

Vi har lært mye om hva som virker. Hva gjør vi nå?

Av: Kristine Amlund Hagen, PhD, Seniorforsker ved Nasjonalt utviklingscenter for Barn og Unge (NUBU), Universitet i Oslo (2018).

Nøkkelord: Forebygging, intervensjon, barn og unge, evidensbaserte metoder, implementering

Ingress:

Vi har i den senere tid lært mye om hvilke tiltak og behandlinger for utsatte barn og unge som har vist seg effektive. Vi har forstått mer av hvorfor de er virksomme og erfart hva nyttige metoder har til felles på tvers av fokusområder. Gjennom denne type kunnskapsutvikling har implementering av forskningsbaserte metoder i barn- og ungetjenestene fått en mer og mer sentral plass, med god grunn. Vi har sett at mange barn og unge som får hjelp i ulike tjenester (f.eks., barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, BUP, barnevern, osv.) ofte har tilleggsvansker og sammensatte problemer, og det er ikke uvanlig at behov hos barnet eller i familien endrer seg gjennom et behandlingsløp. Selv ved bruk av godt implementerte og forskningsbaserte metoder er det nesten alltid en viss andel barn, unge og familier som opplever at tiltaket ikke hjalp. Med den kunnskapen vi har opparbeidet oss i Norge gjennom over to tiår med utvikling, implementering og evaluering av evidensbaserte metoder og programmer, hva gjør vi nå i det videre arbeidet? I denne artikkelen vil jeg trekke frem noen av de viktigste lærdommene vi har tilegnet oss, og så peke på noen områder og aktiviteter det kan være formålstjenlig å følge fremover. Eksempelvis en videreutvikling av programkonseptet, samt å se utover tradisjonelle arenaer for forebygging.

Hva har vi lært?

Virksomme metoder:

I de siste par tiår har flere og flere evidensbaserte og forskningsstøttede metoder innen barn og unge-feltet blitt introdusert, implementert og evaluert i Norge. Gjennom evalueringene av disse metodene har vi tilegnet oss kunnskap om hva som ser ut til å være hjelpsomt for ulike grupper sårbare barn og unge, og deres familier. For å nevne noen av disse: Parent Management Training-Oregon (PMTO; Ogden & Amlund-Hagen, 2008) og De Utrolige Årene (DUÅ; Larsson et al.2009) har begge vist seg å kunne avhjelpe utagerende og aggressiv atferd hos barn primært gjennom å veilede foreldre i gode foreldreferdigheter. For ungdom med anti-sosial atferd finnes multi-systemisk terapi (MST) som også har vist positive resultater, både nasjonalt og internasjonalt.

Atferdsproblemer er en relativ hyppig henvisningsårsak til BUP, og i en oversikt fra Folkehelseinstituttet ligger punktforekomsten på atferdsproblemer på ca. 3-5%. Livstidsforekomst er høyere, nærmere 20% (Reneflot, Aarø, Aase, Reichborn-Kjennerud, Tambs, & Øverland, 2018). For angstlidelser, en av de hyppigst forekommende årsakene til behandling i BUP, har kognitiv-atferds terapeutiske (KAT-) metoder vist seg å være hjelpsomt. PALS (positiv atferd og læringsstøtte i skolen) og Olweus-programmet er to velkjente programmer som har som mål å bedre skolemiljøet og redusere mobbing eller antisosial atferd i skolen. Begge programmer er evaluert med positive resultater (Sørli & Ogden, 2007; Olweus & Limber, 2010). For barn og unge som har blitt utsatt for traumatiske opplevelser (som overgrep, vold, krig, ulykke) har traume-fokusert KAT (eller TF-CBT)

blitt evaluert og funnet effektiv (Jensen et al., 2014). Denne listen er ikke uttømmende, men den illustrerer at for mange av de hyppigst forekommende vanskene og lidelsene hos barn og ungdom, finnes det en metode eller et program som har blitt evaluert og funnet effektiv sammenliknet med vanlig praksis eller ingenting.

Implementeringskvalitet:

Implementering kan defineres som «*et sett av spesifiserte aktiviteter som skal til for å gjennomføre en bestemt metode eller et behandlingsprogram i praksis*». (Sørli, Ogden, Solhem & Olseth, 2010; Fixsen, Naoom, Blasé, Friedman & Wallace, 2009). Gjennom de siste tiårene med implementering av forskningsstøttede metoder har vi lært, noen ganger gjennom dyrekjøpt erfaring, at høy implementeringskvalitet er avgjørende for å kunne evaluere effektene av tiltak. For å kunne påvise positive resultater av en metode i ordinær praksis (dvs. effekt), må to forutsetninger være til stede: 1) at tiltaket eller metoden man tester faktisk er virksom, og 2) at metoden er implementert i organisasjonen med tilstrekkelig kvalitet.

Sett at man har introdusert en lovende metode i noen kommunale barneverntjenester, men evalueringen viser ingen positiv effekt av den nye metoden. Hvis man ikke har sørget for å implementere metoden med høy kvalitet og målt implementeringskvaliteten parallelt, så kan man ikke vite om fraværet av effekt skyldes metoden eller implementeringen. Følgelig vet man ikke hvor man skal lete etter mangelen, eller hva man skal gjøre for å rette opp feilen. Tenk hvilken forsakelse man kan risikere å begå overfor barn, unge, og familier hvis man konkluderer med at en nyttig metode ikke virker, mens det egentlig var iverksettelsen av den som mislyktes. Implementering av høy kvalitet er også en forutsetning for at nye metoder kan fortsette å leve i organisasjoner etter at forskere og metodeleverandører trekker seg ut. For at et nytt program skal fortsette med ønsket effekt må det være godt integrert på alle nivåer og i alle strukturer i organisasjonen. Det må 'sitte i veggene'. Det finnes flere verktøy for å måle implementerings-kvalitet, og de fleste gode, inkluderer spørsmål rundt et knippe sentrale 'implementeringsdrivere, det vil si faktorer som fremmer implementeringen.

