clinical Psychology Review*, *33*, 501–511.

Mørch, W.-T., G. Clifford, B. Larsson, P. Rypdal, T. Tjeflaat, J. Lurie, M. B. Drugli, S. Fossum, C. Reedtz (2004). *The Incredible Years – The Norwegian Webster-Stratton Programme 1998-2004*.

Nilsson, Camilla (2009). *Föräldrastödsprogram i Umeå kommun- En sammanställning av Active Parenting´s utvärderingsformulär*. Utvecklings- och fältforskningsenheten, Umeå socialtjänst.

Norden (2013a). *Barnomsorg i Sverige*. <http://www.norden.org/sv/norden-foer-dig/boern-og-familie-i-norden/boern-og-familie-i-sverige/barnomsorg-i-sverige>

Norden (2013b). *Grundskola i Sverige.* <http://www.norden.org/sv/norden-foer-dig/boern-og-familie-i-norden/boern-og-familie-i-sverige/grundskola-i-sverige>

Norden (2013c). *Elever och grupper i fritidshem 15 oktober 2012.* < http://www.skolverket.se/statistik-och-utvardering/statistik/fritidshem/elever-och-grupper>

Nordens Velferdssenter (2012). *Nordens barn. Tidlig innsats overfor barn og familier. Resultater fra prosjektet «Tidiga insatser för familjer».* Stockholm: Nordens Velferdssenter.

NOVA (2010). *Barnevern i de nordiske landene.* NOVA notat 2/2010*.* <http://www.nova.no/asset/4005/1/4005_1.pdf>

Ogden, T. & K. Amlund Hagen (2008). *Treatment Effectiveness of Parent Management Training in Norway: A Randomized Controlled Trial of Children With Conduct Problems*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, vol. 76, nr. 4. Washington DC: American Psychology Association

Ogden, T., K. Amlund Hagen, E. Askeland & B. Christensen (2009). *Implementing and Evaluating Evidence-Based Treatments of Conduct Problems in Children and Youth in Norway*. Research on Social Work Practice, vol. 19, nr. 5.

Ogden, T. & C. A. Halliday-Boykins (2004). *Multisystemic Treatment of Antisocial Adolescents in Norway: Replication of Clinical Outcomes Outside of the US.* Child and Adolescent Mental Health, vol. 9, nr. 2. Oxford: Blackwell Publishing.

Peltola, Jaana (2010). Imatran kaupungin hyvinvointineuvolan toiminnan vaikuttavuudesta. Presentation 25.11.2010. http://jarjestoarviointi-fi-bin.directo.fi/@Bin/ca620d716bc1142dcee59ecd1f982d54/1359035819/application/pdf/1930919/-Jaana%20Peltola.pdf

Pettersson, C., M. Özdemir & C. Eriksson (2011). *Effects of a parental program for preventing underage drinking - The NGO program strong and clear*. BMC Public Health, vol. 11.

Rambøll Management Consulting DK (2011). *Evaluering av de utrolige år. Sluttrapport*. Rapport til Servicestyrelsen.

Rambøll Management Consulting DK (2012a). *Evaluering av førskoleprogrammet HippHopp. Sluttrapport*. Rapport til Socialstyrelsen.

Rambøll Management Consulting DK (2012b). *Analyse af de økonomiske konsekvenser på området for udsatte børn og unge. Sluttrapport.* Rapport til Social – og Integrationsministeriet.

Rambøll Management Consulting DK (2013). *Analyse af de økonomiske konsekvenser: Parent Management Training – Oregon.* Rapport til Socialstyrelsen.

Rambøll Management Evaluation Society (2008). *Rapid Evidence Assessment – A concept for reviewing existing evidence.* København: Rambøll Management Consulting.

Utdanningsdirektoratet (2013). *Regelverk for skolefritidsordningen (SFO).* <http://www.udir.no/Regelverk/artikler_regelverk/Regelverk-for-skolefritidsordningen-SFO-Kommunens-plikter/>

Ungsinn og RBUP Nord (2009). *Virksomme tiltak for barn og unges psykiske helse*. Tromsø: Forebyggingsenheten – regionsenter for barn og unges psykiske helse <http://uit.no/Content/151013/Informasjonsbrosjyre%20om%20Ungsinn.pdf>

Reedtz, C. (2012). *Foreldreveiledning fremmer barns og foreldres psykiske helse*. Tidsskrift for norsk psykologiforening, vol. 49.

Reedtz, C., B. H. Handegård & W.-T. Mørch (2011). *Promoting positive parenting practices in primary pare: Outcomes and mechanisms of change in a randomized controlled risk reduction trial.* Scandinavian Journal of Psychology, vol. 52.

Ristolainen, Heidi, Varjonen, Sampo ja Vuori, Jukka (2013). *Mitä tiedämme politiikkatoimien vaikuttavuudesta lasten ja nuorten syrjäytymisen sekä hyvinvointierojen vähentämisessä*? Valtioneuvoston kanslian raporttisarja 2/2013

Servicestyrelsen (2011). *Inspirationskatalog om Forældreprogrammer – 18 evidensbaserede indsatser til familiebehandling.* Odense: Servicestyrelsen

Sherr, L., A.-M. Solheim Skar, C. Clucas, S. von Tetzhner & K. Hundeide (2011). *Evaluering av Program for foreldreveiledning baser på International Child Development Programme.* Rapport til Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. London: International Child Development Programme

Sherr, L., A.-M. Solheim Skar, C. Clucas, S. von Tetzhner & K. Hundeide (2013). *Evaluation of the International Child Development Programme (ICDP) as a community-wide parenting programme.* European Journal of Developmental Psychology 2013

Sigmarsdóttir, M. & A. Björnsdottir (2012**).** *Community implementation of PMTO : Impacts on referrals to specialist services and schools*. Scandinavian Journal of Psychology, vol. 53. Oxford: Blackwell Publishing Ltd

Sigmarsdottir, M. & E.V. Gudmundsdottir (2013). *Implementation of Parent Management Training Oregon Model (PMTO) in Iceland: Building Sustained Fidelity.* Family Process, vol. 52, nr. 2.

Sipilä, Jorma ja Österbacka, Eva (2013). Enemmän ongelmien ehkäisyä, vähemmän korjailua? Perheitä ja lapsia tukevien palvelujen tuloksellisuus ja kustannusvaikuttavuus. Valtionvarainministeriön julkaisuja 11/2013

Skolverket (2013a). *Barn och grupper i förskolan 15 oktober 2012.* <http://www.skolverket.se/statistik-och-utvardering/statistik/forskola/barn-och-grupper>

Skolverket (2013b). *Förskolan – rolig, trykk och lärorik.* <http://www.skolverket.se/skolformer/forskola>

Skolverket (2013c). *Elever och grupper i firtidshem 15 oktober 2012.* <http://www.skolverket.se/statistik-och-utvardering/statistik/fritidshem/elever-och-grupper>

Skovgaard, A. M. (2010). Mental health problems and psychopathology in infancy and early childhood: An epidemiological study. *Danish Medical Bulletin*, *57*, B4193.

Socialdepartementet (2007). Regeringens proposition 2007/08: 110: *En förnyad folkhälsopolitik.* <http://www.regeringen.se/content/1/c6/10/09/78/2ee01484.pdf>

Socialdepartementet. (2009). *Nationell strategi för ett utvecklat föräldrastöd - En vinst för alla*. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialdepartementet (2012). *Uppdrag att genomföra regionala konferenser m.m. i syfte att sprida föräldrastödjande aktiviteter i enlighet med regeringens nationella strategi för ett utvecklat föräldrastöd.* Regeringsbeslut sendt til Statens folkhälsoinstitut 2012-04-04.

Socialstyrelsen (2013). *Viden til gavn. Politik for udvikling og anvendelse af evidens.* Odense: Socialstyrelsen

Solholm, R., E. Askeland, T. Christensen & M. Duckert (2005). *Parent Management Training – Oregon-modellen, Teori, behandlingsprogram og implementering i Norge*. Tidsskrift for norsk psykologforening, nr. 42. Oslo: Norsk Psykologforening.

Sosial- og helsedirektoratet (2004). *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450.* Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

SOU 2008:131. *Föräldrastöd - en vinst för alla. Nationell strategi för samhällets stöd och hjälp tillföräldrar i deras föräldraskap. Statens offentliga utredningar 2008:131.*

SSB (2013). *Barnehager, 2012, endelige tall.* <http://ssb.no/utdanning/statistikker/barnehager>

SSB (2013). *Barnevern, 2012*. <http://ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/statistikker/barneverng/aar/2013-06-26>

Statens folhälsoinstitut (2012). *Kartläggning av kommunernas arbete med föräldrastödjande insatser 2011.* Stockholm: Statens folhälsoinstitut

Statens folhälsoinstitut (2013a). *Så arbetar kommuner, landsting och ideella organisationer med föräldrastöd.* Statens folkhälsoinstitut A 2013:01

Statens folhälsoinstitut (2013b). *Föräldrar spelar roll. Handbok i lokalt och regionalt föräldrastödsarbete.* Stockholm: Statens folhälsoinstitut

Sterk & Klar (2013). *Sterk&Klar – et verktøy for foreldre.* <www.sterkogklar.no>

St.meld. nr. 12 (2006-2007). (2006). *Regionale fortrinn – regional framtid.* Oslo: Kommunal- og regionaldepartementet.

St.mld. nr. 34 (2012-2013). (2013). *Meld. St. 34: Folkehelsemeldingen – God helse, felles ansvar*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Store Norske Leksikon (2013). *Skole og utdanning i Danmark.* <http://snl.no/Skole_og_utdanning_i_Danmark>

Suomen Ev. Lut. Kirkko (2013). Hjemmesider. <http://evl.fi.EVLfi.nsf/Documents/40D5B401E55B1785C225748000449ACD?OpenDocument&lang=FI>

Styrelsen for Social Service (2006). *Evaluering af fire metodeudviklingsprojekter støttet af puljen «Udvikling af behandlingstilbud til utilpassede unge»*.

Sundell, K., K. Hansson, C. A. Löfholm, T. Olsson, L.-H. Gustle & C. Kadesjö (2006). *Multisystemisk terapi för ungdomar med allvarliga beteendeproblem, resultat efter sex månader*. IMS, Socialstyrelsen.

Sundell, K., Å. Kling, F. Livheim & A. Mautner (2005). *Komet för föräldrar. Vilka föräldrar deltar, vilka är barnen och vad tycker föräldrarna om Komet?* FoU-Rapport 2005:7.

The Ministry of Social Affairs and Health webpages (2013). http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/neuvolat

The Ministry of Social Affairs and Health webpages (2013). http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/paivahoito

Tiller, P. O. (1991). *Barneperspektivet: Om å se og bli sett. Vårt perspektiv på barn – eller omvendt?* Barn 1. Norsk senter for barneforskning.

Tolin, D. F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *30*, 710–720.

Ungsinn (2013). Hjemmesider. < http://ungsinn.no/ungsinn/startside>

Tuominen, M., A. Kaljonen, P. Ahonen & P. Rautava (2012). Does the organizational model of the maternitry health clinic have an influence on women's and their partners' experiences? A service evaluatin survey in Southwest Finland. BioMed Central: BMC Pragnancy and Childbirth 2012, 12:96.

Ungsinn (2013). *Klassifiseringskriteriene i Ungsinn*. <http://www.ungsinn.no/post_artikkel/klassifiseringskriteriene-i-ungsinn/>

Ungsinn (2008). *Virksomme tiltak for barn og unges psykiske helse – kriterier for klassifisering av evidensnivå dokumentasjonsgrad*. Forebyggingsenheten, RBUP Nord, Tromsø: Universitetet i Tromsø. <http://uit.no/Content/151014/Klassifisering%20av%20tiltak%20i%20Ungsinn.pdf>

Ungsinn (2009). *Virksomme tiltak for barn og unges psykiske helse.* Forebyggingsenheten, RBUP Nord. Tromsø: Universitetet i Tromsø. <http://uit.no/Content/151013/Informasjonsbrosjyre%20om%20Ungsinn.pdf>

Utdanningsdirektoratet (2013). *Regelverg for skolefritidsordningen (SFO).* <http://www.udir.no/Regelverk/artikler_regelverk/Regelverk-for-skolefritidsordningen-SFO/Kommunens-plikter/>

Viljamaa, Marja-Leena (2003): Neuvola tänään ja huomenna. University of Jyväskylä

Weisz, J., R. & A. E. Kazdin (2003). *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents*. New York: Guilford Press.

Westman Riikka; Haverinen Riitta; Ristikartano, Veera; Koivisto, Juha and Malmivaara, Antti (2005). *Perheinterventioiden vaikuttavuus – järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus*. Stakes 5/2005

Woody, J. D., H. J. D'Souza & R. Dartman (2006). *Do master's in social work programs teach empirically supported interventions. A survey of deans and directors.* Research on social work practice, vol. 16, ss 469-479.

Zeiner, P., E. Backe Hansen, S. Eskeland, T. Ogden, P. Rypdal & H. Sommerschild (1998). *Barn og unge med alvorlige atferdsvansker*. Norges forskningsråd.

Östberg, M. & A.-M. Rydell (2012) *An efficacy study of a combined parent and teacher management training programme for children with ADHD*. Nord J. Psychiatry, vol. 66, nr. 2. Informa Healthcare.

VEDLEGG 1
OVERSIKT OVER LITTERATUR SOM INNGÅR I FORSKNINGSOVERSIKTEN

Norge **2**
Sverige **4**
Danmark **6**
Island **7**

NORGE

Forfatter	Tittel	Utgivelsesår	Tiltak	Metode	Utvalg
Kjøbli John & Terje Ogden	A Randomized Effectiveness Trial of Brief Parent Training in Primary Care Settings	2012	TIBIR (Foreldrerådgivning i gruppe)	RCT	N=216
Kjøbli, John & Gunnar Bjørnebekk	A Randomized Effectiveness Trial of Brief Parent Training: Six month Follow-up	2013	TIBIR (Foreldrerådgivning i gruppe)	RCT	N=216
Kjøbli, John, Ane Nærde, Gunnar Bjørnebekk & Elisabeth Askeland	Maternal mental distress influences child outcomes in brief parent training	2013	TIBIR (Foreldrerådgivning i gruppe)	RCT	N=216
Ogden, Terje & Kristine Amlund Hagen	Treatment Effectiveness of Parent Management Training in Norway: A Randomized Controlled Trial of Children With Conduct Problems	2008	PMTO	RCT	N=112
Hagen, Kristine Amlund, Terje Ogden og Gunnar Bjørnebekk	Treatment Outcomes and Mediators of Parent Management Training: A One-Year Follow-Up of Children with Conduct Problems	2011	PMTO	RCT	N=112
Hukkelberg, Silje S. & Terje Ogden	Working Alliance and Treatment Fidelity as Predictors of Externalizing Problem Behaviors in Parent Management Training	2013	PMTO	Kvantitativ analyse med flere måletidspunkter	N=331
Forgatch, Marion S. & David S. DeGarmo	Sustaining Fidelity Following the Nationwide PMTO Implementation in Norway	2011	PMTO	Kvantitativ analyse med flere måletidspunkter	N=131
Kjøbli, John, Silje Hukkelberg & Terje Ogden	A randomized trial of group parent training: Reducing child conduct problems in real-world settings	2013	PMTO	RCT	N=137
Jakobsen, Reidar og Roar Solholm	Evaluering av PMTO-kurs for fosterforeldre - en effektstudie	2009	PMTO	RCT	N=83
Bjørknes, Ragnhild & Terje Manger	Can Parent Training Alter Parent Practice and Reduce Conduct Problems in Ethnic Minority Children? A Randomized Controlled Trial	2013	PMTO	RCT	N=118
Bjørknes, Ragnhild, Reidar Jakobsen & Ane Nærde	Recruiting ethnic minority groups to evidence-based parent training. Who will come and how?	2011	PMTO	Eksplorerende studie	N=96
Bjørknes, Ragnhild, John Kjøbli, Terje Manger, Reidar Jakobsen	Parent Training Among Ethnic Minorities: Parenting Practices as Mediators of Change in Child Conduct Problems	2012	PMTO	RCT	N=96
Drugli, May Britt, Sturla	Characteristics of young children with persistent conduct	2010	DUÅ	RCT	N=127

Fossum, Bo Larsson & Willy Tore Mørch	problems 1 year after treatment with the Incredible Years program				
Mørch, Willy-Tore, Graham Clifford, Bo Larsson, Per Rypdal, Torill Tjeflaat, Jim Lurie, May Britt Drugli, Sturla Fossum & Charlotte Reedtz	The Incredible Years – The Norwegian Webster Stratton Programme 1998-2004	2004	DUÅ	RCT	N=127
Larsson, Bo, Sturla Fossum Graham Clifford, May Britt Drugli, Bjørn Helge Handegård & Willy-Tore Mørch	Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children - Results of a randomized controlled trial	2008	DUÅ	RCT	N=98
Reedtz, Charlotte, Bjørn Helge Handlegård & Willy-Tore Mørch	Promoting positive parenting practices in primary pare: Outcomes and mechanisms of change in a randomized controlled risk reduction trial	2011	DUÅ	RCT	N=189
Reedtz, Charlotte	Foreldreveiledning fremmer barns og foreldres psykiske helse	2012	DUÅ	RCT	N=186
Ogden, Terje & Colleen A. Halliday-Boykins	Multisystemic Treatment of Antisocial Adolescents in Norway: Replication of Clinical Outcomes Outside of the US	2004	MST	RCT	N=100
Sherr, Lorrain, Ane-Marthe Solheim Skar, Claudine Clucas, Stephen von Tetzchner & Karsten Hundeide	Evaluering av Program for foreldreveiledning basert på International Child Development Programme	2011	Program for Foreldreveiledning, ICDP	Kvasi-eksperimentell studie	N=283
Sherr, Lorrain, Ane-Marthe Solheim Skar, Claudine Clucas, Stephen von Tetzchner & Karsten Hundeide	Evaluation of the International Child Development Programme (ICDP) as a community-wide parenting programme	2013	ICDP	Kvasi-eksperimentell studie	N=220

SVERIGE

Forfatter	Tittel	Utgivelsesår	Tiltak	Metode	Utvalg
Kling, Åsa, Martin Forster, Knut Sundell og Lennart Melin	A Randomized Controlled Effectiveness Trial of Parent Management Training With Varying Degrees of Therapist Support	2010	Komet	RCT	N=159
Enebrink, Pia, Jens Högström, Martin Forster og Ata Ghaderi	Internet-based parent management training: A randomized controlled study	2012	Komet	RCT	N=109
Kling, Åsa, Knut Sundell Lennart Melin og Martin Forster	Komet för föräldrar. En randomiserad effektutvärdering av ett föräldraprogram för barns beteendeproblem	2006	Komet	RCT	N=159
Sundell, Knut, Åsa Kling, Fredrik Livheim og Anna Mautner	Komet för föräldrar. Vilka föräldrar deltar, vilka är barnen och vad tycker föräldrarna om Komet?	2005	Komet	Kvantitativ analyse med flere måletidspunkter	N=464
Forster, Martin, Åsa Kling og Knut Sundell	Clinical Significance of Parent Training for Children with Conduct Problems	2012	Komet	RCT	N=60
Högström, Jens, Pia Enebrink og Ata Ghaderi	The Moderating Role of Child Callous-Unemotional Traits in an Internet-Based Parent-Management Training Program	2013	Komet	RCT	N= 104
Sundell, Knut, Kjell Hansson, Cecilia Andrée Löfholm, Tina Olsson, Lars-Henry Gustle og Christina Kadesjö	Multisystemisk terapi för ungdomar med allvarliga beteendeproblem. Resultat efter sex månader	2006	MST	RCT	N=156
Löfholm, Cecilia Andrée, Tina Olsson, Knut Sundell og Kjell Hansson	Multisystemisk terapi för ungdomar med allvarliga beteendeproblem. Resultat efter två år	2009	MST	RCT	N=156
Axberg, Ulf og Anders G. Broberg	Evaluation of "The Incredible Years" in Sweden: The transferability of an American parent-training program to Sweden	2012	DUÅ (Basic)	RCT	N=63
Nilsson, Camilla	Föräldrastödsprogram i Umeå kommun En sammanställning av Active Parenting´s utvärderingsformulär	2009	COPE og Active Parenting	Kvantitativ analyse med kun ex-post måling	N=144 for Active Parenting, N=70 for COPE
Fängström, Karin og Anna Sarkadi	Som hand i handske – förskolan som arena för föräldrastöd	2012	Triple P	RCT	N=231 for Tema-Triple-P, N=67 for Rådgivnings-Triple-P
Koutakis, Nikolaus, Håkan	Reducing youth alcohol drinking through a	2008	ÖPP (Örebro	Kvasi-eksperimentell	N=900

Stattin og Margaret Kerr	parent-targeted intervention: the Örebro Prevention Program		Prevention Program)	studie	
Larsson, Madelene, Camilla Pettersson og Charli Eriksson	Föräldrar Tillsammans - en longitudinell interventionsstudie av stöd till tonårsfamiljer 2007-2010	2012	Föräldrar Tillsammans (basert på Örebro Prevention Program)	RCT	N=2996
Pettersson, Camilla, Metin Özdemir og Charli Eriksson	Effects of a parental program for preventing underage drinking - The NGO program strong and clear	2011	Stark och klar	Kvasi-eksperimentell studie	N=795
Östberg, Monica og Ann-Margret Rydell	An efficacy study of a combined parent and teacher management training programme for children with ADHD	2012	Metoder I Vardagen	RCT	N=129

