



**Predikasjon av brukerfornøydhets og
opplevd mestring blant foreldre som
har deltatt på foreldreveiledningskurset
”De utrolige årene”**

Maria Haugstad

*HEL-6300
Erfaringsbasert master i barn og unges psykiske helse
Det helsevitenskapelige fakultet
Universitetet i Tromsø
Våren 2010*

Forord

De siste årene har jeg vært deltidsstudent ved Universitetet i Tromsø og brukt mye tid på temaet barn og unges psykiske helse. Selv om kombinasjonen jobb, familieliv og studier ikke alltid har vært like enkel, har det vært lærerikt. Jeg vil rette en takk til studenter, ansatte og forelesere ved studiet ”Erfaringsbasert master i barn og unges psykiske helse”. Takk til Børge Mathiassen for konstruktiv og strukturert veiledning gjennom hele arbeidet med masteroppgaven. Takk til Sturla Fossum og Bjørn Helge Handegård ved R BUP for deres bidrag underveis.

Takk til min svært tålmodige familie: Jakob, Ingeborg og Nikolai som syns mamma har så dårlig tid, Kaj, mine hjelpsomme foreldre og min søster Kari som alltid støtter og oppmuntrer! Takk også til Lene og Susann for oppmuntring og ”krisehjelp” underveis og til vennene mine som har tålt å bli nedprioritert i årevis. Uten dere hadde ikke dette gått!

Sammendrag

I denne oppgaven ble det undersøkt om intensitetsskår og problemskår på Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) blant foreldre som deltok på foreldreveiledningskurset i behandlingsprogrammet "De utrolige årene" predikerte brukerfornøydhet og egenhåndtering. Totalt deltok 79 barn i alderen 4 - 8 år i studien. Barna var henvist til Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk og fylte kriteriene for atferdsforstyrrelser. Resultatene viste at foreldrene i høy grad var fornøyd med hjelpen de fikk under foreldreveiledningskurset. Resultatene viste videre en stor reduksjon i intensitetsskår og problemskår på ECBI fra før oppstart av behandling sammenlignet med skårene etter endt behandling. Man så at behandlingsresultatene var uforandret ved oppfølging ett år etter avsluttet behandling. Resultatene viste at reduksjon av intensitetsskår på ECBI fra før behandling til ved ett års oppfølging predikerte brukerfornøydhet med behandlingsprogrammet. Det ble gjort to hierarkiske regresjonsanalyser med henholdsvis brukerfornøydhet og egenhåndtering som avhengige variabler. I begge analysene ble de uavhengige variablene lagt til i tre steg. I første steg ble det lagt til demografiske variabler; alder og kjønn. I andre steg ble variablene komorbiditet i form av Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD) og angst lagt til. I tredje steg ble endring i ECBI-skår; problemskår og intensitetsskår, lagt til. 20 % av variasjonen i brukerfornøydhet ble forklart med variablene i modellen med brukerfornøydhet. Eneste signifikante prediktor i modellen var ECBI-intensitetsskår, som predikerte 13 % av variasjonen i fornøydhet. Modellen med egenhåndtering var ikke signifikant.

De siste årene har det kommet flere manualbaserte forebyggings- og behandlingsprogrammer for atferdsvansker både for barn som går i barnehage og skole samt for barn som mottar hjelp fra barnevern og spesialisthelsetjenesten. Et av behandlingsprogrammene, ”De utrolige årene” (DUÅ), som retter seg mot barn med atferdsforstyrrelser, har fått stor utbredelse i Norge (Nordahl et al, 2005). DUÅ inngår som en av flere behandlingstilbud ved Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP), og blir gitt til foreldre og barn samt personell i barnehage og skole. Foreldreveiledningskurs, som tilbys foreldre til barn med atferdsforstyrrelser, blir gitt i gruppe. Det har vist seg at foreldre jevnt over er svært fornøyde med behandlingsprogrammet (Webster-Stratton, Reid og Hammond, 2004, Larsson et al., 2008). I en større brukerundersøkelse, som har omfattet alle landets Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, konkluderte man også med at foreldre jevnt over var fornøyd med hjelpen de fikk (Andersson, Ose og Sitter, 2005). Men så langt har man i liten grad sett på samvariasjon mellom fornøydhets og andre variabler (Bjertnæs et al., 2008). I denne studien ble det sett på hvilke variabler som predikerte foreldres opplevelse av egenhåndtering og brukerfornøydhets.

Psykiske lidelser

Forekomst

Psykiske vansker har vist seg å være et omfattende problem i befolkningen i Norge, både blant voksne og barn og ungdom (Helsedirektoratet, 2008 a, Helsedirektoratet 2008 b, Mathiesen, Karevold og Knudsen, 2009). I større undersøkelser fra USA er det anslått at mellom 17 og 22 % av barn og unge har psykiske vansker (Fossum og Mørch i Scheldrup, Orme og Mathisen red., 2005). Det er vanlig å skille mellom psykiske vansker og psykiske lidelser (Mathiesen et al., 2009). Mens psykiske vansker er en noe upresis betegnelse på at man har vansker som påvirker ens funksjonsnivå, er psykiske lidelser en mer spesifikk betegnelse som er knyttet opp til ulike diagnoser i diagnosesystemene *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer* (ICD-10) (Statens helsetilsyn, 2000) og fjerde utgave av *Diagnostic and Statistical Manual and Mental Disorders* (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1994).

I boka *Psykiske lidelser blant barn og unge* (Mathiesen et al., 2009) har man gjort en gjennomgang av nyere forskning på forekomst, risikofaktorer og beskyttende faktorer. I boka fremkommer det at forekomsten av psykiske lidelser blant barn og unge er vanskelig å anslå eksakt. Dette fordi man sjelden utreder og diagnostiserer større deler av barne- og ungdomspopulasjonen. Det blir anslått en forekomst på 8 % i Norge, noe som innebærer at om lag 70.000 barn og unge mellom 3 – 18 år har en psykisk lidelse til enhver tid. I boka blir det videre sett på forskjellige symptomer på psykiske vansker på ulike alderstrinn. Blant de yngste barna ser man vansker med å regulere biologiske funksjoner, som søvn og spising, samt vansker med å regulere følelser og oppmerksomhet. Blant større barn og ungdom ser man et symptombylle som domineres av uforholdsmessige sterke eller uvanlige følelsesmessige reaksjoner og normbrudd. Man kan dele psykiske lidelser inn i fem overordnede grupper. Disse er: emosjonelle vansker, atferdsvansker, nevrologiske utviklingsforstyrrelser, spiseforstyrrelser og psykoser. Emosjonelle vansker og atferdsvansker forekommer klart hyppigere enn de andre gruppene. For mange er symptomer på psykiske lidelser forbigående. Det er ikke uvanlig å ha fylt kriteriene for en psykisk lidelse i en begrenset periode. Men en ser også at stabiliteten i symptombelastningen er høy og stiger med økende alder i barne- og ungdomsårene (Mathiesen et al., 2009).

I 2007 mottok 4.5 % av befolkningen under 18 år behandling i psykisk helsevern, noe som betyr at 49.479 barn og unge fikk behandling i det psykiske helsevesenet i Norge (Helsedirektoratet, 2008 b). Dette er en økning på nesten fem prosent fra året før. I Helsedirektoratets oppsummering av aktivitetsdata for 2007 (Helsedirektoratet, 2008 a), kom det frem at totalt sett var det flere gutter enn jenter som fikk et behandlingstilbud, men i aldersgruppen over 15 år, var det flere jenter enn gutter. Den vanligste henvisningsgrunnen for de eldste jentene, var tristhet, depresjon og/eller sorg. Det var størst andel gutter i aldersgruppa 7 – 12 år. I denne aldersgruppa var hyperaktivitet, skolefravær og atferdsvansker viktigste henvisningsgrunn. Hyperaktivitet, skolefravær og atferdsvansker var også de viktigste henvisningsgrunnene blant gutter over 7 år. Det var sammenfall mellom henvisningsgrunner og diagnosesetting ut fra pasientenes kjønn og alder. Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser var sentrale problemområder for

gutter. For jenter var affektive lidelser, stemningslidelser samt nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser sentrale (Helsedirektoratet, 2008 a). Dette viser at det er forskjeller mellom gutter og jenter som henvises til psykiatrisk behandling og at problemene deres endres ut fra alder (Helsedirektoratet, 2008 a, Mathiesen et al., 2009).

I boka *Barn og unge med psykiske vansker* (Mathiesen et al., 2009) oppsummeres ulike risikofaktorer for å utvikle psykiske lidelser. Man ser et samspill mellom genetiske, biologiske og miljømessige faktorer når det gjelder utvikling av psykiske lidelser. Det er økt risiko for å utvikle psykiske lidelser i familier hvor det er store belastninger, hvor belastningene rammer flere områder i livet og/eller varer over en lengre periode. Eksempel på belastninger kan være at foreldrene har psykiske lidelser som vedvarer, foreldrene har rusproblemer, barnet utsettes for vold eller seksuelle overgrep eller at barnet kommer til landet som flyktning eller asylsøker med traumatiske erfaringer. Man ser videre at mobbing, sosial isolasjon, marginalisering samt biologisk risiko også øker risikoen for utvikling av psykiske lidelser.

Atferdsforstyrrelser

I faglitteraturen blir flere forskjellige begreper brukt om atferdsvansker. Det er viktig å skille mellom de mer uklare begrepene for eksempel atferdsproblemer, atferdsvansker, utagerende atferd og antisosial atferd, som kan være gitt noe forskjellig innhold eller definisjon i ulike sammenhenger, og atferdsforstyrrelse(r), som på sin side er en diagnose/diagnoser som er klart definert i diagnosesystemene ICD-10 (Statens helsetilsyn, 2000) og DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994).

I boka *Atferdsvansker hos barn* (Smith, 2005) hevdes det at det hersker uenighet om teoretiske spørsmål omkring barn og unge med aggresjon og antisosial atferd. Dette blant annet fordi forekomst av et bredt spekter av aggressivitet og antisosial atferd i barne- og ungdomsårene, vil være mer eller mindre normalt. Bare

en mindre del av denne type atferd vil være innenfor det man betegner som atferdsforstyrrelse i klinisk forstand.

I forskningssammenheng er det vanlig å bruke diagnosesystemet DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) for å definere atferdsforstyrrelser. I DSM-IV er det beskrevet to kategorier med atferdsvansker; opposisjonell atferdsforstyrrelse og alvorlig atferdsforstyrrelse.

Opposisjonell atferdsforstyrrelse

Opposisjonell atferdsforstyrrelse (eng Oppositional Defiant Disorder (ODD)) kjennetegnes ved sint, trassig, irritabel og opposisjonell atferd hos barn, og denne diagnosen blir vanligvis ikke stilt når barnet er over 9 – 10 år (Fossum og Mørch i Scheldrup, Orme og Mathisen red., 2005). Denne atferden er vedvarende og forekommer ut over det som er vanlig for alderen (Smith, 2005). I DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) er det listet opp åtte ulike symptomer på trass: mister besinnelsen, krangler mye med voksne, bryter ofte regler, blir lett irritert, blir sint eller fornærmet, er ondskapsfull og hevngjerrig, irriterer andre med vilje samt bebreider andre for egne feil. For å stille diagnosen ODD, må barnet fylle kriteriene for minst fire av disse åtte symptomene. Symptomene må ha vart i seks måneder eller lengre. I tillegg må det foreligge tegn på funksjonsnedsettelse. Det er også slik at hvis barnet oppfyller kriteriene for alvorlig atferdsforstyrrelse, så utelukker dette diagnosen ODD (Sund, 2004).

Alvorlig atferdsforstyrrelse

I henhold til kriteriene i DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) for diagnosen alvorlig atferdsforstyrrelse (eng Conduct Disorder (CD)), må barnet ha vist minst tre av følgende symptomer i løpet av det siste året, hvor minst ett av symptomene må ha vært til stede siste halvåret: lyver, skulker, starter slagsmål, mobber, ofte ute om natten, stjeler uten konfrontasjon med offer, hærverk, innbrudd, ran og trusler, ildspåsettelse, rømt hjemmefra og blitt borte natten over, brukt våpen, påført andre smerte, tvunget noen til seksuell aktivitet og/eller plaget dyr. Atferden skal ha forårsaket betydelig klinisk funksjonsnedsettelse. CD blir gradert som lett,

moderat eller alvorlig ut fra alvorlighetsgrad, dvs. ut fra omfanget av symptomer og konsekvenser overfor andre. CD er mest vanlig hos litt eldre barn (Sund, 2004). Man kan se tilfeller av CD hos barn i 7 - 8 års alderen, men de fleste barn som får denne diagnosen er fra 12 år og oppover (Fossum og Mørch i Scheldrup, Orme og Mathisen red., 2005).

Forekomst av atferdsforstyrrelser

Forskning kan vise til ulike tall på omfanget av atferdsvansker i Norge i dag (Nordahl et al., 2005, Fossum og Mørch i Scheldrup, Orme og Mathisen red., 2005 og Heiervang et al., 2007). Dette skyldes blant annet at man bruker ulike definisjoner på atferdsvansker og forskjellige måter å kartlegge dette på (Nordahl et al, 2005). Man kan eksempelvis ha undersøkelser og statistikk fra barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og institusjoner, fra barnevern samt fra barnehage og skole. I Stortingsmelding 25 (Sosial- og helsedepartementet, 1997, referert i Grøholt, Sommerschild og Garløv, 2001) blir atferdsvansker hos barn beskrevet som den største utfordringen for barnevern og psykisk helsetjeneste for barn og unge. Undersøkelser fra norsk og dansk skole har konkludert med at mellom 7 og 12 % av elevene i alderen 10 – 17 år viste en atferd som ga grunnlag for betegnelsen atferdsproblem (Nordahl et al., 2005). Atferdsvansker er også årsak til meldinger til barnevernet. I en gjennomgang av det norske barnevernets registerdata i 1997, fant man at 20 % av henvisninger til barnevernet dreide seg om atferdsproblemer, hvorav 9 % ble betegnet som alvorlige atferdsvansker (Nordahl et al., 2005). Totalt sett er det anslått at ca 5 % av norske barn har atferdsforstyrrelser (Norges forskningsråd, 1998, referert i Fossum og Mørch i Scheldrup, Orme og Mathisen red., 2005), og det har vært vanligste henvisningsgrunn til Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk med 21.2 % i 2001 (Fossum og Mørch i Scheldrup, Orme og Mathisen red., 2005).