Faktorer som fremmer kvaliteten på implementeringen opererer på prosess-, aktivitets-, og organisasjonsnivå. Tidlig i en implementerings-prosess er faktorer som holdninger hos ansatte og nivå av mottakelighet for endring i en organisasjon viktige. Man har større sjanse for å lykkes når ansatte er motiverte, når de ser behovet for forbedring og når de innehar en 'sense of urgency'. Videre kan det å utpeke enkeltpersoner i en organisasjon som fungerer som støttespiller, rådgiver og motivator for kollegaer, og som får et særskilt ansvar for å holde fokus på programmet, være formålstjenlig. Der det er mulig vil også en nøye rekruttering av tjenesteutøvere av en ny metode kunne fremme implementeringsprosessen, ved at ansatte som liker å jobbe strukturert, og som ikke har noe imot at det føres tilsyn med deres arbeid ansettes. Videre er etablering av tilbakemeldingssystemer, løpende veiledning og faglig støtte, lokal skreddersøm og involvering av sluttbrukere viktige drivere. Det er ofte ikke nok at kun praktikerne er motivert for og involvert i den nye metoden uten lederstøtte, ei heller er at kun ledelsen ønsker et program implementert uten at de som faktisk skal levere programmet også føler eierskap til det.

Effektive metoder har noe til felles:

Vi har også sett at når programmer for barn, unge og familier har vist seg å være effektive og hjelpsomme, så har de gjerne en del fellestrekk, selv om de er rettet mot ulike grupper barn og unge med ulike problemer. Først og fremst er effektive metoder bygget på solid empiri og teori. Et godt eksempel på dette er Multisystemisk behandling (MST), en metode som har som mål å avhjelpe utagerende og voldelig atferd hos ungdom, og som er implementert i 22 barnevernsteam i Norge.

MST er basert på Bronfenbrenners (1979) sosial-økologiske modell, og på empiriske funn fra studier om risikofaktorer og årsaker til anti-sosial atferd (Elliott, Huizinga & Ageton, 1985; Henggeler, 1991). Endringer i ungdommens atferd fremmes av endringer i ungdommens økologi, det vil si, i deres miljø og samspill med personer i omgivelsene (Christensen & Mauseth, 2007). MST intervensjoner ved å bruke familien og økologien som utgangspunkt for behandling. Behandling gis på en individualisert måte ved å redusere risikofaktorene for antisosial atferd og kildene til konflikt i den aktuelle familien og ungdommens funksjon i skolen (Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland, & Cunningham, 1998; Huey, Henggeler, Brondino, & Pickrel, 2000; Elliott, 1998).

Andre faktorer som kjennetegner virksomme programmer er systematikk 'fidelity' (eller etterlevelse av metoden), og kontinuerlig veiledning og kvalitetssikring av metodeleveranse. Systematikk i denne forbindelse handler om at man som kliniker eller praktiker har en eksplisitt fremgangsmåte, en plan for dose og hyppighet av sesjoner, at innholdet i møtene med barnet og familien følger en plan, at viktige innholdskomponenter blir dekket, og at det foretas en kartlegging av utfordringer og behov hos barna og familiene. Systematikken gjelder også arbeidet i organisasjonen som ikke involverer barnet eller familien direkte, slik som rapportering, planlegging og tilrettelegging.

Metoder og programmer er også mest virksomme når de som leverer metoden følger de prinsipper og det foreskrevne innholdet i programmet. Når tjenesteutøvere gjør dette, sier man at de leverer metoden med høy grad av 'fidelity' eller etterlevelse. Men metoden skal ikke være en tvangstrøye, og begreper som 'flexibility within fidelity' og 'competent adherence' refererer til bruk av evidensbaserte metoder som følger prinsippene i en metode, samtidig som individuelle behov hos barnet og familien ivaretas og det skapes et tillitsforhold mellom de involverte. Veiledning og kvalitetssikring av behandlings- eller tiltaksleveranse innebærer at tjenesteutøvere har pågående kontakt med eksperter eller mer erfarne klinikere som gir råd, veileder og diskuterer utfordringer i behandlinger. At tjenesteutøvere også jevnlig blir målt på noen viktige kvalitetsindikatorer gjør at man kan sette inn ekstra støtte der det trengs, gi ekstra veiledning, unngå avvik (eller såkalt drift) eller ta ut utøvere som av forskjellige årsaker ikke evner å levere metoden slik foreskrevet. Barn, unge og familier bør være en av kildene til denne kvalitetssikringen.

Barn og unge har ofte tilleggsproblemer:

Ifølge nasjonal statistikk utgjør depresjon, angst, og atferdsproblemer til sammen nærmere 30 % av diagnosegruppene som utløser rett til behandling i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP). Tilpasningsforstyrrelser, det vil si, psykiske vansker som resultat av belastende livshendelser, utgjør ytterligere 15 % (Folkehelseinstituttet, 2018). Gutter er overrepresentert i BUP frem til ca. 10-årsalderen, fra 10-13 årsalderen er det omtrent lik andel jenter og gutter, og fra 14 år og oppover er andelen jenter størst. Comorbiditet, eller tilleggsproblemer, betyr at barnet eller ungdommen viser symptomer på flere ulike lidelser, og det har vist seg å være ganske vanlig. Et eksempel er en befolkningsbasert studie av 8-10 åringer i Bergen. Av alle barn med psykiatrisk lidelse hadde 26 % en kombinert tilstand (Heiervang et al., 2007). Blant barn i alderen 6-12 år som deltok i en norsk fosterhjemstudie oppfylte 63,4 % av barn med psykiatrisk diagnose, kriteriene for tilleggs-lidelser (Lehmann, Havik, Havik, & Heiervang, 2013). Man kan nesten si at sammensatte problemer er regelen snarere enn unntaket. Som en illustrasjon, ved Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge (NUBU) har vi de siste to tiår hatt et spesielt fokus på å avhjelpe atferdsproblemer hos barn og unge. I dette arbeidet har vi erfart, både gjennom behandlingene vi tilbyr og i forskningsstudiene vi gjennomfører, at barna og ungdommene som kommer til hjelpetjenestene fordi de er sinte eller aggressive også viser mye engstelse og tristhet.

Hvordan, for hvem og ikke for alle:

Fra å fokusere utelukkende på spørsmålet om hvorvidt et program virker eller ikke, har man i senere tid beveget seg mot å samtidig undersøke mekanismene i intervensjonene og for hvem metoden virker bra og mindre bra. Med mekanismer menes 'de aktive ingrediensene' i en gitt metode eller det som utløser ønsket endring. Et eksempel kommer fra den norske studien av PMTO. I pre-post undersøkelsen viste resultatene at barn i familier som ble tilfeldig fordelt til PMTO, reduserte sine atferdsvansker i større grad enn barn i familier som mottok ordinært tilbud (fra BUP, barnevern osv.). Gjennom analyse av en såkalt medieringsmodell, trådte effektiv grensesetting frem som den 'ingrediensen' i PMTO som var viktigst for reduksjonene i barnas atferdsproblemer (Ogden & Amlund-Hagen, 2008). I oppfølgingsstudien, ett år etter endt behandling, ble tilsvarende analyse gjennomført. Igjen var effektiv grensesetting viktig for å opprettholde reduksjonen i atferdsproblemer hos barna. I tillegg ble høyere grad av familiesamhold identifisert som en mekanisme for at PMTO hadde effekt på barnas atferd over tid (Amlund-Hagen, Ogden, Bjørnebekk, 2011).

Flere studier har vist at det ofte er egenskaper ved barna eller ungdommene, familiene, og ved terapien som kan bidra til å øke (eller redusere) behandlingsutbyttet. Kjennetegn, som barnets kjønn og alder, har vist seg noen ganger å påvirke effektene av et tiltak, men i hvilken retning varierer med problemområde og behandlingsmetode. For barn og unge med atferdsproblemer ser det ofte ut til at større symptombelastning ved inntak gir større bedring i symptomer etter endt behandling, men for angstlidelser kan det være motsatt. Og for enkelte metoder (foreldreveiledningsmetoder) ser yngre barn ut til å ha størst utbytte mens andre tilnærminger (f.eks., kognitiv atferdsterapi) ser ut til å være mest virkningsfullt for eldre barn og ungdom. Kjennetegn ved familien som kan påvirke behandlingsutbyttet inkluderer familiens levekår, intakte familier versus familier med skilte foreldre og psykiske problemer hos foreldre. Studier som har sett på disse faktorene gir ikke noe entydige svar. For eksempel, i noen studier har mødres depresjon vist seg å være til hinder for behandlingen (Reyno & McGrath, 2006), mens i andre studier påvirket ikke mors depresjon behandlingsutbyttet (Baydar, Reid, & Webster-Stratton, 2003). Når det gjelder sider ved terapien som kan påvirke nytteverdien, så er faktorer som dose og pasientfornøydhet gjengangere i studier, i tillegg til fidelity som beskrevet over. Terapeutisk allianse regnes også for å være et viktig element for å oppnå godt behandlingsutfall, men også her spriker funnene noe. I en studie av PMTO med norske familier, var allianse forbundet med bedre resultater, mens i en effektstudie av TF-CBT ble det funnet en interaksjonseffekt mellom allianse og type behandlingstilnærming. For ungdom som mottok TF-CBT økte behandlingsutbyttet ved økt grad av terapeutisk allianse, men for ungdom i sammenligningsgruppen som mottok ordinær behandling var allianse ikke forbundet med behandlingsutfall (Ormhaug, Jensen, Wentzel-Larsen, Shrik & Nezu, 2014).

Vi har også lært at det for hver av disse virksomme metodene alltid er en viss andel barn, unge og familier som ikke opplever at tiltaket hjelper. Disse kalles for non-respondere på fagspråket, og blir dessverre sjelden identifisert under vanlig behandling. Selv når terapeuter bruker veletablerte og forskningsstøttede behandlinger under de beste mulige forhold, opplever så mye som 30-50% av brukere at behandling ikke hjalp (Lambert, 2017). For å identifisere disse barna, ungdommene og deres familier tidlig i et behandlingsløp, har bruk av feedbackverktøy basert på hyppige tilbakemeldinger fra brukere i behandlingsperioden blitt foreslått (Lambert, 2010). Til tross for økende bevissthet om at tilbakemeldinger fra brukerne er viktige, brukes de sjelden (Gondek, Edbrooke-Childs, Fink, Deighton, & Wolpert, 2016).

Hva gjør vi nå?

Så hva bør vi nå fokusere på? Det vi har lært til nå har ikke bare gitt oss informasjon om hva som virker, og hva som burde forsterkes, men det har også pekt ut noen retninger for videre undersøkelser. Det er fremdeles mye vi ennå ikke har god nok kunnskap om. I det følgende vil jeg peke på noen områder som kan være hensiktsmessige å utforske i det videre. De er valgt fordi de drar nytte av og bygger på tidligere empiri og teori, men så tar et steg videre.

Videreutvikling av programkonseptet:

Som nevnt har vi i dag flere evidensbaserte og forskningsstøttede programmer som har vist seg effektive for et relativt bredt spekter av hyppig forekommende problemer og diagnoser hos barn og unge. Jeg har pekt på at mange av disse programmene har flere viktige kjennetegn til felles, kjennetegn som man med stor sannsynlighet kan anta er noe av årsaken til at de er virksomme. Allikevel brukes ikke disse forskningsbaserte metodene regelmessig eller i storskala i klinisk praksis (Weisz et al., 2015) eller i andre tjenester for barn og unge i Norge. Noe av forklaringen på dette kan være at de i for liten grad tar høyde for kompleksiteten i mange saker, eller comorbiditet hos henviste barn og unge. Videre er mange av de etablerte evidensbaserte programmene ofte rettet mot kun en eller et knippe relaterte diagnoser, de har vanligvis en forhåndsbestemt rekkefølge av behandlingssesjoner, de har snevre inntakskriterier og de er ikke alltid tilpasset det faktum at barn og unges behandlingsbehov ofte endrer seg gjennom behandlingsforløpet. I tillegg er det jo ofte sånn at klinikere og praktikere som oftest jobber med mange ulike barn og familier på samme tid, og da kan det være vanskelig å overholde behandlingsprinsippene og forplikte seg kun til en metode.

En videreutvikling av programkonseptet vil derfor kunne bestå i å utvikle, evaluere og implementere metoder som både tar med seg styrkene fra de etablerte evidensbaserte metodene, men samtidig imøteser og avhjelper de utfordringene disse metodene kan ha. Et eksempel på en slik tilnærming er MATCH-ADCT. MATCH-ADC står for *modular approach to treatment for children-with anxiety, depression, conduct problems and trauma*. MATCH-ADCT, eller bare MATCH, prøves nå ut i flere barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUPer) på Øst- og Vestlandet, i regi av Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge (NUBU). Bakgrunnen for utviklingen av MATCH var terapeuters utfordringer med at mange behandlingsprotokoller var utviklet for én psykisk lidelse eller ett problemområde. MATCH er utviklet for å imøtekomme dette ved at den er transdiagnostisk og modulbasert. I MATCH lærer terapeuten å arbeide med mange ulike tilstandsbilder som kan dukke opp underveis i behandlingen. Terapeuten tilegner seg gode terapeutiske strategier for barn med angst, depresjon, traumer og atferdsproblemer. MATCH består blant annet av mange moduler som har blitt valgt ut ved å identifisere behandlingskomponenter som ofte ble anvendt i evidensbaserte intervensjoner for de aktuelle problemområdene. I noen tilfeller har komponentene også blitt testet uavhengig og vist seg å være virksomme når de blir brukt alene og uten andre behandlingskomponenter. Ut ifra barnet og familiens (noen ganger skiftende) behov kan terapeuter benytte/bytte til moduler som er egnet til å avhjelpe de gjeldene vanskene og kombinere elementer. Videre er ikke comorbiditet hos barna/ungdommene et hinder for å bruke MATCH. MATCH er en metode som gjør at samme terapeut kan gjennomføre behandlingen selv om barnet for eksempel både viser depresjon og atferdsvansker gjennom et behandlingsforløp. Gjennom sitt transdiagnostiske og modulære design, forsøker MATCH å redusere noen av barrierene for terapeuters bruk av forskningsbaserte intervensjoner i sin praksis (Bearman & Weisz, 2015).

En annen viktig del av MATCH-metoden er dens bruk av systematisk innhenting av tilbakemeldinger fra barn, foreldre og terapeuter gjennom behandlingsforløpet. MATCH bruker et klinisk tilbakemeldingssystem, som kalles PATH, og som gir terapeutene informasjon om hvordan familiene

opplever behandlingsprogresjonen fra gang til gang. Denne informasjonen blir brukt til beslutningsstøtte for den enkelte terapeut underveis i behandlingen, og benyttes som grunnlag for jevnlig konsultasjoner som terapeuten mottar fra erfarne MATCH-konsulenter. Denne systematiske bruken av tilbakemeldinger fra barn, unge og deres foreldre gjør at behandlingen skreddersys til den enkelte familie, og at familien får en reell innflytelse på sitt behandlingsforløp. Men uavhengig av metode eller behandlings-tilnærming, tjenester for barn og unge kan ha stor nytte av å etablere systemer for å innhente tilbakemeldinger fra sine brukere på pålitelige måter, ikke bare etter endt behandling eller tiltak, men underveis.

En videreutvikling av programkonseptet kan også innebære identifisering av *virksomme kjerne-komponenter*. Kjerne-elementer i denne sammenheng handler om selve tiltaksinnholdet og betegner 'det virksomme metoder har til felles'. I stedet for å designe nye programmer kan man høste fruktene av all evalueringsforskningen som er gjort innenfor et bestemt område og utvikle programmer som består av en sammensetning av de mest effektive elementene i virksomme tiltak. Samtidig vil elementer som har vist seg ineffektive eller skadelige bli valgt bort. Et eksempel på en slik tilnærming er KOBAs prosjekt, som nå gjennomføres ved et knippe kommunale barnverntjenester i og rundt Oslo og Drammen. KOBAs står for 'Kunnskapsoverføring i barnevernet: Bedre skoleprestasjoner for barn i risiko' og er et prosjekt i regi av Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP øst og sør) og NUBU, med finansiering av Norges forskningsråd. Første steg i KOBAs prosjekt var å oppsummere all relevant forskning som omhandlet tiltak for å styrke skolemestring hos utsatte barn. Deretter ble studiene silt på basis av kvalitet og relevans. Fra de resulterende studiene, ble de tiltakskomponentene som på tvers av flere studier hadde vist seg å være effektive, identifisert og kalt kjerne-elementer. Sammen med fagfolk fra både skole og barnevern, samt foreldre og ungdom med erfaring fra barnevernet, ble kjerne-elementene 'gjort om' til praksiselementer, altså beskrivelser av konkrete handlinger som tjenesteutøvere kan gjøre for å hjelpe barn og familier i barnevernet med å mestre skolen. Resultater fra dette prosjektet vil foreligge om et par år.

Man kan tenke seg at en slik fremgangsmåte kan være nyttig i mange helse-, sosial- og velferdstjenester ved at man 'utvinner' effektive tiltakskomponenter fra tidligere forskning og danner en type basiskunnskap som de som jobber med barn og unge tilegner seg. På den måten slipper man i tillegg utfordringer og kostnader knyttet til programutvikleres opphavsrett. En slik tilnærming vil sannsynligvis også være mer fleksibel og utvikle seg mer dynamisk i takt med at ny forskning blir tilgjengelig.