DANMARK

Forfatter	Tittel	Utgivelsesår	Tiltak	Metode	Utvalg
Styrelsen for Social Service	Evaluering af fire metodeudviklingsprojekter støttet af puljen «Udvikling af behandlingstilbud til utilpassede unge»	2006	MST	Kvantitativ analyse + kvalitativ analyse av intervjuer	N=144
Bengtsson, Steen & Asiye Nemli	Oplevelsen av MST - Forældres, unges og terapeuters erfaringer med multisystemisk terapi	2006	MST	Kvantitativ analyse med flere måletidspunkt + kvalitativ analyse av intervjuer	N=60
Greve, Morten & Mikael Thastum	Resultatevaluering av Multisystemisk Terapi i danmark 2004-2007	2008	MST	Kvantitativ analyse med flere måletidspunkt + kvalitativ analyse av intervjuer	N=316
Birk-Olsen, Mette & Charlotte Horsted	Undersøgelse af forældres og gruppelederes vurdering af forældreprogrammet, Basic i De Utrolige År	2008	DUÅ	Kvantitativ analyse med flere måletidspunkter	N=1244 (i løpet av behandling), N=107 (sluttevaluering)
Horsted, Charlotte & Mette Birk-Olsen	Forældrenes vurdering af deres barns adfærd – Pilotstudie om anvendelsen af spørgeskemaer til identificering af eventuel problemadfærd hos 3 til 8 årige børn	2008	DUÅ	Kvantitativ analyse + kvalitativ analyse av intervjuer	N=171
Rambøll Management Consulting DK	Evaluering af De Utrolige År	2011	DUÅ	Kvasieksperimentell studie	N=348
Rambøll Management Consulting DK	Evaluering af førskoleprogrammet HippHopp	2012	HippHopp (basert på HIPPY)	Kvantitativ analyse med flere måletidspunkter + kvalitativ analyse av intervjuer	N=280

ISLAND

Forfatter	Tittel	Utgivelsesår	Tiltak	Metode	Utvalg
Sigmarsdóttir, Margrét og Anna Björnsdottir	Community implementation of PMTO: Impacts on referrals to specialist services and schools	2012	PMTO	Kvasieksperimentell studie	N=3 kommuner

VEDLEGG 2
REGISTRERINGSTABELLER FOR STUDIENE SOM INNGÅR I FORSKNINGSOVERSIKTEN

Norge **2**
Sverige **32**
Danmark **51**
Island **61**

NORGE

TIBIR – FORELDRERÅDGIVNING I GRUPPE *(3 studier)*
(*dette tiltaket er omtalt som Brief Parent Training i engelskspråklig litteratur*)

Om tiltaket/ programmet	
Abstract	Objective: To examine the follow-up effectiveness of brief parent training (BPT) for children with emerging or existing conduct problems. Method: With the use of a randomized controlled trial and parent and teacher reports, this study examined the effectiveness of BPT compared to regular services 6 months after the end of the intervention. Participants included 216 children (3–12 years) and parents randomly assigned to BPT or a comparison group. Results: BPT had beneficial effects on caregiver assessments of parenting practices (i.e., positive parenting and harsh discipline) and child conduct problems in the families 6 months after the intervention. The effects of BPT in schools and day care centers were limited. Compared to posttest the effects sizes were smaller and number of significant effects lower. Conclusion: Although effects decreased over time, this study demonstrate that a short-term manual-based intervention (3–5 sessions) could be effective in reducing conduct problems 6 month after the intervention. Keywords: conduct problems, brief parent training, follow-up, effectiveness study, randomized control trial.
Målgruppe for intervensjon	Foreldre med barn i alderen 3-12 år med problematferd.
Metodikk/ arbeidsmåte	Individuell veiledning av foreldre utført av kommunalt ansatte opplært i TIBIR (Foreldrerådgivning i gruppe) metode. TIBIR (Foreldrerådgivning i gruppe) baserer seg på *the social interaction learning model* (SIL) og elementer fra PMTO, men tiltaket er betydelig mindre tid- og kostnadskrevende da det er snakk om 3-5 sesjoner à 1 time per familie. Hensikten er å lære opp foreldre slik at de kan minske og forhindre en eskalering i barnets problematferd.
Varighet	-
Intensitet	3-5 sessions à 1 time
Land	Norge
Om publikasjonen	
Tittel	A Randomized Effeciveness Trial of Brief Parent Training: A Six-Month Follow-Up
Forfatter(e)	Kjøbli, John og Gunnar Bjørnebekk
Årstall	2013
Forlag/utgiver	Research on Social Work Practice
Evt. link til publikasjon	http://rsw.sagepub.com/content/early/2013/06/24/1049731513492860
Type utgiver	Tidsskrift
Dokumentasjon om resultater og effekter	
Tema og emne	- Oppfølgingsstudie av langtidseffektene av TIBIR (Foreldrerådgivning i gruppe), gjennomført seks måneder tidligere.

Metode	- Populasjonen er familier/foreldre som hadde vært i kontakt med «a primary care agency» på grunn av et barn (3-12 år) med problematferd. (ikke oppgitt antall) - Utvalget på 216 familier/foreldre var de som takket ja til å delta i studien og som gjennomførte pre-test (T1) . Av disse deltok 187 på posttesten (T2) og 173 deltok i oppfølgingstesten seks måneder senere (denne studien) (T3) - Resultatene i denne studien er med andre ord basert på 187 av de opprinnelige 216 familier (80,1%) av familiene som deltok i undersøkelsen. - Utvalget representerer familier fra alle fem helseregioner. - Foreldrene/familiene ble randomisert fordelt på tiltaksgruppe og kontrollgruppe. - Vurdering av langtidseffekter ble gjort ved å sammenligne foreldrenes praksis og barnas problematferd seks måneder etter avsluttet tiltak (T3) med målinger utført umiddelbart etter avsluttet tiltak (T2). Svakhet: - Funnene baserer seg på selvrapportering av foreldrene som kan være biased – mest sannsynlig i positiv retning . en annen fare er biased informasjon på grunn av tidsperspektivet (tiltaket ble gjennomført 6 måneder tidligere) noe som øker sannsynligheten for at foreldrene husker feil.
Hovedfunn/ evidens	TIBIR (Foreldrerådgivning i gruppe) hadde effekt på foreldrenes praksis og barnas problematferd seks måneder etter at tiltaket med veiledning av foreldrene var avsluttet. Effektene på barnas skole og barnehage var imidlertid fraværende. Sammenlignet med målinger på T2 var effektene svakere og antallet signifikante observasjoner var færre. Effekten av TIBIR (Foreldrerådgivning i gruppe) sank med andre ord over tid. - Men studien viser likevel at «short-term manual-based intervension» på 3-5 sessions kan være et effektivt tiltak med tanke på å redusere problematferd hos barn seks måneder etter avsluttet tiltak.
Eventuelle anbefalinger	Studien viser til den påviste effekten av TIBIR (Foreldrerådgivning i gruppe) og anbefaler det som tiltak fordi det krever relativt lite ressurser fra helsemyndighetene. I forhold til pris og tidsaspektet er TIBIR (Foreldrerådgivning i gruppe) et godt tiltak som har stort potensiale. Mer forskning trengs likevel på området, og fokuset bør ligge på å utvikle solide implementeringsstrategier.

Om tiltaket/ programmet	
Abstract	Brief Parent Training (BPT) is a short-term intervention (3–5 sessions) delivered by regular staff in municipal child and family services. BPT is based on social interaction learning theory and Parent Management Training, the Oregon model (PMTO) and promotes parenting skills in families with children who either are at an early stage of problem behavior development or have developed conduct problems. This study examined the effectiveness of BPT compared to regular services in primary care settings at post assessment. Participants were 216 children (3–12 years) and their parents who were randomly assigned to BPT or the comparison group. Data were collected from parents and teachers. Significant intervention effects emerged for caregiver assessments of parenting practices, child conduct problems, and social competence. The results suggested that BPT had beneficial effects for families, although the generalization of the effects to school was limited.

	Keywords: Conduct problems . Brief intervention . Parent management training
Målgruppe for intervensjon	Foreldre med barn i alderen 3 - 12 år, med problematferd.
Metodikk/ arbeidsmåte	Individuell veiledning av foreldre utført av kommunalt ansatte opplært i TIBIR (Foreldrerådgivning i gruppe) metode. TIBIR (Foreldrerådgivning i gruppe) baserer seg på *the social interaction learning model* (SIL) og elementer fra PMTO, men tiltaket er betydlige mindre tid- og kostnadskrevende da det er snakk om 3-5 sessions à 1 time per familie. Hensikten er å lære opp foreldre slik at de kan minske og forhindre en eskalering i barnets problematferd.
Varighet	3-5 sessions à én time.
Intensitet	3-5 sessions à én time.
Land	Norge
Om publikasjonen	
Tittel	A Randomized Effectiveness Trial of Brief Parent Training in Primary Care Settings
Forfatter(e)	Kjøbli John & Terje Ogden
Årstall	2012
Forlag/utgiver	Prevention Science, (2012) nr. 13
Evt. link til publikasjon	http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11121-012-0289-y#page-1
Type utgiver	Tidsskrift
Dokumentasjon om resultater og effekter	
Tema og emne	Hensikten er å teste effekten av TIBIR (Foreldrerådgivning i gruppe) hos foreldre med barn med problematferd sammenlignet med effekten av såkalt «regular service» tiltak.
Metode	Populasjon og utvalg: - Populasjonen er familier/foreldre som hadde vært i kontakt med «a primary care agency» på grunn av et barn (3-12 år) med problematferd. Utvalget på 216 familier/foreldre var de som takket ja til å delta i studien og som gjennomførte pretest (før tiltaket). Av disse deltok 187 på posttesten. - Familier med barn med autisme, utviklingshemming, som har vært utsatt for seksuelle overgrep og/eller familier hvor foreldrene har psykiske problemer er utelatt. - Utvalget representerer familier fra alle fem helseregioner i Norge. Design: - Foreldrene/familiene ble randomized fordelt på tiltaksgruppe og kontrollgruppe.
Hovedfunn/ evidens	- TIBIR (Foreldrerådgivning i gruppe) er et mer effektivt tiltak når det gjelder å redusere problematferd hos barn og øke foreldres kompetanse enn det «regular service tiltak» er.
Eventuelle anbefalinger	- Med tanke på at det er relativt kostands- og tidseffektivt sammenlignet med en del andre tiltak, anbefales det å gjøre TIBIR (Foreldrerådgivning i gruppe) tilgjengelig for foreldre med barn med problematferd og atferdsvansker. - Basert på utvalget av familier som valgte å delta i prosjektet med TIBIR

	(Foreldrerådgivning i gruppe), virker det som at tiltaket, i form av å være mindre omfattende og mer «lavterskel», oppleves som mer attraktivt for foreldre med høyere sosioøkonomisk bakgrunn enn det som er vanlig for foreldre/familier som kontakter og får hjelp av barnevernet . - Studien viser også at foreldre med høyere sosioøkonomisk status trenger like mye oppfølging og foreldreveiledning ved atferdsproblemer hos barn, som foreldre med lavere sosioøkonomisk status. - Tiltaket var mindre attraktivt for foreldre/familier med innvandrerbakgrunn og flere tiltak må settes inn for å favne denne gruppen. - Mer forskning trengs på området.

Om tiltaket/ programmet	
Abstract:	**Background**: Brief parent training (BPT) promotes effective parenting in parents of children with conduct problems. As previous research has provided inconsistent results, this study explored the impact of maternal mental distress on outcomes of BPT. Method: Participants included 216 families randomized to BPT or a comparison group. Results: Maternal distress negatively predicted five of eight outcomes, regardless of intervention allocation. Low-maternal distress predicted lower conduct problems (parent- and teacher-reported), whereas high distress predicted higher teacher-reported conduct problems in BPT relative to comparisons. **Conclusions**: Refinement of interventions to help children with conduct problems and distressed mothers should be prioritized. **Key Practitioner Message** • Parent training interventions have been found to be effective in reducing child conduct problems • Although findings have been mixed, maternal mental distress has been found to negatively influence outcome of parent training • This study replicates previous research that has found maternal mental distress to negative influence outcomes of parent training • Refinement of interventions to help children with conduct problems and distressed mothers should be prioritized Keywords: Child conduct problems; maternal mental distress; predictor; moderator; brief parent training; randomized effectiveness trial
Målgruppe for intervensjon	TIBIR (Foreldrerådgivning i gruppe) gis til foreldre med barn med atferdsproblemer.
Metodikk/ arbeidsmåte	Man ønsker å fremme foreldre ferdigheter for å redusere og forhindre atferdsproblemer hos barnet. Treningen gis individuelt til foreldrene og varer i gjennomsnitt 3-5 timer. Rollespill er en viktig del av opplæringen/treningen.
Varighet	-
Intensitet	-
Land	Norge
Om publikasjonen	
Tittel	Maternal mental distress influences child outcomes in brief parent training
Forfatter(e)	Kjøbli, John, Ane Nærde, Gunnar Bjørnebekk & Elisabeth Askeland
Årstall	2013
Forlag/utgiver	Child and Adolescent Mental Health
Evt. link til publikasjon	-
Type utgiver	Tidsskrift

Dokumentasjon om resultater og effekter	
Tema og emne	- Undersøker om «mental distress» hos mødre påvirker effekten av TIBIR (Foreldrerådgivning i gruppe), altså om «mental distress» hos mødre fungerer som en moderator, noe tidligere forskning har indikert.
Metode	RCT - Pretest (T1) og posttest (T2) - Intervensjonsgruppe: TIBIR (Foreldrerådgivning i gruppe) - Kontrollgruppe: «regular service». Utvalg: - 216 familier med barn i alderen 3-12 år, fra hele landet som tidligere hadde vært i kontakt med helsetjenesten/barnevernet på grunn av atferdsproblemer hos barnet. - Fordelingsprosedyre: randomisert 50/50 fordeling av familiene etter T1. Data/målinger: - Foreldrerapportert atferd hos barna på T1 og T2. - Lærerrapportert atferd hos barna på T1 og T2 (?) - Mødres «mental distress»
Hovedfunn/ evidens	- Mødres «Mental distress» predikerer negativt 5 av 8 posttest outcomes. - Høy grad av mødres «mental distress» reduserer sjansen for at TIBIR (Foreldrerådgivning i gruppe) eller «regular services» resulterer i positive outcomes for barnet. - TIBIR (Foreldrerådgivning i gruppe) var spesielt effektivt når mødrene hadde lav «mental distress» og når barnet scoret høyt på atferdsproblemer. - Forskning på moderatorer for utfall (outcomes) kan bidra til å identifisere hvilke deler av befolkningen som har større eller mindre sjanse til å dra nytte av en intervensjon.
Eventuelle anbefalinger/ Kommentarer	- Noen studier indikerer at i tilfeller hvor mødrene har høy grad av «mental distress» vil korttids intervensjoner, som TIBIR (Foreldrerådgivning i gruppe) være mindre effektive enn foreldretrening som strekker seg lenger i tid. - Andre studier tyder imidlertid på at det ikke er tidsaspektet, men heller fleksibiliteten i foreldretreningsprogrammet som avgjør om mødres grad av «mental distress» påvirker effekten av foreldretreningsprogrammet på barnet. - Oppsummering av tidligere forskning kan altså tyde på at det kan være flere måter å legge opp foreldretreningsprogrammer på som gir positiv effekt på barnet, selv i tilfeller hvor mor er «mental distressed». En kombinasjon av foreldretrening og andre typer evidensbasert intervensjon som kognitiv terapi kan være effektivit.

PARENT MANAGEMENT TRAINING – OREGON (PMTO) *(9 studier)*

Om tiltaket/ programmet	
Abstract:	This study was a randomized control trial (RCT) of Parent Management Training—The Oregon Model (PMTO) in Norway. A sample representing all health regions of Norway and consisting of 112 children with conduct problems and their families participated in the study. Families were randomly assigned to either PMTO or a regular services comparison group. PMTO was delivered via existing children's services, and families were recruited using the agencies' regular referral procedures, making this the first effectiveness study of PMTO and the first RCT of PMTO conducted outside of the United States. Using a multiagent–multimethod approach, results showed that PMTO was effective in reducing parentreported child externalizing problems, improving teacher-reported social competence, and enhancing parental discipline. Age level and gender modified the effects of PMTO treatment on other outcomes. In a path model, participation in PMTO was associated with improved parental discipline, and effective discipline predicted greater child compliance, fewer child-initiated negative chains, and lower levels of child externalizing problems. Findings are presented along with a discussion of the implications for practice and research and the challenges accompanying effectiveness trials. *Keywords:* parent management training, conduct problems, randomized control trial, effectiveness study, observational methodology.
Målgruppe for intervensjon	PMTO. Barn i alderen 4-12 år med atferdsproblemer.
Metodikk/ arbeidsmåte	Individuell (tradisjonell) PMTO
Varighet	-
Intensitet	-
Land	Norge
Om publikasjonen	
Tittel	Treatment Effectiveness of Parent Management Training in Norway: A Randomized Controlled Trial of Children With Conduct Problems
Forfatter(e)	Ogden, Terje og Kristine Amlund Hagen
Årstall	2008
Forlag/utgiver	Journal of Consulting and Clinical Psychology
Evt. link til publikasjon	
Type utgiver	Tidsskrift
Dokumentasjon om resultater og effekter	
Tema og emne	- 1) Testing av effekten av PMTO på barnas atferd, barnas sosiale kompetanse, foreldreferdigheter og tilfredshet med programmet. - 2) Testing av via hvilke endringer i foreldrepraksis PMTO programmet fører til endring i barnas atferd, altså hvilke mekanismer PMTO programmet virker gjennom.
Metode	- RCT - Utvalg: 112 barn i alderen 4-12 år med atferdsproblemer og deres familie. - Utvalgsprosedyre: barn som har vært henvist til barnevernet på grunn av atferdsproblemer

	- Fordelingsprosedyre: Randomisert fordeling til tiltaksgruppe (PMTO) eller kontrollgruppe (regular service) etter T1. - Data: Videoopptak av samspill mellom foreldre og barn som ble kodet av spesialister + spørreskjema fylt ut av foreldre og lærere - Målinger: før fordeling i intervensjon- og kontrollgruppe (T1) og 11-12 måneder etter T1 (T2).
Hovedfunn/ evidens	- Barna i intervensjonsgruppen hadde større reduksjon i foreldrerapporterte atferdsproblemer og større økning i lærerrapportert sosial kompetanse fra T1 til T2, enn kontrollgruppen. - Foreldrene i intervensjonsgruppen hadde bedre disiplineringsferdigheter enn foreldrene i kontrollgruppen på T2. - Effekten var spesielt stor i familier hvor barna var små. - Stimodellen viste at deltagelse i PMTO predikerte bedre disiplineringsferdigheter hos foreldrene. - Effekten av PMTO programmet på «child compliance» går gjennom effektive disiplineringsferdigheter hos foreldrene. -
Eventuelle anbefalinger	-

Om tiltaket/ programmet	
Abstract:	This effectiveness study presents the results of a 1-year follow-up of a randomized controlled trial of Parent Management Training. Families of 112 Norwegian girls and boys with clinic-level conduct problems participated, and 75 (67%) families were retained at follow-up. Children ranged in age from 4 to 12 at intake (M¼8.44). Families randomized to the control group received an active treatment alternative as would be normally offered by participating agencies. Multi-informant, multisetting outcome measures were collected and results from both intention-to-treat and treatment-onthe-treated analyses are presented. In two separate indirect effects models, assignment to Parent Management Training—the Oregon model predicted greater effective discipline and family cohesion at postassessment, which in turn predicted improvements in several child domains at follow-up.
Målgruppe for intervensjon	Barn i alderen 4-12 år med atferdsproblemer.
Metodikk/ arbeidsmåte	Individuell, tradisjonell PMTO
Varighet	Gjennomsnittlig 40 uker.
Intensitet	Ukentlig
Land	Norge

Om publikasjonen	
Tittel	Treatment Outcomes and Mediators of Parent Management Training: A One-Year Follow-Up of Children with Conduct Problems
Forfatter(e)	Hagen, Kristine Amlund, Terje Ogden & Gunnar Bjørnebekk
Årstall	2011
Forlag/utgiver	Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology
Evt. link til publikasjon	-
Type utgiver	Tidsskrift

Dokumentasjon om resultater og effekter	
Tema og emne	- Evaluering av de langvarige effektene av PMTO - Undersøke forskjellene i effekter når man inkluderer alle deltagerne (ITT design) og når man bare inkluderer deltagerne som faktisk deltok i minimum to sessions (TOT analysis).
Metode	- RCT - Utvalg: 112 barn i alderen 4-12 år og deres foreldre - Utvalgsprosedyre: barn som har vært henvist til barnevernet på grunn av atferdsproblemer (ODD eller CD) - Fordelingsprosedyre: Randomisert fordeling til tiltaksgruppe (PMTO) eller kontrollgruppe (regular service) etter T1. - Måling: Pretest (T1), Posttest (T2) og Oppfølgingstest (T3) – denne studien. - Data: Videoobservasjon av foreldre og barn i samspill som ble kodet av spesialister + spørreskjema fylt ut av foreldre og lærere.
Hovedfunn/ evidens	- ITT: familiene i tiltaksgruppen viste mindre «aversive behaviour» i videoobservasjonen enn familiene fra kontrollgruppen på T3. - TOT: Signifikant større reduksjon i foreldrerapporterte atferdsproblemer hos barn i tiltaksgruppen enn i kontrollgruppen. Også signifikant større økning lærerrapportert sosiale ferdigheter hos barna i tiltaksgruppen enn barna i kontrollgruppen. Familier i tiltaksgruppen hadde signifikant større økning i «family cohesion» enn familiene i kontrollgruppen. - Test av indirekte effekt via effektiv disiplin: Foreldre i tiltaksgruppen scoret høyere på effektiv disiplin enn foreldrene i kontrollgruppen, og effektiv disiplin signifikant predikerte reduksjon atferdsproblemer hos barnet på T3. spesielt sterk indirekte effekt på barnets aggresjon, via effektiv disiplin. - Test av indirekte effekt via «family cohesion»: Familiene i tiltaksgruppen scoret høyere på «family cohesion» på T2 enn familiene i kontrollgruppen, og «family cohesion» predikerte lavere grad av atferdsproblemer og høyere grad av sosiale ferdigheter hos barnet på T3.
Eventuelle anbefalinger	- ITT fungerer best når man skal måle et programs effektivitet fordi dette i større grad enn Tot indikerer hvor godt et program vil fungere i den virkelige verden. - TOT design fungerer best når man skal undersøke en kausal link mellom intervensjonen (UV) og utfall (AV).