Som en del av studien ”Barn i Bergen”, er det foretatt en undersøkelse av forekomsten av psykiske lidelser i barnebefolkningen (Heiervang et al., 2007). Forekomsten av atferdsforstyrrelser blant 8 – 10 åringer var på 2.5 % vurdert ut fra kriteriene i DSM-IV. Da det ble skilt mellom diagnosene ODD og CD var forekomsten på henholdsvis 2.45 % for ODD og 0.47 % for CD. Siden CD er mest

vanlig blant noe eldre barn, er det trolig at forekomsten av CD ville vært høyere om man hadde valgt å undersøke forekomsten av CD på et høyere alderstrinn.

I studien "Barn i Bergen" ble det også sett nærmere på foreldre og læreres rapportering av symptomer på ODD, og man fant at det var liten grad av sammenfall i rapportering (Munkvold et al., 2009). Forekomsten av ODD varierte mye ut fra hvilke kriterier for å kombinere informasjon fra foreldre og lærere, som ble lagt til grunn. Hvis man la til grunn symptomer rapportert enten fra foreldre eller lærer, fant man den høyeste forekomsten av ODD, og 2.5 % av barna fylte da kriteriene for ODD. La man derimot til grunn krav om at både foreldre og lærer skulle rapportere om symptomer på ODD hos et bestemt barn, ble forekomsten på 0.2 %. Uavhengig av hvordan man kombinerte informasjon, viste studien høyere forekomst av ODD blant gutter enn jenter (Munkvold et al., 2009).

Risikofaktorer for utvikling av atferdsforstyrrelser

Det er ingen enkeltfaktor som er avgjørende for å forutse hvem som kan komme til å utvikle atferdsforstyrrelser, og både faktorer knyttet til barnet, faktorer knyttet til familien og faktorer knyttet til miljøet rundt kan påvirke utviklingen (Smith, 2004, Fossum og Mørch i Scheldrup, Orme og Mathisen red., 2005). Gjennom tvillingstudier har man blant annet forsøkt å kartlegge den genetiske sårbarheten for utvikling av atferdsforstyrrelser. Videre har barnets temperament blitt trukket frem som en faktor som predikerer utvikling av atferdsforstyrrelse (Smith, 2004). Det er også blitt sett nærmere på miljøfaktorer og på sosioøkonomisk status (Fossum og Mørch i Scheldrup, Orme og Mathisen red., 2005, Nordahl et al., 2005).

I boka *Atferdsvansker blant barn og ungdom* (Nordahl et al., 2005) er det laget en oversikt over sentrale risikofaktorer og faktorer som virker beskyttende i forhold til utvikling av atferdsforstyrrelser. Faktorene er delt inn i faktorer knyttet til individet, til familien, til jevnaldergruppen, til skolen samt til nærmiljø og samfunn. Faktorer ved individet kan være vanskelig temperament, svake verbale og sosiale ferdigheter, nevrologisk/genetisk svikt eller skade, hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker samt uvanlig høy grad av aggressivitet og opposisjonell atferd. Risikofaktorer knyttet til familien kan være ettergivende eller aggressiv

oppdragelse, uklare grenser og forventninger til barnet, manglende oversikt og oppfølging av barnet, konflikter mellom familiemedlemmer, svak eller usikker emosjonell tilknytning til foreldre, fysisk straff, seksuelle overgrep, omsorgssvikt, alkohol- og/eller stoffmisbruk og vold blant foreldre. Videre er det en risiko å ha venner med antisosial atferd eller å ikke ha venner. På skolen er det risikofaktorer å ha dårlig klassemiljø, dårlig klasseledelse, uklare forventninger samt negativ og konfliktfylt relasjon mellom elev og lærer. Risikofaktorer knyttet til nærmiljø og samfunn blir beskrevet som sosial og økonomisk deprivasjon, lav sosial kontroll, lett tilgang på narkotika, alkohol og våpen, kriminelle og voldelige rollemodeller samt mangel på offentlig service- og helsetilbud. Faktorer som virker beskyttende mot utvikling av atferdsforstyrrelser er i stor grad de motsatte av det som blir beskrevet som risikofaktorer (Nordahl et al., 2005).

I boka *Barn med atferdsvansker* (Smith, 2004), har man sett nærmere på familiens betydning for tidlig utvikling av atferdsforstyrrelse. I boka hevdes det at det er vanskelig å skille mellom genetiske og miljømessige sider ved familiens innvirkning. Dette underbygges med at det i liten grad finns tvillingstudier eller adopsjonsstudier fra tidlig barnealder. Det blir således svært vanskelig å skille mellom likheter i kognisjon, emosjonsregulering og personlighet mellom foreldre og barn som skyldes felles gener, og de likheter som er et resultat av tilknytningsforhold, oppdragerstil og strategier for sosialisering. Det er vanlig å anta at foreldres temperament og personlighet både påvirker relasjonen mellom foreldre og barn og kvaliteten på foreldrenes barneoppdragelse. Samtidig vil også barnets atferdsegenskaper og utviklingsnivå påvirke foreldrenes omsorgsutøvelse. Mange foreldre benytter seg av mange ulike positive strategier for å kontrollere barns atferd. I stedet for å stille strenge og absolutte krav, forklarer de og kommer med alternativer. Det har vist seg at denne typen positive strategier, er forbundet med medgjørighet hos barna. I de tilfellene hvor det allikevel er konfliktfylt mellom foreldre og barn, kan det være vanskelig å sette fingeren på hvordan det hele startet. Det kan være at selv om foreldrene forsøker med positive strategier, har barnet et temperament som gjør at barnet er trassig og det likevel blir konflikter. Hvis barnet

opponerer, kan dette lett føre til at foreldrene tar i bruk strenge og disiplinerende strategier, noe som svært ofte fører samspillet inn i negative sirkler (Smith, 2004). Forskning har også vist at familiestress ofte er assosiert med atferdsforstyrrelser hos barn (Smith, 2004). Både ekteskapskonflikter, separasjon og skilsmisse, depresjon hos mødre og psykopatologi hos foreldre, ser ut til å virke inn på utvikling av atferdsforstyrrelser.

I Smiths bok (2004) blir det diskutert om ODD er en forløper til CD. Dette ble også sett i sammenheng med om barnet hadde Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD). Man så at hos gutter med trassatferd, var det en økt risiko for utvikling av alvorlig atferdsforstyrrelse, uavhengig av om de var hyperaktive eller ikke. Gutter med hyperaktivitet hadde økt risiko for utvikling av alvorlig atferdsforstyrrelse bare om de viste mye trassatferd. Hos jenter, viste det seg at både hyperaktivitet og trassatferd kunne være utviklingsmessige forløpere til alvorlig atferdsforstyrrelse, men denne sammenhengen var mer usikker på bakgrunn av at datagrunnlaget var mindre (Smith, 2004). Man har sett en betydelig dårligere prognose for atferdsforstyrrelse når det gjelder vansker som oppstår tidlig enn vansker som oppstår i tenårene (Nordahl et al., 2005).

Smith (2004) refererer videre til forskning der man har sett en sammenheng mellom nevropsykologiske dysfunksjoner og atferdsforstyrrelse. I undersøkelser av nevropsykologiske ferdigheter, målt ut fra verbale ferdigheter, visuospatiale evner, verbal hukommelse, visuomotorisk integrering og mental fleksibilitet, viste resultatene at deltagere med alvorlig atferdsforstyrrelse, skåret dårligst på de nevropsykologiske prøvene, og spesielt hvor det også var komorbiditet i form av hyperaktivitet. Når det gjelder nevropsykologiske dysfunksjoner, har man sett sterkest sammenheng mellom svake verbale ferdigheter og atferdsforstyrrelse (Smith, 2004).

Det er videre sett på teori om temperament og tilknytning når man har undersøkt risikofaktorer (Smith, 2004). Man mener at det er belegg for å hevde at atypisk tilknytning hos barn, øker forekomsten av atferdsforstyrrelser. Smith (2004) bruker begrepet medieringsveier om spørsmål om hvordan og hvorfor risikobetingelser fører til skjevutvikling. Hos individer der man ser vedvarende

problemer fra barnealder og opp til ungdomsalderen, er dårlig omsorgsevne og familiestress viktige medierende faktorer. Man tror at summen av risikofaktorer et barn utsettes for, påvirker utviklingen av atferdsforstyrrelser, og at dette kan være til hjelp for å identifisere risikogrupper. For eksempel har man sett at barn med vanskelig temperament eller utrygg tilknytning vil være mer utsatt for å utvikle atferdsforstyrrelse hvis de vokser opp i en depressiv familiekontekst, enn et barn med lett temperament.

Ved hjelp av tvillingstudier og adopsjonsstudier har man sett etter genetiske faktorer ved utvikling av atferdsforstyrrelser (Smith, 2004). Det blir trukket frem at selv om aggresjon og antisosial atferd har en arvbar komponent, må man ha med seg at arvelighet innebærer genetisk innvirkning på individuelle forskjeller innenfor en gitt populasjon, og at miljøforhold som regel spiller en stor rolle selv om arvbarheten skulle være høy. Det blir argumentert for at de genetiske innvirkningene på utvikling av antisosial atferd skjer på en indirekte måte. Dette blir forklart ut fra at man mener at genene i hovedsak virker inn på temperamentstrekk som irritabilitet, impulsivitet og spenningssøking. Barn med denne type temperamentstrekk, vil på grunn av genmiljø-korrelasjoner, ofte ha foreldre med lignende temperamentstrekk, noe som øker risikoen for lite konsekvent oppdragelse og bruk av straff. Og man ser at det er barnets vanskelige temperament og kvaliteten på foreldrenes omsorgsutøvelse som sammen virker inn på utvikling av atferdsforstyrrelse hos barnet (Smith, 2004).

Det pågår også forskning som ser på om psykobiologiske forhold påvirker utviklingen av atferdsforstyrrelse (Smith, 2004). Blant annet har man sett på om det er sammenhengen mellom hormonnivå og aggresjon samt prøvd å kartlegge reaksjoner på straff i det autonome nervesystemet. Så langt er det rimelig å anta at psykobiologiske faktorer kan ligge til grunn for kontinuitet i antisosial atferd fra barndom til voksen alder. Det er sannsynlig at disse faktorene også må virke sammen med uheldige miljøfaktorer for å frembringe et antisosialt atferdsmønster (Smith, 2004).

Komorbiditet med andre lidelser

Mange barn med atferdsforstyrrelser har også andre vansker i tillegg. I boka til Smith (2004) har man sett på komorbiditet mellom atferdsforstyrrelser og andre psykiske lidelser. Barn og unge med atferdsforstyrrelser har ofte også andre forstyrrelser. Dette kan være angst, depresjon og somatoform forstyrrelse (Smith, 2004). Man ser videre komorbiditet mellom atferdsforstyrrelse og ADHD, men i boka til Smith (2004) blir det hevdet at hyperaktivitet i seg selv ikke fører til atferdsforstyrrelse uten at også trassatferd allerede er til stede. Det hevdes videre at ODD ofte er en forløper til CD og at man videre står i fare for å utvikle dyssosial personlighetsforstyrrelse. Det finnes lite dokumentasjon på komorbiditet mellom ODD og andre lidelser, men dette kan skyldes at det er få andre forstyrrelser som inntreffer like tidlig som ODD. Både når det gjelder ODD og CD står man i fare for å utvikle stoffmisbruk. På lengre sikt er atferdsforstyrrelse også ofte forbundet med kriminalitet (Smith, 2004). I en norsk studie som har sett på forskjeller mellom gutter og jenter henvist til Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk for behandling av atferdsforstyrrelser (Fossum et al., 2007), fant man at når det gjaldt komorbiditet i form av ADHD, hadde 11.5 % av jentene og 18.8 % av guttene ADHD kombinert type. Ingen av jentene og 5 % av guttene hadde ADHD av typen hovedsakelig nedsatt oppmerksomhet og 15.4 % av jentene og 16.8 % av guttene fylte kriteriene for ADHD av typen hovedsakelig hyperaktivitet / impulsivitet. I samme studie fant man videre at 15.4 % av jentene og 17.8 % av guttene fylte kriteriene for diagnosen angst (Fossum et al., 2007).

Forebygging og behandling av atferdsvansker og atferdsforstyrrelser

Det blir i dag satset på en rekke helsefremmende, forbyggende og behandelende tiltak rettet mot atferdsvansker (Nordahl et al., 2005, Helsedirektoratet, 2008 a, Mathiesen et al., 2009). Det er således mange ulike hjelpeinstanser som kommer i kontakt med barn med atferdsvansker og deres foreldre (Grøholt et al., 2001). Dette kan være det kommunale barnevernet og helsesøster på den kommunale helsestasjon. I skolen bruker man Pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT) som utredende og veiledende instans. Det er blitt mer vanlig med et kommunalt tilbud til

barn og unge med psykiske vansker, som kan bestå av egne ansatte innenfor psykisk helsevern. Videre har man spesialisthelsetjenesten og tiltak som hører inn under fylkeskommunalt og statlig barnevern. Ofte er det samarbeid mellom de ulike instansene både på overordnet nivå og i enkeltsaker (Grøholt et al., 2001).

I *Lærebok i barnepsykiatri* (Grøholt et al., 2001) foreligger det en gjennomgang av barnepsykiatrisk behandling. Man ser ut fra denne gjennomgangen at det finns ulike tilnærminger til behandling og at hvilken behandling som benyttes ved BUP blant annet blir vurdert ut fra hvilke vansker en henvises for. Videre viser gjennomgangen at behandlingen i hovedsak tilbys som individualterapi (Grøholt et al., 2001). I SINTEF-rapporten *Psykisk helsevern for barn og unge – Behandlernes og brukernes vurderinger av behandlingstilbudet* (Andersson et al., 2005) er det foretatt en gjennomgang av hvilke terapi- og behandlingsformer som blir benyttet ved BUP. Gjennomgangen viser at samtalerapi i form av direkte pasient-terapeutkontakt samt former for terapi som omfatter minst en av foreldrene er vanlige behandlingsformer (Andersson et al., 2005). Ved behandling av atferdsvansker er det veiledning til foreldre, kognitiv terapi og familierapi, i tillegg til manualbasert behandling, som er mest vanlig å benytte ved BUP (Smith, 2004).