Å gå bredere ut:

Både forskere og tjenesteutøvere innen barn- og ungdomshelse vil kunne tjene mye på å gå 'bredere ut', både når de skal vurdere tilstandsbilder, intervensjoner, forebygge eller søke samarbeid med andre instanser. Men det er ikke lett. I en studie utført ved Karolinska Institutet i Sverige var nettopp samarbeidet mellom ulike tjenester for barn og unge i fokus (Widmark, Sandahl, Piuva, & Bergman, 2011). Studien baserte seg på data innhentet fra et av Sveriges administrasjonsdistrikter hvor fokusgruppeintervjuer med fagfolk fra helsetjenesten, barnevern og skole hadde blitt foretatt og analysert. Studien fant at de faktorene som hyppigst ble nevnt som barrierer til samarbeid mellom tjenester var:

- uklar ansvarsfordeling og tolking av konfidensialitetsregler,
- manglende informasjonsflyt,
- svekket tillitt fordi man ikke visste hva fagfolk i de andre sektorene gjorde ellers,
- urealistiske forventninger til hverandre,
- opplevd manglende forpliktelse fra den andre part,

- strukturelle forskjeller i lovverk,
- ulik tilnærming til hva problemet var, og ulik forståelse av hvordan det kan løses,
- fagfolk med ulik beslutningsmyndighet møttes og det ble da uklart hvem som ledet møtet og hva som kunne bli bestemt i et slikt møte.

På den annen side, når samarbeidet mellom tjenestene var nyttig og fungerte bra, var det fordi praktikerne, klinikerne og lærerne evnet å lytte til hverandre, de ble enige om og jobbet sammen mot et felles mål for det enkelte barnet. De var omforent om en arbeidsfordeling basert på en felles støtteplan for barnet, klarte å nyttiggjøre seg hverandres ekspertise, og de opplevde de hadde god tilgang til hverandre. Det kom også frem, ikke uventet, at i de tilfellene der samarbeidet mellom instansene ikke fungerte, falt barn og unge mellom to stoler og fikk dermed ikke den hjelpen de hadde behov for, eller krav på.

Å gå bredere ut handler også om evnen til å se utover det problemet barnet blir henvist for. Å vurdere barnets og familiens økologi, og å identifisere barnets og familiens styrker er også sentralt. Dette er viktig ikke minst fordi vi vet at barn og unge går inn og ut av diagnoser over tid, at behov endrer seg i familier, og at kjennetegn ved barnet og forhold i familien påvirker hverandre over tid. For intervensjonsforskere betyr det å designe evalueringer med bredere inntakskriterier, samt å forplikte seg til å for eksempel inkludere minoritetsfamilier, selv om det betyr at tester og spørreskjemaer må oversettes. Det gjelder også for familier i 'multiproblem'situasjoner. Familier i multiproblemsituasjoner er utsatt for alvorlige risikofaktorer på flere nivåer og problemene er ofte både varierte, komplekse og kroniske (Tausendfreunda, Knot-Dickscheita, Schulzeb, Knorthc, & Grietensc, 2016). På det kontekstuelle nivået kan risikofaktorer dreie seg om det å leve i fattigdom, å ha dårlig tilknytning til arbeidsliv, å bo i belastede nabolag, eller å ha et magert sosialt nettverk. På familienivået handler det ofte om samlivsbrudd, vold eller omsorgssvikt, svake foreldreferdigheter, lite erfaring med eller kompetanse i problemløsning, og lavt samhold i familien. Barn som over tid er eksponert for noen eller flere av disse risikofaktorene løper en større risiko for å utvikle vansker sosialt, emosjonelt og kognitivt enn barn som er skjermet for dem. Men barn er jo ikke bare passive mottakere av påvirkninger fra omgivelsene, de både påvirkes av og påvirker dem. Det er dessverre ofte slik at barn og unge som har en væremåte som er utfordrende for andre å forholde seg til, påvirker sin kontekst i en uheldig retning som på sin side forsterker og dermed forverrer situasjonen med sin negative respons til barnet. Det er nettopp slike prosesser som transaksjonsmodellen beskriver. Transaksjonsmodellen viser hvordan samhandling mellom individer (altså foreldre og barn) og konteksten (altså familien, skolen, nabolaget) utvikles til forskjellige mønstre over tid (Sameroff & MacKenzie, 2003). Det som ivaretar stabiliteten i disse mønstrene er ikke personen alene eller miljøet alene, men heller forholdet mellom de to. Sagt med andre ord, dysfunksjonaliteten ligger i forholdet mellom individet og han/hennes miljø. For eksempel, forskning har vist at det ikke bare er en sammenheng mellom såkalte 'høykvalitets'hjem og kompetente barn, men at kompetente barn også styrker foreldrepraksis (Nihira, Mink & Meyers, 1985). En slik transaksjonssekvens går begge veier; et dysfunksjonelt hjemmemiljø vil mest sannsynlig gi mindre kompetente ungdommer, og vanskelige og utagerende ungdommer vil til en viss grad fremprovosere dårlig foreldrepraksis. Dessverre er det jo ofte slik at det er den mistilpassede ungdommen som trenger høykvalitetsmiljø i hjemmet mest, men som har minst sannsynlighet for å ha nettopp det.

Å styrke barn og unges 'Life Skills':

The center on the developing child ved Harvard University (2017) definerte tre områder som spesielt viktige for barn og unges utvikling:

- gode og trygge relasjoner,
- redusere kilder til stress og risiko,
- utvikling av ferdigheter.

At barn og unge har gode og trygge relasjoner med sine foreldre og andre viktige voksne har en dobbel gevinst. Slike relasjoner er med på å både sikre god utvikling av hjernen til små barn, og fungere som beskyttelse mot uheldige miljøpåvirkninger fra stress og risiko. Hvis målet er å verne om barn og unges utvikling og deres framtidssikter, må man styrke deres viktigste nettverk; familien.

Ikke alle utfordringer i barns liv er skadelige, men når de overgår det barn kan takle, svekker relasjoner, og er vedvarende, er de ofte også skadelige. Overdreven aktivisering av stress respons systemet i hjernen kan ha svært uheldige konsekvenser. Dette kalles for giftig stress (e.g., 'toxic stress'). Et mål bør derfor være å både redusere kildene til stress og risiko for barn og familier (e.g., fattigdom), men også å styrke omsorgspersoners evne til å verne om og veilede barn og unge i situasjoner med høyt nivå av stress.

Vi trenger alle et knippe essensielle ferdigheter for å kunne mestre skole eller arbeid, relasjoner med andre mennesker og livet generelt. Dette gjelder barn som voksne. Man er ikke født med disse ferdighetene, de må læres. De inkluderer sosial kompetanse, mestringsstrategier, eksekutive funksjoner og kanskje den viktigste 'livsferdigheten' av dem alle, emosjonsregulering. Det er fordi emosjonsregulering ligger til grunn for både våre reaksjoner, våre handlinger, evnen til å regulere følelser er nært knyttet opp til de andre livs-ferdighetene, i tillegg til psykisk helse og atferd.

En relativ fersk publisering fra en longitudinell studie fra Dunedin, New Zealand, underbygger mange av disse poengene (Caspi, et al., 2016). I denne anerkjente studien har forskere fulgt over 1000 barn fra de var 3 år (i 1972/73) til de er 38 år (den siste datainnsamlingen så langt). Studien er oppsiktsvekkende av mange grunner, ikke minst på fordi den har klart å beholde over 95% av utvalget over så lang tid. Denne aktuelle forskingsrapporten fant at en mindre gruppe av utvalget sto for en uforholdsmessig stor andel av tjenestebruk og samfunnskostnader. Resultatene viste at denne såkalte 'høykostnadsgruppen' som utgjorde kun 22% av utvalget sto for 81% av kriminaliteten som ble begått av hele utvalget, 78% av reseptskrivelser, 77% av far-løse familier, 66% av sosiale trygdeytelser og 57% av innleggelse på sykehus. Videre viste studien at disse uheldige utfallene i voksen alder kunne spores tilbake til barndommen. De som endte opp i høykostnadsgruppen var personer som ved 3-års alderen levde i familier med lavere sosioøkonomisk status, oftere hadde opplevd vold eller overgrep i barndommen, skåret lavere på kognitive tester og som ikke minst viste dårligere emosjonsregulering.

Se utover tradisjonelle forebyggingsarenaer:

Når det gjelder forebyggende innsatser spesielt, så er det ofte slik at de er mest effektive når de iverksettes på andre arenaer enn der problemet viser seg. Behandling av ulike typer problemer foregår jo der problemer dukker opp, men forebygging av dem bør iverksettes på andre arenaer for å oppnå størst effekt. For å sette det på spissen, man får ikke de store folkehelseeffektene av forebyggende innsatser mot psykiske problemer i psykisk helsevern. I psykisk helsevern for barn og unge (BUP) har allerede problemet meldt seg. Dette gjelder for mange andre typer utfordringer hos barn og unge også. Så til slutt, som forslag til hva vi nå bør gjøre, er dermed å revurdere de tradisjonelle intervensjons- og forebyggingsarenaer og tenke nytt om hvordan vi mest effektivt kan nå sårbare barn, unge og familier. Her kommer et knippe eksempler:

- For å redusere skolefravall og akademisk underprestasjon hos barn, forebygg i hjemmet og i barnevernet.* Nasjonal statistikk viser at kun 2 av 10 barn og unge som mottar tiltak fra barnevernet gjennomfører videregående skole eller yrkesfaglig opplæring på normert tid (Statistisk sentralbyrå, SSB, 2016). I befolkningen forøvrig fullfører ca. 6 av 10 unge videregående opplæring. Barn i barnevernet, som gruppe, har store utfordringer knyttet til skolegang og blir oftere marginalisert som voksne sammenlignet med befolkningen ellers. Foreldre er de viktigste personene for et barns skolegang, og deres involvering i skolen kan påvirke barnets prestasjoner, trivsel og motivasjon på skolen (Hattie, 2009; Nye, Turner, Schwartz, & Nye 2006). Å hjelpe foreldre i å støtte sine barn med skole er sannsynligvis en fruktbar vei å gå, og barnevernansatte kan verne om barna og deres fremtid gjennom foreldrene. Det kan i tillegg oppleves stigmatiserende for et barn å måtte få ekstra veiledning i klasserommet, og barnet kan gå glipp av viktig undervisning om han eller hun tas ut av ordinær undervisning. Å tilby forskjellige former for skolestøtte etter skoletid, og i hjemmet med de foresatte, har vist seg å styrke evnen barn i barnevernet har til å mestre skolen (Seeberg, Winsvold, & Sverdrup, 2013; Forsman & Vinnerljung, 2012). Kanskje man derfor skal se utover skolen som arena for å forebygge kunnskapshull og skolefravall?
- For å redusere ungdomskriminalitet, forebygg på helsestasjonen og i barnehagen.* Tidlig i barns liv er foreldrefaktorer som lav grad av varme, hard disiplin og inkonsekvent grensesetting klare risikofaktorer for senere utagering og kriminalitet. Slike uheldige foreldrefaktorer kan føre til at noen barn blir forsinket eller hemmet i sin utvikling av sosio-kognitiv kompetanse. Når et barn med slike mangler starter i barnehagen eller på skolen, er det større sannsynlighet for at hun blir avvist av sine jevnaldrende og at hun oftere blir involvert i konflikter med både andre barn og lærere. Disse konfliktene gjør det igjen vanskeligere for en lærer eller forelder å uttrykke varme og oppmuntring, og barnet får sjeldnere ros og støtte for positiv oppførsel. Over tid vil de voksne også gradvis unnlate å ha tilsyn og å følge med på hvor og med hvem den unge er, akkurat i en tid der det er mest nødvendig. Denne såkalte kaskaden av effekter fra tidlig barndomsalder til ungdomsårene har blitt understøttet empirisk (Dodge et al. 2008). Helsesøstre kan komme tidlig inn og gi råd om gode foreldreferdigheter og om hvordan nybakte foreldre kan sørge for forutsigbar struktur og rutiner i hjemmet, veilede foreldre i gode oppdragsferdigheter og hvordan de kan vise lydhørhet for barnets initiativer. Pedagoger og ansatte i barnehager kan tidlig identifisere barn som strever og hvor det trengs profesjonell hjelp. De kan også støtte barnet i utviklingen av hans eller hennes sosiale kompetanse, sørge for et utviklingsstøttende miljø, hjelpe barna til å overholde regler og ta hensyn til andre. Fordi ungdomskriminalitet nesten aldri er noe som plutselig oppstår i det barnet blir tenåring, men snarere er resultatet av en uheldig prosess som har foregått over lang tid, så tyder mye på at ungdomskriminalitet best forebygges allerede i småbarnsalderen.
- For å hindre dårlig fysisk helse hos barn og unge, sett inn forebyggende innsatser i NAV.* Fattigdom er en av de sterkeste medvirkende faktorene til dårligere fysisk helse hos barn og unge, både direkte og indirekte. Foreldres utdanning og deltagelse i yrkeslivet bidrar også til den somatiske helsen til barn og unge. Flere undersøkelser har vist betydelig sammenheng mellom lav sosioøkonomisk status, utdanning og svak tilknytning til arbeidslivet hos foreldre på den ene siden. Fedme, kroniske sykdommer (e.g., astma), dårlig kosthold og inaktivitet hos barn og unge på den andre (se for eksempel Gupta, de Wit & McKeown, 2007). NAV og andre sosialtjenester kan hjelpe med å redusere fattigdom ved å gi familier tilstrekkelig inntekt gjennom direkte overføringer (f. eks. flere barnefordeler, økt sosialhjelp), styrking av foreldres tilknytning til arbeidslivet (f.eks. utdanning, ferdighets- og kompetanse kurs, tilstrekkelig lønn, gode arbeidsforhold), eller billigere og lettere tilgang til nødvendige

støttemidler, tjenester (f.eks. bolig, barneomsorg, aktivitetstilbud, helsetjenester) og informasjon.

- *For å redusere prematuritet og lav fødselsvekt, forebygg i miljø- og transportetaten.* Flere studier har sett på naturlig forekommende variasjon på spebarn som er utsatt for ulike nivåer av forurensning i svangerskapet. Spedbarn som i svangerskapet er utsatt for høyere nivåer av karbonmonoksid (som hovedsakelig kommer fra eksos) er oftere mindre utviklet ved fødsel (dvs. lavere 'gestational age') og veier mindre enn nyfødte som ikke utsettes for forurensning. Resultater fra studier har vist at det å flytte fra et område med høye nivåer av CO2 til et område med lavere nivåer har større effekt på spedbarns helse, enn at gravide kvinner som røyker 10 sigaretter om dagen slutter å røyke. (Currie & Neidell, 2005; Currie, Neidell, & Schmieder, 2009). Videre viser det seg at når høytrafikkerte veier og bomstasjoner flyttes bort fra områder med tette bosetninger, så går forekomsten av prematuritet og lav fødselsvekt ned i de samme områdene. Denne listen er ment som illustrasjoner på at vi kanskje må tenke nytt når det gjelder de arenaene for forebygging som vi tradisjonelt har brukt.

Referanser:

Amlund Hagen, K., Ogden, T. & Bjørnebekk, G. (2011). Treatment Outcomes and Mediators of Parent Management Training: A One-Year Follow-Up of Children with Conduct Problems. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, Volume 40.(2) s. 165-178.

Bearman, S.K. & Weisz, J.R. (2015) Comprehensive treatments for youth comorbidity: Evidence-guided approaches to a complicated problem. *Child and Adolescent Mental Health*, 20, 131-141.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.

Baydar, N., Reid, M.J. & Webster-Stratton C. (2003). The role of mental health factors and program engagement in the effectiveness of a preventive parenting program for Head Start mothers. [*Child Development*](#), 74, 1433-53

Caspi, A., Houts, R.M., Belsky, D.W., Harrington, H., Hogan, S., Ramrakha, S., Poulton, R., & Moffitt, T.E. (2016). Childhood forecasting of a small segment of the population with large economic burden. *Nature human behaviour*, 1.

Christensen, B. & Mauseth, T. (2007). [Multisystemisk terapi: familie- og nærmiljøbasert behandling av ungdom med alvorlige atferdsvansker](#). *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 1095- 1106.

Dodge, K. A., Greenberg, M. T., Malone, P. S., & and Conduct Problems Prevention Research Group. (2008). Testing an Idealized Dynamic Cascade Model of the Development of Serious Violence in Adolescence. [*Child Development*](#), 79, 1907–1927.

Currie, J. & Neidell, M. (2005). Air Pollution and Infant Health: What Can We Learn from California's Recent Experience? *The Quarterly Journal of Economics*, 120, 1003–1030.

Currie, J., Neidell, M., & Schmieder, J. F. (2009). Air pollution and infant health: Lessons from New Jersey. *Journal of Health Economy*, 28(3), 688-703.

Elliott, D. S. (1998). *Blueprints for violence prevention*. Boulder, CO: University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence. Blueprints Publications.

Elliott, D. S., D. Huizinga og S. S. Ageton (1985). *Explaining delinquency and drug use*. Beverly Hills, CA: Sage.

Fixsen, D.L., Blase, K.A., Naoom, S.F, & Wallace, F. (2009). Core implementation components. *Research on Social Work Practice*, 19, 531–540.

Forsman, H., & Vinnerljung, B. (2012). Interventions aiming to improve school achievements of children in out-of-home care: A scoping review. *Children and Youth Services Review*, 34(6), 1084-1091.

Gondek, D., Edbrooke-Childs, J., Fink, E., Deighton, J., & Wolpert, M. (2016). Feedback from Outcome Measures and Treatment Effectiveness, Treatment Efficiency, and Collaborative Practice: A Systematic Review. *Adm Policy Ment Health*, 43(3), 325-343.

Gupta, R.P.S., de Wit, M. L., & McKeown, D. (2007). The impact of poverty on the current and future health status of children. *Paediatrics & Child Health* 12(8):667-672.

Hattie, J. A. C. (2009). Visible learning: A synthesis of 800+ meta-analyses on achievement. *Abingdon: Routledge*

Heiervang E, Stormark KM, Lundervold AJ, Heimann M, Goodman R, Posserud MB, Ullebø AK, et al. (2007). Psychiatric disorders in Norwegian 8- to 10-year-olds: an epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *Journal of the American Academy for Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 438-47.

Henggeler, S. W. (1991). A consensus: Conclusions of the APA task force report on innovative models of mental health services for children, adolescents, and their families. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23, 3-6.

Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (1998). *Multisystemic Treatment of Antisocial Behaviour in Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press.

Huey, S. J., Jr., Henggeler, S. W., Brondino, M. J., & Pickrel, S. G. (2000). Mechanisms of Change in Multisystemic Therapy: Reducing Delinquent Behaviour through Therapist Adherence and Improved Family and Peer Functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 451-467.

Jensen, T. K. H., Ormhaug, T., Egeland, S. M., Granly, K., Hoaas, L.L., Hukkelberg, S., Indregard, S., Stormyren, S., & Wentzel-Larsen, T. (2014). A Randomized Effectiveness Study Comparing Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy With Therapy as Usual for Youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43 (3), 356–369.

Lambert, M. J. (2010). Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice: *American Psychological Association*.

Lambert, M. J. (2017). Maximizing Psychotherapy Outcome beyond Evidence-Based Medicine. *Psychotherapy Psychosom*, 86(2), 80-89.

Larsson, B., Fossum, S., Clifford, G., Drugli, M. B., Handegård, B. H., & Mørch, W.T. (2009). Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children. Results of a randomized controlled trial, *European Child & Adolescent Psychiatry Volume 18, Issue 1*, pp 42–52

Lehmann, S., Havik, O.E., Havik, T & Heiervang, E.R. (2013). Mental disorders in foster children: a study of prevalence, comorbidity and risk factors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7:39.

Nihira, K., Mink, I., & Meyers, C. E. (1985). Home environment and development of slow learning adolescents: Reciprocal relations. *Developmental Psychology*, 21, 784-794.

Nye, C., Turner, H., Schwartz, J., & Nye, C. (2006). Approaches to parent involvement for improving the academic performance. *Campbell Systematic Reviews*, 4.

Ogden, T. & Amlund Hagen, K. (2008). Treatment effectiveness of Parent Management Training in Norway: A randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 607-621.

Ormhaug, Silje M. ; Jensen, Tine K. ; Wentzel-Larsen, Tore ; Shirk, Stephen R.; Nezu, Arthur M. (editor) The Therapeutic Alliance in Treatment of Traumatized Youths: Relation to Outcome in a Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(1), pp.52-64.

Olweus, D. & Limber, S. P. (2010). Bullying in School: Evaluation and Dissemination of the Olweus Bullying Prevention Program. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(1),124-134.

Reneflot A, Aarø LE, Aase H, Reichborn-Kjennerud T, Tambs K, Øverland S. (2018). Psykisk helse i Norge, Folkehelseinstituttet. Rapport Januar 2018. ISBN (elektronisk): 978-82-8082-878-1. Tilgjengelig på www.fhi.no.

Reyno, S. M. & McGrath, P. J. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behaviour problems – a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 99-111.

Sameroff, A. J., & MacKenzie, M. J. (2003). Research strategies for capturing transactional models of development: The limits of the possible. *Development and Psychopathology*, 15, 613–640.

Seeberg, M.L., Winsvold, A., & Sverdrup, S. (2013). Skoleresultater og utdannings situasjon for barn i barnevernet: *En kunnskapsoversikt*. Oslo: NOVA, notat 4/13.

Sørli, M.A., M.A & Ogden, T. (2007). Norwegian Centre for Child Behavioural Development, Unirand , University of Oslo , Norway Immediate Impacts of PALS: A school-wide multi-level programme targeting behaviour problems in elementary school. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 51, 471-492.

Sørli, M. A., Ogden, T., Solhem, R., & Olseth, A. R. (2010). Implementering - om hvordan få tiltak til å virke. En oversiktsartikkel. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47, 315-321.

Statistisk sentralbyrå (2016). Tallene er spesialbestilt av Barne-, ungdom- og familiedirektoratet (BufDir), og er kun publisert på bufdir.no.

Tausendfreunda, T., Knot-Dickscheita, J., Schulzeb, G. C., Knorthc, G. J., & Grietensc, H.. (2016). Families in multi-problem situations: Backgrounds, characteristics, and care services. *Child and Youth services*, 37, 4-22.

Weisz, J.R., Krumholz, L.S., Santucci, L., Thomassin, K., & Ng, M. (2015). Shrinking the gap between research and practice: Tailoring and testing youth psychotherapies in clinical care contexts. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 139-163.

Widmark, C., Sandahl, C., Piuva, K., & Bergman, D. (2011). Barriers to collaboration between health care, social services and schools. *International Journal of Integrated Care*, 11, 1-9.