Om tiltaket/ programmet	
Abstract:	The study investigated treatment fidelity and working alliance in the Parent Management Training–Oregon model (PMTO) and investigated how these relate to children's externalizing problem behaviors, as reported by parents and teachers. *Method:* Participants were 331 Norwegian parents who rated the client-therapist working alliance at 3 time points (Sessions 3, 12, and 20). Competent adherence to the PMTO treatment protocol was assessed by PMTO specialists from evaluations of videotaped therapy sessions using the Fidelity of Implementation (FIMP) system (Knutson, Forgatch, & Rains, 2003). Parents and teachers reported children's problem behaviors at baseline and at the end of therapy. Structural equation modeling was used to analyze the repeated measures data. *Results:* Parents reported high and stable levels of alliance

	and fidelity from Time 1 to Time 3, with no correlational or direct relations between the 2. Treatment fidelity predicted reductions in parent-reported externalizing behavior, whereas working alliance was related to less change in problem behavior. Alliance and fidelity were unrelated to teacher-reported behavior problems. *Conclusions:* The findings point to treatment fidelity as an active ingredient in PMTO and working alliance as a negative predictor of postassessment parentreported externalizing behavior. More research is needed to investigate whether these findings can be replicated and extended beyond PMTO. *Keywords:* parent management training, working alliance, common factors, fidelity, child problem behavior
Målgruppe for intervensjon	Barn i alderen 4-12 og deres foreldre
Metodikk/ arbeidsmåte	Individuell PMTO behandling
Varighet	Gjennonsnittlig 40 uker
Intensitet	Ukentlig
Land	Norge
Om publikasjonen	
Tittel	Working Alliance and Treatment Fidelity as Predictors of Externalizing Problem Behaviors in Parent Management Training
Forfatter(e)	Hukkelberg, Silje S., Terje Ogden
Årstall	2013
Forlag/utgiver	Journal of Consulting and Clinical Psychology
Evt. link til publikasjon	
Type utgiver	Tidsskrift
Dokumentasjon om resultater og effekter	
Tema og emne	- Undersøkelse av nøyaktighet i behandlingen (Treatment fidelity) og alliansen mellom foreldre og PMTO terapeuter (working alliance), forholdet mellom disse og hvordan de individuelt og sammen påvirker effekten av behandlingen, dvs. barnas atferdsproblemer.
Metode	Utvalg: - 331 barn i alderen 4-12, deres foreldre og lærere. - 134 PMTO terapeuter - Rekruteringsprosedyre: Familiene ble rekruttert gjennom den vanlige barnevernstjenesten. Terapeutene ble rekruttert gjennom en åpen invitasjon til alle sertifiserte PMTO terapeuter. Rekruteringsperiod: januar 2001 til april 2006. - Måletidspunkt: Post-intervensjon (T0) , 3. (T1) , 12. (T2) , og 20. (T3) PMTO session Data: - Nøyaktighet i behandlingen (treatment fidelity) målt med FIMP basert på videoopttak av behandlingene - Arbeidsallianse (working alliace) mellom foreldre og terapeut målt gjennom sammenligning av disses svar på sentrale spørsmål knyttet til behandlingen. - Grad av problematferd hos barna rapportert av foreldre og lærere.
Hovedfunn/ evidens	- Noe overraskende ser nøyaktighet i behandlingen og alliansen mellom foreldre og terapeuter ser ut til å være separate prosesser, selv om det kan argumenteres for at de teoretisk er koblet sammen. Mulige forklaringer: Nøyaktighet i behandlingen kan være til stede selv om forholdet mellom terapeuter og foreldre ikke er optimalt, og omvendt.

	- Både fidelity og allianse predikerte foreldrerapportert problematferd hos barna, men mens fidelity predikerte endring i problematferd var økende grad av allianse overraskende relatert til mindre endring i problematferd - Verken nøyaktighet i behandlingen (fidelity) og allianse var relatert til lærerrapportert problematferd hos barna. Dette støtter tidligere funn om svak (ikke tilstedeværende) korrelasjon mellom foreldrerapportert og lærerrapportert problematferds hos barna.
Eventuelle anbefalinger	**-**

Om tiltaket/ programmet	
Abstract:	This report describes three studies from the nationwide Norwegian implementation of Parent Management Training—Oregon Model (PMTO™), an empirically supported treatment for families of children with behavior problems (Forgatch and Patterson 2010). Separate stages of the implementation were evaluated using a fidelity measure based on direct observation of intervention sessions. Study 1 assessed growth in fidelity observed early, mid, and late in the training of a group of practitioners. We hypothesized increased fidelity and decreased variability in practice. Study 2 evaluated method fidelity over the course of three generations of practitioners trained in PMTO. Generation 1 (G1) was trained by the PMTO developer/purveyors; Generation 2 (G2) was trained by selected G1 Norwegian trainers; and Generation 3 (G3) was trained by G1 and G2 trainers. We hypothesized decrease in fidelity with each generation. Study 3 tested the predictive validity of fidelity in a cross-cultural replication, hypothesizing that higher fidelity scores would correlate with improved parenting practices observed in parent–child interactions before and after treatment. In Study 1, trainees' performance improved and became more homogeneous as predicted. In Study 2, a small decline in fidelity followed the transfer from the purveyor trainers to Norwegian trainers in G2, but G3 scores were equivalent to those attained by G1. Thus, the hypothesis was not fully supported. Finally, the FIMP validity model replicated; PMTO fidelity significantly contributed to improvements in parenting practices from pre- to post-treatment. The data indicate that PMTO was transferred successfully to Norwegian implementation with sustained fidelity and cross-cultural generalization. **Keywords**: Fidelity. Implementation . PMTO . Intervention . Parenting practices
Målgruppe for intervensjon	Ansatte i barnevernet (child welfare) og psykisk helsehjelp for barn (child mental health).
Metodikk/ arbeidsmåte	Generasjon 1 av PMTO terapeuter i Norge ble rekruttert fra ansatte i barnevernet og i psykisk helsehjelp for barn. Disse fikk opplæring i PMTO programmet av PMTO utviklerne gjennom workshops i grupper. Forelesninger, skriftlig materiale, rollespill og video var blant læringsmålene. Generasjon 1 terapeuter fikk videre ansvar for å lære opp flere kandidater i PMTO (G2). Generasjon 3 terapeuter er lært opp av G1 eller G2 terapauter.
Varighet	Generasjon 1: Høst 1999 til våren 2001. 6*3 dager workshop i løpet av 18 måneder.
Intensitet	-
Land	Norge
Om publikasjonen	
Tittel	Sustaining Fidelity Following the nationwide PMTO Implementation in Norway
Forfatter(e)	Forgatch, Marion S. & David S. DeGarmo
Årstall	2011

Forlag/utgiver	Society for Prevention Research
Evt. link til publikasjon	-
Type utgiver	Tidsskrift
Dokumentasjon om resultater og effekter	
Tema og emne	- Evaluering av implementering av PMTO programmet i Norge, med spesielt fokus på opplæringen av terapeutene. - Study 1: Evaluering av opplæringen av den første generasjonen PMTO terapeuter i Norge. Vudrdering av 1) terapeutens kjennskap til programmets praksis og prosedyrer og 2) terapeutens kliniske og undervisningsferdigheter, ved T1 (tidlig i opplæringsfasen), T2 (midtveis i opplæringsfasen) og T3 (sertifisering som PMTO terapeut). - Study 2: Evaluering av terapeutenes ferdigheter over flere generasjoner terapeuter (G1, G2 og G3). - Study 3: Prediksjon av endring i foreldrepraksis basert på ferdighet og nøyaktighet i praktisering av PMTO hos terapeuten(e).
Metode	- Statistisk studie
Hovedfunn/ evidens	- Study1: Opplæringsprogrammet førte til signifikant forbedret kjennskap til og ferdigheter i PMTO, og ved sertifisering var kandidatenes skårer mer homogene. - Study2: Terapeutenes ferdigheter sank fra G1 til G2, mens det ikke var signifikante forskjeller mellom G1 og G3. Nedgangen i ferdigheter var med andre ord ikke stigende over de tre generasjonene terapeuter. - Study 3: Terapeutenes ferdighet og nøyaktighet i forhold til praktisering av PMTO programmet predikerte graden av endring i foreldrepraksis.
Eventuelle anbefalinger	-

Om tiltaket/ programmet	
Abstract	**Objective**: Group-based Parent Management Training, the Oregon model (PMTO, 12 sessions) was delivered by the regular staff of municipal child and family services. PMTO is based on social interaction learning theory and promotes positive parenting skills in parents of children with conduct problems. This study examined the effectiveness of the group-based training intervention in real world settings both immediately following and six months after termination of the intervention. **Methods**: One hundred thirty-seven children (3e12 years) and their parents participated in this study. The families were randomly assigned to group-based training or a comparison group. Data were collected from parents and teachers. **Results**: The caregiver assessments of parenting practices and child conduct problems and caregiver and teacher reported social competence revealed immediate and significant intervention effects. Short- and long-term beneficial effects were reported from parents, although no follow-up effects were evident on teacher reports. **Conclusions**: These effectiveness findings and the potential for increasing the number of families served to support the further dissemination and implementation of group-based parent training.
Målgruppe for intervensjon	Målgruppen er foreldre med barn i alderen 3-12 år med atferdsvansker.
Metodikk/ arbeidsmåte	En gruppebasert versjon av PMTO er blitt utviklet i Norge for å øke tiltakets mulige rekkevidde. Ved en gruppebasert PMTO kan foreldrene få like mange timer med veiledning, men tiltaket krever likevel færre sessions og mindre

	ressurser enn individuell veiledning for samme antall familier ville gjort. - Formålet er å øke foreldrenes kunnskap om hvordan de kan håndtere barnas atferdsproblemer. - Gruppene bestod av maksimum 16 foreldrepar (8 barn). - Programmet består av 12 ukentlige sessions à 2,5 timer (=30 timer totalt). Dette tilsvarer vanlig PMTO terapi.
Varighet	3 måneder
Intensitet	Ukentlige sessions à 2,5 timer. (=30 timer totalt)
Land	Norge
Om publikasjonen	
Tittel	A randomized trial of group parent training: Reducing child conduct problems in real-world settings
Forfatter(e)	Kjøbli, John, Silje Hukkelberg & Terje Ogden
Årstall	2013
Forlag/utgiver	Behaviour Research and Therapy
Evt. link til publikasjon	
Type utgiver	Tidsskrift
Dokumentasjon om resultater og effekter	
Tema og emne	Undersøkelse av effektene av gruppebasert PMTO umiddelbart etter avsluttet intervensjon og seks måneder senere.
Metode	- Randomisert kontrollert studie med pretest (T1) posttest (T2) og oppfølgingstest (T3) i begge gruppene. - Populasjon: 153 kvalifiserte familier identifisert - Utvalg: 137 familier som selv valgte å delta. - Familiene ble rekruttert fra januar 2008 til juni 2009. - Familiene ble randomisert fordelt til en tiltaksgruppe (mottok gruppebasert PMTO) og en sammenligningsgruppe (som mottok «regular service tiltak»). - Dataene ble samlet inn fra foreldre og barnas lærere.
Hovedfunn/ evidens	- Både lærere og foreldre rapporterte effekter på barnas oppførsel umiddelbart etter avsluttet intervensjon (T2). - Foreldre rapporterte også effekt seks måneder senere (T3) , men dette gjorde ikke lærere.
Eventuelle anbefalinger	- En relativt stor andel enslige foreldre deltok i studien, men få familier med lav SES eller med innvandrer bakgrunn valgte å delta. - → Bedre rekrutteringsstrategier trengs ovenfor disse gruppene. - Flere studier trengs.

Om tiltaket/ programmet	
Målgruppe for intervensjon	Fosterforeldre med fosterbarn i alderen 4-12 år der det foreligger mistanke om begynnende atferdsvansker. - Barn med begynnende og moderate atferdsvansker – tilbudet er ikke ment som behandling men forebygging.

Metodikk/ arbeidsmåte	- Innholdet i kurset bygger på samme teoretiske fundament og prinsipper som PMTO, men utformingen av intervensjonene er noe forenklet og tilpasset kursformat og målgruppe. - Fosterforeldre blir trent i sentrale teknikker og strategier hentet fra PMTO for å kunne fremme prososial atferd og stoppe avvikende atferd hos fosterbarna. - Hensikten er å endre på negative og fastslåtte samspillmønstre i familien og erstatte disse med et mer hensiktsmessig samspill. - Gruppeformat,: 8 fosterforeldrepar (16 deltakere). Gruppeformat valgt fordi dette gir anledning til erfaringsutveksling mellom deltakerne + at det er rimeligere sammenlignet med parallelle individuelle intervensjoner. - Fellesundervisning, smågruppeøvelser og hjemmeoppgaver.
Varighet	3-4 måneder
Intensitet	Ni kursdager
Land	Norge
Om publikasjonen	
Tittel	Evaluering av PMTO-kurs for fosterforeldre – en effektstudie
Forfatter(e)	Jakobsen, Reidar, Roas Solholm
Årstall	2009
Forlag/utgiver	UNIFOB HELSE – Barnevernets utviklingssenter på Vestlandet
Evt. link til publikasjon	-
Type utgiver	Statlig institusjon
Dokumentasjon om resultater og effekter	
Tema og emne	- Evaluering og vurdering av effektene av PMTO kurs for fosterforeldre med fosterbarn. Kurset var tilpasset målgruppen.
Metode	- Randomisert kontrollgruppestudie, fire datainnsamlingstidspunkt fordelt på 24 måneder. - Utvelgingsprosedyre: selvseleksjon eller aktiv oppfordring fra barnevernarbeidere.91 fosterfamilier ble rekrutter, og 83 ble tatt med i prosjektet. - Utvalg: minst én kursgruppe i hver region. (problem med rekruttering flere steder og data fra Oslo kommune ble ikke inkludert av denne grunn.) - N= 83 familier deltok (måling på T1 indikerer at disse sliter mer med atferdsvansker hos fosterbarna enn fosterfamilier flest). - Randomisering i tiltaksgruppe og kontrollgruppe etter T1-data var samlet inn. Kontrollgruppen fikk ikke tilbud om noe tiltak. - Informanter: fosterforeldre og lærere.
Hovedfunn/ evidens	- PMTO-kurs for fosterforeldre har effekt på fosterbarna med høy risiko for atferdsvansker. For denne gruppen er det entydige funn i retning av mindre atferdsvansker, økte sosiale ferdigheter og bedre tilpasning for fosterfamilien. - Signifikante forskjeller mellom PMTO-gruppen og kontrollgruppen når det gjaldt endringer i eksternaliserende atferd hos barnet. - Effekten holder seg over tid, men er muligens noe avtagende etter 1 år. - Fosterforeldre med fosterbarn med høy risiko for atferdsvansker profiterer mest på kurset. - For fosterbarn tilhørende lavrisikogruppen er resultatene mer usikre. - Fremme prososial atferd hos barna: ingen endring hos barna i tiltaksgruppen, men barna i kontrollgruppen får relativt dårligere sosiale

	ferdigheter over tid, og det kan derfor se ut som PMTO fremmer prososial atferd hos barna.
Eventuelle anbefalinger	- Effekten av PMTO-kurs for fosterbarn med lav risiko bør utforskes ytterligere. - Oppfølgingssamlinger og/eller veiledningsgrupper med utgangspunkt i PMTO-kurset etterspørres og bør vurderes. - PMTO-terapeuter trenger kun kort opplæring for å kunne holde kurset. - Implementering av kurset vil kreve sentral og regional tilrettelegging for å optimalisere rekruttering av målgruppen og gjennomføring av PMTO-kurset.

Om tiltaket/ programmet	
Abstract	A randomized prevention study for ethnic minority mothers assessed the intervention effects of Parent Management Training—Oregon Model (PMTO) on maternal parent practices and child behavior. Ninety-six mothers from Somalia and Pakistan and their children aged 3 to 9 years were randomized to PMTO or a wait-list condition (WLC). Assessments were carried out at the baseline and post-intervention, using standardized measures and a multiagent approach. All analyses were based on the intention-totreat principle. Analysis of covariance (ANCOVA) showed that PMTO was effective in enhancing parent practices, with a decrease in harsh discipline and an increase in positive parenting. Moreover, PMTO produced reductions in motherreported child conduct problems. The largest effect sizes were found among mothers who attended more than 50 % of the PMTO group sessions. Teacher reports showed, however, that there were no significant intervention effects on conduct problems and social competence in kindergarten or school. The results emphasize the importance and feasibility of offering PMTO to ethnic minority families. Keywords: RCT . PMTO . Ethnic minority children . Preventing conduct problems
Målgruppe for intervensjon	PMTO for mødre med etnisk minoritetsbrakgrunn (somaliere og pakistanere), med barn mellom 3-8 år med atferdsproblemer.
Metodikk/ arbeidsmåte	- Gruppebasert PMTO for mødre med pakistansk og somalisk bakgrunn. - Gruppebasert program: 18 ukentlige sessions à 2 timer, i grupper på 8-12 mødre. - Norske terapeuter sertifisert som PMTO veiledere, ledet veiledningsmøtene. - Autoriserte oversettere oversatte til Urdu og Somali.
Varighet	18 ukentlige sessions à 2 timer.
Intensitet	18 ukentlige sessions à 2 timer.
Land	Norge
Om publikasjonen	
Tittel	Can Parent Training Alter Parent Practice and Reduce Conduct Problems in Ethnic Minority Children? A Randomized Controlled Trial
Forfatter(e)	Bjørknes, Ragnhild & Terje Manger
Årstall	2012
Forlag/utgiver	Society for Prevention Research
Evt. link til publikasjon	-

Type utgiver	Tidsskrift
Dokumentasjon om resultater og effekter	
Tema og emne	Vurdering av effektene av PMTO veiledning av mødre med bakgrunn fra Somalia og Pakistan, på barnas oppførsel hjemme og på skolen, og på mødrenes foreldrepraksis.
Metode	- Randomisert kontrollert studie (RCT) med pretest (T1) og posttest (T2) av intervensjonsgruppe og kontrollgruppe. Populasjon: - Mødre i familier med etnisk pakistansk eller somalisk bakgrunn, med barn med atferdsproblemer, bosatt i Oslo. Utvalgsprosedyre: - 3 ulike strategier.(Beskrevet i oppfølgingsstudie.) Utvalg: - 118 deltagere ble rekruttert mellom desember 2007 og mars 2008. - 96 mødre ble stratifisert (etter etnisitet) randomisert fordelt til PMTO veiledning eller kontrollgruppen (WLC = wait list condition, fikk ingen tiltak). Dette ble gjort etter T1. Svakheter ved studien: - Mødrene valgte selv hvor mange veiledningsmøter de deltok på. - Langtids effekt ble ikke målt. Oppfølgingsmåling var ikke mulig siden kontrollgruppen fikk tilbud om PMTO etter T2. - Måleinstrumentene i studien var utviklet for hvite middelklassefamilier i USA og det er mulig de ikke fanger opp relevante effekter like godt for foreldre med minoritetsbrkagrun. - Dataene i studien er basert på selvrapportering fra mødrene og lærere.
Hovedfunn/ evidens	- Mødrene i intervensjonsgruppen forbedret sin foreldrepraksis og barna viste mindre atferdsprobemer sammenlignet med barna tilhørende kontrollgruppen. - Imidlertid ikke signifikante effekter når det gjaldt lærernes rapportering av barnas oppførsel på skolen/barnehagen. - Den største effekten ble observert i tilfellene der mødrene deltok på minst halvparten av gruppeveiledningen. - Også mødrene i kontrollgruppen oppgav at barna hadde færre atferdsproblemer på T2, men effekten var mindre enn i intervensjonsgruppen.
Eventuelle anbefalinger	- Kulturell og kontekstuell tilpasning i rekrutteringsarbeidet er nødvendig for å favne etniske minoriteter. - Kommentar fra forfatterne: PMTO har et teoretisk rammeverk som tillater fleksibilitet og som kan tilpasses ulike kulturer uten at selve programmet ødelegges (without sacrificing adherence to the program).