Den nasjonale satsingen på evidens- og manualbaserte behandlingsprogrammer startet som et resultat av økning i atferdsvansker, økt oppmerksomhet rettet mot atferdsvansker samt mangelfullt dokumentasjon og evidens på at tilgjengelig behandling hadde effekt (Norges forskningsråd, 1998). Ved en gjennomgang av tilgjengelige tiltak rettet mot atferdsvansker, både i regi av barne- og ungdomspsykiatrien, barnevernet og tiltak i skolen, viste tiltakene relativt dårlige resultater (Norges forskningsråd, 1998). På slutten av 80-tallet og begynnelsen av 90-tallet så man en økende oppmerksomhet rettet mot atferdsvansker, noe som førte til flere offentlige utredninger (Jakobsen og Solholm, 2009). I 1997 lagde det daværende Barne- og familiedepartementet en egen handlingsplan for atferdsvansker (Barne- og familiedepartementet, 1997). Gjennomføring av en ekspertkonferanse inngikk som en del av denne handlingsplanen, og i den etterfølgende rapporten ble det anbefalt å satse på evidensbaserte metoder for å forebygge og behandle atferdsvansker (Jakobsen og

Solholm, 2009). I etterkant av dette ble det bestemt at man nasjonalt skulle satse på behandlingsprogrammene "Parent Management Training – Oregonmodellen" (PMTO) for aldersgruppa 4 -12 år og "Multisystemisk terapi" (MST) for aldersgruppa 13 -18 år, og arbeidet med implementering av disse startet. Parallelt med dette ble det også bevilget penger til behandlingsprogrammet "De utrolige årene" (DUÅ) (Jakobsen og Solholm, 2009).

Det kan være glidende overganger når det gjelder hvilke tiltak som er forebyggende og hvilke tiltak som er behandling. Det finnes også ulike måter å definere og forstå forebygging på. Et skille som er skissert er mellom helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak (Schanke, 2005, referert i Nordahl et al., 2006). Helsefremmende tiltak blir beskrevet som tiltak som tar sikte på å øke trivsel, overskudd og livskvalitet, mens sykdomsforebyggende tiltak tar sikte på å forhindre utvikling av sykdom samt redusere både risikoen for skade og dødelighet. Det er også vanlig å dele tiltak inn i primær-, sekundær- og tertiærforebyggende ut fra hvem tiltaket retter seg mot og den risikoen man vurderer at det er for utvikling av atferdsvansker. Primærforebyggende tiltak er universelle og rettes mot "alle", for eksempel alle ungdomsskoleelever på en skole. Denne type tiltak tar sikte på å forhindre at et problem, en skade eller en sykdom oppstår. Sekundærforebyggende tiltak tar sikte på å begrense både omfang og varighet av et problem, en skade eller sykdom som er oppstått. Tertiærforebyggende tiltak tar sikte på å begrense eller forhindre at det oppstår følgetilstander av et problem, en skade eller en sykdom som allerede er oppstått (Schanke, 2005, referert i Nordahl et al., 2006). Når man ser på beskrivelsen av hva som betegnes som tertiærforebyggende tiltak, vil dette også kunne kalles behandling av atferdsvansker.

I skolen har en ønsket seg verktøy for å forebygge og redusere problematferd (Nordahl et al., 2005). Det er utviklet en rekke programmer som skal bidra til dette (Nordahl et al., 2005, Nordahl et al., 2006). Programmene tar sikte på å gi barn og unge økt sosial kompetanse. Man ser at programmene kan deles inn ut fra om de er primær-, sekundær- eller tertiærforebyggende. Noen av programmene retter seg mot hele skolen eller skoletrinn (primærforebyggende). Noen program retter seg mot bestemte eller utsatte grupper på en skole, hvor det er risiko for utvikling av alvorlige

atferdsvansker (sekundærforebyggende). Andre programmer igjen er intensive og individuelt tilpasset og retter seg mot de barn eller unge som har høy risiko for utvikling av atferdsvansker eller allerede har utviklet atferdsvansker (tertiærforebyggende) (Nordahl et al., 2005, Nordahl et al., 2006). Eksempler på programmer for bruk i skolen er "Steg for steg", "Du og jeg og vi to", "Aggression Replacement Training" (ART) og "Kreativ problemløsning i skolen" (Nordahl et al., 2005). Det har vist seg at skal denne typen tiltak ha ønsket effekt, er det en forutsetning at opplegget har et godt fundament både teoretisk og empirisk, behandlingsopplegget må ha en viss intensitet og varighet, være godt planlagt og systematisk. Det er også avgjørende at man gjennomfører behandlingsprogrammet etter planen (Nordahl et al., 2005). Det foreligger en rapport som har gått gjennom en rekke ulike forebyggende programmer utviklet for bruk i skolen (Nordahl et al., 2006). De ulike programmene er vurdert ut fra sitt kunnskapsmessige grunnlag, både teoretisk og empirisk, implementeringsstrategiene samt resultat av evaluering. Ut fra dette ble det laget tre kategorier: Kategori 1 er program med lav sannsynlighet for resultater, kategori 2 er program med sannsynlighet for resultater mens kategori 3 er program med dokumenterte resultater. Det er vurdert programmer for forebygging av problematferd og utvikling av sosial kompetanse, programmer for forebyggende og helsefremmende arbeid i skolen – med særlig fokus på rusmidler og tobakk samt gjort en vurdering av rusprogrammer i skolen. Av totalt 13 programmer for forebygging av problematferd i skolen, falt 9 innenfor kriteriene til kategori 3, programmer med dokumenterte resultater. I denne undersøkelsen ble også DUÅ vurdert og man konkluderte med at DUÅ tilhørte kategori 3. Man la hovedvekt på å vurdere de to delene av DUÅ som er utarbeidet for bruk i skolen, Dinosaurskole i klasserommet og lærerprogrammet. Det ble konkludert med at i USA har programmet vist dokumenterte effekter når det gjelder å forebygge og redusere atferdsvansker. Og programmet ble anbefalt brukt i norske skoler med et forbehold om at pågående evaluering av programmet i norske skoler ga samme resultat som i USA (Nordahl et al., 2006).

Manualbaserte programmer for behandling av atferdsforstyrrelser blant barn og unge blir i dag benyttet både av barnevern og barnepsykiatri (Fossum og Mørch i

Scheldrup, Orme og Mathisen red., 2005, Nordahl et al., 2005). De fleste av programmene som er dokumentert effektive gjennom forskning, er familiebaserte. Programmene tar til ordet for å bedre samhandlingen i familien samt å øke foreldrenes kompetanse og kunnskap i foreldrerollen. Eksempler på denne typen programmer er MST, PMTO og DUÅ (Nordahl et al., 2005). PMTO er en familiebasert opplærings- og behandlingsmodell og har gitt gode resultater ved behandling av barn i alderen 4 – 12 år. Både PMTO og DUÅ blir betegnet som veldokumenterte og blir tilbudt i regi av BUP (Nordahl et al., 2005). Når man står overfor ungdom med alvorlige atferdsvansker, er det nødvendig med en rekke tiltak rettet mot både hjem, fritid og skolen/arbeid. Det vil ofte være avgjørende at tiltakene samordnes og at de ulike involverte instanser samarbeider (Nordahl et al., 2005). MST tar sikte på å redusere antisosial atferd og fremme prososial atferd hos ungdom i alderen 12 -18 år, hvor det er avdekket betydelig problematferd som bruk av rusmidler og lovbrudd. I Norge er det statlig barnevern som gir tilbud om MST, og tilbudet blir gitt som et alternativ til ordinære barneverntiltak som plassering i institusjon og familierapi. Så langt har evaluering av MST vist gode resultater sammenlignet med andre barneverntiltak (Nordahl et al., 2005).

Behandlingsprogrammet ”De utrolige årene”

I boka *Nye metoder i et moderne barnevern* (Fossum og Mørch i Scheldrup, Orme og Mathisen red., 2005) blir behandlingsprogrammet ”De utrolige årene” beskrevet. Behandlingsprogrammet er rettet mot små barn i alderen 3 – 8 år, deres foreldre og førskolelærere/lærere. DUÅ består av foreldreprogrammene basic, advance og academic. Basic-programmet gir innføring i de grunnleggende prinsippene for DUÅ. Advance-programmet bygger videre på Basic og har utfyllende mål om å redusere problematferd. Academic-programmet har som mål å øke foreldres involvering i barnets skolegang samt å bedre samarbeidet mellom hjem og skole. For barnet er det dinosaurskolen, hvor det er utviklet et behandlingsprogram for det enkelte barn og et program rettet mot skolen. Dinosaurskolen i klasserommet er lik den ordinære dinosaurskolen, men man jobber med en hel skoleklasse og ikke ett enkeltindivid med atferdsvansker. I tillegg finns

det et lærerprogram som skal styrke lærernes kompetanse i klasseledelse. Alle disse programmene er gruppebasert. De metodene som blir anvendt er bygd på moderne atferdsanalyse, sosial læringsteori, utviklingspsykologi og kunnskap om gruppeprosesser (Fossum og Mørch i Scheldrup, Orme og Mathisen red., 2005).

I forbindelse med at DUÅ ble tatt i bruk i Norge, er det forsket på behandlingsprogrammet (Drugli et al. 2009, Drugli et al. 2010, Fossum et al., 2009, Larsson et al., 2009). Programmet er utarbeidet i USA, hvor det også er gjort en rekke studier (Webstor-Stratton og Hammond, 1997, Webstor-Stratton, Reid og Hammond, 2004). Mye av forskningen i Norge er direkte knyttet til behandlingseffekten (Drugli et al. 2009, Drugli et al. 2010, Fossum et al., 2009, Larsson et al., 2009). Man har i norske studier sett en betydelig reduksjon av symptomer på opposisjonell atferdsforstyrrelse og alvorlig atferdsforstyrrelse etter endt behandling og ved oppfølging ett år etter behandling. Det har vært små forskjeller i behandlingsresultat mellom de som har fått foreldreveiledningskurs og de som har fått både foreldreveiledningskurs og dinosaurskole for barnet. Det ble funnet noe dårligere utbytte av behandlingen hos jenter, barn med ADHD og i familier der mor rapporterte høy grad av negativt stress (Fossum et al., 2009). Det har blitt funnet mindre effekt av behandling hos barn hvor familien har kontakt med barnevernet (Larsson et al., 2009). I samme studie ble det også funnet mindre effekt av behandling hos barn med høy grad av aggressivitet og eksternaliserende problemer rapportert før oppstart av behandling. Resultatene fra de norske studiene sammenfaller i stor grad med resultater fra både USA og andre land som har tatt i bruk dette behandlingsprogrammet. I USA har flere studier (Webster-Stratton og Hammond, 1997 og Webstor-Stratton et al., 2004) vist god behandlingseffekt både etter behandling og ved oppfølging ett år etter avsluttet behandling. Det er gjort en norsk oppfølgingsstudie 5 - 6 år etter gjennomført foreldreveiledningskurs (Drugli et al., 2010). For å bli inkludert i studien og gjennomføre foreldreveiledningskurs måtte barnet fylle kriteriene for ODD eller CD. Ved oppfølging etter 5 – 6 år, fant man at ca 2/3 av barna ikke lengre fylte kriteriene for ODD eller CD. Man fant videre at det som predikerte at barnet fortsatt fylte kriteriene for ODD eller CD ved oppfølging etter 5 – 6 år var: å være jente, å bo bare sammen med mor, å fylle kriteriene for CD

før oppstart av behandling samt internaliserende problemer rapportert av mor (Drugli et al., 2010). I en annen studie ble det sett nærmere på om ADHD, komorbide internalisering- og eksternaliseringsvansker samt forhøyet stress hos mødre påvirket effekten av behandling (Fossum, et al., i trykk). Man har tidligere sett at ADHD hadde en negativ innvirkning på behandlingseffekten fra før behandling til etter behandling, mens når man fulgte utviklingen over lengre tid var ikke denne forskjellig om barnet hadde ADHD eller ikke (Fossum, et al., i trykk).

Brukermedvirkning i helsetjenesten

De senere årene har det vært en økt oppmerksomhet rettet mot pasienters rettigheter. Pasientrettighetene er blitt lovfestet gjennom Lov om pasientrettigheter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005). I Lov om pasientrettigheter blir det lagt vekt på brukermedvirkning og at pasienter skal sikres lik tilgang til helsehjelp av god kvalitet. Videre skal det tas hensyn til pasienters kunnskap om egen sykdom i planlegging og gjennomføring av tiltak. Pasienter er gitt muligheten til innsyn i egen journal, og man har rett til å klage på den behandlingen man har fått (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005).

Brukerfornøydhhet

Opptrappingsplanen for psykiatrien har ført til en stor økning i antall konsultasjoner ved Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i Norge. Som en følge av denne økningen har myndighetene sett det nødvendig å se nærmere på tjenesten, og det er innført kvalitetsindikatorer som tjenesten skal vurderes ut fra. Disse indikatorene er epikrisetid, ventetid, individuell plan og andel diagnostisk vurdert (Helsedirektoratet, 2008 b). På Helsedirektoratet sin oversikt over kvalitetsindikatorer er ikke brukerfornøydhhet tatt med på oversikten for psykisk helsevern for barn og ungdom, mens pasienterfaringsundersøkelser, som også måler brukerfornøydhhet, er tatt med som kvalitetsindikator for psykisk helsevern for voksne (Helsedirektoratet, 2008 d).

I 2006 ble det gjort en stor undersøkelse av foreldres/foresattes fornøydhets ved alle landets Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (Bjertnæs et al., 2008). I denne undersøkelsen ble brukerfornøydhets vurdert ut fra tre dimensjoner; møte med behandlerne, utbytte av behandlingen samt informasjon og medbestemmelse. Undersøkelsen viste at det ikke var store forskjeller i brukerfornøydhets mellom landets poliklinikker. Foreldre/foresatte var jevnt over godt fornøyde med behandlerne. De var minst fornøyd med informasjon og medbestemmelse. (Helsedirektoratet, 2008 b).

I 2004 ble det også foretatt en større undersøkelse av psykisk helsevern for barn og unge i Norge (Andersson et al., 2005). I denne undersøkelsen så man blant annet på brukerfornøydhets. Ut fra funnene i undersøkelsen ble det konkludert med at brukerfornøydhets i større grad varierte mellom brukerne enn mellom de ulike poliklinikkene (BUP). En mulig tolkning av dette er at det er kjennetegn ved brukerne og ikke den enkelte poliklinikk som er determinanter for fornøydhets. En annen mulig tolkning kan være at det er individuelle forskjeller mellom behandlerne ved den enkelte poliklinikk som kan være avgjørende for hvor fornøyd brukeren er (Andersson et al., 2005). I samme undersøkelse fant man videre at det var noen variabler som predikerte brukerfornøydhets. Foreldre til yngre barn, 0 -6 år, var mer fornøyde enn foreldre til eldre barn. Lengre behandlingsforløp samvarierte med mer fornøydhets. Foreldre til barn med atferdsforstyrrelser var mindre fornøyde med behandlingsresultatet enn foreldre til barn med angst og depresjon. Lang ventetid virket negativt inn på fornøydhets med tjenesten (Bjørngaard et al., 2008).

En mulig forklaring knyttet til individuelle forskjeller mellom behandlerne, kan ha sammenheng med utdanning/profesjon, spesialisering i fagfeltet, terapeutens kjønn og alder samt terapeutens evne til å skape en terapeutisk allianse med den enkelte pasient og hans/hennes familie. I følge Bjørngaard et al. (2008) indikerer forskning at kvalitet i behandling er nært beslektet med relasjonelle faktorer mellom pasient og behandler. Man ser i dag at representanter fra alle terapiretninger i økende grad vektlegger relasjonens endringskraft. Dette skjer også innen retninger som tradisjonelt har vært mer teknikkfokuserede (Binder, 2008). Kielland Samoilow (2007) oppsummerer virksomme faktorer i terapi. Han peker på at forskningen har vist at endring i stor grad er assosiert med forholdet mellom terapeut og klient. Videre deler

han relasjonelle sider ved forholdet mellom terapeut og klient inn i tre og beskriver det som: enighet om terapiens mål, enighet om fremgangsmåter samt et følelsesmessig bånd mellom klient og behandler der klienten føler seg bekreftet, forstått og verdsatt.

Det er gjort få undersøkelser som ser på årsaksforklaringer til hvorfor foreldre eller barn og ungdom er fornøyd med behandling gitt ved BUP. Når det gjelder ovenfor nevnte to undersøkelser, er det i liten grad sett på sammenhengen mellom de foresattes og/eller barnets vurdering av BUP og andre faktorer (Bjertnæs et al., 2008). Det er flere potensielle faktorer ved pasientene og hans/hennes familie som kan påvirke brukerfornøydhets. Slike faktorer kan være forskjeller i symptomnivå før behandlingen starter, nytte av behandlingen, klinikers vurdering av pasientens totalsituasjon, pasientens kognitive fungering og sosiodemografiske/ sosioøkonomiske faktorer som alder, kjønn, antall søsken, foreldres sivilstatus og inntekt.

Det er blitt stilt spørsmål ved nytteverdien til brukerundersøkelser (Grøholt, 2008, Bjertnæs et al., 2008). Dette på bakgrunn av flere forhold. For det første er det ofte lav svarprosent i denne type undersøkelser. Videre er det jevnt over høy grad av fornøydhets og liten variasjon i svarene. Det har også vist seg at svarene er preget av hvem som spør og av spørsmålenes utforming. Man har sett liten sammenheng mellom foreldres og barns fornøydhets, og man har sett at samarbeidspartnere i andre deler av hjelpeapparatet, er mindre fornøyd enn pasientene. Det er også funnet at det er lite sammenheng mellom behandlingseffekt og brukerfornøydhets. Man kan anta at de pasientene som er minst tilfreds med behandlingen, trekker seg fra behandlingsopplegget, og således er lite representert i undersøkelser om brukerfornøydhets (Grøholt, 2008, Bjertnæs et al., 2008).

Fornøydhets med ”De utrolige årene”

Det er både i Norge og internasjonalt forsket på hvor fornøyd foreldre som har deltatt i ”De utrolige årene” er (Webster-Stratton og Hammond, 1997, Webster-Stratton et al., 2004; Larsson et al., 2008, Lurie og Clifford, 2005 referert i Martinussen, 2009). Disse studiene har vist høy grad av fornøydhets med

behandlingsprogrammet blant foreldre. I en studie rapporterte over 90 % av foreldrene at de var fornøyd med behandlingen (Webster-Stratton og Hammond, 1997). I en annen studie var gjennomsnittlig fornøydhet blant foreldrene over 6 poeng, målt på en syvdelt skala der 7 = svært positiv til behandlingen (Webster-Stratton et al., 2004). I en norsk studie sa 94 % av mødrene og 84 % av fedrene at de synes behandlingen var bra eller svært bra (Larsson et al., 2008). En annen norsk kvalitativ studie har pekt på at foreldre ofte kan oppleve det som belastende å ha et barn med atferdsvansker (Lurie og Clifford, 2005 referert i Martinussen, 2009). Foreldrene beskrev i denne studien at det var godt å treffe andre foreldre i samme situasjon og at de var fornøyd med behandlingsprogrammet.

Selvstendig håndtering og mestring

I helsevesenet brukes ofte begrepet mestring, og begrepet har de siste årene blitt sett og satt i sammenheng med psykisk helse (Borge, 2003). I ”Lov om spesialisthelsetjeneste” blir det slått fast at opplæring av pasienter og pårørende er en av spesialisthelsetjenestens fire hovedoppgaver (Helsedirektoratet, 2008 c og Helse- og omsorgsdepartementet, 2005). Formålet med opplæringen er at pasienter som har en kronisk, langvarig sykdom eller funksjonsnedsettelse og deres nærmeste skal tilegne seg kunnskaper for å leve med situasjonen og mestre hverdagen. I dag er det vanlig å organisere opplæring av pasienter og pårørende i Lærings- og mestringssentre, og det finns Lærings- og mestringssentre i alle landets helseforetak (Helsedirektoratet, 2008 c). Dette er også tilfellet ved Universitetssykehuset i Tromsø, som har en egen avdeling som heter ”Lærings- og mestringssenteret” (<http://www.unn.no/lms>). Her tilbys blant annet kurs og opplæring i hvordan man kan håndtere eller mestre at man har fått en alvorlig sykdom eller at man har et alvorlig sykt barn. Ved Lærings- og mestringssentrene sidestilles brukernes og fagpersonenes erfaringer og kunnskap både i planleggingen, gjennomføringen og evalueringen av tilbudet som blir gitt til pasienter og pårørende (Helsedirektoratet, 2008 c).

I noe av faglitteraturen blir mestring sett på som en del av begrepet resiliens (Borge, 2003). Man har i lang tid forsket på risikofaktorer for å utvikle sykdom, både

fysisk og psykisk. I forbindelse med denne type forskning har man oppdaget at selv om personer har vært utsatt for de samme risikofaktorene, er det likevel ikke alle som utvikler sykdom. Dette gjorde at forskere ble interessert i å finne ut om det finnes faktorer som beskytter mot sykdom. I denne sammenheng benyttes ofte Antonovsky og hans begrep "Sens of coherence" (SOC) eller på norsk; opplevelse av sammenheng (Borge, 2003). Begrepet består av tre komponenter: håndterbarhet, mening og forståelse. Håndterbarhet omtales som den evnen man har til å se løsninger på problemer, som andre finner uløselige. Mening blir beskrevet som i hvilken grad man opplever dagliglivet som meningsfylt og som en kilde til personlig tilfredsstillelse. Forståelse blir omtalt som hvilken forståelse en har av følelser og av det som hender i dagliglivet (Borge, 2003).

SOC blir forklart ut fra både ytre og indre faktorer og viser tilbake på den enkeltes egen opplevelse av sin situasjon (Ristkari et al., 2009). Eksempler på indre faktorer kan være intelligens, kunnskap og sosiale ferdigheter. Ytre faktorer kan være å ha et sosialt nettverk, økonomisk trygghet, gode arbeidsforhold eller mulighet for utdanning samt påvirkningsmulighet i samfunnet (Ristkari et al., 2009). I artikkelen til Ristkari et al. (2009) henvises det til en rekke studier som har sett at SOC er assosiert med helse, og man har sett at SOC i rimelig høy grad predikerte helse både på kort og lang sikt. I artikkelen ble det også vist til en finsk studie av unge menn (Pietilä, 1994 og Pietilä et al., 1994, referert i Ristkari et al., 2009), der man så at selvrapportert helse, stress, familiefaktorer i ungdomstida, skoleprestasjoner og økonomisk situasjon predikerte grad av SOC. I studien til Ristkari et al. (2009) ble det sett nærmere på SOC og kriminalitet. Det ble benyttet et kartleggingsverktøy for å måle grad av SOC, og i studien fant man at lav grad av SOC var assosiert med høyere forekomst av kriminalitet. Det ble i denne studien blant annet konkludert med at SOC også kan benyttes for å kartlegge risiko, selv om modellen i sin tid ble utarbeidet for å se på hva som påvirker god fysisk og psykisk helse (Ristkari et al., 2009). Det er også sett nærmere på psykiske lidelser og SOC (Ristkari et al., 2006). Her fant man at lav grad av SOC samt somatiske symptomer var assosiert med et bredt spekter av psykiske lidelser.

I annen faglitteratur henvises det også til Antonovsky og hans "Sense of coherence". I en studie (Grøholt, Nordhagen og Heiberg, 2007) ble det sett nærmere på mestring hos foreldre til barn med funksjonshemninger. Det kan være store utfordringer knyttet til å ha et barn som er sykt, både praktiske utfordringer og emosjonelle belastninger. Det er balansen mellom foreldrenes opplevelse av belastning knyttet til å ha et barn som er syk og de ressursene de har til å takle disse utfordringene med, som gjenspeiles i foreldrenes evne til å mestre hverdagen. I denne studien fant man at grad av opplevd mestring (SOC) var assosiert med å ha et barn med funksjonshemning, der det å ha et barn med funksjonshemning virket negativt inn på grad av mestring (Grøholt et al., 2007).

Problemstilling

Det er økt fokus på brukerfornøydhhet, og kartlegging av grad av fornøydhhet blir sett på som en måte å vurdere kvaliteten på behandling i helsevesenet. Det finns studier som har sett nærmere på brukerfornøydhhet blant foresatte til barn som mottar behandling i BUP, men man har i liten grad sett nærmere på hvilke faktorer som er assosiert med brukerfornøydhhet og opplevd mestring.

Det er i liten grad gjort forskning på sammenhengen mellom effekten av behandlingsprogrammet DUÅ og foreldrenes egen opplevelse av evne til å mestre barnets problematferd.

I denne studien ble det undersøkt om brukerfornøydhhet og opplevd mestring ett år etter avsluttet foreldreveiledningskurs i programmet "De utrolige årene" kan predikeres ut fra endring i symptomer og intensiteten til adferdsvanskene etter at det ble korrigert for alder, kjønn og komorbiditet i form av angst og ADHD.

Metode

Deltakere

Deltagerne i denne studien besto av 79 pasienter i alderen 4 – 8 år, som ble henvist og utredet ved to Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Utvalget besto av 61 gutter og 18 jenter. Gjennomsnittsalder ved oppstart av behandling var 6.54 år ($SD = 1.33$). Alle barna i utvalget fylte kriteriene for diagnosene ODD eller CD. 58.2 % ($n = 46$) av barna i utvalget, 54.1 % ($n = 33$) av guttene og 72.2 % ($n = 13$) av jentene, hadde en sikker eller mulig ADHD-diagnose. 16.5 % ($n = 13$) av barna, 16.4 % ($n = 10$) av guttene og 16.7 % ($n = 3$) av jentene, hadde en mulig eller sikker angstdiagnose.

Mors gjennomsnittsalder ved oppstart av behandling var 33.18 år ($SD = 5.66$). 55.5 % ($n = 44$) av mødrene bodde sammen med en partner ved oppstart av behandlingen, mens 26.5 % ($n = 21$) bodde ikke sammen med partner. Opplysninger om sivilstatus manglet hos 18 % ($n = 14$) av mødrene.

Måleinstrument

Eyberg Child Behavior Inventory

Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) er et spørreskjema for kartlegging av atferdsvansker hos barn i alderen 3 – 16 år (Eyberg og Ross, 1978). Skjemaet fylles ut av foreldre/foresatte og registrerer atferdsvansker på to dimensjoner, en intensitetsskår og en problemskår. Skjemaet inneholder 36 utsagn som beskriver atferd som er forbundet med atferdsvansker. For hvert av de 36 utsagnene skal foreldrene registrere om atferden forekommer på en skala fra aldri (1) til alltid (7). Dette gir en intensitetsskår fra 36 til 252. På problemskalaen skal foreldrene registrere om atferden er et problem for dem ved å krysse av for ja / det er et problem eller nei / det er ikke et problem. Man summerer antallet ja-svar og får en problemskår fra 0 – 36. Intensitetsskalaen måler omfanget av problematferd, og intensitetsskåren forteller hvor stort trykk det er på /omfanget av problematisk atferd hos barnet. Problemskalaen måler foreldrenes opplevelse av hvor problematisk barnets atferd er for dem/ deres toleranse for barnets problematferd. Foreldrene fyller

ut skjemaet hver for seg (Axberg, Hanse og Broberg, 2008, Reedtz et al., 2008). På skjemaet er det også mulig å tilføye annen problematferd forelderen opplever, ved å skrive det ned på skjemaet og så krysse av på samme skalaer.

Når man har sett på validiteten til ECBI, har man undersøkt om ECBI måler forekomst og intensitet av problematferd (intensitetsskår) og om de foresatte opplever dette som et problem (problemskår). Når man har sett på reliabiliteten til ECBI, har man undersøkt om ECBI er pålitelig. Studier i Norge (Reedtz et al, 2008) og Sverige (Axberg et al., 2008) har konkludert med at ECBI har gode psykometrisk egenskaper i forhold til reliabilitet og validitet. ECBI-skårene er stabile over tid, både når det gjelder barn og ungdom. Det er blitt beskrevet at det er adekvate test-retest reliabilitet, ”split-half” og indre konsistent reliabilitet (Reedtz et al, 2008). ECBI har god indre konsistens både blant gutter og jenter og blant ulike etniske grupper (Eyberg og Pincus, 1999, referert i Axberg et al., 2008). Test – retest reliabilitet for intensitetsskalaen er $r = .86$ og for problemskalaen er $r = .88$. Sammenligning mellom mødres og fedres rapportering på ECBI viser moderat til sterkt sammenfall i skåringene, for intensitetsskår er $r = .69$ og for problemskår er $r = .61$ (Eyberg og Pincus, 1999, referert i Axberg et al., 2008). Validiteten til ECBI er blant annet undersøkt ved å sammenligne ECBI med Child Behavior Check List (CBCL) (Axberg et al., 2008). Det er gjort en studie i Norge hvor man har samlet inn data for å lage norske normer for ECBI (Reedtz et al., 2008). Dette er gjort i forbindelse med at skjemaet er oversatt og tilpasset norske forhold. Det er disse norske normene som er lagt til grunn i denne studien.

Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Present Life Version

Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Present Life Version (Kiddie-SADS (PL)) er et semistrukturert diagnostisk intervju som vurderer nåværende og tidligere symptomer på psykiske lidelser hos barn og unge i alderen 6 - 18 år etter kriteriene i diagnosesystemet DSM-IV (Kaufmann et al., 1997). Intervjuet er opprinnelig amerikansk og er oversatt og tilpasset til norske forhold (Sund, 2004). Intervjuet har en innledende del hvor det blir spurt etter personalia og demografiske

opplysninger samt anamnestiske opplysninger som somatisk og psykiatrisk sykehistorie. Kiddie-SADS består av et screeningsintervju og flere tilleggshefter. Screeningsintervjuet er inndelt etter diagnoser, med spørsmål knyttet direkte opp mot symptomer på de ulike diagnosene. Spørsmålene i intervjuet er ment som en veiledning med forslag til spørsmålsstilling, og må nødvendigvis ikke følges ordrett. Det skåres på en skala fra 0 – 3, hvor en skåring på 0 står for at det ikke finnes tilgjengelig informasjon, en skåring på 1 tilsier at symptomet ikke er til stede, en skåring på 2 indikerer at symptomet er til stede under terskelnivå og en skåring på 3 representerer terskelnivå. Under intervjuet kommer intervjuerens kliniske skjønn til anvendelse når svarene skal skåres. For hvert spørsmål er det gitt konkrete eksempler på hva som skal såres som 1, 2 og 3. Hvis det skåres på terskelnivå, innebærer dette at barnet har kliniske tegn på at den aktuelle diagnose er til stede. Dette indikerer at man skal benytte tilleggsintervjuet for denne diagnosen. Det foreligger konkrete kriterier, som beskriver når man skal følge opp med et tilleggsintervju etter screeningsintervjuet, for hver diagnose. Det finnes fem tilleggsintervju som kartlegger symptomer på følgende diagnoser nærmere: affektive lidelser, psykotiske lidelser, angstlidelser, atferdsforstyrrelser samt stoffmisbruk og andre lidelser (spiseforstyrrelser og tics). I screeningsintervjuet blir det spurt både etter symptomer på nåværende tidspunkt og det blir spurt om symptomene har forekommet tidligere. Foreldre og barn intervjues hver for seg. En kan vurdere om det er hensiktsmessig å intervju yngre barn ut fra alder og modenhet, men barn fra 10 -12 år blir gjerne intervjuet (Sund, 2004). Etter å ha gjennomført screeningsintervjuet og eventuelle tilleggsintervju, blir det gjort en samlet vurdering ut fra intervjuet med foreldrene, med barnet, andre opplysninger for eksempel fra barnehage og/eller skole og journal når man vurderer om barnet oppfyller kriteriene for en psykiatrisk diagnose (Sund, 2004).

I en studie som beskrev og vurderte Kiddie-SADS som utredningsverktøy, ble det gjort sammenligninger mellom ulike behandlere og deres bruk av Kiddie-SADS (Kaufman et al., 1997). I denne studien kom de frem til at det var høy grad av enighet (fra 93 % til 100 %) om skåring og diagnose mellom forskjellige intervjuere. I denne undersøkelsen sammenlignet man også screeningsresultatene fra Kiddie -

SADS med andre utredningsverktøy og selvrapporterings skjema. Reliabiliteten var svært god for noen diagnoser (depresjon, bipolar lidelse, generalisert angst, CD og ODD) og god for andre diagnoser (posttraumatisk stress lidelse og ADHD). Det ble konkludert med at Kiddie-SADS hadde god validitet og reliabilitet ved diagnostisering (Kaufman et al., 1997). Kiddie-SADS er oversatt og tilpasset til en rekke språk. For å sikre at intervjuet er adekvat å bruke på andre språk og i andre land med de forskjeller i kultur som forekommer, er det gjort en del forskning på intervjuets reliabilitet og validitet. I en islandsk studie (Lauth, et al., 2008) som ble gjort i forbindelse med oversetting og tilpassing til islandske forhold, ble det konkludert med at Kiddie-SADS hadde god reliabilitet og validitet. Hensikten med studien var å beskrive prosessen med å tilpasse Kiddie-SADS til islandske forhold og å undersøke reliabiliteten ved test-retest av den islandske utgaven.

Kursevaluering 1 års oppfølging

Skjemaet "Kursevaluering 1 års oppfølging" består av flere deler. Skjemaet er vedlagt, se vedlegg 1. Den første delen i skjemaet (A) består av spørsmål som oppsummert handler om hvor fornøyd foreldrene er med kurset og om deres opplevelse av egen evne til å håndtere barnets atferdsvansker både i dag og i fremtiden. Den andre delen i dette skjemaet (C2) har spørsmål om i hvilken grad foreldrene i dag bruker de ulike teknikkene fra kurset. I siste del av spørreskjemaet (H) er det spørsmål om i hvilken grad foreldrene syns barnets atferdsproblemer har endret seg etter foreldrekurset.

Ut fra spørsmålene i skjemaet ble skalaene "brukerfornøydhet" og "egenhåndtering" konstruert. Vurderingen av hvilke spørsmål som skulle inngå i skalaen ble gjort ved at man gikk gjennom evalueringsskjemaet og valgte ut de spørsmålene som omhandlet brukerfornøydhet samt de spørsmålene som omhandlet egenhåndtering.

Skalaen "brukerfornøydhet" ble konstruert ved at resultatene på spørsmålene A 1, 2 og 5 ble summert. På spørsmål A 1 ble foreldrene bedt om å gi en vurdering av kurset. På spørsmål A 2 ble foreldrene spurt om de ville anbefale kurset til andre. På spørsmål A 5 oppgav de sitt generelle inntrykk av kursopplegget. På alle tre

spørsmålene ble de bedt om å krysse av på en syvdelt skala. Svaralternativene på spørsmål A 2 ble rekodet slik at svaralternativene på de tre spørsmålene ble likt gradert, det vil si at svaralternativene på alle tre skalaer gikk fra 1 = svært dårlig til 7 = svært bra.

Skalaen "egenhåndtering" ble konstruert ved at resultatene på spørsmål A 3 og 4 ble summert. Dette er spørsmål hvor foreldrene ble bedt om å vurdere egen evne til å håndtere nåværende og fremtidige atferdsvansker hos barnet sitt. På disse to spørsmålene krysset de av på en syvdelt skala. Spørsmål 3 ble rekodet slik at graderingene ble sammenfallende fra 1 = svært usikker til 7 = svært sikker.

Prosedyre

Det ble gitt informasjon om studien til henvisende instanser, dvs. lege, helsestasjon og barnevern, samt til samarbeidspartnere i kommunalt hjelpeapparat og skole/barnehage.

Barna ble først kartlagt med ECBI, hvor det ble satt en grense for klinisk område ved skåre over 90-persentilen basert på norske normer. Dette innebar en skåre på intensitetsskalaen på over 119 for jenter og over 126 for gutter.

Barn med en skåre innenfor klinisk område på ECBI, ble kartlagt videre ved hjelp av Kiddie-SADS-PL. Barn som etter utredning med Kiddie-SADS-PL fylte kriteriene for ODD eller CD basert på diagnosekriteriene i DSM-IV ble inkludert i studien. Etter anbefaling fra Angold og Costello (1996) ble barn med sannsynlig diagnose inkludert. Det vil si at barn som oppfylte et kriterium mindre enn påkrevd for å stille sikker diagnose, både i forhold til ODD og CD etter kravene i DSM-IV og samtidig viste funksjonsnedsettelse som følge av dette.

Barn med alvorlig fysisk funksjonshemming, syns- og hørselshemming, psykisk utviklingshemming, autisme samt barn som mottok annen psykiatrisk behandling eller intervensjon ble ekskludert fra utvalget. Barn med ADHD som fikk medikamentell behandling ble inkludert hvis den medikamentelle behandlingen var startet opp minst 6 måneder før utvelgelse til studien. Alle unntatt en familie i studien var etnisk norsk. Familien som ikke var etnisk norsk hadde gode nok

norskkunnskaper til å kunne dra nytta av foreldreveiledningskurset. Etter utredning deltok foreldrene på foreldreveiledningskurset i behandlingsprogrammet ”De utrolige årene”. Deler av utvalget deltok på både foreldreveiledningskurs og dinosaurskole for barnet. Det ble samlet inn informasjon før og etter behandling samt ved oppfølging ett år etter avsluttet behandling. Foreldrene svarte på evalueringsskjema etter avslutning av behandling. De svarte i tillegg på evalueringsskjema ett år etter at behandlingen ble avsluttet. På grunn av liten deltagelse bland fedre er evalueringsskjema og ECBI utfylt av mor brukt i denne studien.

Totalt fylte 138 barn kriteriene for å bli inkludert i studien og ble spurt om å delta. To familier takket nei til deltagelse. De gjenværende 136 ble tilfeldig fordelt på tre grupper; en gruppe fikk tilbud om foreldreveiledningskurs, en gruppe fikk tilbud om foreldreveiledningskurs og dinosaurskole og en gruppe ble satt på venteliste. Det var syv familier som trakk seg før oppstart av behandling og to familier som trakk seg fra ventelista. I tillegg trakk to familier seg i behandlingsperioden. Det var ni familier som ikke ønsket deltagelse ved innsamling av informasjon ved oppfølging ett år etter avsluttet behandling. Blant familiene på ventelista ble fem tilbudt behandling, men takket nei. Totalt 88 familier deltok på innsamling av data ved oppfølging ett år etter endt behandling. Ni familier ble ekskludert fra studien på grunn av mangelfulle data. Totalt er det 79 familier som er inkludert i denne studien.

Endring av symptomer ble målt ved hjelp av ECBI målt før oppstart på foreldreveiledningskurs, ved avsluttet behandling og ved oppfølging ett år etter avsluttet kurs.

Komorbiditet i form av diagnosene ADHD og angst framkom gjennom den utredning og kliniske vurdering som ble gjort av hvert enkelt barn på henvisningstidspunktet ved hjelp av Kiddie-SADS. Diagnostiseringen viste hvor mange av barna som i tillegg til atferdsforstyrrelse hadde mulig eller sikker angstdiagnose og/eller mulig eller sikker ADHD-diagnose.

Beskrivelse av behandlingen gitt i ”De utrolige årene”

Foreldreveiledningskurset

Foreldreveiledningskurset er manualbasert og den følgende beskrivelsen av gjennomføringen av kurset er hentet fra bøkene *Nye metoder i et moderne barnevern*, kapitlet: ”De utrolige årene”: Webster-Strattons foreldre-, barne- og lærerbaserte metode for behandling av små barn med atferdsforstyrrelser (Fossum og Mørch i Scheldrup, Orme og Mathisen red., 2005) og *De utrolige årene* (Webster-Stratton, 2000).

Foreldreveiledningskurset går over 12 - 13 uker og ble ledet av to sertifiserte kursledere. Alle kurslederne har gjennomgått en teoretisk og praktisk opplæring i programmet og fikk jevnlig veiledning på den jobben de gjorde som gruppeleder på bakgrunn av videoopptak fra møtene. Deltagerne besto av ca 12 foreldre/6 foreldrepar. Møtene varte i 2 timer. Det ble tilrettelagt med tilbud om barnepass. På møtene ble det brukt videovignetter og rollespill som utgangspunkt for diskusjon. Foreldrene fikk boka *De utrolige årene* (Webster-Stratton, 2000) og tema for møtene fulgte kapitlene i boka. Foreldrene fikk hjemmelekse mellom møtene, hvor de skulle øve på prinsipper knyttet til temaer som har vært tatt opp. De fikk oppfølging på telefon fra kursleder mellom møtene. Kurset la vekt på å skape en god relasjon mellom foreldre og barn gjennom lek. Det ble jobbet med hvordan foreldre kan rose barnet sitt mer effektivt. Foreldrene fikk konkrete eksempler på belønningssystemer og hvordan disse kan brukes for å oppnå ønsket atferd hos barnet. Oppsummert kan man si at det ble jobbet med at foreldrene skal få en mer positiv innfallsvinkel, at fokus flyttes fra å ha oppmerksomheten rettet mot uønsket atferd til å rette oppmerksomheten mot ønsket atferd. Temaer som videre ble tatt opp var grensesetting, ignorering og tenkepause. Det ble jobbet med at foreldrene skal gi naturlige og logiske konsekvenser ved uønsket atferd, samt å lære barnet problemløsning. Det ble vektlagt at foreldrene skal ha fått et mer positivt forhold til barnet gjennom lek, ros og belønning, før man gikk videre med grensesetting, ignorering og tenkepause. Både gjennom møtene og arbeidsboka ble begrepene gitt et tydelig innhold, og det ble nøye forklart hvordan for eksempel tenkepause skal brukes. Bruken skal være konsekvent og forutsigbar for barnet.

Det var viktig at gruppelederne fikk en god relasjon til foreldrene i gruppa. De skal ha en utforskende holdning overfor de problemene familien har og hva de har prøvd for å avhjelpe situasjonen. Gruppelederne kan for eksempel gi eksempler på utfordringer de selv har hatt overfor egne barn og/eller bruke humor for å lage et godt klima i gruppa og redusere forventningspress. Det ble lagt vekt på at kurslederne skal bruke samme virkemidler under foreldrekurset, som foreldrene skal lære å bruke over for sine barn. Altså, skal de bruke oppmerksomhets-, ros- og forsterkningsprinsippene overfor foreldregruppa. Et annet viktig prinsipp er at gruppelederne må benytte de åpningene eller sjansene som byr seg, og f. eks ikke henvise frustrasjon omkring et problem til den kursdagen hvor dette passer best inn i forhold til tema.

Foreldre til barn med atferdsvansker kan føle at de ikke lykkes med barneoppdragelse og at de er slitne av mange konflikter med barnet sitt. Foreldrene opplever derfor ofte at det er fint å treffe andre foreldre som har de samme utfordringene med sitt/sine barn. De opplever gjenkjennelse og støtte fra de andre foreldrene. De kan også dra nytte av hverandres erfaringer. Det ble på bakgrunn av dette også oppmuntret til kontakt mellom foreldrene utenom gruppemøtene samt kontakt etter at foreldreveiledningskurset var avsluttet.

Dinosauerskolen

Opplegget som blir gjennomført på dinosauerskolen er manualbasert og den følgende beskrivelsen av gjennomføringen er hentet fra boka *Nye metoder i et moderne barnevern*, kapitlet: "De utrolige årene": Webster-Strattons foreldre-, barne- og lærerbaserte metode for behandling av små barn med atferdsforstyrrelser (Fossum og Mørch i Scheldrup, Orme og Mathisen red., 2005).

Dinosauerskolen er den delen av behandlingsprogrammet som er rettet mot barnet. Den består av syv komponenter: introduksjon og regler, empatitrening, trening i problemløsning, sinnemestring, ferdigheter i forhold til vennskap, ferdigheter i kommunikasjon og trening for skole. Barna møtte i en fast gruppe bestående av 6 barn og 2 terapeuter. Behandlingen strakk seg over 18 uker. Behandlingsprogrammet tar sikte på å forbedre barnas pro-sosiale ferdigheter, øke

evnen til problemløsning, forbedre ferdighetene i lek og evnen til å samarbeide med hverandre. Det jobbes også med å øke barnas emosjonelle bevissthet, slik at barna kan kjenne igjen forskjellige følelser hos seg selv og andre. Gruppemøtene varte i to timer. Møtene hadde fast agenda, og de brukte ulike hjelpemidler og teknikker. Samtalen i gruppa kunne ta utgangspunkt i forskjellige videovignetter som er utarbeidet. Videovignettene viser vanlige konfliktsituasjoner fra hjem og skole. Terapeutene brukte også hånddukker. Læringen var basert på lek, og man brukte hjelpemidler som tegninger og tegneserier. Man brukte også rollespill med barna eller med dukkene. Dinosaurskolen foregikk parallelt med at foreldrene deltok på foreldreveiledningskurset og tok opp samme tema som på foreldreveiledningskurset. I tillegg var det et nært samarbeid med foreldre og lærere. De ble gitt informasjon om hva det ble jobbet med og hva man øvde på i dinosaurskolen, slik at denne type atferd kunne belønnes av de voksne.

Resultater

Dataene ble analysert ved hjelp av programmet SPSS versjon 16.

Behandlingseffekt

Det ble foretatt en parert t-test for å vurdere endringer på ECBI intensitets- og problemskår fra før behandling til etter behandling, samt fra etter behandling til ett års oppfølging. Effektstørrelse på forskjeller ble beregnet ved hjelp av eta squared. Tolkning av eta squared ble gjort ved hjelp av retningslinjene til Cohen (1988) (referert i Pallant, 2007) hvor .01 = liten effekt, .06 = moderat effekt og .14 = stor effekt.

Tabell 1 viser en oversikt over utviklingen i gjennomsnittlig problemskår og intensitetskår på ECBI og endringer i disse fra før behandling, til etter behandling og frem til ved ett års oppfølging. Det var en signifikant reduksjon i intensitetskår fra før behandling ($M = 156.43$, $SD = 22.93$) til etter behandling [$M = 118.10$, $SD = 29.31$, $t(78) = 12.78$, $p < .00$]. Effektstørrelsen på endringen var stor (eta squared = .68). Videre var det en signifikant reduksjon i problemskår fra før behandling ($M = 20.07$, $SD = 6.15$) til etter behandling [$M = 9.23$, $SD = 7.56$, $t(78) = 11.89$, $p < .00$]. Effektstørrelsen på endringen var stor (eta squared = .64)

Det var ingen signifikant endring i intensitetskår fra etter behandling ($M = 118.10$, $SD = 29.31$) til ett års oppfølging [$M = 119.90$, $SD = 30.74$, $t(78) = -.70$, $p = .49$]. Videre var det ingen signifikant endring i problemskår fra etter behandling ($M = 9.23$, $SD = 7.56$) til ved ett års oppfølging [$M = 10.10$, $SD = 8.35$, $t(78) = -1.19$, $p = .24$].

Tabell 1.

Oversikt over gjennomsnitt og standardavvik på problemskår og intensitetsskår målt med ECBI (N = 79) før, etter og ved ett års oppfølging etter behandling, samt endring i disse fra før behandling til etter behandling og fra etter behandling til 1 års oppfølging.

	Før behandling	Etter behandling	1 års oppfølging	Endring fra før behandling til etter behandling	Endring fra etter behandling til 1 års oppfølging
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
Intensitetsskår	156.43 (22.93)	118.10 (29.31)	119.90 (30.74)	38.33** (26.66)	- 1.79 (22.77)
Problemskår	20.07 (6.15)	9.23 (7.56)	10.10 (8.35)	10.84** (8.10)	-.87 (6.48)

** $p < .01$

Brukerfornøydhet og egenhåndtering

Skalaen som ble brukt for å måle brukerfornøydhet gikk fra 1 = svært dårlig til 7 = svært bra. Skalaen som ble brukt for å måle egenhåndtering gikk fra 1 = svært usikker til 7 = svært sikker. På skalaene for brukerfornøydhet var gjennomsnittet 6.58 ($SD = .58$) og for egenhåndtering var gjennomsnittet 5.39 ($SD = 1.17$).

Korrelasjon mellom variabler

I tabell 2 finnes en oversikt over korrelasjon mellom variablene. Resultatene viste en negativ korrelasjon mellom ADHD og reduksjon av intensitetsskår ($r = -.26, p < .05$) og problemskår ($r = -.31, p < .01$) på ECBI. Det var en signifikant korrelasjon mellom problemskår og intensitetsskår ($r = .77, p < .01$). Endringer i intensitetsskår på ECBI korrelerte med variablene brukerfornøydhet ($r = .38, p < .01$) og egenhåndtering ($r = .32, p < .01$). Endringer i problemskår på ECBI korrelerte også med variablene brukerfornøydhet ($r = .32, p < .01$) og egenhåndtering ($r = .24, p < .05$). Videre var det en korrelasjon mellom egenhåndtering og brukerfornøydhet ($r = .45, p < .01$).

Tabell 2.

Oversikt over korrelasjonen mellom brukerfornøydhet, egenhåndtering, kjønn, alder, komorbiditet i form av angst og ADHD, endring i ECBI intensitetsskår og endring i ECBI problemskår (N=79).

	1	2	3	4	5	6	7
1. Kjønn							
2. Alder	-.05						
3. Angst kontra ikke angst	-.00	.11					
4. ADHD kontra ikke ADHD	-.15	.18	.03				
5. Endring på ECBI intensitet	.09	-.13	.06	-.26*			
6. Endring på ECBI problem	.22	-.17	-.05	-.31**	.77**		
7. Egenhåndtering	.04	.01	.06	-.16	.32**	.24*	
8. Brukerfornøydhet	.18	-.03	-.13	-.19	.38**	.32**	.45**

* $p < .05$, ** $p < .01$.

Prediksjon av brukerfornøydhet og egenhåndtering

Det ble gjort to hierarkiske regresjonsanalyser. Resultatene er vist i tabell 3. Skalaen brukerfornøydhet ble brukt som avhengig variable i den ene analysen, mens skalaen egenhåndtering ble brukt som avhengig variabel i den andre analysen. I begge analysene ble de uavhengige variablene lagt til i tre steg. I første steg ble det lagt til demografiske variabler; alder og kjønn. I andre steg ble variablene komorbiditet i form av ADHD og angst lagt til. I tredje steg ble endring i ECBI-skår; problemskår og intensitetsskår, lagt til.

Modellen med skalaen brukerfornøydhet som avhengig variabel var signifikant ($R^2 = .20$, $p < .01$). Den eneste signifikante prediktor i modellen var ECBI-intensitetsskår ($\beta = 0.40$, $p < .05$). Modellen med skalaen egenhåndtering som avhengig variabel var ikke signifikant ($R^2 = .11$, $p > .05$).

Tabell 3.
Regresjonsanalyse med brukerfornøydhet og egenhåndtering som fast variabel.

	Brukerfornøydhet			Egenhåndtering		
	R^2	ΔR^2	β	R^2	ΔR^2	β
Steg 1. Demografiske variabler	.03	.03		.00	.00	
Kjønn (0 = jente, 1 = gutt)			.15			.01
Alder			.05			.05
Steg 2. Ko-morbiditet	.06	.03		.02	.02	
AD/HD (0 = nei, 1 = mulig eller sikker)			-.02			-.06
Angst (0 = ikke angst, 1 = angst)			-.16			.04
Steg 3. Ending ECBI såre (fra oppstart av behandlig til 1 års oppfølging)	.20**	.13**		.11	.09*	
Intensitetsskåre			.40*			.32
Problemskåre			-.04			-.01

Alle β -koeffisientene er hentet fra siste steg i regresjonsanalysen. * $p < .05$, ** $p < .01$.

Diskusjon

Formålet med denne studien var å undersøke om variasjon i brukerfornøydhets og egenhåndtering ett år etter avsluttet foreldreveiledningskurs i programmet "De utrolige årene" kunne predikeres ut fra alder, komorbiditet i form av angst og ADHD samt gjennomsnittlig reduksjon av intensitet og omfang av problemer målt med ECBI. Resultatene viste at foreldrene som deltok på foreldreveiledningskurset rapporterte om stor bedring i både intensiteten og omfanget av atferdsproblemene, samt at denne effekten vedvarte ett år etter at kurset var avsluttet. Dette indikerer at behandlingsprogrammet "De utrolige årene" har hatt stor vedvarende behandlingseffekt. Det var høy grad av fornøydhets blant foreldrene som deltok på foreldreveiledningskurs, mens graden av opplevd egenhåndtering var noe lavere.

Modellen med brukerfornøydhets som avhengig variable predikerte 20 % av variasjonen i foreldrenes fornøydhets med behandlingen som ble gitt. Etter å ha kontrollert for alder, kjønn og komorbiditet i form av ADHD og angst, fremkom det at reduksjon i ECBI skåren predikerte 13 % av variasjonen i foreldrenes fornøydhets. Intensitetsskåren på ECBI var eneste signifikante predikator for fornøydhets. Modellen med egenhåndtering som avhengig variabel var ikke signifikant.

Brukerfornøydhets

Resultatene viser at 13 % av variasjonen i foreldrenes fornøydhets med programmet, ble forklart med reduksjonene i barnas problematferd. Dette funnet sammenfaller ikke med andre brukerundersøkelser, hvor man i liten grad har funnet noen sammenheng mellom behandlingsresultat og fornøydhets (Grøholt, 2008). Resultater fra både internasjonale og norske studier har generelt vist stor grad av fornøydhets med hjelpen man får fra helsevesenet (Grøholt, 2008). Samtidig har forskning vist at foreldre til barn med atferdsvansker, var mindre fornøyde med behandlingen mottatt ved BUP, enn andre foreldre (Bjørngaard et al., 2008), noe som står i kontrast til funnene i denne studien. Det er flere forhold som kan forklare dette.

Behandlingen gitt i DUÅ skiller seg noe fra tradisjonell behandling gitt ved Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, hvor behandlingen i hovedsak blir gitt

som individualterapi, ikke er manualbasert og hvor hyppigheten i konsultasjonene kan variere (Andersson et al., 2005).

En av forskjellene ligger i at man treffer andre foreldre som er i samme situasjon som en selv. Mange foreldre opplever det stigmatiserende å ha et barn med atferdsvansker og opplever at andre stiller spørsmålstegn med deres egenskaper som oppdrager (Lurie og Clifford, 2005 referert i Martinussen, 2009). Det er derfor påpekt at det å treffe andre i samme situasjon oppleves som positivt. Konseptet med å gi tilbudet i gruppe, der man oppnår denne effekten, kan være sterkt medvirkende til fornøydhets. I DUÅ blir det lagt opp til at foreldrene skal knytte kontakter seg i mellom og kunne være en støtte for hverandre både under kurset og etterpå.

I DUÅ legges det stor vekt på skoling av gruppeledere blant annet gjennom en sertifiseringsordning som krever både teoretisk kunnskap og praktisk erfaring (Fossum og Mørch i Scheldrup, Orme og Mathisen red., 2005). Gruppelederne får også kontinuerlig veiledning på jobben de gjør. Det blir lagt vekt på å få gode relasjoner mellom gruppelederne og deltakeren i gruppa, der foreldrene skal ses på som samarbeidspartnere. Det er alltid to gruppeledere på møtene. De deler ansvaret for arbeidet i gruppa, der den ene har ansvaret for innholdet og den andre har ansvaret for prosessen i gruppa.

Foreldreveiledningskurset er et intensivt behandlingsopplegg, der man deltar på møter en gang i uka og får telefonisk oppfølging fra en av gruppelederne mellom møtene. Samtidig varer kurset over en del uker, noe som gjør at man må holde fokuset på tematikken over noe tid (Fossum og Mørch i Scheldrup, Orme og Mathisen red., 2005). Trolig er denne arbeidsformen, der man både kvalitetssikrer innholdet i møtene og prosessen i gruppa, med på å øke fornøydhets med behandlingsprogrammet. I en gjennomgang av manualbaserte programmer til bruk i skolen (Nordahl et al., 2005) ble det konkludert med at skulle denne typen tiltak ha ønsket effekt måtte opplegget ha et godt fundament både teoretisk og empirisk, behandlingsopplegget måtte ha en viss intensitet og varighet, være godt planlagt og systematisk.

Annen forskning har indikert at forholdet mellom behandler og pasient påvirker kvaliteten på behandlingen (Bjørngaard et al., 2008). Man ser at i DUÅ

legges det stor vekt på prosessen i gruppa, noe som innbefatter både forholdet mellom deltakerne i gruppa og mellom deltakerne og gruppelederne. Deltakerne skal ses på samarbeidspartnere, deres innspill skal tas på alvor og møtes. De mottar også individuell oppfølging ved at de har telefonkontakt med gruppelederne mellom møtene. Det er trolig at disse elementene også påvirker fornøydhetsnivået med foreldreveiledningskurset.

I motsetning til mye av behandling gitt ved BUP er behandlingsprogrammet DUÅ manualbasert. Det er klart definert med hensyn til innhold, omfang og målsetting. Det blir satt opp konkret målsetting for den enkelte familie. Informasjonen om DUÅ blir gitt til foreldrene på flere måter både før oppstart og underveis i behandlingen. De får den muntlig informasjon i gruppemøtene og telefonsamtaler, skriftlig informasjon gjennom kursboka samt at foreldrene har mulighet til å skaffe seg ytterligere informasjon om behandlingsprogrammet på DUÅ sine hjemmesider på internett (<http://deutroligearene.uit.no>).

Resultatene i dette studiet viste at verken barnets kjønn eller komorbiditet hos barna (i.e. ADHD og angst) predikerte foreldrenes fornøydhetsnivå med behandlingen i DUÅ. Dette kunne man kanskje forventet å finne da man i en annen studie av barn med atferdsvansker fant at jenter profiterte dårligere enn gutter på behandling (Fossum et al., 2009). Det er positivt at komorbiditet hos barna ikke synes å influere foreldrenes fornøydhetsnivå, siden dette kan være forhold som indikerer at barna har mer omfattende problematikk og som sådan er i forhøyet risiko (Smith, 2004). I en annen studie av barn med atferdsvansker så man at ADHD som komorbid vanske var et forhold som kunne predikere et dårligere behandlingsresultat (Fossum et al., 2009), mens når man fulgte utviklingen over tid var ikke denne forskjellig om barnet hadde ADHD eller ikke (Fossum, et al., i trykk).

Egenhåndtering

Modellen med egenhåndtering var ikke signifikant. Resultatene i korrelasjonsanalysen viste en moderat korrelasjon mellom brukerfornøydhetsnivå og egenhåndtering ($r = .45$). Dette indikerer at disse skalaene til en viss grad måler det samme. Ut fra dette kunne man forvente at siden de samme uavhengige variablene

var med i modellene for brukerfornøydhets og egenhåndtering, ville variablene også predikere variasjon i egenhåndtering.

Det kan være flere forklaringer på at modellen med egenhåndtering ikke var signifikant. En forklaring kan være at egenhåndtering rommer en mer helhetlig opplevelse og at andre faktorer, som ikke direkte går på reduksjon av barnets atferdsvansker, påvirker opplevelsen av mestring. Hvilke ressurser man til en hver tid har tilgjengelig for å takle barnets utagerende atferd, påvirkes i større grad av en rekke faktorer, både indre faktorer og ytre faktorer. Det kan hende at man bedre kunne kartlagt eller tydeliggjort egenhåndtering ved hjelp av andre måleinstrument enn spørreskjemaet som ble brukt i studien. Videre ser kanskje modellen med egenhåndtering på litt andre typer psykologiske faktorer enn modellen med brukerfornøydhets. Når man ser på begrepet mestring, er dette gitt et mye breiere innhold enn det å være fornøyd. Mestring og egenhåndtering er i stor grad knyttet opp til familiens totale situasjon og vil trolig i mye større grad påvirkes av en rekke andre forhold.

Slik som mestring blir beskrevet og definert blant annet hos Borge (2003) og Grøholt et al. (2007), ser man at opplevd mestring og egenhåndtering i stor grad vil kunne påvirkes av andre belastninger, og blir satt i sammenheng med de totale ressursene man har for å møte utfordringer. Dette er faktorer som også kan tenkes å påvirke grad av brukerfornøydhets, og er en potensiell forklaring på korrelasjonen mellom brukerfornøydhets og mestring.

Brukerfornøydhets som kvalitetsindikator

I denne studien predikerte de uavhengige variablene 20 % av variasjonen i brukerfornøydhets. Dette viser videre at 80 % av variasjonen predikeres av andre variabler enn de som ble undersøkt. Det er påpekt som en svakhet ved undersøkelser av brukerfornøydhets, at resultatene har vist stor grad av fornøydhets med hjelpen man får fra helsevesenet, uavhengig av hvilken type hjelp man har fått og oppnådd behandlingsresultat (Bjertnæs et al., 2008, Grøholt, 2008).

Man har sett at manglende sammenheng mellom brukerfornøydheth og behandlingsresultat blant annet har ført til at det er blitt stilt spørsmålstegn ved bruk av brukerundersøkelser og hvilke konklusjoner man egentlig kan trekke ut fra dem (Bjertnæs et al., 2008, Grøholt, 2008). På den andre siden ser man at myndighetene ønsker å ha denne dimensjonen med når man vurderer kvalitet i helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2008 d). I Lov om pasientrettigheter heter det at pasienter og pårørende skal ha innflytelse på helsetilbudet som blir gitt samt mulighet for medvirkning og medbestemmelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005). Brukerundersøkelser blir sett på som en måte for pasienter å gi tilbakemelding til helsevesenet på. Ut fra denne tankegangen hevdes det at brukerfornøydheth kan være et viktig supplement til andre kvalitetsindikatorer som ventetid, epikrisetid og antall konsultasjoner (Helsedirektoratet, 2008 d, Grøholt, 2008). Heller enn å avvise brukerfornøydheth som viktig og nyttig informasjon, kunne man kanskje forbedre og standardisere måten dette blir kartlagt på. Hvis man på en god måte klarer å fange opp hva brukere av helsetjenesten mener om tjenesten, vil dette gi nyttige tilbakemeldinger som kan brukes for å forbedre tjenesten ut fra myndighetenes retningslinjer blant annet skissert i Lov om pasientrettigheter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005).

Videre er det mulig at undersøkelser av brukerfornøydheth først og fremst fanger opp viktige rammevilkår for behandling, for eksempel relasjon mellom pasient og behandler. Ett av funnene i en brukerundersøkelse gjort ved landets barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, var at det var større variasjon i fornøydheth innad i den enkelte poliklinikk, enn det var mellom de ulike poliklinikkene (Andersson et al., 2005). En mulig forklaring på dette ligger i at det er forskjeller mellom de enkelte behandlerne som påvirker fornøydheth, f.eks behandlerens kjønn, alder og utdanning. Men forskjeller mellom behandlere kan også ligge i deres evne til å skape en terapeutisk allianse med den enkelte pasient og hans/hennes familie. I følge Bjørngaard et al. (2008) indikerer forskning at kvalitet i behandling er nært beslektet med relasjonelle faktorer mellom pasient og behandler. Eksempler på dette er enighet om terapiens mål, enighet om fremgangsmåter samt et følelsesmessig bånd

mellom klient og behandler der klienten føler seg bekreftet, forstått og verdsatt (Kielland Samoilow, 2007).

Begrensninger ved studien

En begrensning ved denne studien er at det sannsynligvis har vært et for lite utvalg til å fange opp små til moderate effekter i regresjonsanalysen. Dette gjør at man ikke kan utelukke at de prediktorene som ikke var signifikante, ville vært det i et større utvalg. Det samme gjelder modellen med egenhåndtering, der man heller ikke kan utelukke at modellen hadde vært signifikant ved bruk av et større utvalg. Videre studier av dette bør gjøres med et større utvalg for å få svar på disse spørsmålene.

En annen begrensning ved studien er at variasjonen i brukerfornøydhet var liten. Begrenset variasjon gjør det vanskeligere å fange opp små til moderate effektsstørrelser.

På grunn av utvalgets størrelse, ble de ikke skilt mellom de som mottok foreldreveiledningskurs alene og de som mottok både foreldreveiledningskurs og dinosaurskole for barnet. Det ble heller ikke skilt mellom barn med ODD og barn med CD av samme grunn.

CD er å betegne som en mer alvorlig tilstand enn ODD, med symptomer som er mer alvorlige både for barnet og omgivelsene. Annen forskning har vist at ved mer alvorlige tilstander må man ofte supplere manualbaserte programmer med ytterligere oppfølging av barn og foreldre (Nordahl et al., 2005). Ved å se på disse to gruppene hver for seg, kunne man fått frem eventuelle variasjoner både i behandlingsresultat og fornøydhet mellom barn med ODD og barn med CD. Ved eventuelle forskjeller, kunne det være hensiktsmessig å kunne tilby supplerende tiltak for de familiene der barnet hadde mer alvorlige atferdsforstyrrelser eller viste dårligere behandlingsresultat.

Det er heller ikke skilt mellom om familien hadde deltatt på foreldreveiledningskurs eller om de hadde deltatt på både foreldreveiledningskurs og dinosaurskole for barnet i denne studien. I en undersøkelse hvor det ble sett nærmere på behandlingsresultatene i DUÅ (Fossum et al., 2009), fant man ingen signifikante

forskjeller om familien hadde deltatt på foreldreveiledningskurs eller om de hadde deltatt på både foreldreveiledningskurs og dinosaurskole for barnet. Videre forskning bør undersøke nærmere om brukerfornøydhet og egenhåndtering blir påvirket av om familien deltar på foreldreveiledningskurs eller om de deltar på både foreldreveiledningskurs og dinosaurskole for barnet.

Resultatene i denne studien baserer seg på opplysninger fra mødre. Rapporteringen fra fedre ble ikke inkludert på grunn av lav svarprosent. Dette kan være problematisk da det ikke er gitt at mødre og fedre opplever det å ha et barn med atferdsforstyrrelse likt eller gir samme beskrivelse av barnets atferd. Videre forskning bør undersøke nærmere om det er forskjeller i rapportering mellom mødre og fedre og hvordan eventuelle forskjeller påvirker brukerfornøydhet og opplevd egenhåndtering.

Evalueringsskjemaet som ble brukt i denne studien er ikke standardisert eller validert. Dette gjør det vanskelig å sammenligne resultatene i denne studien med andre studier. I dag er det mer fokus på fornøydhet ved vurdering av kvalitet i helsetjenesten blir sett i sammenheng med brukerfornøydhet. Det anbefales ut fra dette at man bruker spørreskjema som er standardisert og validert. På den måten vil man kunne sammenligne studier som er gjort omkring samme tema. Det er blitt utarbeidet et evalueringsskjema til bruk i nasjonal kartlegging av Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (Bjertnæs et al., 2008). Det er planlagt at evalueringsskjemaet skal inngå i en fast nasjonal brukerundersøkelse som skal gjentas hvert tredje år. Dette innebærer at det også vil være mulig å se på utviklingen av foresattes vurderinger av poliklinikkene over tid (Bjertnæs et al., 2008, Helsedirektoratet, 2008 b). På bakgrunn av dette anbefales det at fremtidig forskning benytter dette skjemat slik at det blir enklere å sammenligne brukerfornøydheten blant de som har deltatt i DUÅ med annen behandling som gis til barn med atferdsvansker.

Konklusjon

Resultatene i denne studien viste at i familiene som mottok behandling, hadde barna stor og vedvarende nedgang i problematferd. Foreldrene var jevnt over fornøyd med behandlingen. Endring i ECBI-intensitets-skåre predikerte fornøydhet. Endring i ECBI-skåre predikerte ikke egenhåndtering. Begrensninger ved studien har vært størrelsen på utvalget, som trolig har vært for lite til å fange opp små til moderate effekter. Videre var variasjonen i brukerfornøydhet liten. Studien har ikke skilt mellom barn med ODD og CD og har heller ikke skilt mellom om foreldrene har deltatt på foreldreveiledningskurs eller foreldreveiledningskurs og dinosaurskole for barnet. En annen begrensning ved studien er at evalueringsskjemaet som ble benyttet, ikke er standardisert og validert.

Referanser

- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington DC. 4. utgave.
- Andersson, H. W., Ose, S. O. og Sitter, M. (2005) *Psykisk helsevern for barn og unge – Behandlernes og brukernes vurderinger av behandlingstilbudet*. SINTEF RAPPORT.
- Angold, A. og Costello, J. (1996) Toward establishing an empirical basis for the diagnosis of oppositional defiant disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35:1205-1212
- Axberg, U., Hanse, J. J. og Broberg, A. G. (2008) Parents' description of conduct problems in their children – A test of the Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) in a Swedish sample aged 3-10. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49, 497-505. [online] DOI: 10.1111/j.1467-9450.2008.00670.x
- Barne- og familiedepartementet (1997) *Handlingsplan for barn og unge med atferdsvansker. Rundskriv Q – 12/97*. [online] Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/rundskriv/1997/handlingsplan-for-barn-og-unge-med-alvor/2.html?id=278835>
- Binder, P. (2008). Det mellommenneskelige møtet i psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 8, 930-931.
- Bjertnæs, Ø. A., Garratt, A., Helgeland, J., Holmboe, O., Dahle, K., Hanssen-Bauer, K. og Røttingen, J. (2008) Foresattes vurdering av barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 128: 1041 - 1045
- Bjertnæs, Ø. A., Oltedal, S. og Garratt, A. et al. (2006) Fastlegenes vurdering av kvaliteten ved distriktspsykiatriske sentre. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 126, 2787 – 2791, referert i Grøholt, B. (2008) Fornøyde foreldre og alt såre vel? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 9; 128: 1040

- Bjørngaard, J. H., Andersson, H. W., Ose, S. O. og Hansen-Bauer, K. (2008) User satisfaction with child and adolescent mental health services. *Soc Psychiatry Epidemiol*, [online] DOI 10.1007/s00127-008-0347-8
- Borge, A. I. H. (2003) *Resiliens. Risiko og sunn utvikling*. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo. 1. utgave, 2. opplag.
- Cohen, J. (1988) *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd Edition) Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers. New Jersey. Referert i: Pallant, J. (2007) *SPSS survival manual*. Open University Press. England.
- De utrolige årene. [online] Tilgjengelig fra:
<http://deutroligearene.uit.no/ikbViewer/page/dua/forside>
- Drugli, M. B., Fossum, S., Larsson, B. og Mørch, W-T. (2009) Characteristics of young children with persistent conduct problems 1 year after treatment with the Incredible Years program. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. [online] DOI: 10.1007/s00787-009-0083-y [Publisert online: 13.12.2009].
- Drugli. M. B., Larsson, B., Fossum, S. og Mørch, W-T. (2010) Five- to six-year outcome and its prediction for children with ODD/CD treated with parent training. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 51:5. pp 559-566 [online] DOI: 10.1111/j1469-7610.2009.02178.x
- Eyberg, S. M. og Ross, A. W (1978). Assessment of child behavior problems: The validation of a new inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 7, 113-116.
- Eyberg, S. M. og Pincus, D. (1999) *ECBI Eyberg Child Behavior Inventory and SESBI-R Sutter – Eyberg Student Behavior Inventory - Revised, professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc. Referert i:
 Axberg, U., Hanse, J. J. og Broberg, A. G. (2008) Parents' description of conduct problems in their children – A test of the Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) in a Swedish sample aged 3-10. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49, 497-505. [online] DOI: 10.1111/j.1467-9450.2008.00670.x

- Fossum, S., Handegård, B. H., Drugli, M. B. og Mørch, W-T. (i trykk) Utvikling i barns utagerende atferd og mødres oppdragspraksis etter foreldretrening.
- Fossum, S. og Mørch, W-T. "De utrolige årene": Webster-Strattons foreldre-, barne- og lærerbaserte metode for behandling av små barn med atferdsforstyrrelser i Scheldrup, L., Omre, C. og Marthinsen, E. red. (2005) *Nye metoder i et moderne barnevern*. Bokforlaget. Bergen.
- Fossum, S., Mørch, W-T., Handegård, B. H. og Drugli, M. B. (2007) Childhood disruptive behaviors and family functioning in clinically referred children: Are girls different from boys? *Scandinavian Journal of Psychology*, 48, 375 – 382. [online] DOI:10.1111/j.1467-9450.2007.00617.x
- Fossum, S., Mørch, W-T., Handegård, B. H., Drugli, M. B. og Larsson, B. (2009) Parent training for young Norwegian children with ODD and CD problems. Predictors and mediators of treatment outcome. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50, 173-181. [online] DOI: 10.1111/j.1467-9450.2008.00700.x
- Grøholt, B. (2008) Fornøyde foreldre og alt såre vel? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 9; 128: 1040
- Grøholt, B., Sommerschild, H. og Garløv, I. (2001) *Lærebok i barnepsykiatri*. Universitetsforlaget. Oslo. 3. utgave.
- Grøholt, E., K., Nordhagen, R. og Heiberg, A. (2007) Mestring hos foreldre til barn med funksjonshemninger. *Tidsskrift for Norsk Legeforening*, 4, 127: 422-426.
- Heiervang, E., Stormark, E. M., Lundervold, A.J., Heimann, M., Goodman, R, Posserud, M-B., Ullebø, A. K., Plessen, K. J., Bjelland, I., Lie, S. A., og Gillberg, C. (2007) Psychiatric Disorders in Norwegian 8- to 10-Year-Olds: An Epidemiological Survey of Prevalence, Risk Factors, and Service Use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46:4. April.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2005) *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. NOU 2005:3. [online] Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2005/nou-2005-03/7/1.html?id=152661#>

Helsedirektoratet (2008), a. *Aktivitetsdata for psykisk helsevern, barn og unge 2007*.

[online] Tilgjengelig fra:

http://www.shdir.no/norsk_pasientregister/psykisk_helsevern/aktivitetsdata_for_psykisk_helsevern__barn_og_unge_2007_186174 [Publisert: 19.05.2008]

Helsedirektoratet (2008), b. *Psykisk helsevern øker mest*. SAMDATA-rapport.

[online] Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/vp/template/ver1-0/print.jsp?articleId=215024§ionId=411> [Publisert 10.07.2008]

Helsedirektoratet (2008), c. *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*.

Helsedirektoratet (2008), d. *Oversikt over nasjonale kvalitetsindikatorer* [online]

Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/vp/template/ver1-0/print.jsp?articleId=139534§ionId=545> [Publisert: 07.03.2008] [Sist endret: 15.12.2009].

Jakobsen, R. og Solholm, R. (2009) Evaluering av PMTO-kurs for fosterforeldre – en effektstudie. *Barnevernets utviklingscenter på Vestlandet. Nr. 1 – 2009*.

[online] Tilgjengelig fra:

<https://bora.uib.no/dspace/bitstream/1956/3222/1/1%202009%20Evaluering%20avPMTO-kurs%20for%20fosterforeldre.pdf>

Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D. og Rao, U. (1997) Schedule for affective disorders and schizophrenia for school aged children - present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data (abstract/sammendrag). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36: 980-888.

Kielland Samoilow, D. (2007) Løsningsfokuserede allianser: Løsningsfokuseret terapi i lys av forskning om hva som virker i terapeutiske relasjoner. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 9, 1107-1117.

Larsson, B., Fossum S., Clifford G., Drugli, M. B., Handegård, B. H. og Mørch W-T.

(2009) Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children. Results of a randomized controlled trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 18:42–52. [online] DOI: 10.1007/s00787-008-0702-z [Publisert online: 18.06.2008]

- Lauth, B., Magnússon, P., Ferrari, P. og Pétursson, H. (2008) An Icelandic version of the Kiddie-SADS-PL: Translation, cross-cultural adaption and inter-rater reliability. *Nord J Psychiatry*, 62, 379-385. [online] DOI: 10.1080/08039480801984214
- Lurie, J. og Clifford, G. (2005). Parenting a young child with behavior problems; Parent's experiences before, during and after Webster-Stratton Parent Training. Barnevernets utviklingscenter i Midt-Norge. ISBN 82-91927-05-7. Referert i:
- Martinussen, M. (2009) *Beskrivelse og vurdering av tiltaket: De utrolige årene (DUÅ) – Foreldretreningsprogram*. Ungsinn, tiltak nr. 3. [online] Tilgjengelig fra: http://www2.uit.no/portal/page/portal/Forebyggingsbasen/startside/artikkel?p_document_id=83884 [Oppdatert 05.11.2009. Lastet ned 21.03.2010]
- Lærings- og mestringssenteret, Universitetssykehuset i Nord-Norge [online] Tilgjengelig fra: <http://www.unn.no/om-lms/category21063.html> [Publisert: 14.02.2008. Endret: 10.03.2010]
- Mathiesen, K.S., Karevold, E. og Knudsen, A. K. (2009) *Psykiske lidelser blant barn og unge*. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Oslo.
- Munkvold, L., Lundervold, A., Lie, S. A. og Manger, T. (2009) Should there be separate parent and teacher-based categories of ODD? Evidence from a general population. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 50:10, 1264-1272. [online] DOI: 10.1111/j.1469-7610.2009.02091.x
- Nordahl, T., Gravrok, Ø., Knudmoen, H., Larsen, T. M. B. og Rørnes, K. (red.) (2006) *Forebyggende innsatser i skolen*. Utdanningsdirektoratet. [online] Tilgjengelig fra: http://skolenettet.no/nyUpload/Moduler/Kompetanseutvikling/Dokumenter/Forebyggende_innsatser_dell.pdf

- Nordahl, T., Sørli, M-A., Manger, T. og Tveit, A. (2005) *Atferdsproblemer blant barn og unge*. Bokforlaget. Bergen.
- Norges forskningsråd (1998) *Barn og unge med alvorlige atferdsvansker. Hva kan nyere viten fortelle oss? Hva slags hjelp trenger de?* Eksperttuttalelse etter konferansen 18. -19. september 1997. Oslo. Norges forskningsråd. [online] Tilgjengelig fra:
<http://www.forskningsradet.no/servlet/Satellite?c=Publikasjon&pagename=ForskningsradetNorsk%2FHovedsidemal&cid=1137743015754>
- Pietilä, A-M. (1994) Factors associated with life control among young men. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 491-499. Referert i: Ristkari, T., Sourander, A., Rønning, J. A., Elonheimo, H., Helenius, H. og Salokangas, R. K. R. (2009) Sense of coherence and criminal offence among young males. Findings from the Finnish from a boy to a man study. *Nordic Psychology*. Vol. 61 (1), 4 -13. [online] DOI: 10.1027/1901-2276.61.1.4
- Pietilä, A-M., Hentinen, M. og Järvelin, M-R. (1994) Life control among young men in view of their childhood and adolescence. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 8, 231 – 237. Referert i: Ristkari, T., Sourander, A., Rønning, J. A., Elonheimo, H., Helenius, H. og Salokangas, R. K. R. (2009) Sense of coherence and criminal offence among young males. Findings from the Finnish from a boy to a man study. *Nordic Psychology*. Vol. 61 (1), 4 -13. [online] DOI: 10.1027/1901-2276.61.1.4
- Reedtz, C., Bertelsen, B., Lurie, J., Handegård, B. H., Clifford, G. og Mørch, W-T. (2008) Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI): Norwegian norms to identify conduct problem in children. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49, 31-38. [online] DOI: 10.1111/j.1467-9450.2007.00621.x
- Ristkari, T., Sourander, A., Rønning, J. A., Elonheimo, H., Helenius, H. og Salokangas, R. K. R. (2009) Sense of coherence and criminal offence among young males. Findings from the Finnish from a boy to a man study. *Nordic Psychology*. Vol. 61 (1), 4 -13. [online] DOI: 10.1027/1901-2276.61.1.4

- Ristkari, T., Sourander, A., Rønning, J. A. og Helenius, H. (2006) Self-reported psychopathology, adaptive functioning and sense of coherence, and psychiatric diagnosis among young men. *Soc Psychiatr Epidemiol*, 41, 523 - 531. [online] DOI: 10.1007/s00127-006-0059-x
- Schancke, Vegard A. (2005): *Forebyggende og helsefremmende arbeid, fra forskning til praksis. En kunnskapsoppsummering med råd og anbefalinger*. Skrift Nr. 1/2005. Nordnorsk Kompetansesenteret– Rus, ved Nordlandsklinikken, referert i Nordahl, T., Gravrok, Ø., Knudmoen, H., Larsen, T. M. B. og Rørnes, K. (red.) (2006) *Forebyggende innsatser i skolen*. Utdanningsdirektoratet. [online] Tilgjengelig fra: http://skolenettet.no/nyUpload/Moduler/Kompetanseutvikling/Dokumenter/Forebyggende_innsatser_del1.pdf
- Smith, L. (2004) *Barn med atferdsvansker. En utviklingspsykopatologisk tilnæringsmåte*. Høyskoleforlaget AS. Kristiansand S.
- Sosial- og helsedepartementet (1997) *Stortingsmelding 25, (1996-97), Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*.
- Statens helsetilsyn (2000) *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Gyldendal Norsk Forlag. Oslo. Boken er oversatt etter den engelske utgaven: World Health Organization (1992) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, Clinical Description and Diagnostic Guidelines*, Geneva.

- Sund, A. M. (2004) *Kiddie-SADS (PL) Barne- og ungdomspsykiatrisk intervju etter DSM-IV*. NTNU. Det medisinske fakultet. Regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri. Oversatt og tilrettelagt for norsk fra den amerikanske utgaven: Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U. og Ryan, N. *Kiddie-SADS (PL) Scheduling for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children (6 – 18 years): Present and Lifetime Version* med retningslinjer av Rutter, M. og Graham, P. Kiddie-SADS –PL 2009 [online] Tilgjengelig fra:
<http://www.helsebiblioteket.no/Psykisk%2bhelse/Felles/Sk%a5ringsverkt%b8y/37114.cms>
- Webster-Stratton, C. (2000) *De utrolig årene* Gyldendal Norsk Forlag AS. 1. utgave, 6. opplag.
- Webster-Stratton, C. og Hammond, M. (1997) Treating Children With Early-Onset Conduct Problems: A Comparison of Child and Parent Training Interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 65, No. 1, 93-109.
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J. og Hammond, M. (2004) Treating Children With Early-Onset Conduct Problems: Intervention Outcomes for Parent, Child, and Teacher Training. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 33:1, 105 – 124. [online] DOI: 10.1207/S15374424JCCP3301_11

Vedlegg

Vedlegg 1

Kursevaluering 1 års oppfølging

Dato: _____

Barnets id. nummer: _____

Utfylt av: 1. mor 2. far 3. andre, spesifiser: _____

Det følgende spørreskjema er en del av vår evaluering av foreldrekurset 1 år etter at det er avsluttet. Det er viktig at du besvarer spørsmålene så oppriktig som mulig. Informasjonen vi får vil hjelpe oss til å evaluere og å kontinuerlig forbedre det kurset vi tilbyr. Vi setter stor pris på ditt samarbeid. Alle svar vil bli behandlet strengt konfidensielt.

A. Kurset i sin helhet

1. Mine vurderinger av foreldrekurset er at kurset var

1	2	3	4	5	6	7
svært dårlig	Dårlig	Relativt dårlig	Verken godt eller	Relativt godt	godt	Svært godt

2. Ville du anbefalt dette kurset til en venn eller slektning?

1	2	3	4	5	6	7
sterkt å anbefale	Anbefale	Anbefale i noen grad	nøytral	anbefale i liten grad	ikke å anbefale	På det sterkeste ikke anbefale

3. Hvor sikker føler du deg på at du på egen hånd kan takle nåværende atferdsproblemer på hjemmebane?

1	2	3	4	5	6	7
svært sikker	Sikker	Relativt sikker	nøytral	relativt usikker	usikker	Svært usikker

4. Hvor sikker er du på din evne til å takle fremtidige atferdsproblemer på hjemmebane ved å bruke det du har lært på kurset?

1	2	3	4	5	6	7
svært usikker	Usikker	Relativt usikker	nøytral	relativt sikker	sikker	Svært sikker

5. Mitt generelle inntrykk av kursopplegget for barnet mitt og familien er:

1	2	3	4	5	6	7
svært negativt	Negativt	noe negativt	verken positivt eller negativt	ganske positivt	positivt	Svært positivt

B. Utgåar**C. Utgåar****C2. Jeg bruker følgende teknikker fra kurset:**

1. Lek

1	2	3	4	5
aldri	sjelden	noen ganger	ofte	svært ofte

2. Beskrivende kommentarer

1	2	3	4	5
aldri	sjelden	noen ganger	ofte	svært ofte

3. Ros

1	2	3	4	5
aldri	sjelden	noen ganger	ofte	svært ofte

4. Håndfast belønning (Klistremerker, poeng etc.)

1	2	3	4	5
aldri	sjelden	noen ganger	ofte	svært ofte

5. Ignorering

1	2	3	4	5
aldri	sjelden	noen ganger	ofte	svært ofte

6. Gi beskjeder på en god måte

1	2	3	4	5
aldri	sjelden	noen ganger	ofte	svært ofte

7. Tenkepause

1	2	3	4	5
aldri	sjelden	noen ganger	ofte	svært ofte

8. Naturlige og logiske konsekvenser

1	2	3	4	5
aldri	sjelden	noen ganger	ofte	svært ofte

D. Utgåar**E. Utgåar****F. Utgåar**

G. Utgår

H. I hvilken grad synes du barnets atferdsproblemer har forandret seg etter kurset?

1. *Barnets atferd i hjemmet har blitt (inkl. sammen med evt. søsken)*

1	2	3	4	5
mye bedre	bedre	hverken bedre eller verre	verre	mye verre

2. *Barnets atferd på fritiden med lekekamerater på fritiden har blitt (gjelder ikke søsken – se spørsmål 1)*

1	2	3	4	5
mye bedre	bedre	hverken bedre eller verre	verre	mye verre

3. *Barnets atferd på skolen/i barnehagen har blitt*

1	2	3	4	5
mye bedre	bedre	hverken bedre eller verre	verre	mye verre

4. *Hvor i hjelpeapparatet mener du slike kurstilbud rettet mot barn med atferdsvansker skal organiseres?*

1	2	3	4	5	6	7
BUP klinikk	Barne- vernet	PP- tjenesten	Helse- stasjonen	Barnehage /skole	Utenfor hjelpeap- paratet	Annet

Hvis annet, spesifiser:

5. *Med din erfaringsbakgrunn; På hvilken måte synes du et behandlingstilbud til barn med atferdsproblemer bør gjennomføres?*

1	2	3	4
i grupper (som i ”De utrolige årene”)	til familien samlet	foreldre for seg og barnet for seg (forskjellige behandlere)	annet

Hvis annet, spesifiser:
