

 atferdssenteret

Evidensbasert praksis 10 år etter.....

Nasjonalt fagkonferanse 2011
Oslo Kongressenter, 26. oktober



Terje Ogden
Atferdssenteret – Unirand
Universitetet i Oslo

11/3/2011 Slide 1 © The Norwegian Center for Child Behavioral Development

INVITASJON TIL:

Ekspertkonferanse om tilbud til barn og unge som er spesielt vanskelige og utagerende

18. og 19. september 1997 - Scandic Hotel, Asker

Senter for studier av problematferd
og innovativ praksis. Unirand,
(2003 – 2010)

Opprettet på initiativ fra Barne- og
familiedepartementet med støtte fra
Helse- og omsorgsdepartementet og
Utdanningsdepartementet.

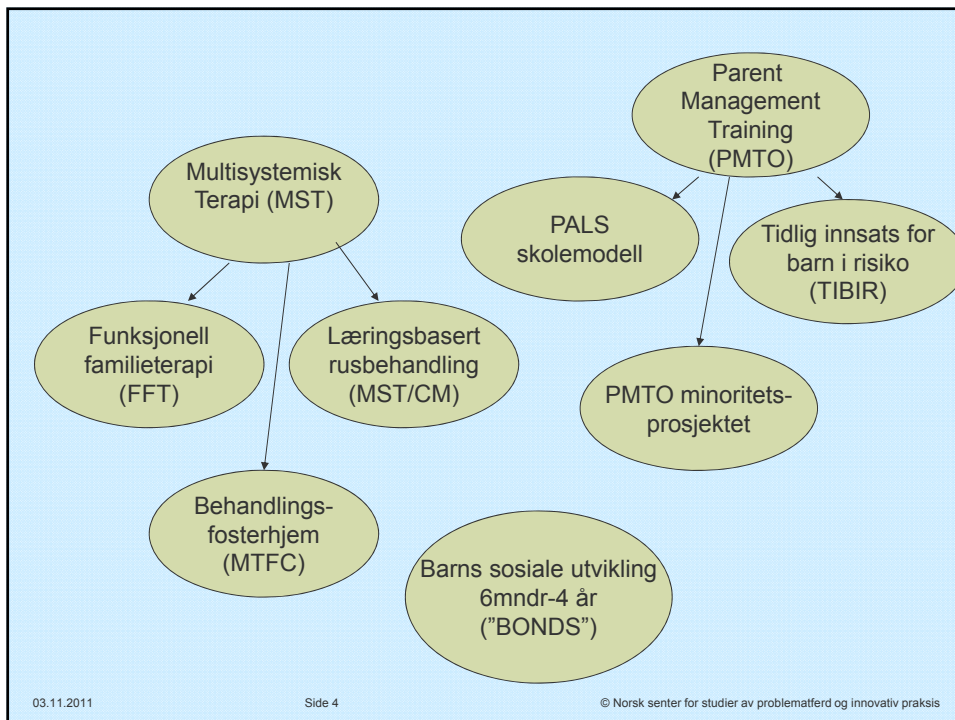
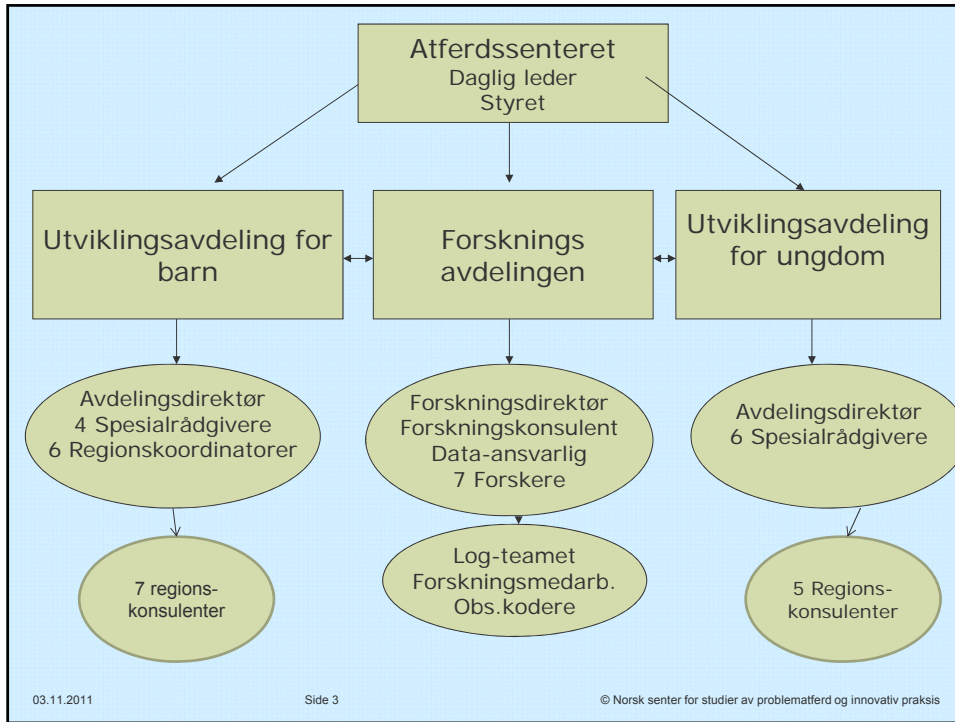


**Barn og unge med
alvorlige atferdsvansker**

- hva kan nyere viten fortelle oss?
- hva slags hjelp trenger de?

Ekspertuttalelse etter konferansen
18.-19. september 1997 om tilbud
til barn og unge som er spesielt
vanskelige og utagerende

11/3/2011 Side 2 © Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis



Hvorfor evidensbasert praksis?

- Hensynet til brukerne; at foreldre, lærere og andre skal kunne orientere seg om hva behandlingstilbud og andre intervensjoner inneholder og består av,
- Å unngå tiltak som er unyttige eller skadelige, det er uetisk å utsette barn, unge og familier for tiltak som en ikke kjenner effekten av,
- Økt fokus på resultater og på kvaliteten av gjennomføringen – virker intervensjonene og har de tilstrekkelig intensitet, dosering og varighet?
- Å øke barne- og ungdomstjenestenes faglige troverdighet i arbeidet med alvorlige og sammensatte problemer.

03.11.2011

Side 5

© Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis

Evidensbasert praksis som prosess

- Målsetting: å utvikle og forbedre praksis,
- Beskriver teori og relevant forskning med hovedvekt på antatt virksomme ingredienser,
- En tester den relative effekten av programmer i kontrollerte evalueringsstudier,
- En evaluerer hvor godt programmet og behandlingen implementeres,
- En analyserer forhold som kan forsterke eller redusere virkningene av programmet (moderatorer),
- En analyserer potensielle endringsmekanismer som bidrar til en positiv endring hos klientene (mediatorer),
- En bruker kunnskapen om programmet, moderatorene og endringsmekanismene for å forbedre behandlingen eller søke etter nye metoder.

11/3/2011

Side 6

© The Norwegian Center for Child Behavioral Development

EVIDENSBASERTE PROGRAMMER OG PRAKSIS

Teori som begrunner og forklarer hvorfor programmet virker.

Inklusjons- og eksklusjonskriterier som formidler hvem programmet egner seg for, og hvem det ikke egner seg for.

Programbeskrivelse. Beskriver programmets innhold og viktigste komponenter.

Kjernekomponenter. Retningslinjer og prinsipper for praksis beskrevet i en behandlingsprotokoll eller håndbok.

Opplæring med kompetansekriterier, sertifiseringskrav og rutiner for veiledning og tilbakemelding til utøverne av programmet.

Implementering. Beskrivelse av hvilke forutsetninger og krav som stilles til gjennomføringen av behandlingen. for å sikre program- og tiltaksintegritet (eng. *fidelity* eller *adherence*).

Evaluering av gjennomføring og resultater.

Kvalitetssikring som regelmessig evaluering av praksis og resultater.

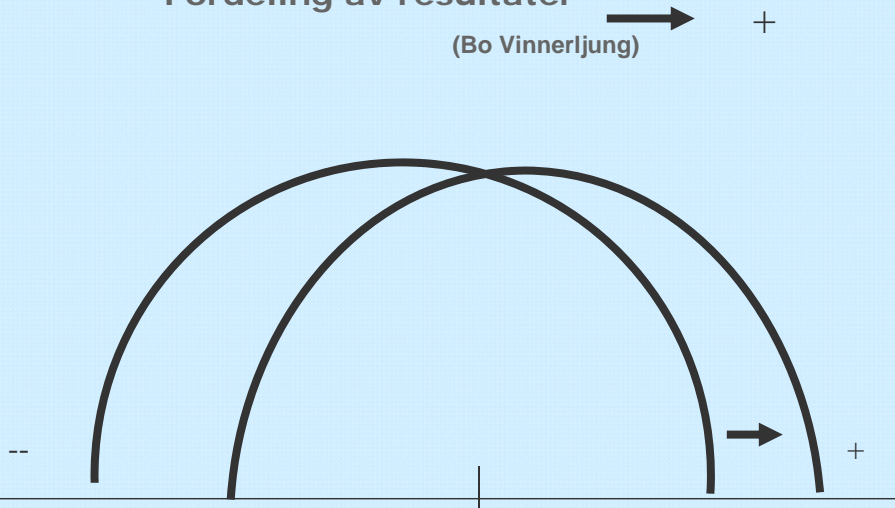
11/3/2011

Side 7

© The Norwegian Center for Child Behavioral Development


Fordeling av resultater

(Bo Vinnerljung)



Child and Adolescent Mental Health Volume 11, No. 3, 2006, pp. 142-149
doi: 10.1111/j.1475-3588.2006.00296.x

Fagartikkel



Multisystemisk terapi: familie- og nærmiljøbasert behandling av ungdom med alvorlige atferdsvansker

MST-terapeuter er tilgjengelige for familien 24 timer i døgnet syv dager i uken. Tilbudet har gode resultater i Norge, og bør veies fremfor institusjonsbehandling.

Child and Adolescent Mental Health Volume 9, No. 2, 2004, pp. 17-43

Multisystemic Treatment of Serious Behaviour Problems in Youth: Sustainability of Effectiveness Two Years after Intake

Terje Ogden & Kristine Amlund Hagen

The Norwegian Centre for Studies of Conduct Problems and Innovative Practice, Unitand, PO Box 1565, Vikå, N-0118 Oslo, Norway. E-mail: terje.ogden@hifed.uio.no

Background: Multisystemic Treatment (MST) is an intensive home- and community-based intervention for youths with serious behaviour problems. The aim of this study was to examine the effectiveness of MST compared to "regular services" (RS) two years after intake to treatment. In particular, our goals were to investigate whether MST was successful at preventing placement out of home, and to examine reductions in behaviour problems in multi-informant assessments. **Method:** Participants were 75 adolescents who were randomly assigned to MST or Regular Child Welfare Services (RS) at 3 sites across Norway. Data were gathered from youths, caregivers and teachers. **Results:** MST was more effective than RS in reducing out of home placement and behavioural problems. **Discussion:** The sustainability of treatment effects was evident, supporting the MST approach to the treatment of serious behavioural problems in youth. Site differences and the moderating effects of age and gender are discussed.

Child and Adolescent Mental Health Volume 9, No. 2, 2004, pp. 17-43

En familie-drevet og nærmiljøbasert intensiv behandling av antisosial/kriminell atferd hos ungdom (fra 1999),

Multisystemic Treatment of Antisocial Adolescents in Norway: Replication of Clinical Outcomes Outside of the US

Terje Ogden¹ & Colleen A. Halliday-Boykins²

¹The Norwegian Center for Studies on Conduct Problems and Innovative Practice, PO Box 1039, Blindern, 0317 Oslo, Norway. E-mail: terje@psykolog.uio.no

²Family Services Research Center, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Medical University of South Carolina, 67 President Street - Suite CP9, PO Box 25086-1, Charleston, SC 29425, USA. E-mail: hallidca@mus.edu

23 MST team som hvert består av 3 - 4 terapeuter og en veileder

Hver terapeut jobber med 3-5 familier

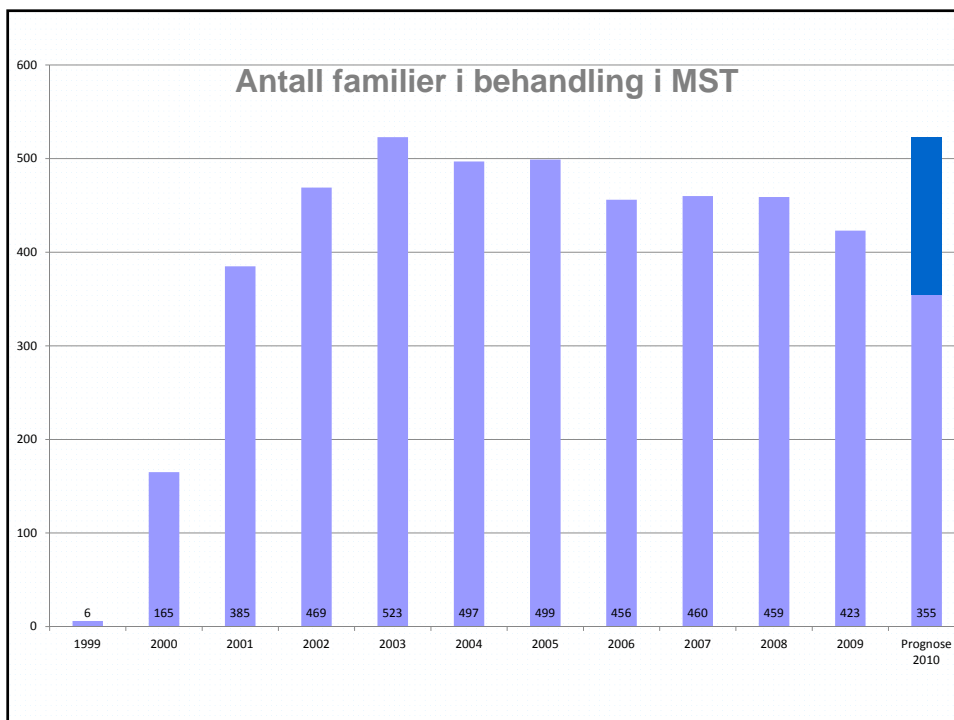
Teamet er tilgjengelig 24 timer i døgnet, 7 dager i uka

Behandlingstid: 3-5 måneder

03.11.2011

Side 9

© Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis



Monitoring data – MST 1999- 2009 (N=4500)

	Møter på skole eller jobb	Ingen lovbrudd	Ikke rusmisbruk	Ingen rapporter om vold	Bor hjemme
Inntak	26%	57%	56%	38%	93%
Avslutning	88%	96%	90%	94%	97%
18 mndr	80%	92%	86%	91%	83%

11/3/2011

Side 11

© The Norwegian Center for Child Behavioral Development

Fagartikkel



Roar Solholm¹ Universitetet i Oslo/
Universitetet i Bergen
Elisabeth Ankelang²,
Terje Christensen³ og Mona Duckert⁴
Universitetet i Oslo

Parent Management Training – Oregon-modellen

Teori, behandlingsprogram og implementering i Norge

Konsekvensene av atferdsvansker hos barn er ofte mange og alvorlige. Hva forårsaker slik atferd, og hvordan hjelpe barnet og familien? Behandlingsmetoden PMTO bygger på et fruktbart vekselbruk av forskning og klinisk praksis.

PMTO
En poliklinisk metode der foreldrene gjennom undervisning og veiledning lærer seg oppdragsferdigheter for å fremme prososial atferd og redusere avvikende atferd hos barn,

Foreldreferdigheter:

- Positiv involvering
- Oppmuntring
- Milde negative konsekvenser
- Problem løsning
- Tilsyn/oppfølging

Balanserer arbeid med foreldrenes dagsaktuelle problemer og ferdigheter.

Behandlingen varer 20 – 50 uker.

03.11.2011

Side 12

© Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis

Moderator effekter - interaksjonseffekter

- En moderator er en variabel som påvirker styrken av sammenhengen mellom to variabler, og formidler under hvilke betingelser eller for hvem behandlingen er mer eller mindre virksom,
- *Interaksjonseffekter i den norske PMTO studien viste at PMTO barn under 8 år skåret signifikant lavere på TRF eksternalisering ($p = .03$) og på TRF sumskåre ($p = .02$),*
- *Barn som fungerte bedre atferdsmessig etter PMTO behandlingen hadde signifikant høyere pre-skårer på foreldrenes og lærernes vurderinger av eksternalisert problematferd (CBCL and TRF) (Ogden & Amlund-Hagen, 2008)*

”Hva virker for hvem?” – ADHD som tilleggsproblem

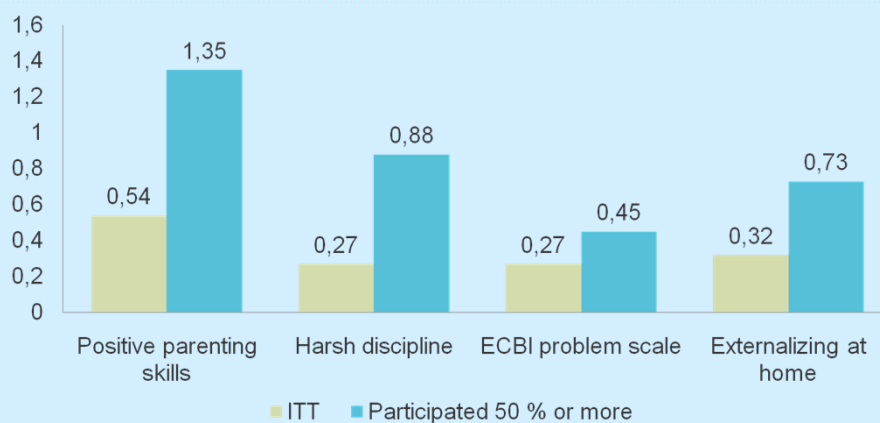
- Blant 253 barn og foreldre som ble behandlet med PMTO hadde 97 barn diagnosen ADHD,
- Men selv om de var noe forskjellige ved inntak så endret barn med atferdsproblemer og barn med kombinerte problemer like mye i løpet av behandlingen,
- Men interaksjonsanalysene viste at høye angsskåre hos barna, høye depresjonsskåre hos mødrene, lave familieinntekter og eneforsørgerstatus interagerer med ADHD diagnosen og ga et dårligere behandlingsutfall for barnas problematferd.

Bjørnebekk, Kjøbli & Ogden, submitted

PMTO for etniske minoritetsmødre og deres barn

- Gruppetiltak for etniske minoritetsmødre - 18 ukentlige møter av 2 timers varighet med 8-12 deltakere, (Flock, Gomez, Pettersen & Torsvik),
- Tospråklige link arbeidere bistod i rekrutteringen av deltakere og oversatte til Urdu og Somali i gruppesesjonene, - lite frafall (4/50 og 0/46),
- RCT venteliste kontroll studie med 96 mødre fra Pakistan og Somalia og barna viste signifikant redusert eksternalisert problematferd rapportert av mødrene (CBCL, ECBI), men ikke av lærerne (TRF) (Bjørknes & Manger in print),
- Mødrene økte sin bruk av positive strategier og reduserte sine bruk av 'harsh discipline' i PMTO gruppen.

Effekt størrelser - minoritetsprosjektet



Fidelity of Implementation Rating System (FIMP)

Knutson, Forgatch, Rains, & Sigmarsdóttir, rev. 2009

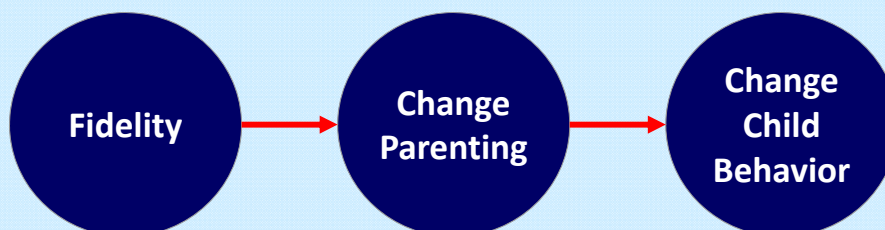
9-Point Likert Scale

Good work = 7-9; Acceptable = 4-6; Needs Work = 1-3

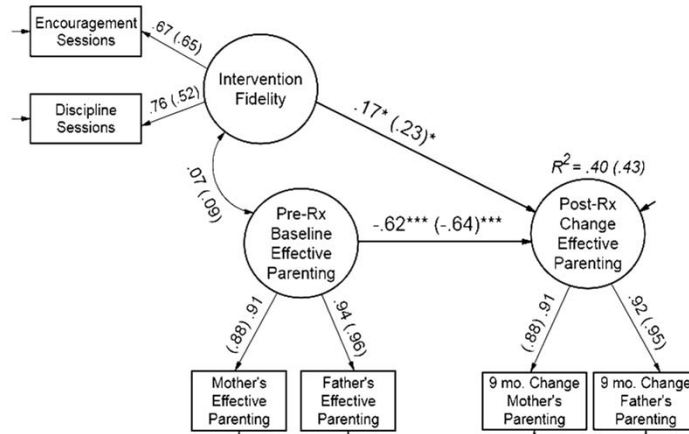
Knowledge:	Proficiency in understanding & application core components
Structure:	Session management, leads without dominating, pacing/timing, responsive to family
Teaching:	Promotes mastery, use of role play, elicits goal behavior
Process:	Proficient in intervention skills, safe learning context
Overall:	Growth, satisfaction, likely return, adjust context, difficulty

Sessions scored: Encouragement and Limit Setting

Fidelity To Intervention Model



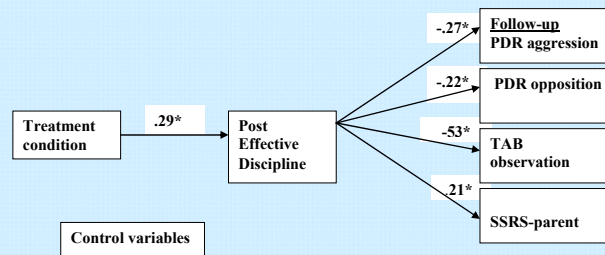
Norwegian PMTO Fidelity Effects on 9-Month Pre-Post Parenting Change
 Forgatch & DeGarmo In press N=242 Families; 110 Interventionists



Paths are standardized beta coefficients. Multilevel parameters adjusting for clustering in parentheses. $\chi^2(4) = .63, p = .96$; comparative fit index (CFI) = 1.00; root mean square error of approximation (RMSEA) = .00; *** $p < .001$; * $p < .05$.

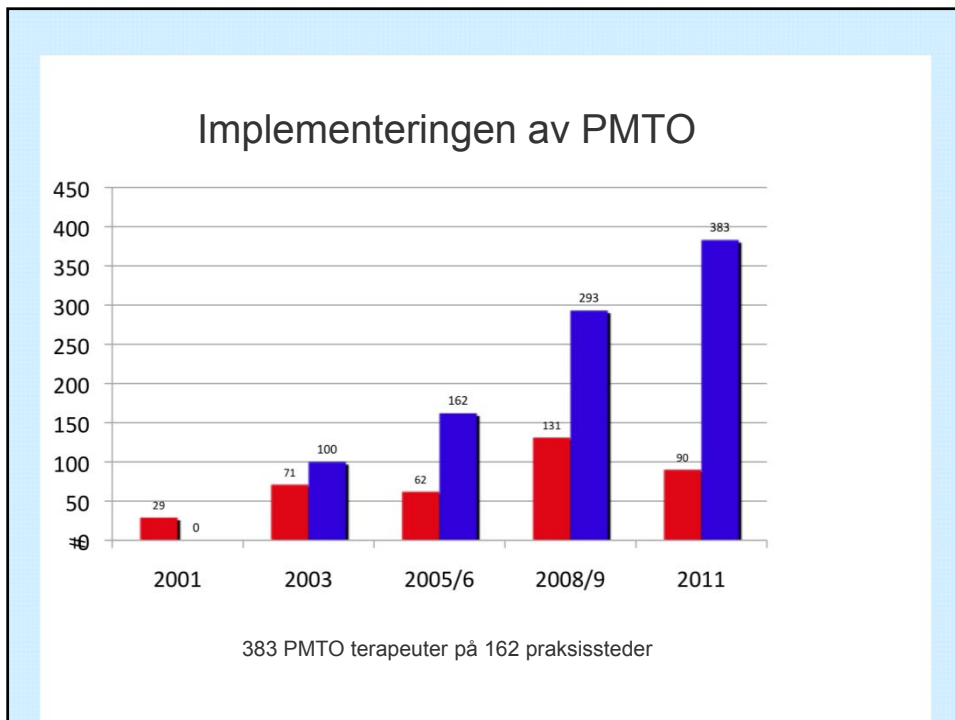
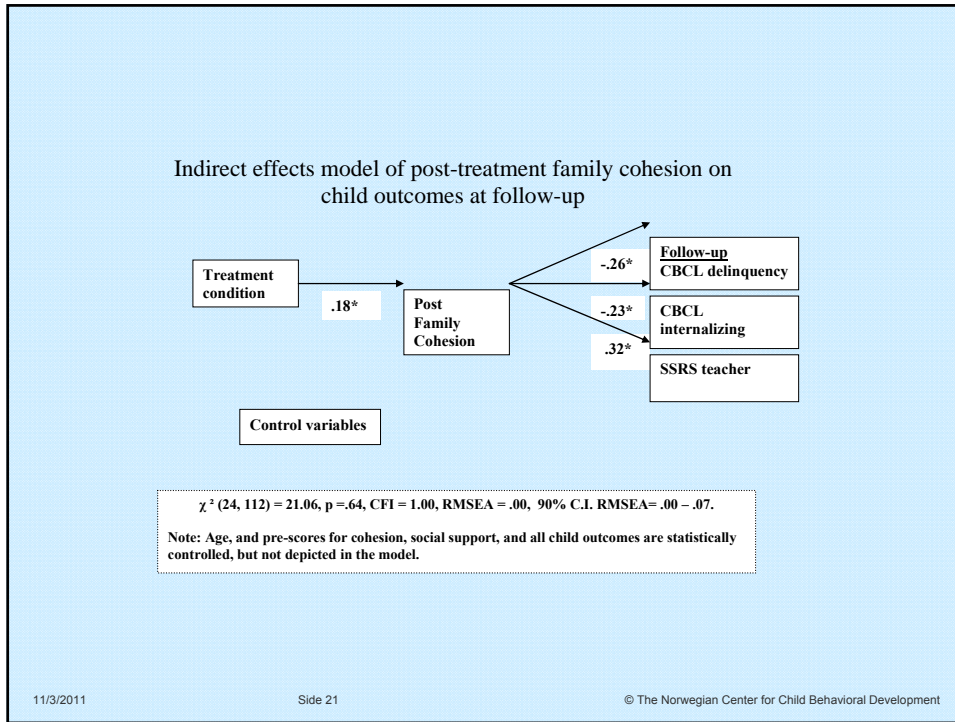
Endringsmekaniser - kjernekomponenter

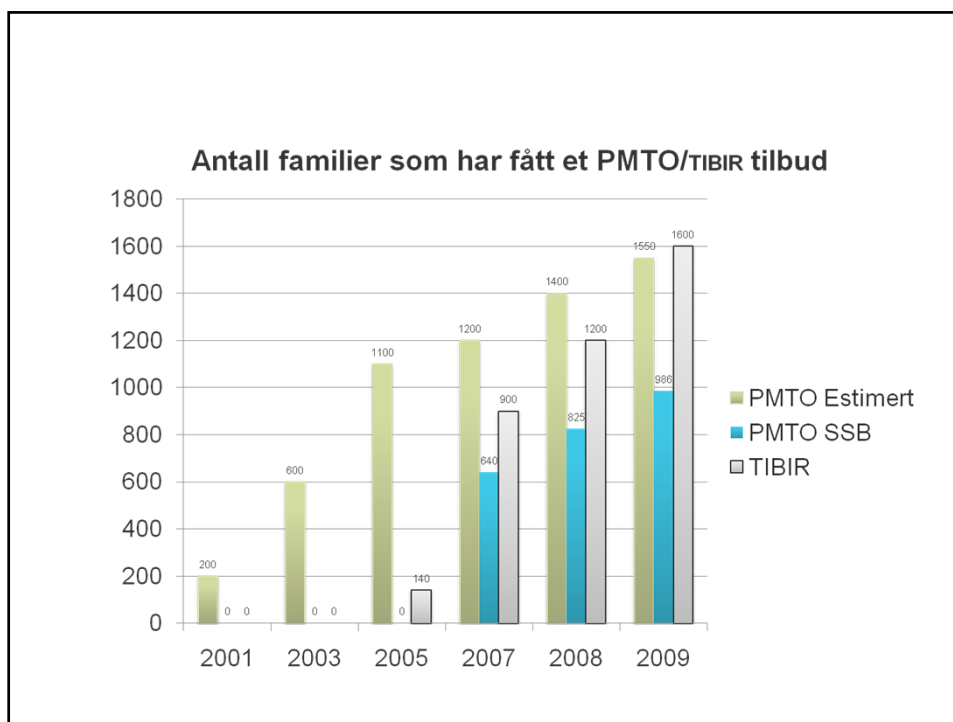
Indirect effects model of post-treatment effective discipline on child and family outcomes at follow-up



$\chi^2(31, 112) = 23.75, p = .82, CFI = 1.00, RMSEA = .00, 90\% \text{ C.I. RMSEA} = .00 - .05$

Note: Gender, pre-scores for effective discipline, therapeutic alliance and all child outcomes are statistically controlled, but not depicted in the model.





TIBIR intervensjonene

Intervensjon	Opplæringsprogram	Målgruppe	
Kartlegging	3 dagers kurs i bruk av kartleggingsverktøy		
Forelderådgivning	9 dager opplæring over ½ år, med ½ års påfølgende opplæringsveiledning.	Foreldre	RCT
Sosial ferdighetstrening	6 dager opplæring over ½ år, kombinert med opplæringsveiledning i sosial ferdighetstrening.	Barn	RCT
Konsultasjon til ansatte i barnehage og skole	4 dager opplæring i konsultasjon for PMTO terapeuter og forelderådgivere (ansatte i PPTjenesten)	Ansatte i skole og barnehage	
PMTO Gruppe	2 dager opplæring for PMTO terapeuter	Foreldre	RCT
PMTO behandling	20 dagers (basisuke + 5 arbeidsseminarer) opplæring kombinert med veiledning over 1 ½ år	Foreldre	RCT

Side 24



TIBIR foreldrerådgivning - RCT (N=216)

- Cohen's *d*

Variabler	
- Eyberg intensity	.40
- Eyberg problem	.31
- Merrell social competence	.32
- Harsh for age	.35
- Harsh discipline	.63
- Inconsistent discipline	.31
- Positive parenting	.65




TIBIR – Sosial ferdighetstrening (N=207)

- Cohen's *d*

Variable	
- Eyberg intensity	.49
- Positive friends	.55

TIBIR - foreldregrupper (N=104)

- Signifikante effekter: 7 av 13.
 - Eyberg intensity
 - Effect size: .53
 - Social competence
 - Effect size: .42
 - PPI Positive parenting
 - Effect size: 1.21
 - PPI Monitoring
 - Effect size: .60



Positiv atferd og støttende læringsmiljø i skolen

UNIVERSITETSFORLAGET

Scandinavian Journal of Educational Research
Vol. 51, No. 5, November 2007, pp. 471–491

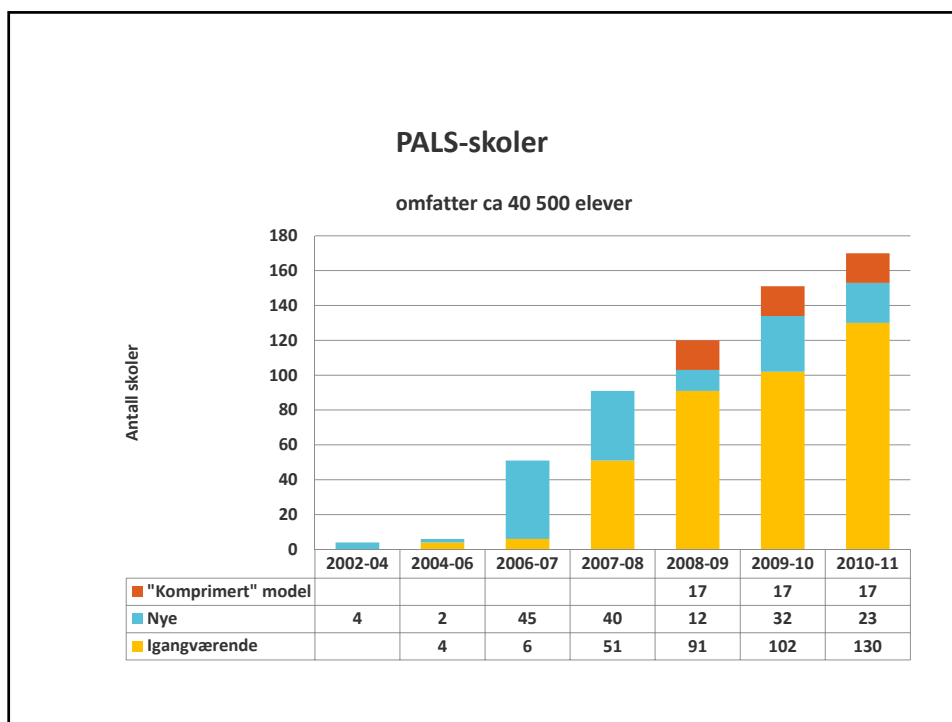
Immediate Impacts of PALS: A school-wide multi-level program targeting behaviour problems in elementary school

Mari-Anne Sørli* and Terje Ogden
University of Oslo, Norway

Emotional and Behavioural Difficulties
Vol. 12, No. 2, June 2007, pp. 105–117

Building strength through enhancing social competence in immigrant students in primary school. A pilot study

Terje Ogden*, Mari-Anne Sørli and Kristine Amlund Hagen
The Norwegian Center for Studies of Conduct Problems and Innovative Practice, Unirand, University of Oslo, Norway



Oppsummert

- Over en periode på 10 år har PMTO og MST samt flere varianter av de originale programmene blitt implementert nasjonalt i Norge,
- Programmene er både forebyggende og behandlingsorienterte, og tilpasset til barnas, ungdommenes og familienes risikonivå, og tilbudt gjennom spesialisttjenester såvel som gjennom første-linjen i barnevern, psykisk helse og skolen,
- Bidrag til implementering og forskning har kommet fra programutviklerne, fra Atferdssenteret som et nasjonalt senter for implementering og forskning, men først og fremst fra et stort antall engasjerte og kompetente praktikere og klinikere.

SSB om barnevernet i 2010: Kva tiltak mottok barna?

- *I løpet av 2010 mottok 770 barn tiltaket multisystemisk terapi (MST) mot 718 året før.*
- *Foreldrerettleiing (PMTO) er eit anna tiltak retta inn mot familiar med yngre barn med åtferdsproblem. 4 661 barn mottok PMTO i 2010, som er 11 prosent fleire enn året før.*

03.11.2011

Side 31

© Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis

Kritikk av evidensbasert behandling

- Vektlegger individuell behandling på bekostning av strukturelle intervensjoner,
- Prioriterer randomiserte effektstudier - evidenshierarkiet,
- Representerer en nypositivistisk, reduksjonistisk, og instrumentell tilnærming til klienten,
- Er kostbart og tidkrevende og tar ressurser fra andre tilnærminger,
- Favoriserer kognitive og atferdsmodifiserende intervensjoner.

11/3/2011

Side 32

© The Norwegian Center for Child Behavioral Development

Utfordringer i praksisfeltet

- Praktikere opplever at utdanning og opparbeidete kompetanse blir mindre verdsatt enn programmene,
- Fører til ensretting av praksis og bryter med prinsippet om praktikernes faglige autonomi og frie metodevalg,
- Kritikk av kravene til behandlingsintegritet (adherence) og ansvarlighet i forhold til resultater (accountability),
- Foreløpig har praktikere i begrenset grad tatt i bruk evidensbaserte behandlingsformer.

11/3/2011

Side 33

© The Norwegian Center for Child Behavioral Development

"Den store psykoterapidebatten"

- Wampold (2001; 1997) fellesfaktorer som terapeuten og den terapeutiske relasjonen heller enn modellen eller terapiform forklarte forskjeller i behandlingsutfall i psykoterapi,
- Forklaringsfaktorer i Wampolds (2001) *kontekstuelle modell* for psykoterapi:
 - Den terapeutiske relasjonen (ca 30%),
 - Placebo effekten som forventninger og håp om endring (ca 15%),
 - Modell eller terapiteknikk (ca 15%)
 - Faktorer utenfor terapien (ca 40%).

11/3/2011

Side 34

© The Norwegian Center for Child Behavioral Development

"Den store psykoterapidebatten"

- "The dodo-bird verdict" ; "alle har vunnet og alle skal ha premie" (Luborsky, 1975), dvs. alle former for terapi var like effektive i forhold til et bredt spekter av psykiske lidelser (Wampold, 2001),
- Chambless og Ollendick (2001) hevdet imidlertid at det finnes meningsfylte effektforskjeller mellom psykoterapier og at Wampold et al. trakk forhastede konklusjoner,
- Hvis ingen behandling er bedre enn noen annen, så er det uvesentlig hva en gjør i terapi og en kan ikke skille mellom empirisk validerte terapier og 'tarot kort' eller 'ouija boards' (Sprenkle & Blow, 2004).

11/3/2011

Side 35

© The Norwegian Center for Child Behavioral Development

Det moderate perspektivet på terapeutiske fellesfaktorer

- En *moderat fellesfaktor tilnærming* aksepterer at psykoterapi kan ha en differensiell effekt, men at terapeutiske fellesfaktorer ofte har blitt undervurdert (Sprenkle & Blow, 2004).
- Terapeutfaktoren: Gode terapeuter er gode terapeuter, uavhengig av hvor de har fått ferdighetene fra,
- Klientfaktoren: Terapi aktiverer klientens naturlige endringspotensiale og behandlingen fungerer i den grad klienten klarer i gjøre seg nytte av det de får tilbud om (Tallman & Bohart).
- Ekstraterapeutiske faktorer: endringsskapende forhold i klientens liv og miljø,
- Terapeutisk allianse: Endringer som skyldes terapeutens og klientens felles fokus på behandlingen.

11/3/2011

Side 36

© The Norwegian Center for Child Behavioral Development

Klinisk skjønn vs. standardisert tilnærming

- Klinisk skjønn skal sikre at behandlingen tilpasses klientens behov, men det er lite empirisk støtte for at skjønnnet er reliabelt, dvs. konsistent hos den samme terapeut over tid eller konsistent på tvers av terapeuter på samme tidspunkt (Kazdin, 2008),
- RCT der den samme terapeuten behandlet klienter standardisert eller skjønnbasert tydet på at klinisk skjønn ikke ga mer positive behandlingsresultater enn bruk av mindre fleksible beslutningsmodeller (Chambless & Ollendick, 2001),
- Klinisk skjønn har ikke vært særlig nyttig for å integrere behandlings-relevant informasjon; hvis hver klient er unik, vil det ved begynnelsen av behandlingen være vanskelig å generalisere fra tidligere klienter (Kazdin, 2008).

11/3/2011

Side 37

© The Norwegian Center for Child Behavioral Development

Forske for å utvikle praksis?

- Forsknings- og kunnskapsbasert praksis har et bredt perspektiv på hva som er behandlingsrelevant, men det er viktig å unngå at det går inflasjon i evidensbegrepet slik at alle tiltak framstilles som like gode,
- I arbeidet med alvorlige atferdsproblemer har for eksempel noen tiltaksprogrammer vist seg å gi bedre resultater enn andre tiltak, og der hvor slike finnes, bør de brukes til beste for barn, unge og familier,
- Selv om programmet gir et unikt bidrag til endring, betyr det ikke at forhold som praktikernes kompetanse og samarbeidet med barn og familier er uviktig,
- Evidensbaserte programmer har sin legitime og viktige plass i et kunnskapsdrevet tjenestesystem. De er ikke universalløsninger, men øker sannsynligheten for at problemer forebygges eller reduseres hos barn og unge.

11/3/2011

Side 38

© The Norwegian Center for Child Behavioral Development