Om tiltaket/ programmet	
Abstract:	Recruiting ethnic minority groups into research is an international priority and could lead to increased knowledge of evidence-based interventions. Three different strategies for recruiting ethnic minority mothers to participate in research on the effects of parent training were compared. The strategies were recruitment via: 1) professionals from regular public services, 2) community information meetings, and 3) staff from the recruitment team. During the four-month recruitment period, 96 mothers with Somali or Pakistani origin signed up for the study. The results show that the information meetings were

	the most cost-effective strategy and that the highest proportion of the sample was recruited via these meetings. The three recruitment strategies were all suitable to recruit eligible families with regard to the levels of maternal parenting practices and child conduct problems required. While ethnic minority families are generally difficult to recruit for research, it seems that proactive strategies can pay off.
Målgruppe for intervensjon	Mødre med pakistansk og somali bakgrunn.
Metodikk/ arbeidsmåte	Teste ut og vurdere ulike strategier for rekruttering av mødre med innvandrerbakgrunn til deltagelse i foreldretreningsprogrammer.
Varighet	4 måneder
Intensitet	
Land	Norge / Oslo
Om publikasjonen	
Tittel	Recruiting ethnic minority groups to evidence-based parent training. Who will come and how?
Forfatter(e)	Bjrøknes, Ragnhild, Reidas Jakobsen og Ane Nærde
Årstall	2010
Forlag/utgiver	Children and Youth Services Review
Evt. link til publikasjon	-
Type utgiver	-
Dokumentasjon om resultater og effekter	
Tema og emne	- Teste ut og vurdere ulike strategier for rekruttering av mødre med innvandrerbakgrunn til deltagelse i foreldretreningsprogrammer.
Metode	- Eksplorerende studie som sammenligner tre rekrutteringsstrategier brukt til å rekruttere mødre med en etnisk minoritetsbakgrunn til å delta i et foreldretreningsprogram i Oslo. - 1) Rekrutering via det vanlige offentlige tilbudet. - 2) Rekrutering via informasjonsmøter. - 3) Rekrutering via de ansatte i prosjektteamets nettverk. - Datainnsamling: spørreundersøkelse fylt ut av deltagerne.
Hovedfunn/ evidens	- Alle tre strategiene viste seg å være velegnet til rekruttering av målgruppen (mødre med bakgrunn fra Pakistan eller Somalia med barn i alderen 2-8 år med atferdsproblemer), men informerende og proaktive rekrutteringsstrategier via informasjonsmøter og direkte via ansatte i prosjektteamet var mer kostnadseffektivt enn rekruttering via det vanlige offentlige tilbudet. Den beste rekrutteringsmåten var gjennom lokale informasjonsmøter. Dette var både minst arbeidsintensivt og den største andelen av deltagerne ble rekruttert på denne måten (57%). - Det var ingen signifikante forskjeller mellom deltagerne rekruttert gjennom de ulike strategiene når det gjaldt mødrenes alder, barnas kjønn, antall søsken, antall år bosatt i Norge, mødrenes arbeidsstatus eller om familien mottok noen form for sosial støtte. Deltagerne rekruttert via informasjonsmøter eller direkte via ansatte hadde imidlertid signifikant dårligere norskkunnskaper enn de rekruttert via det vanlige offentlige tilbudet.
Eventuelle anbefalinger	-

Om tiltaket/ programmet	
Abstract:	In this study, we examined parenting practices as mediators of changes in child conduct problems in ethnic minority families participating in Parent Management Training—Oregon Model (PMTO). The participants included 96 Somali and Pakistani immigrant mothers and their children living in Norway. The families were randomized to PMTO or a waiting-list control group. Self-report assessments were made at baseline and after the intervention using standardized measures. A path model suggested that improvements in the child conduct problems were fully mediated by a reduction in harsh maternal discipline and an increase in positive parenting. When the mediation pathways were tested separately, both the reduction in harsh discipline and the increased positive parenting functioned as mediators of the reduction in child conduct problems. These findings emphasize the importance of including components that address the parent's use of both harsh and positive parenting practices when implementing parenting training among ethnic minority families.
Målgruppe for intervensjon	PMTO for somali og pakistanske mødre med barn med atferdsproblemer.
Metodikk/ arbeidsmåte	- PMTO - Teorien postulerer at barn er direkte påvirket av foreldrenes praksis og i PMTO programmet lærer foreldre hvordan de kan bruke ulike teknikker for å forbedre egen foreldrepraksis til å redusere eller forhindre atferdsproblemene hos barnet. - Linken mellom foreldrepraksis og positiv effekt på barnas atferd er mer kompleks i familier med innvandrerbakgrunn. Tidligere forskning har kommet til ulike konklusjoner når det gjelder påvirkningen av streng disiplin og positiv foreldrepraksis på barns atferdsproblemer blant etniske minoriteter. Det er derfor spesielt viktig å undersøke om endring i streng disiplin og positiv foreldrepraksis påvirker effekten av PMTO blant barn med atferdsproblemer.
Varighet	18 uker
Intensitet	Ukentlige sessions med etnisk homogene grupper på 8-12 mødre. Enkelte kulturelle tilpasninger i programmet: det skriftlige materialet ble oversatt til urdu/somali og tospråklige arbeidere hjalp PMTO terapeutene i intervensjonen.
Land	Norge
Om publikasjonen	
Tittel	Parent Training Among Ethnic Minorities: Parenting Practices as Mediators of Change in Child Conduct Problems
Forfatter(e)	Bjørknes, Ragnhild, John Kjøbli, Terje Manger og Reidar Jakobsen
Årstall	2012
Forlag/utgiver	Family Relations
Evt. link til publikasjon	-
Type utgiver	Tidsskrift
Dokumentasjon om resultater og effekter	
Tema og emne	- Vurdere effekten av PMTO i innvandrerfamilier. - Undersøke om foreldrepraksis påvirker effekten av PMTO.
Metode	- RCT

	- Utvalg: 96 mødre med pakistansk og somalisk bakgrunn fra Oslo. - Rekruterings- / utvalgsprosedyre: henvisning fra offentlige tjenester, rekruttering på/gjennom ulike kommunale møter, direkte rekrutering via ansatte i dette prosjektet. - Fordelingsprosedyre: stratifisert randomisering etter etnisk bakgrunn i tiltaksgruppe (PMTO) og kontrollgruppe (venteliste). - Data: Spørreskjema som mødrene selv fylte ut. AV=Barnas atferdsproblemer, UV= mødrenes foreldrepraksis. Spørreskjemaene ble oversatt til Somali og Urdu. - Stiavhengighet: modellen testet effekten av den uavhengige variabelen (PMTO gruppearbeidet) på den avhengige variabelen (endring i barnets atferdsproblemer) via to mellomliggende variabler (endring i mødrenes strenge disiplin, og endring i positiv foreldrepraksis). - Måletidspunkt: Før intervensjonen (T1) og etter intervensjonen (T2)
Hovedfunn/ evidens	- Mødrene i tiltaksgruppen viste signifikant endring i positiv foreldrepraksis og redusert streng disiplin, og barna viste reduserte atferdsproblemer. - Direkte effekt av PMTO gruppe intervensjonen viste signifikant reduksjon i atferdsproblemer. - Men ved å teste hele modellen ble det klart at effekten gikk gjennom de to mellomliggende variablene (reduksjon i streng disiplin og økning i positiv foreldrepraksis). Hele effekten av gruppeintervensjonen på endring i barnas atferd ble forklart av reduksjonen i mødrenes strenge disiplin og økt positiv foreldrepraksis. - Det var ingen signifikante forskjeller mellom de to etniske gruppene når det gjaldt endring i foreldrepraksis og barnas atferd. Obs! Men på grunn av lite utvalg er det mulig at det er gjort en type 2 feil (altså feilaktig godtatt nullhypotesen om ingen forskjell mellom gruppene). - Resultatene tyder på at PMTO og SIL modellen også er valid for etniske minoritetsfamilier i Norge.
Eventuelle anbefalinger	- Det er viktig å undersøke etniske ulikheter når det gjelder å hvilke mellomliggende variabler som forklarer positivt eller eventuelt negativt utfall på avhengig variabel. Kvalitativ forskning kan forbedre vår kunnskap på dette området ved å gi mer informasjon om de underliggende mekanismene. - Det er særlig viktig å undersøke hvilke muligheter man har til å inkludere fedrene i lignende fremtidige studier.

DE UTROLIGE ÅRENE *(5 studier)*

Om tiltaket/ programmet	
Abstract	In the present study, predictors of persistent conduct problems among children aged 4–8 years were investigated in a randomized controlled trial 1 year after treatment with the Incredible Years parent training program (PT), or combined parent training and child treatment (PT + CT). Data were collected before and after treatment and at a 1-year follow-up. Pre-treatment child characteristics predicting persistent conduct problems in the child at the 1-year follow-up were high levels of internalizing and aggression problems as reported by mothers. The only family characteristic predicting persistence of child conduct problems was having contacts with child protection services. Clinicians and researchers need to closely monitor and identify children with conduct problems not responding to parent training programs. These individuals and their families are likely to need further support.
Målgruppe for intervensjon	- Familier med barn mellom 4-8 år med atferdsproblemer. - I den ene gruppen var tiltaket bare rettet mot foreldrene (gjennom PT), mens i den andre gruppen var tiltaket rettet både mot foreldre og mot barna (PT + CT). Resultatene i disse gruppene ble sammenlignet med en kontrollgruppe.
Metodikk/ arbeidsmåte	Parent Therapy (PT): - Gruppeveiledning med 10-12 foreldre og 2 terapeuter. - Gruppene møtes ukentlig for en to-timers veiledning, over en periode på 12-14 uker. Child Therapy (CT): - Gruppeveiledning med seks barn og to terapeuter. - Gruppene møtes ukentlig for en to timer lang veiledning over en periode på 18 uker.
Varighet	*Se over*
Intensitet	*Se over*
Land	Norge
Om publikasjonen	
Tittel	Characteristics of young children with persistent conduct problems 1 year after treatment with the Incredible Years program
Forfatter(e)	Drugli, May Britt, Sturla Fossum, Bo Larsson & Willy-Tore Morch
Årstall	2010
Forlag/utgiver	European Child and Adolescent Psychiatry
Evt. link til publikasjon	-
Type utgiver	Tidsskrift
Dokumentasjon om resultater og effekter	
Tema og emne	Målet for studien: - å undersøke uavhengige variabler som kan predikere «treatment non-response», ett år etter avsluttet PT eller PT+CT.
Metode	Utvalg: - 127 barn i alderen 4-8 år som var henvist til behandling ved barnepsykiatrisk klinikk, på bakgrunn av foreldrenes rapportering av atferdsproblemer. Barna måtte ha vært forsøkt medisinert i minst seks

	måneder. - Barna og familiene ble randomiser fordelt mellom gruppen som bare mottok PT og gruppen som mottok en kombinasjon av PT + CT. - Studien ble utført i Trondheim og Tromsø. - Sammenligning av treatment non-response vs treatment response. - Måletidspunkt: pretest (T1), posttest (T2) og oppfølgingstest etter ett år (T3). Data: - Mødres rapportering av egen foreldrepraksis og mødre + læreres rapportering av barnas oppførsel på T1 og T3.
Hovedfunn/ evidens	- Alle barna oppfylte kriteriene for ODD eller CD diagnose før intervensjonen (T1), og 34% av barna hadde en slik diagnose ett år etter at intervensjonen var avsluttet (T3) = «Treatment non-responders». Uavhengige variable som predikerer treatment non-reponse på T3: - Blant «treatment non-responders» på T3 rapporterte mødrene større atferdsproblemer på T1 enn blant treatment responders. - Familier som var i kontakt med barnevernet (kontakt vs. Ikke-kontakt) var (sterkt) positivt korrelert med treatment non-response. - Mødre som ble behandlet for psykososiale problemer var positivt korrelert med treatment non-response.
Eventuelle anbefalinger	- Positive tilbakemeldinger på barnas oppførsel fra foreldre i kvalitative intervjuer etter intervensjon, på tross av fortsatt diagnose på T3 (dvs. treatment non-response). - Høyere nivå av atferdsproblemer på T1 blant treatment non-responses på T3 indikerer at barn med spesielt høye nivåer trenger mer omfattende og/eller supplerende behandling enn hva de ble tilbudt i denne studien - Siden kontakt med barnevernet viste seg å predikere treatment non-response på T3, indikerer det at familier med sammensatte problemer muligens trenger mer supplementerende veiledning/behandling enn det De utrolige årene PT og PT+CT tilbyr. - Det bør legges spesielt vekt på å følge opp barna som ikke responderer på behandling. Funnene presentert ovenfor kan før behandling settes i gang gi en pekepinn på hvilke barn og familier som har større sannsynlighet for ikke å responderer på behandlin

Om tiltaket/ programmet	
Abstract:	
Målgruppe for intervensjon	Barn i alderen 4-8 år med atferdsproblemer (ODD og CD) og deres foreldre.
Metodikk/ arbeidsmåte	Incredible Years basic programme (Parent training) + Incredible Years Dinosaur School (Child training)
Varighet	
Intensitet	
Land	Norge
Om publikasjonen	
Tittel	The Incredible Years – The Norwegian Webster Stratton Programme 1998-

	2004
Forfatter(e)	Mørch, Willy-Tore, Graham Clifford, Bo Larsson, Per Rypdal, Torill Tjeflaat, jim Lurie, May Britt Drugli, Sturla Fossum & Charlotte Reedtz
Årstall	2004
Forlag/utgiver	Regionssenter for barn og unges psykiske helse, Regionsenter for barn og unges psykiske helse & Barnevernets utviklingssenter I Midt-Norge
Evt. link til publikasjon	-
Type utgiver	Offentlig institusjon
Dokumentasjon om resultater og effekter	
Tema og emne	- Vurdere to ulike deler av De Utrolige Årene (DUÅ / IY) i en norsk kontekst.
Metode	- Replikasjonsstudie RCT - Avhengig variabel: Barnas atferd - Uavhengige variable: Foreldretreningsprogrammet, Dinosaurprogrammet + foreldretreningsprogrammet, kontroll/bakgrunnsvariable - Måletidspunkt: pre-intervensjon (T1), post-intervensjon (T2) og oppfølging etter ett år (T3). - Utvalg: 127 barn, deres familier og lærere (skole)
Hovedfunn/ evidens	- Programmet fungerer godt i en norsk setting: - Foreldretrening: Foreldrene rapporterer signifikant reduksjon i atferdsproblemer hos barna og foreldrene er signifikant mindre stresset og bekymret i fht barna og mer generelt. Resultatene viser også at programmet førte til en økning i positiv foreldrepraksis og reduksjon i uønsket foreldrepraksis, - Dinosaurprogrammet på skolene førte til at barna økte sin sosiale kompetanse og problemsløsning og reduserte sin aggressive oppførsel. - Foreldretreningen (Basic programme) er det som har best og mest langvarig effekt i forhold til å redusere barnas atferdsproblemer. Skoleprogrammet Dinosaur og Lærertrening har noe effekt og kan i noen tilfeller fungere godt som et supplement til foreldretreningen. - Tidlig intervensjon er spesielt viktig for barn med andre problemer, som f.eks. ADHD, i tillegg til en ODD eller CD diagnose. - Oppfølgingsmålingen ett år etter behandling viser at effekten er holdbar, men effekten har ikke økt i denne perioden.
Eventuelle anbefalinger	-

Om tiltaket/ programmet	
Abstract:	The efficacy of the Incredible Years parent training and child therapy programs was examined in a randomized controlled study including 127 Norwegian children aged 4–8 years. Children diagnosed with oppositional defiant disorder (ODD) or conduct disorder (CD) were randomized to parent training (PT), parent training combined with child therapy (PT + CT), or a waiting-list control condition (WLC). Assessments were carried out at baseline, posttreatment and at a one-year follow-up using standardized measures and a semi-structured interview. Both active treatment conditions reduced child conduct problems posttreatment as opposed to the WLC, while

	differences between the two treatment conditions were small and nonsignificant. About two thirds of the treated children functioned within normal variation after treatment, and the same proportion no longer received an ODD diagnosis at the one-year follow-up. Parental use of positive strategies increased after treatment, and the use of harsh and inconsistent discipline decreased as did mother experience of stress. The outcome of this study emphasizes the importance of offering parent training to young children with severe conduct problems exhibited at home. The findings and usefulness of the Incredible Years program in the present Norwegian replication study further support and extend positive outcomes of previous controlled trials conducted primarily in Anglo-Saxon countries.
Målgruppe for intervensjon	PT = Basic Incredible Years Parenting Program. Målgruppe: foreldre til barn i alderen 4-8 år med atferdsvansker. CT = the Incredible Years Dinosaur School Program. Målgruppe: barn i alderen 4-8 år med atferdsproblemer.
Metodikk/ arbeidsmåte	- PT: gruppemøter med 10-12 foreldre og 2 terapeuter møttes ukentlig - CT: gruppemøter med 6 barn og 2 terapeuter møttes ukentlig
Varighet	PT: 12-14 uker CT: 18 uker
Intensitet	PT: ukentlige to timers sessions CT: ukentlige to timers sessions
Land	Norge
Om publikasjonen	
Tittel	Treatment of oppositional defiant and conduct problem in young Norwegian children – Results of a randomized controlled trial
Forfatter(e)	Larsson, Bo, Sturla Fossum, Graham Clifford, May Britt Drugli, Bjørn Helge Handegård & Wily-Tore Mørch
Årstall	2009
Forlag/utgiver	Eur Child Adolsec Psychatri
Evt. link til publikasjon	-
Type utgiver	Tidsskrift
Dokumentasjon om resultater og effekter	
Tema og emne	- Evaluering av effekten av varianter av De utrolige årene programmet (DUÅ / IY) i Norge.
Metode	- RCT - Utvalg: 98 barn i alderen 4-8 år som er henvist til behandling for atferdsproblemer i Tromsø eller Trondheim. - Fordelingsprosedyre: Familiene ble randomisert fordelt til gruppe som mottok PT, en gruppe som mottok PT + CT (Child Therapy) og en kontrollgruppe. - Måling: pretest (T1), posttest (T2) og oppfølgingstest (T3). På T3 har man bare sammenlignet med T1 og ikke mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen, da kontrollgruppen på dette tidspunktet (av etiske grunner) hadde fått tilbud om tiltak. - Datagrunnlag: Spørreundersøkelse.
Hovedfunn/ evidens	- Studien viser god effekt av PT og CT i behandlingen av barn med alvorlige atferdsproblemer: redusert aggressiv atferd hjemme, forbedret foreldrepraksis, redusert stress hos foreldrene, og en harmonisering mellom foreldrene når det gjelder oppfattelsen av eget barn. - Det er imidlertid noe uklart hvilke ekstra effekt CT hadde i tillegg til PT, da det var små forskjeller mellom tiltaksgruppen som bare fikk PT og

	tiltaksgruppen som fikk PT + CT. - T2: Signifikant større reduksjon i ECBI hos intervensjonsgruppen enn kontrollgruppen. Mødrenes rapportering viste en signifikant reduksjon i barnas CBLC score, men dette gjaldt ikke for fedrenes rapportering. Signifikant forskjell i endring mellom kontrollgruppen og intervensjonsgruppen når det gjaldt bedret foreldrepraksis (nedgang i streng disiplin og stressnivå hos foreldrene). - T3: 70% av barna fra tiltaksgruppene hadde ikke lenger en formell ODD diagnose, og lignende trend ble også funnet for CD. - Effektene på barnehage og på skolen er uklare. - Høy deltagelse på kurset førte til signifikant større forbedring i barnets oppførsel.
Eventuelle anbefalinger	-

Om tiltaket/ programmet	
Abstract:	The aim of the present study was to evaluate whether a short parent-training program (PT) reduces risk factors related to development of childhood socioemotional and behavior problems in a non-clinical community sample. Data were obtained from parents in a randomized controlled trial (RCT) on PT for children aged 2 to 8 years (N = 186) at pre-intervention, post-intervention and one-year-follow up. There were significant differences in the changes in the two groups, with reductions in harsh parenting and child behavior problems, an enhancement of positive parenting and of the parents' sense of competence in the intervention group. The effects on parenting and parents' satisfaction all lasted through one-year follow up. Our findings suggests that a shortened version of a well-structured parenting intervention, The Incredible Years program, implemented in primary care at community level, reduces harsh parenting and strengthens positive parenting and parents' sense of competence, as reported by the parents. Issues related to a public health approach to promote positive parenting are discussed.
Målgruppe for intervensjon	De utrolige årene (DUÅ / IY) er i utgangspunktet utviklet med tanke på foreldre med barn i alderen 3-8 år med atferdsproblemer. Her er en kortversjon av tiltak (S-IY – short version) et testet på foreldre med barn uten særskilte vansker eller utfordringer for å undersøke i hvilken grad en kortversjon av programmet faktisk endrer foreldre praksis og barnas oppførsel på kort og lang sikt. S-IY skiller seg fra Basic IY både når det gjelder lengde (6versus 12 foreldresessions) og innhold (antall temaer som tas opp).
Metodikk/ arbeidsmåte	Gruppesessions med 10-12 foreldre. Video, rollespill og hjemmeoppgaver.
Varighet	6 uker
Intensitet	Ukentlige møter på to timer.
Land	Norge
Om publikasjonen	
Tittel	Promoting positive parenting practices in primary pare: Outcomes and mechanisms of change in a randomized controlled risk reduction trial
Forfatter(e)	Reedtz, Charlotte, Bjørn Helge Handegård & Willy-Tore Mørch

Årstall	2011
Forlag/utgiver	Scandinavian Journal of Psychology
Evt. link til publikasjon	-
Type utgiver	Tidsskrift
Dokumentasjon om resultater og effekter	
Tema og emne	- Undersøke hvordan en kortversjon av De utrolige årene påvirker foreldrepraksis i familier med barn uten særskilte vansker eller utfordringer.
Metode	- RCT - Utvalg: 189 familier med barn uten særskilte vansker eller utfordringer mellom 2 og 8 år i Tromsø. - Utvalgsprosedyre: Selvrekruttering via informasjon på skoler, barnehage, aviser etc. - Fordelingsprosedyre: randomisert fordeling i intervensjonsgruppe eller kontrollgruppe. - Målinger: Før intervensjon (T1), etter intervensjon (T2) og ett-års oppfølging (T3). - Data: Spørreundersøkelse som foreldrene selv fylte inn. Målte ECBI, PCOS og PPI.
Hovedfunn/ evidens	- En kortversjon av foreldreprogrammet De utrolige årene (DUÅ / IY) fører til reduksjon i streng foreldrepraksis, øker positiv foreldrepraksis og øker foreldrenes følelse av kompetanse. - Intervensjonsgruppen viste signifikant større endring i positiv forstand på PPI-Positive parenting og i negativ forstand på PPI – harsh discipline fra T1 til T2 enn kontrollgruppen. Dette gjaldt også fra T1 til T3. - Intervensjonsgruppen viste signifikant større endring i positiv forstand på egen tilfredshet og yteevne (efficacy) fra T1 til T2, enn kontrollgruppen. Effekten av egen tilfredshet var også signifikant større for intervensjonsgruppen på T3, men forskjellen i yteevne var ikke lenger til stede ved T3. - Intervensjongruppen viste signifikant større endring i negativ forstand på atferdsproblemer hos barna fra T1 til T2, enn kontrollgruppen. Ved T3 var det imidlertid ingen forskjell mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen. - Resultatene viser signifikante forskjeller i endring mellom de to gruppene når det gjelder streng foreldrepraksis (moderat til stor effekt) og barnas atferdsproblemer (liten effekt), styrking av positive foreldrepraksis (stor effekt) og foreldrenes opplevelse av egen kompetanse (liten effekt). Forskjellene i barnas oppførsel og foreldrenes følelse av egen ytelsesevne var bare tilstede på T2, og ikke på T3.
Eventuelle anbefalinger	-

Om tiltaket/ programmet	
Abstract	The aim of the present study was to evaluate whether a short parent-training program (PT) reduces risk factors related to development of childhood socio-emotional and behavior problems in a non-clinical community sample. Data were obtained from parents in a randomized controlled trial (RCT) on PT for children aged 2 to 8 years (N = 186) at pre-intervention, post-intervention and one-year-follow up. There were significant differences in the changes in

	the two groups, with reductions in harsh parenting and child behavior problems, an enhancement of positive parenting and of the parents' sense of competence in the intervention group. The effects on parenting and parents' satisfaction all lasted through one-year follow up. Our findings suggests that a shortened version of a well-structured parenting intervention, The Incredible Years program, implemented in primary care at community level, reduces harsh parenting and strengthens positive parenting and parents' sense of competence, as reported by the parents. Issues related to a public health approach to promote positive parenting are discussed. *Keywords: Parent training, child rearing,universal population*
Målgruppe for intervensjon	Foreldre til alminnelige barn i alderen 2-8 år.
Metodikk/ arbeidsmåte	Kortversjon av DUÅ. Gruppebasert veiledning: grupper på 10-12 foreldre ble ledet av to gruppeledere. Diskusjoner, video, rollespill og hjemmelekser. Denne norske kortversjonen av DUÅ skilte seg fra basisprogrammene i DUÅ både i lengde (6 vs 12 gruppemøter) og i innhold (reduksjon i temaer).
Varighet	6 uker
Intensitet	Én gang i uken à to timer.
Land	Norge
Om publikasjonen	
Tittel	Foreldreveiledning fremmer barns og foreldres psykiske helse
Forfatter(e)	Reedtz, Charlotte
Årstall	2012
Forlag/utgiver	Tidsskrift for norsk psykologiforening
Evt. link til publikasjon	
Type utgiver	Tidsskrift
Dokumentasjon om resultater og effekter	
Tema og emne	- Evaluering av en kortversjon av DUÅ, spesielt rettet mot foreldre med alminnelige barn.
Metode	- Randomisert eksperimentelt kontrollert mellomgruppe-design, med pre-, post- og oppfølgingsmålinger. - Utvalg: N=186 familier med barn i alderen 2-8 år. Rekrutter i Tromsø ved at familiene selv tok kontakt etter å ha sett oppslag diverse steder. Opprinnelig ble 269 rekrutter, men flere falt av i startfasen av ulike grunner. Familiene hadde gjennomgående høy SES. Gjennomsnittsalderen for barne i studien var under fire år. - Familiene ble randomisert til enten kortversjon av DUÅ (n=89) eller til kontrollgruppen (n=97). - Tre målingspunkter: Premåling før tiltaket, post-måling 2-4 uker etter avsluttet tiltak og oppføgingsmåling ett år etter avsluttet tiltak. - Data: Selvrapportering fra foreldrene.
Hovedfunn/ evidens	- Strukturert, gruppebasert foreldreveiledning kan være et effektivt virkemiddel for å endre foreldres oppdragelsespraksis til en mer positiv foreldrestil og for å styrke deres opplevde kompetanse i foreldrerollen. - Tiltaksgruppen viste en reduksjon i røffe oppdragelsesstrategier (sterk effekt), en økning i positive foreldrestrategier (moderat effekt) og en økning i foreldrenes tilfredshet (små effekter). Resultatene vedvarte til målinger ved ett års oppfølging. - Funnene tyder på en varig endring og økning i foreldrenes kompetanse.
Eventuelle anbefalinger	- Mer forskning trengs.

MULTISYSTEMISK TERAPI (MST) *(1 studie)*

Om tiltaket/ programmet	
Abstract:	**Background**: MST is an intensive home- and community-based intervention for youths with serious antisocial behaviour and other serious clinical problems, which has been effective at reducing out-of-home placements and producing favourable long-term clinical outcomes in the US. The aims of the study were to determine the degree to which these outcomes would be replicated in Norway for youths with serious behaviour problems and to conduct a randomised trial of MST by an independent team of investigators. **Method**: Participants were 100 seriously antisocial youths in Norway who were randomly assigned to Multisystemic Therapy (MST) or usual Child Welfare Services (CS) treatment conditions. Data were gathered from youths, parents, and teachers pre- and post-treatment. Results: MST was more effective than CS at reducing youth internalizing and externalising behaviours and out-of-home placements, as well as increasing youth social competence and family satisfaction with treatment. **Discussion**: This is the first study of MST outside of the US and one of the first not conducted by the developers of MST. The findings replicate those obtained by MST's developers and demonstrate the generalisability of short-term MST effects beyond the US. **Keywords**: Antisocial behaviour; multisystemic therapy; treatment; young offenders
Målgruppe for intervensjon	Ungdom (i alderen 12-17 år) med seriøse atferdsproblemer
Metodikk/ arbeidsmåte	MST (ikke beskrevet utover dette)
Varighet	-
Intensitet	-
Land	Norge
Om publikasjonen	
Tittel	Multisystemtic Treatment of Antisocial Adolescent in Norway: Replication of Clinical Outcomes Outside of the US
Forfatter(e)	Ogden, Terje & Colleen A. Halliday-Boykins
Årstall	2004
Forlag/utgiver	Child and Adolescent Mental Health
Evt. link til publikasjon	-
Type utgiver	Tidsskrift
Dokumentasjon om resultater og effekter	
Tema og emne	- Replikasjon av effektstudie utført i USA. Målet er å undersøke om de positive outcomene repliseres i Norge. - Hensikten med undersøkelsen: Undersøke om MST gir bedre resultat for ungdommer med atferdsproblemer enn det tradisjonell behandling gir, og om effekter fra programmer, intervensjoner og studier i USA kan generaliseres over landegrensene. -
Metode	RCT Deltagere: 100 ungdommer som er henvist til behandling for alvorlig antisosial oppførsel + deres foreldre, rekruttert fra fire kommuner.

	Intervensjonsgruppe: MST Kontrollgruppe: CS (vanlig «Child Welfare Services») Fordelingsprosedyre: randomisert fordeling Måletidspunkt: T1 (før randomisering) og T2 (ca seks måneder etter avsluttet tiltak)
Hovedfunn/ evidens	MST har større effekt enn tiltakene som vanligvis tilbys ungdom med alvorlige atferdsproblemer. Tiltaksgruppen hadde signifikant større nedgang i «internalising and externalising (marginal) symptomatology», i tillegg til større økning i sosial kompetanse. Foreldre/foresatte var i gjennomsnitt mer fornøyde med MST behandling enn vanlig CS.
Eventuelle anbefalinger	- At de positive resultatene lot seg replisere i Norge tyder på at MST er et fleksibelt program

INTERNATIONAL CHILD DEVELOPMENT PROGRAMME (ICDP) *(2 studier)*

Om tiltaket/ programmet	
Målgruppe for intervensjon	Flere ulike programmer blir evaluert. 1) Det første programmet retter seg mot omsorgsgivere generelt. 2) Det andre programmet retter seg mot familier med minoritetsbakgrunn. 3) Det tredje programmet retter seg mot foreldre som er i fengsel. 4) Det fjerde programmet retter seg mot foreldre til barn med funksjonshemming.
Metodikk/ arbeidsmåte	- ICDP (International Child Development Programme) er et foreldreveiledningsprogram utviklet i Norge i 1985. Det er ment som et forebyggende tiltak for å støtte og fremme psykososial omsorgskompetanse hos personer med ansvar for barn. - Programmet er basert på gruppemøter hvor foreldrene diskuterer temaer som inngår i ICDP programmet. - Veilederne har blitt lært opp i ICDP programmet. - Det originale programmet retter seg mot foreldre generelt (basisversjonen) - Det fins også noen programmer som er tilpasset spesielle foreldregrupper (minoritetsbakgrunn, foreldre som sitter i fengsel, foreldre til barn med funksjonshemming).
Varighet	Prosjektet ble gjennomført i perioden 2007-2010.
Intensitet	Varierer noe mellom de ulike programmene. ICDP og Bufdir anbefaler - 8 gruppemøter i basisversjonen (retter seg mot foreldre generelt) og - 12 møter i minoritetsversjonen (retter seg mot foreldre med minoritetsbakgrunn)
Land	Norge
Om publikasjonen	
Tittel	Evaluering av Program for foreldreveiledning baser på International Child Development Programme
Forfatter(e)	Sherr, Lorraine, Ane-Marthe Solheim Skap, Claudine Clucas, Stephen von Tetzchner & Karsten Hundeide
Årstall	2011
Forlag/utgiver	Rapport til Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.
Evt. link til publikasjon	
Type utgiver	Offentlig rapport
Dokumentasjon om resultater og effekter	
Tema og emne	- Obs: Rapporten er et norsk sammendrag av en mer utførlig engelsk rapport som oppsummerer resultatene av evalueringsstudien. - Målet for evaluerinsprosjektet var å undersøke: - Effekten av foreldreveiledningen på foreldrene som deltok i programmet. - Effekten av foreldreveiledningen på foreldre-barn-samspill og på barnets utvikling. - Langtidseffekten av foreldreveiledningen (seks måneder etter siste gruppemøte). - Kvaliteten på gjennomføringen.
Metode	- Måling to ganger: før og etter gjennomføring av kurset (T1 og T2) - Tiltaksgruppe og kontrollgruppe. Ikke randomisert.

	- Rekruttering: ICDP-gruppene ble rekruttert på det første gruppemøtet. Kontrollgruppen ble rekruttert på helsestasjoner og i barnehager som ikke tilbyr ICDP. - Data: spørreskjemaer fra ICDP-gruppen (204) og kontrollgruppen (79) , før og etter tiltak. Intervjuer med 63 foreldre fra ICDP-gruppen, videostudie av foreldre + barn (22). Spørreskjemaer fra 172 veiledere og 35 trenere, og intervjuer med 13 veiledere og 16 trenere.
Hovedfunn/ evidens	- Økt opplevelse av mestring og bedre opplevd evne til å oppdra barn - Økt bruk av positiv disiplin - Bedrede oppdagelsesstrategier og holdninger til barneoppdragelse - Økt følelsesmessig engasjement overfor barnet - Mindre angst og sinne hos foreldrene - Mindre opplevde vanskeligheter hos barnet og mindre negativ effekt av vanskelighetene - Mindre uro i hjemmet - Bedre stemning og hyggeligere atmosfære i hjemmet
Eventuelle anbefalinger	- Mer ressurser og oppfølging av veiledere, fokus på kvalitetssikring - Arbeidsgivere må forplikte seg til å øremerke ressurser slik at veiledere får mulighet til å gjennomføre foreldregrupper - Oppfølging av foreldre bør prioriteres. - Gjennomgang av nasjonale anbefalinger - Utarbeide manual for grupper i fengsel og manual for grupper med foreldre som har barn med funksjonshemminger. - Arrangere flere grupper for foreldre som har barn med funksjonshemming. - Arrangere flere grupper for fedre med minoritetsbakgrunn. - Mer forskning er nødvendig for å styrke ICDP som et evidensbasert program.

Om tiltaket/ programmet	
Abstract:	**Background:** Many parenting programmes lack proper evaluation, especially under community-wide implementation.Objective:Examining the effectiveness of the eight-week International Child Development Programme (ICDP), implemented as a general programme. **Methodology:** Non-clinical caregivers attending ICDP (N ¼ 141) and a non-attending community comparison group (N ¼ 79) completed questionnaires on parenting, psychosocial functioning, and child difficulties before and after ICDP course. Analyses compare changes in scores for both groups over time. **Results:** The ICDP group showed more positive attitudes towards child management and reported better child management, improved parental strategies and less impact of child difficulties. Caregivers with low initial scores benefited most. The comparison group showed little change with a significant decrease in scores on the caregiver –child activity scale. **Discussion:** The results suggest that caregivers in the community who do not show clinical signs or have children with behaviour or other disorders, may benefit from participating in parent training based on ICDP. **Keywords:**Early child development; Caregiver guidance; Community intervention; Evaluation; ICDP.
Målgruppe for intervensjon	Alle foreldre (omsorgspersoner).
Metodikk/ arbeidsmåte	**ICDP:** - Gruppeveiledning med 5-10 foreldre/omsorgspersoner. Kurset er

	åpent for alle foreldre men det vanligste er at foreldrene har barn i barnehagealder. - Deltakerne har i tillegg hjemmeoppgaver.
Varighet	8 uker.
Intensitet	Ukentlige møter à 2 timer.
Land	Norge
Om publikasjonen	
Tittel	Evaluation of the International Child Development Programme (ICDP) as a community-wide parenting programme
Forfatter(e)	Sherr, L., A.-M. Solheim Skar, C. Clucas, S. von Tetzchner & K. Hundeide
Årstall	2013
Forlag/utgiver	European Journal of Developmental Psychology
Evt. link til publikasjon	**-**
Type utgiver	Journal
Dokumentasjon om resultater og effekter	
Tema og emne	Undersøke om deltagelse på et ICDP kurs ville ha en positiv effekt for foreldre flest sine oppdragelsesmetoder og syn på barnet og seg selv.
Metode	**Data:** - Spørreskjema til alle deltakerne. **Design:** - En intervensjonsgruppe (N=141) og en kontrolgruppe (N=79). - To måletidspunkter: Før (T1) og etter intervensjonsgruppens ICDP kurs (T2). **Deltakere:** - Foreldre til barn uten særskilte utfordringer eller vansker. - Deltakerne ble rekruttert gjennom informasjonstavler og direkte invitasjon fra ansatte i barnehager og på helsesentre.
Hovedfunn/ evidens	- Deltakerne i intervensjonsgruppen rapporterte om mer positiv oppdragelsesmetoder og mindre vanskeligheter med barnet etter deltakelse på kurset. - Deltakerne med lave scorer på variablene i utgangspunktet viste størst (positiv) endring. - Deltakerne i kontrollgruppen viste liten endring. - Resultatene viser at deltakelse på et ICDP kurs har positiv effekt også for foreldre flest, uten store utfordringer i forhold til barnet.
Eventuelle anbefalinger	-

SVERIGE

KOMET *(6 studier)*

Om tiltaket/ programmet	
Målgruppe for intervensjon	Barn mellom 3-10 år
Metodikk/ arbeidsmåte	Gruppesamtalar, selvstudie
Varighet	11 uker
Intensitet	En gang i uken for deltakerne i PMT-P, en enkelt workshop for deltakerne i PMT-S
Land	Sverige
Om publikasjonen	
Tittel	A Randomized Controlled Effectiveness Trial of Parent Management Training With Varying Degrees of Therapist Support
Forfatter(e)	Kling, Åsa, Martin Forster, Knut Sundell og Lennart Melin
Årstall	2010
Forlag/utgiver	ScienceDirect
Evt. link til publikasjon	-
Type utgiver	Tidsskrift
Dokumentasjon om resultater og effekter	
Tema og emne	Artikkelen har som mål å sammenligne tre forskjellige fremgangsmåter innen PMT (Parent Management Training) for å se på hvordan dette gir utslag i forskjellige resultat hos barn i alderen mellom 3-10 år etter behandling.
Metode	Familier ble tilfeldig allokert til forskjellige behandlingsmetoder. 37.5% ble allokert til PMT-P og PMT-S og 25% ble allokert til en venteliste og fikk ingen behandling. PMT-P bestod av 11 uker der familien hver uke fikk gruppetrening med en terapeut mens familiene som ble allokert til PMT-S fikk en gruppetrening/workshop med terapeut den første uken, for siden å administrere opplæringsmaterialet selv resten av perioden. N=159 Undersøkelsen er gjort fra populasjonen i Stockholm og omegn (1.9 millioner innbyggere). Foreldrene fikk vite om forsøket gjennom skoler og aviser, og for å delta måtte barnet (1) være i aldersgruppen 3-10 år, (2) ha problemer knyttet til oppførsel og (3) ikke være en del av noe psykososial behandling. Mulige problemer: Foreldrene som meldte seg på forsøket kan tenkes å være forskjellige fra de foreldrene som ikke gjorde det (i.e. dersom de for eksempel er kjennetegnet av høyere inntekt).
Hovedfunn/ evidens	«Intent-to-treat» analysen viste at PMT-P og PMT-S forbedret foreldrenes kompentanse og reduserte barnas adferdsproblemer sammenlignet kontrollgruppen. Denne forbedringen var også tydelig for oppfølgingstudien 6 måneder i etterkant. PMT-P førte til bedre resultater enn PMT-S når det kommer til adferden hos barna både i hovedstudien og i oppfølgingsstudien.
Eventuelle anbefalinger	-

Om tiltaket/ programmet	
Abstract	Utvärderingen omfattar Komet i ordinarie verksamhet och har genomförts i form av en randomiserad kontrollerad studie med 159 föräldrar till barn i åldrarna tre till tio år som av föräldrarna bedömdes vara bråkiga och trotsiga. Familjerna lottades till ett av tre alternativ: den ordinarie versionen av Komet, en kortversion av Komet samt en grupp som fick vänta en termin på behandling (väntelista). Data samlades in före interventionernas start samt efter fyra respektive tio månader. Den sista mätningen omfattade endast familjer som fått någon av Komet-versionerna.
Målgruppe for intervensjon	Barn mellom 3-12 år med atferdsproblemer
Metodikk/ arbeidsmåte	Gruppesamtaler, film og rollespill samt hjemmearbeid. I den reduserte versjonen av komet fikk ikke deltakerne tilbakemelding på hjemmeleksene og de var i gjennomsnitt 8.2 foreldre per gruppe, mens tilsvarende for det ordinære komet-programmet er 5.2. I den reduserte versjonen var det også mindre rollespill og diskusjoner.
Varighet	11 uker
Intensitet	En gang i uken
Land	Sverige
Om publikasjonen	
Tittel	KOMET FÖR FÖRÄLDRAR En randomiserad effektutvärdering av ett föräldraprogram för barns beteendeproblem
Forfatter(e)	Åsa Kling, Knut Sundell, Lennart Melin, Martin Forster
Årstall	2006
Forlag/utgiver	Forsknings- och Utvecklingsenheten (FoU) Stockholms stad
Evt. link til publikasjon	-
Type utgiver	Kommune
Dokumentasjon om resultater og effekter	
Tema og emne	Rapporten tar for seg å vise effektene målt som atferdsforbedringen hos barna når foreldrene deltar i to forskjellige versjoner av Komet-programmet, en ordinær og en kortversjon.
Metode	RCT-studie med tilfeldig allokering til de to forskjellige versjonene av komet-programmet og en kontrollgruppe. N=159 Representativitet: Undersøkelsen representerer innbyggere fra Stockholm fra ulike deler av byen, med ulike sosioøkonomiske bakgrunner og med ulik etnisk opprinnelse. Et problem kan være at deltakerne selv melder seg som deltakere.
Hovedfunn/ evidens	Rapporten finner at foreldrene i begge versjonene av kometprogrammet ble bedre på 4 av de 7 foreldrekompetansene som ble målt i undersøkelsen (mindre streng disiplin, mer positivt foreldreskap, tydeligere forventninger til barna og bedre tilsyn). Det var ingen signifikant forskjell mellom de to gruppene. Disse effektene er tydelige også i oppfølgingsstudien 10 måneder etter. Rapporten finner likevel at den ordinære kometversjonen har en sterkere effekt positiv effekt på barna enn kortversjonen har, men samtidig er

	kortversjonen betydelig mindre kostbar. Undersøkelsen finner at rundt 46 av 1000 barn unngår å utvikle alvorlige atferdsproblemer med det ordinære komet-programmet, mens det tilsvarende for den reduserte versjonen er 30. Rapporten peker på at mens det koster 6.750 000 SEK å behandle 1000 barn med den ordinære Komet-metoden i Stockholm, koster det tilsvarende 1 000 000 å behandle 1000 barn med den reduserte versjonen.
Eventuelle anbefalinger	-

Om tiltaket/ programmet	
Abstract	Objective: The current study evaluated the efficacy of an Internet-based parent-training program for children with conduct problems. Dose-response ratio and costs for the program were also considered. Method: Parents of 104 children (aged 3-12 years) were randomly allocated to either parent training or a waitlist control condition. Diagnostic assessment was conducted at baseline and parent ratings of child externalizing behaviors and parent strategies were completed before and after treatment and at 6-month follow-up.
Målgruppe for intervensjon	Barn mellom 3-12 år med atferdsproblemer
Metodikk/ arbeidsmåte	Internettbasert metode basert på det svenske Komet-programmet (Komet-I) som foregår utelukkende på en sikker webside der fokuset er på positivt foreldreskap, kommunikasjon og «positive reinforcement». Studien allokerte halvparten av utvalget til behandling og den andre halvdelen til kontrollgruppe (venteliste). Deltakerne gikk igjennom filmer og tekster som gjennomgikk eksemplifisering av gode og mindre gode måter å interagere med barnet på. Assistenter gav tilbakemelding for hver runde. Foreldrene fylte også ut en multiple choice som omhandlet stoffet som var gjennomgått etter hver gang for at de skulle lære seg materialet så godt som mulig. Deltakerne fylte også ut en dagbok på nettet der de kunne skrive om hva de hadde øvd på. Forskningsassistentene og brukerne kunne også direkte tekste med hverandre under intervensjonsperioden
Varighet	10 uker
Intensitet	7 runder på websiden, hver tok rundt 1,5 timer å fullføre.
Land	Sverige
Tittel	Internet-based parent management training: A randomized controlled study
Forfatter(e)	Pia Enebrink, Jens Högström , Martin Forster , Ata Ghaderi
Årstall	2012
Forlag/utgiver	Behaviour Research and Therapy
Evt. link til publikasjon	-
Type utgiver	Tidsskrift
Tema og emne	Rapporten ser på effekten på barn med atferdsproblemer ved at minst en av deres foreldre deltar i et web-basert foreldrestøttende tiltak.
Metode	RCT-studie der man tilfeldig allokerte halvparten av deltakerne til kontrollgruppe og den andre halvparten til behandlingsgruppe.

	N= 109 Validitet: Foreldrene meldte selv sin interesse til studien gjennom annonser på nett, samt informasjon på skoler, psykiatriske institusjoner og aviser i Midt-Sverige. Etterpå ble disse randomisert, og det var ingen signifikante forskjeller mellom kontrollgruppen og behandlingsgruppen. Rapporten nevner at seleksjonsskjevhet kan ha ført til noe forbedrede resultater enn hvis institusjoner hadde selektert familier til behandling.
Hovedfunn/ evidens	Rapporten finner en positiv effekt ved en sterk reduksjon i atferdsproblemer hos barna i behandlingsgruppen sammenlignet med de i kontrollgruppen, noe som også gjorde seg gjeldende i oppfølgingsstudien etter 6 måneder. Forfatterne fant også at resultatet ble bedre desto flere av de internettbaserte rundene som foreldrene deltok på. I den internettbaserte studien deltok hele 69.2% av foreldrene sammen, mens tilsvarende for Komet-programmet der man fysisk må møte opp til samlinger bare er 8%. Man peker særlig på at økningen i deltakelse blant fedre i det internettbaserte programmet er heldig siden fars negative «strenghet» («coerciveness») forklarer dobbelt så mye av atferdsproblemer hos barn enn tilsvarende for mødre. På tross av at deltakerne ikke ble tilbudt direkte hjelp fra terapeut eller utført rollespill som i de klassiske komet-programmene, så bedret de sine foreldreegenskaper betraktelig utelukkende gjennom de internettbaserte aktivitetene. Kostnadsmessig fant man at den internettbaserte metoden kostet en tredjedel av den klassiske gruppebaserte modellen. (1106 SEK kontra 3500 SEK for den gruppebaserte modellen).
Eventuelle anbefalinger	Rapporten peker på at internettbaserte program innenfor foreldrestøttende tiltak er et lovende felt ved at det er kostnadseffektivt, og peker på at foreldrene i større grad kan benytte seg av tilbudet når de selv har tid (mer fleksibilitet) og er lettere tilgjengelig. Siden det ofte tar tid før familier får innvilget tradisjonelle foreldrestøttende tiltak, så kan dette være en mulighet for å få hjelp på et tidlig stadium. Rapporten peker også på at fremgangsmåten også kan bidra til at foreldrene hvis barn sliter med mindre alvorlige atferdsvansker kan benytte seg av et internettbasert tilbud som igjen ville kunne frigi ressurser slik at terapeutene kan fokusere på de vanskeligere tilfellene.

Om tiltaket/ programmet	
Abstract	Komet är ett manualbaserat föräldraträningsprogram som vänder sig till föräldrar med bråkiga och trotsiga barn för i huvudsak åldrarna tre till tio år. Fokus ligger på att bryta negativa beteendemönster genom att förstärka det som barnet gör bra. I denna rapport beskrivs de 635 föräldrar och barn som deltog i Komet hösten 2004, våren 2005 och hösten 2005. Föräldrarna var genomgående mycket positiva till Komet. De uppskattade programmets delar, hur det genomfördes och dess effekter. Så gott som alla skulle rekommendera Komet till andra föräldrar och tyckte att programmet hjälpt barnet.
Målgruppe for intervensjon	Barn i aldersgruppen 3-13 år med atferdsproblemer.
Metodikk/ arbeidsmåte	Gruppesamtaler, rollespill, film og hjemmearbeid
Varighet	11 uker
Intensitet	En samling i uken
Land	Sverige

Om publikasjonen	
Tittel	KOMET FÖR FÖRÄLDRAR: Vilka föräldrar deltar, vilka är barnen och vad tycker föräldrarna om KOMET?
Forfatter(e)	Knut Sundell, Åsa Kling, Fredrik Livheim og Anna Mautner
Årstall	2005
Forlag/utgiver	FoU-rapport (2005), nr. 7, Forsknings- och Utvecklingsenheten (FoU) Stockholms stad
Evt. link til publikasjon	
Type utgiver	Kommunal etat, Stockholm
Dokumentasjon om resultater og effekter	
Tema og emne	Rapporten tar sikte på å undersøke hvilke foreldre der er som velger å delta i kometprogrammet og hvordan de opplever det. Samtidig ser de på gjennomføringsgrad. Undersøkelsen baserer seg på spørreskjemaer som foreldrene fylte ut før og etter komet-kurset, og er samlet inn fra en periode på halvannet år.
Metode	Kvalitativ undersøkelse basert på utfylte spørreskjemaer fra deltakende foreldre i komet-programmet. Rapporten bruker disse til å gi en deskriptiv fremstilling av de deltakende foreldrene ved å sammenstille informasjon rundt deres bakgrunn, deres vurdering av sine barn og dennes atferd, samt i hvilken grad de var fornøyde med programmet. N=464 av totalt 550 familier fullførte programmet.
Hovedfunn/ evidens	Rapporten finner at 84 % av deltakerne satte stor pris på programmet og dets innhold, og i særlig grad delen som omfattet grensesetting ovenfor barna. Man fant også at foreldre verdsatte å møte foreldre som var i samme situasjon som de selv. Flertallet av foreldrene syntes at kometprogrammet hadde hjulpet familien og barnet, og kunne anbefale det til andre. Undersøkelsen peker også mot at barnas atferdsproblem ble redusert som følge av programmet, men her mangler man en kontrollgruppe, og dette må derfor tolkes med varsomhet. Hovedkonklusjonen er at Komet når sin tiltenkte målgruppe og at det fungerer like godt i Sverige som det PMTO gjør i USA.
Eventuelle anbefalinger	-

Om tiltaket/ programmet	
Abstract	While there is a strong evidence base for behavioral parent training in the treatment of child conduct problems, the clinical impact is less well known. Metaanalyses report effect sizes in the medium range, but the common practice of reporting «small», «medium», and «large» effects can be misleading and difficult to understand for practitioners and clients. There is a need for more research addressing the clinical significance of behavioral parent training, which would help to bridge the gap between research and practice. In the first part of this report, a reanalysis in terms of clinical significance of two outcome studies published by the authors was conducted. In the second part, the results from the first part were compared to six outcome studies published by other authors. The median number needed to treat across studies was five, which means that for every five treated children,

	one shows reliable change and moves from the dysfunctionalto the functional population.
Målgruppe for intervensjon	Barn med atferdsproblemer, men via støttetiltak til foreldrene
Metodikk/ arbeidsmåte	Gruppemøter, videovignetter, rollespill, hjemmearbeid
Varighet	Ikke opplyst
Intensitet	For Comet-S er det 11 gruppemøter à 2,5 timer mens det i Comet-SD bare er ett. Comet-I programmet inneholder samme materialet som Comet- S, men inneholder også tilgang til internettbaserte fora og kontakt med behandler via e-post. Det skriftlige materialet som blir utlevert til foreldrene er det samme for akker programmene.
Land	Sverige
Om publikasjonen	
Tittel	Clinical Significance of Parent Training for Children with Conduct Problems
Forfatter(e)	Forster, Martin, Åsa Kling og Knut Sundell
Årstall	2012
Forlag/utgiver	International Journal of Conflict and Violence
Evt. link til publikasjon	-
Type utgiver	Tidsskrift
Dokumentasjon om resultater og effekter	
Tema og emne	Artikkelen sammenligner tre forskjellige versjoner av Comet-programmet i Sverige, hvor det er forskjeller i intensitet mellom dem. Bare den første delen av rapporten omhandler Sverige.
Metode	Begge studiene benytter seg av RCT-metode N= 60 for Comet-S og for Comet-SD Funnene er signifikante på 1% og 5% konfidensintervall.
Hovedfunn/ evidens	Resultatene viser at Comet-S gav dobbelt så mange barn hvis atferdsproblemer var forbedret enn det Comet-SD etter oppfølging 6 måneder etter behandling. Comet-I viste svært gode resultater umiddelbart etter behandling, men oppfølgingsstudie ble ikke gjennomført for denne gruppen.
Eventuelle anbefalinger	Studien viser at den internettbaserte versjonen, Comet-I var like effektiv som Comet-S på tross av at denne innebar minimal oppfølging fra terapeut. Dette kan peke i retning av at internettbaserte løsninger kan være en kostnadseffektiv måte å tilby foreldrestøttende tiltak på. Likevel påpekes det en skjevhet i behandlingsgruppene ved at utdanningsnivået i Comet-I gruppen er høyere enn tilsvarende for Comet-S.

Om tiltaket/ programmet	
Abstract	Although parent management training (PMT) is generally considered the treatment of choice for children with conduct problems, some specific adaptations might be essential for various subgroups of parents or children to benefit well from PMT. The aim of this study was to examine the influence of child callous-unemotional (CU) traits on the outcome of an Internet-based PMT program for parents of children with conduct problems (*n* _ 57; mean age 6.65). Within a randomized controlled trial of PMT, children assigned to the intervention group were categorized and compared as either «high-CU» (*n* _ 8) or «low-CU» (*n* _ 49) based on a cut-off score on the CU subscale of the *Antisocial Process Screening Device* (APSD; Frick & Hare, 2001). CU traits in children were associated with more severe conduct problems at baseline, as well as more hyperactivity and peer-related problems. Treatment outcome, in terms of conduct-problem reduction, was poor in the high-CU group compared with the low-CU group, despite the fact that parents in both groups improved equally in parenting skills. The same pattern of results emerged after controlling for initial difficulties of conduct problems and other pretreatment differences between the groups. Elevated levels of CU traits in children seem to contribute to an inferior treatment response in PMT. These findings call for more attention on empathy and emotional patterns in the assessment of children with conduct problems.
Målgruppe for intervensjon	Barn i alderen 3-12 år
Metodikk/ arbeidsmåte	Studien bygger på det svenske Komet-I-programmet. De internettbaserte rundene bestod av tekst, bilder og illustrerende videoer i tillegg til hjemmearbeid. I tillegg kunne foreldrene stille spesialtrente forskningsassistenter spørsmål under programmet. Foreldrene fylte ut en dagbok der de skrev om fremgangen deres og om hjemmearbeidet.
Varighet	10 uker
Intensitet	7 internettbaserte omganger i løpet av de 10 ukene
Land	Sverige
Om publikasjonen	
Tittel	The Moderating Role of Child Callous-Unemotional Traits in an Internet-Based Parent-Management Training Program
Forfatter(e)	Jens Högström, Pia Enebrink og Ata Ghaderi
Årstall	2013
Forlag/utgiver	American Psychological Association
Evt. link til publikasjon	-
Type utgiver	Tidsskrift
Dokumentasjon om resultater og effekter	
Tema og emne	Publikasjonen ser på effekten av det internettbaserte PMT-programmet iComet på atferdsproblemer hos barn med stor og liten grad av «følelseskulde» (På engelsk: «Callous-Unemotional trait» eller manglende empati og følelsesprosessering, og risikofaktor for utvikling av psykopati senere i livet).
Metode	Forskerne gjennomfører et randomisert forsøk, der de allokerer deltakerfamiliene inn i en behandlingsgruppe og en kontrollgruppe. Videre ble de familiene som mottok behandling (det internettbaserte komet-programmet) delt inn i to gruppe: Barn med høy grad av følelseskulde og

	barn med lav grad av følelseskulde basert på ECBI-skjemaer som foreldrene måtte fylle ut før behandlingen startet. Dette ble gjort for å se om programmet hadde forskjellig virkning på barna i de to forskjellige gruppene, og hypotesen var at barna med høy grad av følelseskaldhet ville respondere mindre på behandlingen. N=104 Deltakerne ble rekruttert via annonser i aviser og via informasjonsplansjer på skoler og psykiatriske ungdomsklinikker. 72% av foreldrene hadde universitetsutdannelse. Det kan derfor tenkes at det er en viss seleksjonsskjevhet ved at ressurssterke foreldre er overrepresenterte.
Hovedfunn/ evidens	Resultatene tyder på at barn med atferdsproblemer, som i tillegg har en høy grad av følelseskaldhet, fikk mindre utbytte av det internettbaserte foreldrestøttende tiltaket sammenlignet med de barna som hadde lav grad av følelseskaldhet. Dette på tross av at foreldrene i begge gruppene forbedret sine foreldrekompetanser sammenlignet med kontrollgruppen.
Eventuelle anbefalinger	Rapporten peker på at funnene indikerer at for barn med høy grad av følelseskaldhet er det kanskje ikke er tilstrekkelig med et foreldrestøttende tiltak, og at disse barna i tillegg burde få ytterligere supplerende tiltak.

MULTISYSTEMISK TERAPI *(2 studier)*

Om tiltaket/ programmet	
Abstract	I den här rapporten beskrivs hur MST fungerar jämfört med mer traditionella insatser inom socialtjänsten (t.ex. placering, samtalsstöd, familjeterapi). Undersökningsgruppen utgörs av 156 ungdomar mellan 12 och 17 år med en allvarlig beteendestörning (eng. c*onduct disorder*) som fördelats till MST eller traditionell behandling genom randomisering. Utvärderingen berör 27 kommunala förvaltningar och sammanlagt sex MST-team från Göteborg, Halmstad, Malmö och Stockholm. Totalt har tolv olika instrument använts för att beskriva ungdomarnas psykiatriska problem, antisociala beteende (inkl. kriminalitet), drogbruk, sociala förmågor, förhållande till kamrater, familjerelationer, känsla av sammanhang, föräldrars psykiatriska hälsa.
Målgruppe for intervensjon	Unge i alderen 12-17 år med alvorlige atferdsproblem
Metodikk/ arbeidsmåte	MST-behandling som består av et team med opptil 4 terapeuter som er tilgjengelige 24 timer i døgnet mellom 3-5 måneder. Målet er å gi støtte og veiledning i familien, på skolen og blant vennene til den unge,
Varighet	3-5 måneder
Intensitet	Intens, tilgjengelighet 24 timer i døgnet
Land	Sverige
Om publikasjonen	
Tittel	Multisystemisk terapi för ungdomar med allvarliga beteendeproblem resultat efter sex månader
Forfatter(e)	Knut Sundell, Kjell Hansson, Cecilia Andrée Löfholm, Tina Olsson,Lars-Henry Gustle og Christina Kadesjö
Årstall	2006
Forlag/utgiver	Socialstyrelsen
Evt. link til publikasjon	-
Type utgiver	Statlig etat
Dokumentasjon om resultater og effekter	
Tema og emne	Undersøkelsen tar for seg å sammenligne hvordan MST fungerer sammenlignet med mer tradisjonelle innsatser innenfor det sosiale området i Sverige ved å allokere unge tilfeldig mellom de to. Resultatene er basert på et oppfølgingsstudie 6 måneder etter behandlingsstart i form at en spørreundersøkelse.
Metode	RCT-studie der ungdommene blir tilfeldig fordelt mellom MST-behandling og tradisjonelle tiltak (de unge ble fordelt mellom samtalestøtte, familiebehandling, kontaktperson og fosterhjem/institusjon). Foreldrene og barna fyller ut et spørreskjema før behandling og 6 måneder etter behandlingens slutt. N=156, fordelt på 27 kommuner i Sverige og seks MST-team 4% falt helt fra undersøkelsen ved at verken foreldre eller barn fylte ut evalueringsskjema, mens ytterligere 4% falt delvis ut. Dette regnes som et lite bortfall. Representativitet: Rapporten dekker mange kommuner i Sverige, noe som styrker representativiteten.
Hovedfunn/	For både gruppen allokert til MST og for gruppen allokert til tradisjonelle tiltak

evidens	ser man en klar forbedring fra pre-behandling til post-behandling når det kommer til familierelasjoner og de unges sosiale relasjoner. For de fleste bedres også den psykiske helsen og atferdsavvik blir redusert. Ungdommene som fikk MST-behandling hadde tettere oppfølging enn de som fikk tradisjonelle hjelpetiltak, og de førstnevnte tenderte mot å være mer fornøyde med behandlingen enn de sistnevnte. Foreldrene hvis barn fikk MST-behandling fikk en forbedret psykisk helsetilstand med mindre angst og mindre depresjon samt betre intersubjektiv sensitivitet sammenlignet med de som fikk tradisjonelle tiltak. Ungdommene som fikk MST-behandling, og fullførte, hadde færre psykiatriske symptom og bedre familierelasjoner i tillegg til færre bortplasseringer utenom hjemmet etter tiltaket var blitt iverksatt. Dessuten var færre politianmeldte og flere gikk på skolen 6 måneder etter de mottok MST-behandling. Sammenlagt konkluderer rapporten med at begge gruppene lignet hverandre etter 6 måneder på områdene psykiatrisk helse, kriminalitet, alkohol- og narkotikamisbruk og andre normbrudd. Når rapporten ble skrevet fikk fremdeles halvparten av MST-gruppen fortsatt behandling, og rapporten kan derfor ikke konkludere med hvorvidt MST gir bedre resultater enn tradisjonelle tiltak.
Eventuelle anbefalinger	Rapporten anbefaler kommuner som vurderer å innføre MST om å bruke 24-månedersoppfølgingen av studien før de tar en endelig avgjørelse.

Om tiltaket/ programmet	
Abstract	I den här studien jämförs MST med socialtjänstens traditionella insatser (t.ex. placering i dygnsvård, samtalsstöd, familjeterapi). Undersökningsgruppen utgörs av 156 ungdomar mellan 12 och 17 år med allvarliga beteendeproblem motsvarande kriterier i den psykiatriska diagnosen uppförandestörning (eng. *conduct disorder*). Ungdomarna har fördelats till MST eller traditionell behandling genom randomisering. Utvärderingen berör 27 kommunala förvaltningar och sammanlagt sex MST-team från Göteborg, Halmstad, Malmö och Stockholm. Totalt har elva olika mätinstrument använts för att beskriva ungdomarnas psykiska problem, normbrytande beteende (inkl. kriminalitet), drogbruk, sociala förmågor, förhållande till kamrater, familjerelationer, känsla av sammanhang samt föräldrarnas psykiska hälsa.
Målgruppe for intervensjon	Unge i alderen 12-17 år med alvorlige atferdsproblem
Metodikk/ arbeidsmåte	MST-behandling som består av et team med opptil 4 terapeuter som er tilgjengelige 24 timer i døgnet mellom 3-5 måneder. Målet er å gi støtte og veiledning i familien, på skolen og blant vennene til den unge,
Varighet	3-5 måneder
Intensitet	Intens, tilgjengelighet 24 timer i døgnet
Land	Sverige
Om publikasjonen	
Tittel	Multisystemisk terapi för ungdomar med allvarliga beteendeproblem: Resultat efter två år
Forfatter(e)	Knut Sundell, Kjell Hansson, Cecilia Andrée Löfholm, Tina Olsson,Lars-Henry Gustle og Christina Kadesjö
Årstall	2009
Forlag/utgiver	Socialstyrelsen

Evt. link til publikasjon	-
Type utgiver	Statlig etat
Dokumentasjon om resultater og effekter	
Tema og emne	Undersøkelsen tar for seg å sammenligne hvordan MST fungerer sammenlignet med mer tradisjonelle innsatser innenfor det sosiale området i Sverige ved å allokere unge tilfeldig mellom de to. Resultatene er basert på et oppfølgingsstudie 2 år etter behandlingsstart i form at en spørreundersøkelse.
Metode	RCT-studie der ungdommene blir tilfeldig fordelt mellom MST-behandling og tradisjonelle tiltak (de unge ble fordelt mellom samtalestøtte, familiebehandling, kontaktperson og fosterhjem/institusjon). Foreldrene og barna fyller ut et spørreskjema før behandling og 6 måneder etter behandlingens slutt. N=156, fordelt på 27 kommuner i Sverige og seks MST-team Rapporten opplyser at de 16 unge eller de 15 foreldrene som ikke deltok i den 24-måndeders oppfølgingsstudien ikke skilte seg vesentlig ut fra de respektive 140 unge og 141 foreldre som deltok. Representativitet: Rapporten dekker mange kommuner i Sverige, noe som styrker representativiteten.
Hovedfunn/ evidens	-I de fleste tilfeller forbedres situasjonen for ungdommer som mottar begge typer behandling. For begge gruppene økte likevel omgangen med normbrytende kamerater og alkoholkonsumet steg over perioden. Samtidig økte frafallet fra skolen. -Forbedringen var like stor for både MST-gruppen og for gruppen som mottok tradisjonelle innsatser. Den absolutte størrelsen for begge var små. -Forbedringene skjedde hovedsakelig de første 7 månedene for siden å avta. -Cost-Benefit-analysen viser at MST-gruppen i studien kostet samfunnet mer enn hva gruppen som fikk tradisjonelle innsatser gjorde. Dette forklares med at MST ikke reduserte sannsynligheten for plasseringer utenfor hjemmet. Rapporten konkluderer med at både MST og tradisjonelle innsatser fører til samme effekt hos de unge, men at MST gjør det til en høyere kostnad.
Eventuelle anbefalinger	Rapporten peker på viktigheten av kontrollekte effektutredninger for å måle virkningen av et program i en svensk kontekst, og maner til å benytte denne metoden i større utstrekning.

DE UTROLIGE ÅRENE *(1 studie)*

Om tiltaket/ programmet	
Abstract	Structured parent training has been proven to be effective in reducing disruptive behavior problems (DBP) in children. Most of the programs that are used in Sweden have their origin in North America, and there is an ongoing debate over the transferability to Sweden of manual-based programs developed in other contexts. The goal of the present study was to study effectiveness of the Incredible Years parent-training program (IY), developed in the US, in regular clinical work in Sweden, using a randomized controlled design. Parents of 62 four to eight-year-old children diagnosed with Oppositional Defiant Disorder participated in the study. Parents of 38 children were assigned to parent training (PT) and 24 to a waiting list (WL). The results indicate that the IYS retains the positive effects on children's disruptive behavior problems when translated and transferred to Swedish. There was a statistically significant difference in reduction of DBP in children between the groups in favor of the PT. The improvement in the PT group was sustained at the one-year follow-up. The improvement also, at least to some extent, generalized over time to the school context. There was also a statistically significant difference in mothers' report of pre to post change in parenting alliance between the PT and WL groups. The IYS program was appreciated and well received by the participating mothers.
Målgruppe for intervensjon	Barn mellom 4-8 år med atferdsproblemer (ODD).
Metodikk/ arbeidsmåte	De Utrolige År-metoden går ut på at foreldrene til 6-8 barn møtes og diskuterer spesifikke temaer rundt hvordan man skal takle barna sine med utgangspunkt i situasjoner vist i videosnutter.
Varighet	12-14 uker
Intensitet	En samling i uken à to timer og øving hjemme.
Land	Sverige
Om publikasjonen	
Tittel	Evaluation of "The Incredible Years" in Sweden: The transferability of an American parent-training program to Sweden
Forfatter(e)	Ulf Axberg og Anders G. Broberg
Årstall	2012
Forlag/utgiver	Scandinavian Journal of Psychology
Evt. link til publikasjon	-
Type utgiver	Tidsskrift
Dokumentasjon om resultater og effekter	
Tema og emne	Studien søker å evaluere IY BASIC PT (Incredible Years Parent Training) i en svensk kontekst ved å sammenligne effekten på behandlingen hos barna med en kontrollgruppe.
Metode	RCT-studie der barn henvist til barnepsykiatriske klinikker der IY Basic-behandlingen ble allokert tilfeldig til barnas mødre, og resten ble allokert til en kontrollgruppe. En oppfølgingsstudie ble gjennomført et år etter behandlingen. For 47 av barna fikk man også deres læreres vurdering av intervensjonen. N=62 Statistisk signifikante resultat på 95 % signifikansnivå

Hovedfunn/ evidens	Mødrene i gruppen som deltok i behandlingen rapporterte 71% en forbedring i barnas atferd, mens tilsvarende for de i kontrollgruppen var 33%. Forbedringen i behandlingsgruppen i forhold til referansegruppen var signifikant. Dette er også tilfelle i oppfølgingsstudien 1 år etter. For lærerne slo forbedringen hos barna ut først i oppfølgingsstudien 1 år etter intervensjonen.
Eventuelle anbefalinger	Rapporten konkluderer med at De Utrolige År-programmet kan overføres til en svensk kontekst.

COPE & ACTIVE PARENTING *(1 studie)*

Om tiltaket/ programmet	
Abstract	Syftet med den här rapporten är att redovisa resultaten av utvärderingsenkäterna från Active Parenting. I den mån det är möjligt kommer jämförande data från resultaten av utvärderingsenkäterna från COPE att redovisas.
Målgruppe for intervensjon	Active Parenting: Foreldre med barn med atferdsproblemer, COPE: Foreldre med barn med atferdsproblemer og familier med innvandringsbakgrunn
Metodikk/ arbeidsmåte	Active Parenting: Gruppesamtale, film. COPE: Gruppetreff, diskusjon, film og hjemmelekser
Varighet	Ikke oppgitt
Intensitet	Ikke oppgitt
Land	Sverige
Om publikasjonen	
Tittel	Föräldrastödsprogram i Umeå kommun En sammanställning av Active Parenting´s utvärderingsformulär
Forfatter(e)	Camilla Nilsson
Årstall	2009
Forlag/utgiver	Utvecklings- och fältforskningsenheten Umeå socialtjänst
Evt. link til publikasjon	-
Type utgiver	Kommunal etat
Dokumentasjon om resultater og effekter	
Tema og emne	Sammenligne foreldres erfaringer med COPE og Active Parenting-programmene
Metode	Spørreundersøkelse blant deltakerne i de to programmene. N= 144 for Active Parenting-deltakerne N= 70 for COPE-deltakerne
Hovedfunn/ evidens	For begge programmene var de fleste deltakerne fornøyde. Deltakerne i Active Parenting-programmet syntes at kursmaterialet var for amerikansk og lite tilpasset svenske forhold. Deltakerne i begge programmene opplevde at de hadde blitt bedre på å håndtere problemer i hverdagen. Kvinner var mer fornøyde med programmene enn menn.
Eventuelle anbefalinger	-

POSITIVE PARENTING PROGRAM (TRIPLE P) *(1 studie)*

Om tiltaket/ programmet	
Abstract	Det overgripande syftet med projektet var att bedriva systematiskt folkhalsoarbete i forskolan, det vill saga att undersoka om forskolan kan vara en arena for foraldrastod. Projektet utformades fran borjan som en effektstudie dar syftet var att undersoka om foraldrastod genom Triple P hade effekt pa foraldrars och barns valbefinnande. Snart blev det dock tydligt att fler aspekter av implementeringsprocessen behovde belysas. Darfor omformulerades av studien av forskningsteamet och kommunpartnern till att omfatta hela implementeringsprocessen samt genomslagskraften av Triple P.
Målgruppe for intervensjon	Foreldre med barn i alderen 0-16 år
Metodikk/ arbeidsmåte	Triple P-behandlingen har 3 nivå. I denne studien har man benyttet seg av Tema-Triple P (nivå 2) og Rådgivnings-Triple P (nivå 3) Tema Triple-P: består av forelesninger og spørrerunder der målet er å støtte foreldrene i å hjelpe sine barn med å utvikle sosiale ferdigheter, kommunikasjonsferdigheter og selvstendighet til å kunne løse problem. Rådgivnings-Triple-P: Består av samtaler for foreldre som vil ha råd og støtte i hverdagssituasjoner med sine barn. Foreldrene oppmuntres til å lage en plan for å benytte seg av derfighetene de har tilegnet seg.
Varighet	Ikke oppgitt
Intensitet	Tema Triple-P: 3 seminarer à 90 minutter. Rådgivnings-Triple-P: 4 samtaler à 20-30 minutter
Land	Sverige
Om publikasjonen	
Tittel	Som hand i handske – förskolan som arena för föräldrastöd
Forfatter(e)	Karin Fängström, Anna Sarkadi
Årstall	2012
Forlag/utgiver	Statens folkhälsoinstitut, Uppsala universitet
Evt. link til publikasjon	-
Type utgiver	Statlig institisjon
Dokumentasjon om resultater og effekter	
Tema og emne	Rapporten ser på førskolen som en mulig arena for foreldrestøttende tiltak (triple P) i Uppsala kommune.
Metode	Av 179 førskoler i Uppsala ble 27 med i undersøkelsen. Man randomiserte førskolene inn i kontrollgruppe og treatment-gruppe. Selve undersøkelsen baserer seg på kvalitativ metode på grunnlag av spørreskjemaer. N=231 for Tema Triple-P-seminarene N=67 for Rådgivnings Triple-P-samtalene
Hovedfunn/ evidens	Over halvparten av foreldrene fant seminarene interessante og av bra kvalitet, samt at disse hadde gitt dem tilstrekkelig kunnskap. Nesten alle foreldrene planla å benytte seg av strategiene de hadde lært seg hjemme.
Eventuelle anbefalinger	-

ÖREBRO PREVENTION PROGRAM / FÖRÄLDRAR TILSAMMANS *(2 studier)*

Om tiltaket/ programmet	
Abstract	The implementation of the parent based alcohol prevention program successfully influenced parents' attitudes against underage drinking, but not youth participation in organized activities. At post-test, youths in the intervention group reported less drunkenness and delinquency. Effect sizes were 0.35 for drunkenness and 0.38 for delinquency. Findings were similar for boys and girls and for early starters
Målgruppe for intervensjon	Universelt for ungdommer mellom 13-16 år
Metodikk/ arbeidsmåte	Forelesning, foreldresamtale, diskusjon
Varighet	2,5 år
Intensitet	12 ganger over 3 år
Land	Sverige
Om publikasjonen	
Tittel	Reducing youth alcohol drinking through a parent-targeted intervention: the Örebro Prevention Program
Forfatter(e)	Nikolaus Koutakis, Håkan Stattin & Margaret Kerr
Årstall	2008
Forlag/utgiver	Society for the Study of Addiction
Evt. link til publikasjon	-
Type utgiver	Tidsskrift
Dokumentasjon om resultater og effekter	
Tema og emne	Publikasjonen tar sikte på å identifisere effekten av programmet «foreldre sammen» på alkoholkonsumet blant ungdommer.
Metode	Kvasieksperimentell metode med matching. Intention-to-treat design eller ekstrapolering. For hver skole man valgte ut, brukte man data til å finne skoler med tilsvarende karakteristikker, og benyttet disse i kontrollgruppen. Man målte foreldrenes endrede holdninger til deres barns alkoholkonsum som følge av deres deltakelse i programmet, og målte effekten ved å se på om ungdommene i kontrollgruppen sitt alkoholkonsum kontra ungdommene hvis foreldre deltok. N=900
Hovedfunn/ evidens	Man fant at «foreldre sammen-programmet» forandret foreldrenes holdning til ungdommers alkoholkonsum i retning av mindre aksept for dette. Ungdommer i behandlingsgruppen rapporterte mindre alkoholkonsum/overstadig beruselse og kriminalitet enn kontrollgruppen.
Eventuelle anbefalinger	-

Om tiltaket/ programmet	
Abstract	Föräldrar Tillsammans är ett föräldrastödsprogram som framarbetats av nykterhetsorganisationen IOGT-NTO. Sammanfattningsvis går det inte att se några resultat om programmet introduceras bland föräldrarna i skolår 7. Detta innebär att timingen av programmet har betydelse för att få de effekter som resultatet visar. Detta ger ny kunskap om vikten av under vilka skolår program genomförs.
Målgruppe for intervensjon	Universelt for ungdommer mellom 13-16 år
Metodikk/ arbeidsmåte	Forelesning, foreldresamtale, diskusjon
Varighet	3 år
Intensitet	12 ganger over 3 år
Land	Sverige
Om publikasjonen	
Tittel	Föräldrar Tillsammans - en longitudinell interventionsstudie av stöd till tonårsfamiljer 2007-2010
Forfatter(e)	Madelene Larsson, Camilla Pettersson og Charli Eriksson
Årstall	2012
Forlag/utgiver	Örebro universitet
Evt. link til publikasjon Type utgiver	-
Dokumentasjon om resultater og effekter	
Tema og emne	Publikasjonen tar sikte på å identifisere effekten av programmet «foreldre sammen» på alkoholkonsumet blant ungdommer.
Metode	Man har benyttet kvalitativ metode i undersøkelsen Undersøkelsen er utført med et klusterrandomisert design slik at hver skole er tilfeldig utvalgt til behandlingsgruppe og kontrollgruppe. Deltakere: Ungdommer: 1684 Foreldre: 1312
Hovedfunn/ evidens	Rapporten finner at programmet har effekt dersom det blir introdusert i 8-klasse, men ikke effekt dersom det blir introdusert i 7-klasse. Derfor er timingen for programmet viktig. For ungdommene som deltok i programmet fra 8-klasse rapporterer færre at de har venner som drikker alkohol sammenlignet med kontrollgruppen.
Eventuelle anbefalinger	-

STARK OCH KLAR *(1 studie)*

Om tiltaket/ programmet	
Abstract	The present study is an evaluation of a 3-year parental program aiming to prevent underage drinking. The intervention was implemented by a non-governmental organization and targeted parents with children aged 13-16 years old and included recurrent activities during the entire period of secondary school. The program consisted of four different types of group and self-administered activities: parent meetings, family dialogues, friend meetings, and family meetings.
Målgruppe for intervensjon	«Sterk og tydelig» er et universelt tiltak for ungdommer i alderen 13-16 år i Sverige.
Metodikk/ arbeidsmåte	Foreldremøter, familiedialoger, vennemøter og familiemøter.
Varighet	3 år
Intensitet	Programmet består av 13 aktiviteter over 3 år mens barna går på ungdomsskole.
Land	Sverige
Om publikasjonen	
Tittel	Effects of a parental program for preventing underage drinking - The NGO program strong and clear
Forfatter(e)	Camilla Pettersson, Metin Özdemir og Charli Eriksson
Årstall	2011
Forlag/utgiver	BMC Public Health
Evt. link til publikasjon	-
Type utgiver	Tidsskrift
Dokumentasjon om resultater og effekter	
Tema og emne	Publikasjonen tar sikte på å studere programmet «sterk og tydelig» i Sverige gjennom dets effekt på å forhindre alkoholkonsum blant mindreårige.
Metode	Publikasjonen gjør en statistisk analyse av familiene som selv har meldt seg på programmet, og lager en kontrollgruppe ved å se på de som ikke har meldt seg opp. N= 795 Artikkelen legger frem at det er en viss grad av seleksjonsskjevhet mellom kontrollgruppen og gruppen som deltok i programmet. Mødre som var med i programmet hadde signifikant høyere utdanningsnivå enn det som var tilfellet for kontrollgruppen. De andre forskjellene var ikke signifikante.
Hovedfunn/ evidens	Publikasjonen finner ungdommer hvis foreldre deltok i programmet debuterte i gjennomsnitt 1 år senere enn tilsvarende for kontrollgruppen.
Eventuelle anbefalinger	-

METODER I VARDAGEN *(1 studie)*

Om tiltaket/ programmet	
Målgruppe for intervensjon	Utelukkende for barn mellom 7-10 år med ADHD eller ODD og deres foreldre/lærere. Barna var tilknyttet en psykiatrisk barne- og ungdomsklinikk i sentrale Sverige.
Metodikk/ arbeidsmåte	Foreldrene og lærerne fikk på samlingene informasjon rundt nevropsykologiske problemer og hjelp til å forbedre sin kommunikasjon og sine problemløsningsstrategier med barna. Programmet er en svensk versjon av Barkleys programmet.
Varighet	10 uker
Intensitet	Foreldrene møttes en gang i uken over 10 uker mens lærerne møttes 8 ganger over 10 uker. Hver samling varte 2 timer.
Land	Sverige
Om publikasjonen	
Tittel	An efficacy study of a combined parent and teacher management training programme for children with ADHD
Forfatter(e)	Östberg, Monica og Ann-Margret Rydell
Årstall	2012
Forlag/utgiver	Informa Healthcare
Evt. link til publikasjon	-
Type utgiver	Tidsskrift
Dokumentasjon om resultater og effekter	
Tema og emne	Studien søker å evaluere effekten av manualbasert gruppetrening for foreldre og lærere i forhold til barn med ADHD eller ODD (Oppositional Defiant Disorder).
Metode	RCT-studie der barn ble tilfeldig valgt ut til behandling eller til kontrollgruppe (venteliste). Foreldrene og lærerne svarte på spørsmåkl om ADHD- og ODD-symptomer både før og etter behandlingen. N=129 hvorav 61 foreldre og 68 lærere.
Hovedfunn/ evidens	Man fant at intervensjonen (gruppetreningen) førte til at færre barn møtte kriteriene for ADHD eller ODD etter behandlingen (etter kriteriene i DSM-4) sammenlignet med kontrollgruppen. Effekten var sterkere hos barna hvis kun foreldre hadde deltatt i programmet enn for barna hvis kun lærer hadde deltatt. Effekten ble sterkere hvis både lærer og foreldre deltok. Lærere med problematiske klasser fikk mest nytte av programmet. Validitet: Representativitet: undersøkelsen gjelder barn tilknyttet en enkelt institusjon i Midt-Sverige
Eventuelle anbefalinger	-

DANMARK

MULTISYSTEMISK TERAPI (MST) *(3 studier)*

Om tiltaket/ programmet	
Abstract	De instrumentelle resultater fra MST er i flere teams synlige. At flere teams – over 60 % – kan konstatere forbedrede forældreegenskaber, forbedrede relationer i familierne og forbedret netværk i mellem 80-100 % af familierne må isoleret set siges at være markante resultater. De instrumentelle resultater for de unge er knap så udtalte, men dog synlige. Vanskeligheden i at vurdere de opnåede resultater er, at der ikke på forhånd er opstillet et mål for de instrumentelle resultater, og at der ingen sammenligningsmuligheder er i forhold til andre behandlingsmetoder.
Målgruppe for intervensjon	Tiltaket er rettet inn mot familier med mistilpassede og kriminelle unge mellom 12-17 år, deriblant unge med massive og komplekse problemer
Metodikk/ arbeidsmåte	Evaluering av MST ved gjennomgang av skriftlig dokumentasjon, interne målinger og registreringer samt intervjuer med relevante parter i to prosjekter i Danmark.
Varighet	5 måneder
Intensitet	MST-behandlingen blir utført av et team som består av en veileder og 2-4 terapeuter. Den enkelte terapeut arbeider med få familier av gangen, men skal stå til rådighet 24 timer i døgnet 7 dager i uken i behandlingsperioden.
Land	Danmark
Om publikasjonen	
Tittel	Evaluering af fire metodeudviklingsprojekter støttet af puljen «Udvikling af behandlingstilbud til utilpassede unge»
Forfatter(e)	Styrelsen for Social Service
Årstall	2006
Forlag/utgiver	Styrelsen for Social Service
Evt. link til publikasjon	-
Type utgiver	Statlig organ hvis oppgave er å bidra til forskning og informasjon/rådgivning i Danmark innen det sosiale feltet.
Dokumentasjon om resultater og effekter	
Tema og emne	Rapporten evaluerer MST-programmet i en dansk kommune for å klargjøre hvorvidt dette er en effektiv behandlingsform i et dansk perspektiv.
Metode	Studien er en kvalitativ virkningsanalyse. Evalueringen tar utgangspunkt i data samlet inn i Århus amt og består av 144 spørreskjemaer utfylt av en MST-terapeut eller MST-veileder i samarbeid med barnet og barnets familie. N=144 I studiet evaluerer man to kommuner (Køpenhavn og Århus) av en total på fire som fikk innført MST som behandlingstilbud, men man samler bare inn datamateriale i form av spørreskjemaer fra en (Århus).
Hovedfunn/ evidens	Rapporten finner at 60 % av intervensjonene ledet til forbedrede foreldre-egenskaper og forbedrede relasjoner i familiene, samt at 80-100% av familiene fikk forbedrede nettverk. Resultatene for de unge isolert sett er ikke like klare, mye grunnet manglende sammenligningsgrunnlag.
Eventuelle anbefalinger	

Om tiltaket/ programmet	
Målgruppe for intervensjon	Intervensjonen er et støttetiltak for unge med utagerende og voldsom atferd gjennom innsats ovenfor de unge selv, deres foreldre og lærere.
Metodikk/ arbeidsmåte	Studiet er basert på intervju med foreldre, unge og terapeuter i Århus kommune der MST-programmet ble innført i 2003.
Varighet	*3-5 måneder*
Intensitet	Behandlingen varte i 3-5 måneder og er intensiv.
Land	Danmark
Om publikasjonen	
Tittel	Oplevelsen af MST- forældres, unges og terapeuters erfaringer med multisystemisk terapi
Forfatter(e)	Sten Bengtsson og Asiye Nemli
Årstall	2006
Forlag/utgiver	Socialforskningsinstituttet
Evt. link til publikasjon	
Type utgiver	Offentlig forskningsinstitutt
Dokumentasjon om resultater og effekter	
Tema og emne	Evalueringen tar sikte på å tegne et bilde av hvordan terapiforløpet kan oppleves for barn, terapeuter og foreldre og gir en skildring av hvordan programmet gir utslag i forskjellige resultat i de ulike familiene. Man ønsker å skildre den subjektive opplevelsen av MST-basert terapi hos de ulike aktørene.
Metode	Metode: Kvalitativ metode. Design: Intervjuer av terapeuter, foreldre og barn. N=60, hvorav 26 er foreldre, 13 er barn og 11 er terapeuter Validitet: Mange svært mange foreldre og spesielt mange barn takket nei til å delta i intervjuene. Dette vil kunne skape en sterk skjevhet ved at de som takket ja kan ha andre egenskaper enn den generelle populasjonen av barn som er med i programmet. Representativitet: Evalueringen er bare gjort i en kommune i Danmark (Århus kommune) og er derfor ikke representativ for noen generell populasjon. Man legger i evalueringen mest vekt på hvordan MST-programmet *oppleves* for den enkelte.
Hovedfunn/ evidens	Rapporten finner tendenser til at: -Foreldrene vektlegger terapeuten mye når det uttrykker seg om MST. Majoriteten er positiv til behandlingen, og de uttrykker at de har opplevd støtte, veiledning og overskudd, og at terapeuten har gitt overblikk og trygghet. Samtidig opplever de at det har blitt mer fokus på relasjoner og praktiske regler i familien, og at man snakker annerledes til hverandre og at alle skal «akseptere reglene i huset».
Eventuelle anbefalinger	-

Om tiltaket/ programmet	
Abstract	Den samlede undersøkelsen er gjennomført fra april 2005 som en retrospektiv og prospektiv panelundersøkelse hvor de unge fra familiene som ble henvist til MST-behandling i tidsrommet mars 2004 til juni 2006 ble fulgt igjennom 4-6 måneder. Målet var å vurdere hvordan de unges atferd forandret seg gjennom den 3-5 måneder lange behandlingen.
Målgruppe for intervensjon	Primært unge i aldersgruppen 12-17 år med alvorlige atferdsproblemer.
Metodikk/ arbeidsmåte	Multisystemisk terapi blir utført av et team bestående av en veileder og 2-4 terapeuter. Veilederen er ansvarlig for at en terapeut er tilgjengelig for foreldrene 24 timer i døgnet. Metoden bygger på sosialøkologisk utviklingsteori der man benytter pragmatiske familieterapeutiske behandlingsmetoder som strukturell og strategisk familieterapi, samt kognitiv adferdsterapi.
Varighet	3-5 måneder.
Intensitet	Behandlingen er intensiv og terapeuten besøker familien flere ganger i uken.
Land	Danmark
Om publikasjonen	
Tittel	Resultatevaluering av Multisystemisk Terapi i danmark 2004-2007 delrapport to
Forfatter(e)	Morten Greve, Mikael Thastum
Årstall	2008
Forlag/utgiver	Servicestyrelsen, Socialministeriet
Evt. link til publikasjon	-
Type utgiver	Statlig organ hvis oppgave er å bidra til forskning og informasjon/rådgivning i Danmark innen det sosiale feltet.
Dokumentasjon om resultater og effekter	
Tema og emne	Hovedmålet til undersøkelsen er å evaluere effekten av MST-programmet i 5 danske kommuner
Metode	Undersøkelsen er bygd opp på datamateriale innsamlet fra journalregistreringer og telefonintervju med kommunale familierådgivere i tillegg til data innsamlet fra de unges skoler og arbeidsplasser. Metoden er kvalitativ. Det ble også benyttet data fra familiene i form av spørreskjemaer og telefonintervjuer. Undersøkelsen omfattet: -124 familierådgivere -96 skoler eller arbeidsplasser -96 familier N= 359 (MST-forløp) Rapporten finner effekter med 95 % signifikansnivå på forbedrede resultater hos de unge.
Hovedfunn/ evidens	-Undersøkelsen viser at MST-intervensjonen førte til 40-50 % reduksjon i andelen unge med problemer (manglende skoletilbud/arbeide eller omfattende ubegrunnet fravær). -Halvering av unge som begikk kriminalitet etter intervensjonen. -Reduksjon i unge med rusproblemer på 50-60 % -Større forbedring i psykisk helsetilstand hos guttene som gjennomgikk MST-behandling enn for jentene. -Foreldrene vurderte en tydelig forbedring på dynamikken innad i familien over tid, der særlig organisering, klarhet i relasjonene og tilfredshet med

	familiens interne samspill og kommunikasjonsevne ble trukket frem.
Eventuelle anbefalinger	Rapporten peker på at det at man i Danmark har henvist færre fremmedspråklige familier til MST-behandling enn majoritetsspråklige kan være uheldig med bakgrunn i datagrunnlaget. Analysen peker også i retning av at de yngre barna (12 år og under), har mindre utbytte av behandlingen enn de eldre.

DE UTROLIGE ÅRENE *(3 studier)*

Om tiltaket/ programmet	
Abstract	This study examined the program satisfaction of the Incredible Years parenting program, *Basic* implemented and used in four Danish municipalities: Holstebro, Herning, Ikast-Brande and Aalborg. Since spring 2006 the parenting program has been a preventive service or treatment for parents with a child with conduct problems.
Målgruppe for intervensjon	Forebyggelse og behandling av barn i alderen mellom 3-8 år
Metodikk/ arbeidsmåte	DUÅ (De Utrolige År) har som målsetning å styrke foreldrenes kompetanse til å være foreldre for sine barn. Metoden kan deles opp i tre forskjellige programmer («Basic», «Advance» og «Academic») der Basic utgjør det grunnleggende programmet, og det er dette som er fokuset i rapporten. Programmet tar utgangspunkt i barnets lek og læring og søker gjennom dette å bygge opp et positivt tillitsforhold mellom barnet og foreldrene. Foreldrene blir introdusert for en rekke grunnleggende foreldrekompetanser.
Varighet	14-16 uker.
Intensitet	En samling i uken
Land	Danmark
Om publikasjonen	
Tittel	Undersøgelse af forældres og gruppelederes vurdering af forældreprogrammet, Basic i De Utrolige År
Forfatter(e)	Mette Birk Olsen, Charlotte Horsted
Årstall	2008
Forlag/utgiver	Syddansk universitet
Evt. link til publikasjon	-
Type utgiver	Offentlig institusjon
Dokumentasjon om resultater og effekter	
Tema og emne	Rapporten tar sikte på å undersøke foreldrene og gruppeledernes vurdering av programmet Basic innenfor De Utrolige År.
Metode	Programmet «Basic» er evaluert ved hjelp av spørreskjemaer som har blitt utfylt individuelt av foreldre før/ i løpet av programmet og ved programmets slutt. Populasjonsstørrelse: Utvalget for foreldrene: N=1244 svar fra foreldres evaluering av gruppediskusjoner før/i løpet av programmet. N=107 svar rundt foreldres generelle betraktninger rundt DUÅ-programmet ved programmets avslutning. Rapporten studerer 4 danske kommuner (Holstebro,Herning, Ikast-Brande og Aalborg. Problem : bare 12 av 25 behandlingsgrupper gjennomførte undersøkelsen, samt at kun 96 svarte på sluttevalueringen.
Hovedfunn/ evidens	Foreldrene vurderer DUÅ Basic-programmet svært positivt både før programmet, og etter dets avslutning. Programmet er egnet til å løse foreldrenes problemer med barnet og ekteskapelige problemer mellom foreldrene. Foreldrene føler seg rustet til å løse nåværende og fremtidige problemer etter programmets slutt. Mødre er generelt mer positive til programmet enn det fedre er.
Eventuelle anbefalinger	-

Om tiltaket/ programmet	
Abstract	Der er fordeler og ulemper ved både ECBI og SDQ. Interviewene med gruppelederne og forældrene viser, at der generelt har været stor velvilje fra forældrenes side til at udfylde spørgeskemaerne. Vurderingen er dog, at ECBI har været lettere for forældrene at udfylde end SDQ, hvilket skyldes formuleringen af spørgsmålene, som vurderes at være vanskeligere i SDQ end i ECBI. En ulempe ved ECBI er dets fokus på negativ adfærd. Her vinder SDQ skemaet stor indpas blandt især gruppelederne, da det også indeholder positive spørgsmål.
Målgruppe for intervensjon	Undersøkelsen av de forskjellige spørreundersøkelsesformene er basert på programmet De Utrolige År (DUÅ). DUÅ retter seg inn mot barn mellom 3-8 år som har en utagerende atferd og inneholder programmer rettet inn mot barn, foreldre og lærere. Denne evaluering retter seg inn mot utvelgelsesprosessen av barn til programmet på basis av to ulike spørreundersøkelser ECBI og SDQ (som er laget for å belyse foreldrenes evaluering av deres barn i tre danske kommuner).
Metodikk/ arbeidsmåte	Alle deltakerfamiliene i programmet fikk utlevert en spørreundersøkelse, og datainnsamlingen består av disse. På tvers av familiene er det variasjon i spørreundersøkelsene ved at halvparten måtte utfylle ECBI-skjemaet først mens den andre måtte utfylle SDQ-skjemaet først. Innad i familien skulle begge foreldrene fylle ut skjemaet uavhengig av hverandre. Videre er intervju av 5 av foreldrene blitt gjennomført der man har spurt om deres oppfatning av spørreskjemaene, samt av utvalgte gruppeledere fra de 4 kommunene rundt deres oppfatning av ECBI og SDQ. Til slutt har man analysert resultatene av foreldrenes utfylling av de to forskjellige spørreundersøkelsene.
Varighet	-
Intensitet	-
Land	Danmark
Om publikasjonen	
Tittel	Forældrenes vurdering af deres barns adfærd: Pilotstudie om anvendelsen af spørgeskemaer til identificering af eventuel problemadfærd hos 3 til 8 årige børn
Forfatter(e)	Charlotte Horsted, Mette Birk-Olsen
Årstall	2008
Forlag/utgiver	CAST - Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering, Det Syddanske Universitet
Evt. link til publikasjon	-
Type utgiver	Institutt ved offentlig institusjon.
Dokumentasjon om resultater og effekter	
Tema og emne	Studie på hvilken type spørreundersøkelse som gir best resultater i forhold til foreldres evaluering av egne barn når familien er en del av DUÅ-programmet.
Metode	Studien omfattet svar fra 52 mødre og 38 fedre på ECBI-spørsmålene og fra 46 mødre og 35 fedre på SDW-spørsmålene. Man gjennomførte også intervjuer med foreldre og gruppeledere i kommunene.
Hovedfunn/ evidens	ECBI er enklere å fylle ut for foreldre enn de SDQ er. ECBI har et for stort fokus på negativ atferd mens SDQ er mer balansert. Studien viser også at barn kan bli henvist til behandling på basis av en av de to mens den andre

	ikke gjør dette. Analysen viser at de to instrumentene er positivt korrelerte.
Eventuelle anbefalinger	

Om tiltaket/ programmet	
Abstract	Evalueringen viser, at BASIC- og DINO-indsatserne i kommunerne har været i stand til at skabe positive resultater for børnene. Der ses en signifikant positiv udvikling for børn på næsten alle dimensioner i effektmålingen for de undersøgte indsatser. I flere tilfælde udvikler børnene sig fra at være i eller på grænsen til et behandlingskrævende område set i forhold til alderssvarende normer, og til at være inden for normalområdet. Børnene får således styrkede sociale kompetencer og udviser i mindre grad problematisk og udadreagerende adfærd. Hos forældrene ses ligeledes en positiv udvikling, og forældrene bliver mindre stressede i forældrerollen.
Målgruppe for intervensjon	Barn i alderen 0-12 år med atferdsproblemer hjemme eller på skolen. Programmet kan også benyttes på utsatte barn.
Metodikk/ arbeidsmåte	DUÅ Basic er et gruppebasert undervisningstilbud rettet mot foreldre, og består av gruppesamtaler, rollespill, film og øvelser. DUÅ Dino er program i Danmark som er et gruppebasert undervisningsprogram rettet inn mot barn i alderen 4-8 år, og de kan delta samtidig som eller uten foreldrenes deltakelse i DUÅ Basic.
Varighet	Begge varer i 18-22 uker
Intensitet	En gang i uken, 2 timer hver gang
Land	Danmark
Om publikasjonen	
Tittel	Evaluering af de utrolige år Slutrapport
Forfatter(e)	Rambøll Management Consulting A/S
Årstall	2011
Forlag/utgiver	Servicestyrelsen
Evt. link til publikasjon	-
Type utgiver	Statlig organ
Dokumentasjon om resultater og effekter	
Tema og emne	Rapporten ønsker å se på effekten av DUÅ Basic og Dino i kommunene de er blitt innført.
Metode	Undersøkelsen er kvalitativ, og baserer seg i stor grad på forskjellige spørreskjemaer rettet inn mot foreldre og barn for å forsøke å fange opp effekten ved å delta i programmet. Total N=348 barn fordelt på Basic og Dino, men frafallet er relativt stort når det gjelder effektmållingen som er basert på spørreskjemaer til gruppeledere, foreldre og lærere. Rapporten peker på at dette kan skyldes at spørreskjemaene har vært omfattende, og dette medførte også skjevhet i form av overrepresentasjon av sosialt godt stilte foreldre. Rapporten peker på at man har en moderat skjevhet i resultatene for DUÅ Basic, ved at man har en overrepresentasjon av arbeidsaktive kontra arbeidsledige, samt en overrepresentasjon av høytlønnede.

Hovedfunn/ evidens	-Rapporten finner positive og signifikante effekter for barna av både Basic og Dino, samt av kombinasjonen Basic/Dino ved å sammenligne målingen før behandling med målingen etter behandling ved at: Barna går fra å være behandlingskrevende til ikke-behandlingskrevende og at de får en positiv utvikling i sine sosiale kompetanser og redusert problematferd. For foreldrene finner man at de opplever mindre stress etter DUÅ-behandling og at parforholdet blir bedre. Den siste effekten er ikke signifikant.
Eventuelle anbefalinger	Rapporten peker på at man ikke bør kun tilby DUÅ Dino, men heller bruke dette som et tillegg til Basic. I tillegg peker rapporten på at kommunene bør ha mer faglig oppfølging og sparring ovenfor gruppelederne. Det understrekes også at det må være en kontinuitet og et samarbeid mellom DUÅ-teamet og barnets skole/familiens saksbehandler, for å på denne måten forsterke de positive effektene fra DUÅ-programmet,

HIPPHOPP/HIPPY *(1 studie)*

Om tiltaket/ programmet	
Om programmet:	HippHopp er en dansk tilpasset versjon av førskoleprogrammet HIPPY, som har som hovedformål å gjøre barnehagebarn klare til skolestart. Programmet er sammensatt og har til hensikt å utvikle barnas personlige evner på fem forskjellige områder: sosiale evner, språklig utvikling, kropp og bevegelse, natur og naturfenomener og kultur og kulturelle utrykkformer.
Målgruppe for intervensjon	Førskolebarn (5-6 år) og deres foreldre
Metodikk/ arbeidsmåte	Gjennom hjemmebesøk og nettverksmøter lærer foreldrene ulike øvelser som de så skal gjennomføre med barnet i eget hjem. Øvelsene/aktivitetene tar ca 15-20 minutter og skal gjøres alle hverdager.
Varighet	30 uker (oktober – mai)
Intensitet	Daglige øvelser
Land	Danmark
Om publikasjonen	
Tittel	Evaluering av førskoleprogrammet HipHopp
Forfatter(e)	Rambøll Management Consulting
Årstall Forlag/utgiver	2012 Rambøll Management Consulting
Evt. link til publikasjon	-
Type utgiver	-
Dokumentasjon om resultater og effekter	
Tema og emne	Evaluere førskoleprogrammet Hiphop. Belyse forskjeller i kommunenes implementering og styrker og svakheter ved ulike implementeringsmåter.
Metode	- Kombinasjon av effektmåling basert på tidsserieanalyse og en teoribasert evaluering med fokus på å teste hypoteser om hvordan henholdsvis eksterne og interne faktorer ved programmet påvirker gjennomførelsen, og dermed virkninger for foreldre og barn. - Litteraturstudie - Effektmåling: måler effekt av deltagelse i programmet gjennom spørreundersøkelse før programstart, umiddelbart etter programmets slutt, og ved oppfølging 4-6 måneder etter. Data: - Spørreskjema til foreldre, pedagoger og lærere (pre, post og oppfølgingsmåling) - Loggbøker og casestudier (dybdeintervjuer og fokusgruppeintervjuer)
Hovedfunn/ evidens	- Signifikant positiv utvikling i foreldrenes vurdering av barnas sosiale kompetanser, språklig utvikling, motoriske evner og kulturelle evner. - Signifikant positiv utvikling i pedagogene/lærerens vurderinger av barnas språklige og motoriske evner. - Den språklige utviklingen gjelder spesielt barn med et annet morsmål enn dansk. - Samlet sett indikerer evalueringen av HippHopp-programmet kan medvirke til at barna gjennomgår en allsidig personlig utvikling, som ruster dem til overgangen til skolen og til de kravene og forventningene de vil møte her.

	- Evalueringen indikerer også at effekten fastholdes over tid, selv om dette funnet (på grunn av for få respondenter) ikke er statistisk signifikant. - Foreldrene var meget tilfredse med programmet, og særlig med programmets kjerneelementer, dvs. leseplanen, aktivitetene og det utdelte materialet. - Utfordring i/for programmet: tilpasse programmet en svært differensiert målgruppe. Noen faller muligens utenfor. - Ulik rekrutteringsstrategi i de forskjellige kommunene. En mer målrettet rekruttering ser ut til å være hensiktsmessig.
Eventuelle anbefalinger	-

ISLAND

PARENT MANAGEMENT TRAINING – OREGON (PMTO) *(1 studie)*

Om tiltaket/ programmet	
Abstract:	In 2000, the city of Hafnarfjo¨rður, Iceland, implemented Parent Management Training – Oregon Model (PMTO) to prevent and treat behavioral problems among children. This paper describes the implementation and findings regarding impacts in the community. As hypothesized, findings showed that the number of referrals to specialist services decreased in Hafnarfjo¨rður following PMTO implementation and increased in two comparison communities not implementing the method. Within the Hafnarfjo¨rður community, recorded instances of behavior problems reduced in elementary schools working in line with PMTO. The results presented are the first such findings in Iceland and suggest the kinds of systematic changes communities may experience following the implementation of an evidence-based program. Key words: PMTO, behavior problems, prevention, implementation, community.
Målgruppe for intervensjon	Formål med implementeringen av PMTO i Hafnarfjörður var å forebygge og redusere atferdsproblemer hos barn både hjemme og på skoeln.
Metodikk/ arbeidsmåte	PMTO ble i 2000 implementert til en hel by gjennom flere tiltak: 1) Individuell PMTO behandling for foreldre med barn opp til 12 år med atferdsproblemer. 2) Gruppeseminarer for foreldre med barn opp til 12 år i risikogruppen for å utvikle eller allerede har mindre atferdsproblemer 3) Kortfattet opplæring av relevante grupper av ansatte i kommunen (bl.a. spesialrådgivere og andre som arbeidet direkte opp mot barn med atferdsproblemer) 4) Skoleprogram basert på PMTO prinsippene – Positive Behavior Support (PBS)
Varighet	- Varierer mellom de ulike programdelene
Intensitet	- Varierer mellom de ulike programdelen
Land	Island
Om publikasjonen	
Tittel	Community implementation of PMTO: Impacts on referrals to specialist services and schools
Forfatter(e)	Sigmarsdóttir, Margrét & Anna Björnsdóttir
Årstall	2012
Forlag/utgiver	Scandinavioan Journal of Psychology
Evt. link til publikasjon	-
Type utgiver	Tidsskrift
Dokumentasjon om resultater og effekter	
Tema og emne	- Hensikten: undersøke effekten / virkningen av implementeringen av PMTO programmet i byen Hafnarfjörður .
Metode	- PMTO ble implementert i byen Hafnarfjörður men ikke i to andre kommuner/byer. - Effekten (egentlig påvirkningen - influence) av PMTO ble målt ved å sammenligne endring i antall førskolebarn henvist til «special services» pga atferdsproblemer før og etter implementering av PMTO i tiltaksbyen og to kontrollbyer.

	- I tillegg sammenlignet man endring i rapportering av problematferd på skolene.
Hovedfunn/ evidens	- Reduksjon i antall barn som ble henvist til spesialisttjenesten etter implementeringen av PMTO i Hafnarfjörður, mens antall henvisninger økte i de to kontrollbyene. - Fordi tiltaks og kontroll-byene ikke var like på en del andre relevante variabler (størrelse, befolkningsvekst etc) er det likevel problematisk å konkludere med effekt. Det er med andre ord behov for RCT studier.
Eventuelle anbefalinger	- Det bør gjennomføres en RCT-studie.

VEDLEGG 3
LISTE OVER FORKORTELSER

Foreldrestøttende tiltak:

MST	Multisystemic therapy / Multisystemisk terapi
PMTO	Parent Management Therapy - Oregon
FFT	Functional Family Therapy / Funksjonell Familieterapi
ICDP	International Child Development Program
CoS	Circle of Security
Triple P	Positive Parenting Program
COPE	The Community Parent Education Program
ABC	Alla Barn i Centrum
ÖPP	Örebro Preventionsprogram
DUÅ	De Utrolige Årene / The Incredible Years
TIBIR	Tidlig innsats for barn i risiko
MTFC	Multidimentional Treatment Foster Care

Øvrige forkortelser:

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
ODD	Oppositional defiant disorder
REA	Rapid Evidence Assessment
RCT	Randomized controlled trial / Randomisert kontrollert forsøk
EBM	Evidensbasert medisin
EBP	Evidensbasert praksis
KBP	Kunnskapsbasert praksis
NMR	Nordisk Ministerråd
BLD	Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet
Bufdir	Barne, ungdoms og familiedirektoratet
Bufetat	Barne, ungdoms og familieetaten
NFR	Norges Forskningsråd
RBKU	Regionalt kunnskapssenter for barn og unge
BUP	Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk