

WILLY-TORE MØRCH

Implementering av evidensbaserte tiltak i barnevernet

Denne artikkelen tar utgangspunkt i «det utviklingsstøttende tilknytningsprinsipp» fra NOU 2012 nr 5 (Raundalenutvalget), og utvalgets forslag om bedre tilrettelegging for evidensbaserte tiltak i barnevernet. I artikkelen skisseres noen av hindrene man kan støte på når nye tiltak skal tas i bruk, og forfatteren drøfter ulike implementeringsstrategier for tiltakene. Artikkelforfatteren vektlegger forankring i organisasjonen, god planlegging og opplæring av fagpersonell for at man skal lykkes med evidensbaserte tiltak.



Willy-Tore Mørch
Professor ved Universitetet i Tromsø.
Medlem av utvalget om det biologiske
prinsipp i barnevernet.
willy-tore.morch@uit.no

NOU 2012 NR 5: «Bedre beskyttelse av barns utvikling» lanserer et nytt prinsipp for beslutningene i de vanskelige avgjørelsene i barnevernet. «Det utviklingsstøttende tilknytningsprinsipp» foreslås å ha prioritet foran «Det biologiske prinsipp» dersom samspillet mellom omsorgspersonen og barnet påvises å være utviklingshemmende. Hensynet til barnets utvikling går foran hensynet til foreldrenes ønske om å opprettholde omsorgsansvaret. Raundalenuutvalget, som skrev NOU 2012: nr 5, fant ingen forskning som i dag viser at biologisk tilknytning i seg selv er av avgjørende betydning for barnets utvikling. Biologiske bånd kan ha psykologisk betydning ved at foreldrene kjenner seg selv eller andre slektninger igjen i barnet, det være seg i utseende eller lynne, og det kan hende at biologiske foreldre i gjennomsnitt «strekker seg lengre» overfor sitt egne barn enn overfor andres ved at de er mer tålmodige eller mer årvåkne. Men utvalget fant ingen forskning som viser at biologiske foreldre er bedre omsorgspersoner enn ikke-biologiske foreldre, eller at barnet knytter seg tryggere til biologiske foreldre enn ikke-biologiske foreldre.

Påstanden «Å vokse opp med sine biologiske foreldre anses å være det beste for barn» (Ot.prp. nr 69, 2008-2009: Om lov om endringer av barnevernloven, s.16), har sin gyldighet som kulturelt prinsipp, ikke som biologisk prinsipp. Den har sitt opphav i at barn i Norge tradisjonelt har vokst opp i

en biologisk storfamilie, senere kjernefamilie, og at dette er en oppvekstkultur vi ønsker å beholde. Det må derfor være et genuint ønske at flest mulig foreldre som mottar tjenester fra barnevernet beholder omsorgen for barnet.

Utvalgets forslag om at regjeringen skal legge til rette for at barneverntjenesten skal ha tilgang på evidensbaserte tiltak som har som mål å forbedre omsorgskompetansen til omsorgspersonene, og at Fylkesnemnda skal kunne pålegge foreldre forsøk med omsorgsendrende tiltak må sees i lys av denne konteksten (NOU 2012: nr 5, pkt 2.2.3 og pkt 2.2.7). Med evidensbaserte tiltak menes her tiltak som har systematisk evaluering. Begrepet evidens begrenser seg ikke til bare å gjelde randomiserte kontrollgruppedesign (RCT), men inkluderer også et bredt spekter av forskningsdesign som søker å vise tiltakets effekter (Se <http://ungsinn.no>). Innføringen av «Det utviklingsstøttende tilknytningsprinsipp» forutsetter at foreldre som mottar barneverntjenester kan tilbys intervensjoner som forbedrer deres omsorgsevne.

Evidensbaserte foreldreveiledningsprogrammer bygger på forskning om konsekvensene av samspillskvalitet mellom omsorgsgiver og barnet. Den moderne tilknytningsforskningen gir oss kunnskap om hvordan trygg og utrygg tilknytning kan oppstå, om tilknytningens mulige konsekvenser for barnets psykiske helse, og den tilbyr retningslinjer for hvordan utrygg tilknytning kan gjøres tryggere.

Øyvind Kvello går dypere inn i denne forskningen i sitt kapittel i dette tema-nummeret: «Tidlig innsats med utgangspunkt i tilknytningsforskningen». Hanne Cecilie Braarud gir oss oppdatert kunnskap om barns tidlig utvikling med sikte på kompenserende tiltak i barnevernet.

I denne artikkelen beskrives noen av de tradisjonelle tiltakene i barnevernet og hvilke virkninger de er ment å ha. Videre beskrives eksempler på hvilke mekanismer som virker inn på utviklingen av psykiske helseplager hos barn og hvilke konsekvenser de har for de evidensbaserte programmene. Eksempelene er hentet fra utviklingen av atferdsvansker. Deretter beskrives hvordan evidensbaserte tiltak skal implementeres slik at kvaliteten på tiltaket sikres (fidelity), og hvordan barnevernansattes kompetanse i tiltaket kan vedlikeholdes over tid.

Tiltak i barnevernet

Beslutningene om å iverksette tiltak i barnevernet baserer seg i dag på det mildeste inngreps prinsipp og prinsippet om barnets beste. Barnets beste vil alltid være overordnet andre prinsipp, både det biologiske prinsipp og det nye prinsippet om utviklingsstøttende tilknytning. Barnets beste er imidlertid nært knyttet til disse prinsippene. Det anses som å være til barns beste å vokse opp hos sine opprinnelsesforeldre fordi det er en kulturell egenverdi at foreldre og barn utgjør en familieenhet som det er gunstig å vokse opp i. Det ansees å være til barns beste at samfunnet griper inn i familien på mildeste måte fordi det bevarer familieenheten og beskytter doktrinen om privatlivets fred. Likeledes er det, på bakgrunn av nyere psykologisk forskning, vurdert å være til barns beste at foreldre har en samspillskompetanse som er utviklingsstøttende for barnet og ikke

utviklingshemmende. Det må være et mål i seg selv å tilfredsstille alle disse prinsippene i en gitt barnevernssak, altså at opprinnelsesforeldrene beholder omsorgen gjennom et mildt tiltak som bidrar til at samspillsmønstret er utviklingsstøttende for barnet. Men i de vanskeligste avgjørelsene kan noen av disse prinsippene stå mot hverandre, og barnevernet må prioritere mellom dem. Det er i denne sammenheng at NOU nr.5 (2012) lager føringer for slike prioriteringer. Sett under ett er det viktigst at barnet får en utvikling som er i overensstemmelse med dets forutsetninger, og som ikke skades av foreldrenes manglende omsorgskompetanse. Dette er et prinsipielt standpunkt som lener seg til det faktum at det får dramatiske konsekvenser for et barn om det skades i sin utvikling og det får dramatiske konsekvenser på sikt for et samfunn om det lar barn bli skadet i sin utvikling. For barnet betyr det at det får kognitive og psykiske helseproblemer eller alvorlige atferdsproblemer som hindrer det i å få utdanning og inntekt. For samfunnet betyr det at vi får generasjonsoverføringer av barneverntjenester, unødige store grupper i fengsel og psykisk helsevern, unødige store grupper på trygd, og det offentlige vil få lavere inntekter fordi unødige store grupper er utenfor arbeidslivet. Ivaretagelse av barna er derfor kanskje den viktigste investering man kan gjøre som samfunn, også ut fra et rent samfunnsøkonomisk utgangspunkt. Man kan lett se muligheten for at forrang av kombinasjonen av det biologiske prinsipp og det mildeste inngreps prinsipp kan føre til at barn oppholder seg for lenge i utviklingshemmende omsorgsbetingelser.

Konsekvensene av dette må bli at det biologiske prinsipp viker for det utviklingsstøttende tilknytningsprinsipp og at det mildeste inngreps prinsipp viker for et tyngre,

men mer virksomt inngrep. De tradisjonelle tiltakene i barnevernet, eksempelvis barnehageplass, økonomisk støtte, avlastningsordninger, besøkshjem og tilsyn, har alle veldefinerte mål. Barnehage skal sikre at barnet befinner seg i et utviklingsstøttende miljø. Økonomisk støtte skal sikre at foreldrene har økonomisk basis for til å sikre nødvendig ernæring, opplevelser og god fysisk standard for barnet. Avlastning og besøkshjem skal sikre foreldrene nødvendige pauser fra et krevende omsorgsarbeid slik at de kan hente seg inn. Anmeldte og uanmeldte tilsyn skal bidra til at barn ikke utsettes for forsømmelser, overgrep eller mishandling. Støttekontakt skal bidra til å sikre barn stimulering og deltagelse i aldersadekvate aktiviteter (Kvelling, 2010). Selv om målene med slike tiltak er veldefinerte, bidrar de ikke i seg selv til å bedre foreldrenes omsorgskompetanse. Det er imidlertid ikke usannsynlig at målene med tiltakene i praksis har vært utydelige, men med et innebygget håp om at omsorgsevnen skal bedres. Når dette ikke skjer har man i en del tilfeller sett at barnevernet etablerer serier av tiltak der hvert enkelt ikke når målene (serietiltak) noe som fører til at barnet bor i for lang tid under skadelige omsorgsbetingelser.

Risikofaktorer for utvikling av psykiske helseplager hos barn

Samspillskvaliteten mellom foreldre og barn utspiller seg på både et mikro- og makronivå. På mikronivå påvirker foreldre og barn hverandre gjensidig. I spedbarnsalderen har den moderne tilknytningsforskningen vist hvordan foreldrenes sensitivitet og reaksjonsmønstre på barnets henvendelser i 8 til 18 måneders alderen påvirker barnets opplevelse av omsorgspersonene som trygge eller utrygge personer. Tilknytningsteorien ble

formulert av Bowlby på 1960-tallet (Bowlby, 1969) og videreutviklet av Ainsworth på 1970-tallet (Ainsworth et. al., 1978).¹

Her skal jeg begrense meg til å beskrive de observerte konsekvensene av trygg og utrygg tilknytning for barnet ut fra et gjensidig samspillsperspektiv som har betydning for tiltak. Barn med trygg tilknytning (Tilknytningstype B) søker trøst og sikkerhet hos omsorgspersonen når de er utrygge. Trygge barn bruker foreldrene som en trygg base som det henvender seg til for å få bekreftelse, ros og oppmuntring. Samspillet virker gjensidig regulerende ved at tryggheten som omsorgspersonen representerer forsterker barnets tilnærming og opplevelsen av trygghet når det er utrygt. Omsorgspersonens bekreftende og oppmuntrende væremåte forsterker barnets prososiale og utforskende atferd. Et utrygt og unnvikende barn (Tilknytningstype A) har derimot opplevd omsorgspersonene som engstelige og sinte når barnet viser behov for kontakt og trygghet (kalt tilknytningsatferd). De distanserer seg fra barnets fortvilelse over ikke å få trøst og stiller krav til barnets selvstendighet. Ubehaget som er forbundet med denne type reaksjoner fra omsorgspersonen fører til at barnet lærer å unngå disse reaksjonene. Barnet nedtoner tilknytningsatferdene, og lærer å fremstå som selvstendige og samarbeidsvillige. Et utrygt og ambivalent barn (Tilknytningstype C) har på sin side opplevd omsorgspersonene som passive og ufølsomme overfor barnets tilknytningsatferd. Barnets behov for trygg omsorg blir ikke tilfredsstillt, og ubehaget barnet opplever ved ikke å bli sett fører til en eskalering av tilknytningsatferder i forsøk på å få omsorgspersonens oppmerksomhet. Fordi dette en gang i mellom lykkes, fremstår barnet etter

hvert som trassig, sint og utagerende. Et utrygt og desorganisert barn (Tilknytnings-type D) har opplevd omsorgspersonen som ustabil i sine reaksjonsmåter. Omsorgspersonen kan være sint, noen ganger voldelig, kan latterliggjøre barnet når det er redd, eller være distansert og aggressiv. Den upredikerbare og smertelige atferden til omsorgsgiver kan føre til mange forskjellige psykiske reaksjonsformer hos barnet. Alle forsøk fra barnet på å stabilisere eller kontrollere omsorgspersonens reaksjonsmønstre mislykkes.

Konsekvenser for psykisk helse

Forskningen som tar for seg konsekvensene for psykiske helseplager og deres sammenheng med tilknytningsforstyrrelser er i sin begynnelse. De følgende resonnementene er derfor baserte på prinsipiell kunnskap om ulike psykiske helseplagers etiologi. Barn med en unnvikende tilknytningsform bestreber seg på å ha kontroll, unngå å utløse angst og usikkerhet hos omsorgspersonen og fremstår som velkontrollerte og emosjonelt distanserte og styrende. De kan virke skråsikre og påståelige. Dette representerer i seg selv ingen psykiske helseplager, men vil kunne føre til økt konfliktnivå med omgivelsene, avvising og ensomhet. På generell basis vet vi at kan dette kan føre til angst og depresjonssymptomer. Barn med en ambivalent tilknytningsform kan involvere seg i et tvangspregede konfliktfylt samspillsmønstre med fare for å utvikle alvorligere former for atferdsvansker. Dette skal jeg komme tilbake til. Barn med en desorganisert tilknytningsform kan oppleve at angst og redsel for omsorgspersonen setter barnet under sterkt og langvarig stress. Stressreaksjonene kan føre til sterk grad av angst, forvirring og psykisk ustabilitet eller lært hjelpeløshet (kapitulasjon, resignasjon og depresjon).

Nyere nevrobiologisk forskning har også vist at langvarig stress hos små barn kan føre til alvorlige nevrologiske problemer.²

Konsekvenser for behandling

Samspillskvaliteten på mikronivå påvirkes også av mekanismer på makronivå som har betydning for intervensjoner, spesielt for noe eldre barn. Tilknytningsforstyrrelser kan ligge i bunnen, men ikke nødvendigvis. Utviklingen av all menneskelig aktivitet, også psykiske helseplager, oppstår i en kombinasjon av biologiske (genetiske) faktorer og sosial påvirkning (læring, oppdragelse, sosialisering). Det er grunn til å tro at barns sensitivitet overfor foreldrenes reaksjoner på tilknytningsatferd fra barnet også er påvirket av biologiske faktorer. Foreldre som reagerer med passivitet og ufølsomhet overfor barnet (potensiell tilknytningstype C) kan få et normalt trygt barn hvis barnet er genetisk robust overfor ufølsomhet fra foreldrene. Et barn som er disponert eller sårbart for utvikling av et psykisk helseproblem påvirkes lettere av sosialiseringprosessen enn et mer robust barn. For eksempel vil et temperamentsfullt barn raskere la seg hisse opp av foreldrenes normale grensesettingstiltak enn et mer sedat barn, og det kan sette i gang konfliktgenererende samspill, beskrevet av Patterson som «the coercive process» (Patterson, 1982). Dette konfliktgenererende samspillet ligger til grunn for behandlingsprogrammet PMTO og *De utrolige årene* (Patterson, Reid og Dishion, 1992; Reid, Patterson, og Snyder, 2002; Webster-Stratton og Herbert, 1994). Dette samspillet, også kalt «The Social Interaction Learning Modell» eller SIL modellen, karakteriseres ved at begge parter, altså både barn og omsorgsperson, forsøker å stanse den andre ved å eskalere påføring av ubehag (Forgatch

2002). Alle foreldre har opplevd dette i forsøk på å få barnet til å gjøre noe barnet ikke vil. Man begynner med å spørre mykt om barnet skal gå og legge seg, fortsetter med å heve stemmen, spørsmål blir til ordre, truer kanskje med ikke å besøke bestemor i morgen og så videre. I de fleste familier finner foreldrene fram til prososiale løsninger. I noen familier greier de ikke det og eskaleringen kan i verste fall ende i vold. I familier der barnet har diagnostiserte atferdsvansker er barnet og omsorgsgiver konstant i denne «tvangs-sirkelen». Konfliktnivået i disse familiene kan anta slike dimensjoner at foreldrene slutter med å overvåke (monitorere) barnet. Barnet begynner å vagabondere, og foreldrene føler lettelse over at barnet ikke er tilstede. Hvis dette skjer fra tidlig barndom og gjennom barneårene, ødelegges den positive relasjon som måtte være bygget opp gjennom en normal, trygg tilknytningsprosess. Eventuelt kan en allerede skadet tilknytningsprosess forverres. Virksomme foreldreveiledningsprogrammer (for eksempel PMTO og *De utrolige årene*) har komponenter som både tar sikte på å reparere skadet tilknytning og negative relasjoner og å bryte den invalidiserende «tvangssirkelen», bygge opp positive relasjoner mellom omsorgsgiver og barnet, sette overvåkingen av barnet på sporet igjen og hjelpe foreldrene til å forebygge og håndtere utfordrende atferd gjennom positive grensesettingsstrategier. Tiltak som ikke inneholder disse komponentene har ikke så langt vist seg å være virksomme. Tiltak som ikke har SIL modellen innebygget, og derved mangler systematisk anvendelse av forsterkningsprinsippene, mangler de komponentene som skal til for å lære foreldrene og barna ny atferd.

Nyere forskning (Futh et al., 2008) viser også at det er moderat korrelasjon mellom

tilknytningsmål (security, coherence og desorganisert tilknytning) målt med Manchester Attachment Story Task (MAST), og atferdsrelaterte mål (emosjonell tilpasning, prososial atferd og sosial kompetanse), målt med Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Dette indikerer at det er en indre sammenheng mellom disse målene og at påvirkning av atferdsmålene også kan påvirke tilknytningsmålene. Hvis dette er riktig, er det grunn til å anta at foreldreveiledningsprogrammer som hittil har blitt evaluert med atferdsmål også vil ha effekter på tradisjonelle tilknytningsmål. Dette er et viktig forskningsfelt, og det trengs mer forskning på dette området.

Implementering av tiltak

Virksomme tiltak

Nye tiltak i barnevern og psykisk helsevern settes ofte i gang i Norge i dag uten at det foreligger gode evalueringer av dem. Dette er et etisk problem i og med at man ikke vet om tiltaket har effekter eller ei. Det etiske dilemmaet har flere sider. Når man tilbyr uvirksomme tiltak skapes falske forhåpninger, samt at det er misbruk av offentlige midler. Noen tiltak har til og med dokumentert skadelig effekt. Dette gjelder tiltak der man samler avvikende ungdom i gruppebehandling for å behandle atferdsproblemer deres. Longitudinell forskning viser at slik behandling predikerer økning i kriminalitet, stoffmisbruk, vold og tilpassningsproblemer i voksen alder (Dishion et al., 1999). Det er også etiske utfordringer forbundet med det å unnlate å tilby dokumentert virksomme programmer. Målgruppen går glipp av muligheten til å hjelpes. Når barnevernet nå skal rustes opp, må én av reformkomponentene være å gjøre evidensbaserte tiltak tilgjengelige for barnevernets familier.

Databasen *Ungsinn* (<http://ungsinn.no>) gir beskrivelser av tilgjengelige tiltak, både forebyggende og behandlende, innen psykisk helse, barnevern og skole. Her gis det også en innføring av tiltakenes teoretiske forankring og deres forskningsbase (evidensnivå). Databasen bør brukes aktivt av praksisfeltet og tiltaksledere som utgangspunkt for valg av tiltak til implementering i barnevernet. Direktoratene (Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet) bør aktivt bruke den som grunnlag for tildeling av midler til implementering og evaluering.

Tiltaksnivåer

Implementering av tiltak må ha en plan. Tilbyderne av et tiltak, *the purveyors*, et begrep introdusert av Fixen og medarbeidere (2009), må sammen med kommuneledelsen og andre, f.eks. psykiske helsevern for barn og unge, avklare arenaer og nivå for implementering av programmet. Det bør være et mål at det finnes evidensbaserte programmer som universalforebyggende tiltak, indikerte og selektive forebyggende tiltak og behandling. Universalforebyggende tiltak tilbys hele barnebefolkningen uten at det foreligger kjent risiko for noe psykisk helseproblem eller barnevernsspørsmål. Et eksempel på dette er det nyutviklede universalprogrammet til *De utrolige årene* (DUÅ): «Attentive parenting», som fokuserer på foreldrenes samspillsensitivitet overfor barn i alderen 2–6 år, for å forebygge samspillsproblemer, styrke relasjonsutviklingen mellom foreldre og barn, og gi foreldrene redskaper til bidra med språklig, emosjonell og kognitiv utvikling hos barnet (incredibleyears.com). Indikert forebyggende tiltak retter seg mot barn som har begynt å utvikle psykiske helseproblemer men som enda ikke er så

alvorlige at barnet trenger behandling (under klinisk grense³). Selektive forebyggende tiltak retter seg mot barn som er i risiko for å utvikle psykiske helseproblemer, f.eks. psykisk lidelse hos foreldrene, å være i barneverntiltak eller at det er rusproblemer hos foreldrene. Behandlingstiltak er rettet mot barn som er diagnostisert eller som skårer over klinisk grense for et psykisk helseproblem. Når man har evidensbaserte tiltak på alle nivåer, er det mulig å oppdage skjulte tilfeller og samtidig gi dem adekvat hjelp. Under rekrutteringen til evaluering av forløperen til DUÅ's *Attentive parenting* viste det seg at 50 prosent av de påmeldte barna i første rekrutteringsrunde skårte over klinisk grense på ECBI (Eyberg Child Behavior Inventory). De fikk dermed tilbud om enten indikert forebyggende tiltak eller behandling (Reedtz et al., 2010, 2011). Siden dette skjedde i en kommune som hadde tiltak på alle nivåene var det mulig å tilby differensierte tiltak til familiene.

Etter at effektforskningen innen psykologien har skutt fart i løpet av de siste 20–30 årene, har kunnskapstilfanget vist at menneskelig aktivitet ikke kan forstås ut fra én teori alene. En mer helhetlig forståelse får man først når man henter kunnskap fra forskjellige disipliner, som for eksempel kognitiv psykologi, atferdsanalyse, sosial læringsteori og nevropsykologi, i kombinasjon med genetik og neurobiologi. Konsekvensene for terapi har vært at man har forlatt forestillingen om at det finnes universalbehandling som virker på alle psykiske helseplager. Terapiene henter kunnskap fra de forskjellige disiplinene og blir mer spesifikt rettet mot avgrensede psykiske helseproblemer. Derved vil det som regel være inkluderings- og ekskluderingskriterier for de fleste terapier og tiltak. Tiltak rettet mot atferdsforstyrrelser

vil for eksempel være annerledes enn tiltak rettet mot angst eller depresjon. Forebyggende tiltak retter seg imidlertid som regel mot reduksjon av risikofaktorer eller styrkning av resiliensfaktorer. Siden både risiko- og resiliensfaktorer synes å påvirke flere psykiske helseplager, er det mye som tyder på at forebyggende psykisk helsearbeid favner bredere enn behandlingstiltakene. Universalforebyggende tiltak retter seg for eksempel mot befolkningsgrupper uten kjente risikofaktorer og tar sikte på generelt å styrke resiliensfaktorene, for eksempel samspillskvaliteten mellom foreldre og barn som vil redusere sannsynligheten for utviklingshemmende samspill.

Metaanalyser viser at gjennomsnittlig effektstørrelse på evidensbaserte foreldreveiledningsprogrammer er ca $d=0,65$ (Cohen's d), noe som ansees å være en moderat effekt (Fossum et al., 2007). Samtidig viser flere studier at ca 65 prosent av barna ikke møter kriteriene for diagnose og skårer under kliniske grense ett år etter behandling (Larsson et al., 2009). Dette viser behovet for fremtidig forskning, både for å gjøre effektstørrelsene høyere, og for å favne en større andel av målgruppen. Moderator- (karakteristiske trekk ved subjektet eller subjektets livsbetingelser som moderer resultatene) og medieringsforskning (terapeutiske mekanismer som påvirker resultatene) avspeiler for eksempel at problemintensitet og komorbiditet (følgetilstander) modererer resultatene (Fossum et al., 2009). Endringer i foreldrenes oppdragelsesferdigheter synes å være en virksom terapeutisk mekanisme (Weersing og Weisz, 2002). Det er behov for videre forskning på disse områdene for å øke effektiviteten i foreldreveiledningen.

Gjennomføring av implementeringen

Forandringer i en organisasjon står alltid i fare for å mislykkes. Man kan gå i fella ved, i kompromissenes navn, å gjøre forandringene så små at de blir ubetydelige. Det positive for organisasjonen er at indre motstand og hindringer minimaliseres, men ulempen er at alt blir som før fordi ingen vesentlig endring blir foretatt. Dette kan også skje med de politiske vedtakene etter NOU 2012: nr 5. Her foreslås det en rekke tiltak og lovendringer for å forkorte tiden barn lever under skadelige omsorg og for å stabilisere omsorgsbetingelsene for barnet. Det foreslås at barnets rett til å leve under utviklingsstøttende omsorgsbetingelser skal gå foran foreldrenes rett til å beholde barnet. Fylkesnemnda skal få utvidet mandat til å pålegge foreldrene tiltak, bl.a. forsøk med foreldreveiledning. Foreldrenes tilgang til gjenopptagelse av omsorgssak i Fylkesnemnda foreslås begrenset. Kriteriene for tilbakeføring etter omsorgsvedtak foreslås skjerpet, slik at det må dokumenteres forbedringer i omsorgen som er av en slik art at den har betydning for tilbakeføringsspørsmålet. Tilsvarende foreslås skranke for å fremme endringssaker om samvær. Barnevernloven foreslås å bli en rettighetslov, som innebærer at barn som lever under skadelig omsorg får rett til hjelp. Dette nevnes her fordi alle disse endringsforslagene henger sammen, med det mål for øye å forbedre barnas omsorgssituasjon og redusere antall omsorgsovertakelser. Det er imidlertid en fare for at bare noen få av forslagene blir vedtatt, dermed kan forskjellene mellom nåværende og fremtidig lovgivning og praksis bli ubetydelige. Forslagene bør derfor vedtas samlet. På tilsvarende måte kan evidensbaserte tiltak også iverksettes delvis og uten tilstrekkelig kvalitetssikring. Resultatene blir betydningsløse og mislykkede.

En annen felle man kan gå i er at det ikke finnes noen implementeringsstrategi for tiltaket. Man ønsker for så vidt at tiltaket skal implementeres i sin fulle bredde, men man følger ikke den veldokumenterte fremgangsmåte som må til for å sikre en vellykket implementering. Dette kan innebære at kommunen eller organisasjonen der tiltaket skal etableres ikke er beredt til å motta det. Motkreftene, som alltid finnes når noe skal forandres, blir aktivert. Tiltaket forankres ikke hos de riktige beslutningstakerne. Det etableres ikke med den kvalitet og troskap (*fidelity*), som er nødvendig for vellykket etablering, og det lages ikke veilednings- og kvalitetssikringssystemer som sikrer vedlikehold av kompetanse etter at tiltaket er etablert. Slike mangler er den sikreste vei til mislykket implementering. Mange evidensbaserte tiltak fremstår som virkningsløse, ikke fordi tiltaket i realiteten ikke virker, men fordi implementeringsstrategien har vært mangelfull. Påstanden om at mobbeprogrammene i skolen er virkningsløse, som har ført til at Utdanningsdirektoratet har besluttet å avvikle støtten til evidensbaserte programmer i skolen er et godt eksempel på dette.

For å forebygge tilsvarende konsekvenser i barnevernet, er det nødvendig å redegjøre for fremgangsmåten ved implementering av evidensbaserte tiltak. Durlak og DuPre (2008) har laget en litteraturoversikt innen implementeringslitteraturen der de har identifisert fire faser i vellykkede implementeringsstrategier. Den starter med en informasjonspredningsfase (*dissemination*), der informasjon om tiltaket gis til kommunen eller den mottakende organisasjonen. Etterpå kommer adopsjonsfasen (*adoption*), der de nødvendige beslutninger tas. Siden følger en implementeringsfase (*implementation*) med

opplæring og veiledning av personalet. Til sist kommer vedlikeholdsfasen (*sustainability*) med utvikling av rutiner for vedlikehold av kompetanse.

Informasjonsspredning

Første fase i en implementeringsprosess er å gi alle berørte parter i organisasjonen informasjon om tiltaket. NOU 2012: nr 5 foreslår at evidensbaserte foreldreveiledningsprogrammer gjøres tilgjengelig for barnevernet og at Fylkesnemndene, i spesielle tilfeller, kan pålegge foreldrene forsøk med slike tiltak. Hvis dette til slutt vedtas av Stortinget ligger det klare føringer for implementering av slike programmer overfor kommunene. Hvis det ikke vedtas, vil det, som nå, være opp til den enkelte kommune og barneverntjeneste og implementere dem. De fleste evidensbaserte tiltak har s.k. «tilbydere» (*purveyors*) som har ansvaret for implementering, opplæring og kvalitetssikring av tiltaket i Norge (se: ungsinn.no). Best og kollegaer (2008) beskriver tre modeller for informasjonsformidling av evidensbaserte programmer:

Den lineære modellen innebærer at en tilbyder ensidig informerer ansatte og ledere om tiltaket. Denne «utenfra-og-inn» modellen har klare svakheter og kan utløse unødige motstand hos informasjonsmottakerne, men det finnes også rapporter som viser at den kan være vellykket dersom tilbyderens tiltak er etterlengtet hos organisasjonen. Uansett er den lineære modellen risikofylt, da den kan utløse en iboende konflikt mellom praksisfeltet og forskningsmiljøene, der forskerne ønsker å påvirke praksisfeltet med sine forskningsresultater, mens praksisfeltet ikke finner forskernes resultater relevant.

Relasjonsmodellen innebærer at tilbyderen innleder en dialog med organisasjonen som

skal motta tiltaket, med sikte på å samarbeide om implementeringen. Informasjoner om begge parter motiver, holdninger og forutsetninger brukes til å tilpasse implementeringen til begge parter behov. Dette vil motvirke motkrefter i organisasjonen.

Systemmodellen går ut på at både tilbyder og mottakende organisasjon har organisatoriske strukturer som kobles til hverandre med sikte på å sikre at de nødvendige forberedelser blir gjort og de nødvendige vedtak blir fattet på riktig nivå i organisasjonen. Kontakten mellom partene flyttes fra et personlig nivå, f.eks. forsker til enhetsleder i kommunen, til et systemnivå, f.eks. De utrolige årene-kontoret ved RKBU Nord til rådmannsetaten i kommunen. På denne måten involveres tilbyderens organisasjon og kommunens formelle beslutningsorganer direkte, og derved øker sannsynligheten for at tiltaket blir solid forankret i mottakerorganisasjonen. Målet er at tiltaket blir en del av kommunens helse- og sosial policy, og ikke et prosjekt som er forankret hos ildsjeler og spesielt interesserte mellomledere. Et evidensbasert program tilgjengelig for barnevernet etter eventuelle føringer fra Stortinget bør implementeres etter systemmodellen.

Adopsjonsfasen

Andre fase i implementeringsprosessen er adopsjonsfasen, der de nødvendige beslutninger på politisk og administrativt plan skal tas. Adopsjonsarbeidet bør begynne med en kartlegging av organisasjonens behov for evidensbaserte tiltak. I barnevernet vil det være snakk om dimensjonering med hensyn til antall saker, hvilke type omsorgssvikt som karakteriserer saksporteføljen, aldersfordeling hos barna og behov for differensierte tiltak, f.eks. behovet for omsorgstiltak, endringstiltak, stimuleringsstiltak, opplevelse-

og avlastningstiltak, osv. Analysen skal gi en oversikt over hvilke tiltak man har, og hvilke tiltak man mangler. Arbeidet fortsetter med å kartlegge organisasjonens mottakelighet for tiltaket (*agency readiness*). Noen tilbydere har egne spørreskjemaer som organisasjonen må fylle ut. Disse skjemaene danner utgangspunkt for det videre forberedelsesarbeidet i organisasjonen, og for inngåelse av kontrakt med organisasjonen (i denne sammenheng som regel kommunen). Her kan det stilles krav om grad av enighet i organisasjonen om å implementere tiltaket, fordi en stor andel av uenighet aktiverer motstand og fører til at implementeringen mislykkes. *De utrolige årene* stiller f.eks. krav om 80 prosent enighet om at tiltaket skal etableres i organisasjonen. Det stilles også krav om motivasjon for å motta tiltaket og ideologisk forenlighet med tiltaket. For eksempel må det avklares om å arbeide med manualbaserte programmer, sosial læringsteori, å anvende ros, oppmuntring og belønninger er forenlig med ideologien til fagfolkene som skal opplæres i tiltaket. Ideologikollisjon svekker muligheten for vellykket implementering. Det stilles også krav om vilje til tilrettelegging fra organisasjonens side. Dette kan dreie seg om å avsette tid til opplæring, veiledning og drift av tiltaket, åpne opp for samtykke til videoopptak av behandlingsmøtene til bruk i veiledning, overvåke og kvalitetssikre tiltaket og avsette ressurser til barnepass når foreldrene har veiledning, for å ta noen eksempler fra *De utrolige årenes* kravspesifikasjon.

Adopsjonen av et tiltak trenger personer som er villige til å ha en ledende rolle i implementeringen, de såkalte *early adopters* (Rogers, 1995). Dette er personer som brenner for tiltaket, og som er villige til å få den første opplæring og til å hjelpe organisasjonen

med å komme i gang. Disse vil oftest greie å trekke med seg flere personer, de såkalte *late adopters* og samlet utgjør de en robust faggruppe som tar ansvar for implementeringen. Jo mer robust denne gruppen er, desto vanskeligere blir det for motstanderne (*refusers*) å få gjennomslag. I alle organisasjoner vil en finne folk som motsetter seg enhver forandring eller nyvinning som introduseres. Begrunnelsene for motstanden trenger ikke å være rasjonelle, men kan ofte være av mer personlig art, som at det gamle er forbundet med de personer som i sin tid introduserte det og som føler nå seg tilsidesatt ved introduksjonen av det nye. Det er rasjonelt dette også, men på et annet plan. Interessen for å bevare i kombinasjon med ideologiske overbygninger vil noen ganger være større enn interessene for fornyelse og bedre resultater. Konflikten mellom praksisfeltet og forskning bidrar mange ganger til dette. Det er ikke vanlig at praktikere følger med i forskningslitteraturen, og dermed baserer de valgene og vurderingene sine på gammel praksis. Forskningsmiljøene har seg selv å takke for dette. Publikasjonene i forskningsfeltet er så utilgjengelig skrevet, ofte på engelsk, at budskapet ikke når fram til praktikerne. Forskerne avsetter heller ikke nok tid til formidling, fordi popularisering av kunnskap gir ikke troverdighet i academia.

Etablering av et evidensbasert tiltak i barneverntjenesten i en kommune kan inneholde forutsetninger som barnevernet ikke kan møte. Det kan være at tilgangen til barnevern-klienter er så begrenset at barnevern-ansatte ikke får den nødvendige øvelse i å tilby tiltaket eller at formatet til tiltaket krever et visst volum, f.eks. at tiltaket er gruppebasert. Det kan være at antall ansatte i barneverntjenesten er så få at det ikke er nok ressurser til å etablere det. Når vi ser på kom-

munestrukturen i Norge, må man anta at dette gjelder i ganske mange kommuner. Dette kan neppe løses uten en eller annen form for samarbeid. I adopsjonsfasen må kommunen vurdere dette og eventuelt sette sammen fagmiljøer som er robuste nok til å kunne tilby et slikt tiltak. Man kan tenke seg at det slås sammen fagansatte fra helsestasjonen, barneverntjenesten og PPT, som sammen utgjør en solid faggruppe og kan samarbeide om å tilby tiltaket. Et annet eksempel er fra en større kommune der barnevernet bruker et evidensbasert behandlingstiltak i poliklinikken for barn og unges psykiske helse (BUP) som et frivillig foreldreveiledningstiltak (Bvl. § 4.4.). Det som er viktig er at barnevernet har tilgang på slike tiltak, ikke nødvendigvis at barnevernet selv forvalter det.

Implementeringsfasen

Dette dreier seg om den praktiske etableringen av tiltaket i organisasjonen. Informasjonsfasen og adopsjonsfasen er unnagjort og det gjenstår å lære opp organisasjonen i utøvelsen av tiltaket. Et evidensbasert tiltak er evaluert med utgangspunkt i en bestemt målgruppe. Tiltaket må derfor rettes mot den målgruppen som tiltaket er beregnet på. Tiltak som er beregnet på behandling (diagnostiserte barn eller barn som skårer over klinisk grense) og indikerte forebyggende tiltak, er som regel rettet inn mot spesielle tilstander, f.eks. atferdsforstyrrelser, angst eller depresjon. Universaltiltak (mot familier uten kjente risikofaktorer) og selektive forbyggende tiltak (mot familier med kjente risikofaktorer) kan oftere være av mer generell karakter og som retter seg mot risikofaktorer som senere kan utløse forskjellige psykiske helseproblemer. Det er helt vesentlig for at tiltaket skal ha effekt at det rettes mot riktig

målgruppe. Kommunen må videre lage prosedyrer for identifisering av barnets problemer og sette inn det riktige tiltaket. Opplæringen i et evidensbasert tiltak gis oftest av tilbyderorganisasjonen for tiltaket, og blir gitt av fagfolk med spesialkompetanse på området. I *De utrolige årene* blir slik opplæring gitt av sertifiserte mentorer, terapeuter med lang erfaring med tiltaket og spesialutdannelse som mentorer. Opplæringen av terapeutene eller de fagfolkene som skal gi tiltaket, følger som regel en spesiell prosedyre og kandidatene blir regelmessig evaluert inntil sertifisering. Opplæringen handler selvsagt om innholdet i tiltaket, progresjoner og metodikk, men også vel så mye om rollen som terapeut og håndtering av vanskelige situasjoner med foreldre eller barn. Med *De utrolige årenes* forelderprogram som eksempel, vil terapeutrollen være fokusert på samarbeidsprosessen mellom foreldre og terapeut (lærer-terapeut og barn-terapeut avhengig av program⁴). Dette innebærer at terapeuten (gruppelederen) trekker veksler på foreldrenes kompetanse og erfaring med egne barn, samtidig som de bidrar med sin egen fagkunnskap. Slik kan man i felleskap komme fram til en løsning på det aktuelle problemet. Samarbeidsprosessen øker forståelsen for en ny foreldrepraksis og motivasjon for å prøve den ut i virkeligheten. Opplæringen omfatter også bevisstgjøring av foreldrene vedrørende deres egen rolle og hvordan de gjennom foreldrerollen påvirker barnas holdninger til samfunnet og andre mennesker. Det beste begrepet for dette er trolig dannelse, et begrep som er i ferd med å gå av moten, men som bør revitaliseres. Påvirker man barna til å bli selvcentrerte eller til å være opptatt av andres ve og vel. Fors og Vetlesen skiller i boka *Angsten for oppdrags* (2011) mellom autentisitet og integri-

tet, der autentisitet dreier seg om å være opptatt av å oppfylle egne potensialer, se hva som er bra og riktig for en selv og handle deretter, mens integritet forstås som å være uegennyttig, opptatt av hva som er det beste for samfunnet og andre, og å vise det gjennom handling. Gruppelederne skal ikke pådytte foreldrene egne holdninger, men reise denne type problemstillinger, invitere foreldrene til å reflektere over hvordan man påvirker barna, ikke bare hva angår atferd, men også med tanke på samfunnsetiske og mellommenneskelige spørsmål av denne art.

Implementeringen inkluderer også fortløpende veiledning i hvordan tiltaket gjennomføres. Organisasjonen må legge betingelsene til rette for veiledning fra tilbyderen. Noen evidensbaserte tiltak oppretter også et system med lokal kollegaveiledning der spesielt egnede og interesserte utøvere gis etterutdanning i veiledningskunsten og på den måten øker hyppigheten av veiledningen. Driften av et evidensbasert tiltak vil som regel inkludere «livslang» veiledning, at veiledningen varer så lenge tiltaket tilbys av organisasjonen.

Vedlikeholdsfasen

At organisasjonen er mottakelig og klar for å motta tiltaket og har mottatt opplæring og veiledning er viktig, men det er like viktig at man har politisk og administrativ støtte for implementering av tiltaket. Politiske og administrative vedtak er nødvendige, men ingen garanti for vellykket implementering. Enhver organisasjon utsettes for organisatorisk «glemsel». Til tross for lovlig fattede vedtak «glemmes» vedtaket og legitimiteten til tiltaket smuldrer bort. Glemselen kan komme av lederskifte, skifte i politisk ledelse etter valg, eller at ledere får nye ideer om hvilke tiltak barnevernet skal råde over og

bruker sin posisjon til å realisere dem. På den måten kan formelt korrekte og vellykkede implementeringer måtte vike plassen for andre tiltak, ikke sjelden tiltak som mangler forskningsstøtte, men som oppfyller lederens ideologiske plattform. Helse- og sosialtjenestene i Norge har alltid vært offer for ideologiske strømninger, med den følgen at de praktiske tilbudene til befolkningen har vært prisgitt tilfeldige ideer i stedet for forskningsbaserte metoder. Politiske og administrative ledere må holdes varme, de må bli informert om hvordan tiltaket tilbys, de må få informasjon om brukerfornøydhet og involveres i forvaltningen av tiltaket. Lederne må også ha et eiendomsforhold til tiltaket, ikke bare utøverne.

Vedlikehold av tiltaket og vedlikehold av kompetanse henger nøye sammen. Utskiftninger i personalgruppa, sykdom, slitasje, drift i tiltaksinnhold og ressursinnskrenkninger utgjør hver for seg og til sammen alvorlige trusler mot vedlikehold av tiltak og kompetanse. Organisasjoner som forvalter et evidensbasert program må etablere systemer som motvirker disse truslene. Utskiftninger i personalgruppa og sykdom er i seg selv ikke til å unngå, men kan kompenseres for ved at det utdannes flere medarbeidere enn det antallet som anvendes til enhver tid. Utøvelsen av tiltaket kan da gå på omgang slik at alle med grunnutdannelsen får praktisere og alle får delta på veiledning, også de som har en «pause». Når noen slutter, må det være ressurser for å kunne erstatte vedkommende ved å utdanne flere. Drift i innholdet i tiltaket synes å være et naturfenomen ved at man over tid avviker visse komponenter, legger til nye eller reduserer dosen. Tiltaket gis ikke med den nødvendige «troskap» (*fidelity*), og det gis ikke slik det er ment fra tiltaksutviklers side med alle komponenter

intakt, riktig dose (antall timer/møter) og tilbudt til riktig målgruppe. Flere studier viser at det er sammenheng mellom høy troskap og resultater. Forgatch og DeGarmo (2011) viser i et studium fra implementeringen av PMTO i Norge at høy troskap hos personalet målt før behandling førte til betraktelig bedre foreldreferdigheter etter behandling. Schoenwald og medarbeidere (2008) fant i et stort studium (antall ungdommer=1979 og 45 organisasjoner) at høy troskap hos terapeutene førte til framgang hos ungdommene. Earnes og medarbeidere (2009) demonstrerte i et studium av *De utrolige årenes* foreldreprogram i Wales at terapeutenes troskap mot programmet målt med *The leader observation tool* (LOT) medførte forandringer i foreldreferdigheter, målt både ved forelderapporter og uavhengige observasjoner, som igjen førte med seg framgang hos barna.

Vedlikehold av kompetanse er et kontinuerlig arbeid som inkluderer sertifiseringsordninger, resertifisering etter et visst antall år, repeteringskurs etter at man har hatt en pause med å tilby programmet, veiledningsordninger fra tilbyderorganisasjonen, lokal kollegaveiledning og regelmessige faglige oppdateringer. For å oppdage avvik i troskap og tilgjengelige ressurser kan det arrangeres årlige spørreskjemaundersøkelser for personalet som tilbyr programmet og deres ledere om hvilke komponenter i tiltaket som gis, målgruppen siste år, ressurser som er allokert til tiltaket osv. Avvik skal utløse reaksjoner som skal bringe praksis tilbake til opprinnelige standard igjen.

Oppsummering

NOU 2012: nr 5. Bedre beskyttelse av barns utvikling, foreslår bl.a. en økning av tilgang til evidensbaserte foreldretiltak i barnevern-

tjenesten og at Fylkesnemndene, under visse forhold, kan pålegge foreldre å prøve slike tiltak. Hensikten er å bidra til at barn bor kortere tid under skadelige omsorgsbetingelser og at foreldre som har potensial til å forbedre omsorgskompetansen gis mulighet til å beholde barnet. I denne sammenheng rettes oppmerksomhet i større grad enn tidligere mot samspillskvaliteten mellom foreldre og barn. Moderne tilknytningsforskning og nevrobiologisk forskning viser at utrygg tilknytning, lav kvalitet på samspillet mellom foreldre og barn og langvarig eksponering for omsorgssvikt og overgrep skader barnets emosjonelle og intellektuelle utvikling og kan skade den nevrologiske utviklingen. Går dette for lenge kan skadene være irreversible. NOU 2012: nr 5 foreslår på denne bakgrunn innføringen av et nytt førende prinsipp i beslutningsprosessen om de vanskeligste avgjørelsene i barnevernet som er kalt det utviklingsstøttende tilknyt-

ningsprinsipp. Dette prinsippet skal gå foran anvendelsen av det biologiske prinsipp i disse sakene. I denne artikkelen diskuteres konsekvensene av dette ved å presentere en del risikofaktorer for utvikling av psykiske helseplager hos barn og unge og konsekvensene dette har for anvendelsen av tiltak i barnevernet. De frivillige tiltakene som kan tilbys etter Bvl. § 4.4 har klare mål, men mye tyder på at disse tiltakene også blir gitt med håp om at omsorgspersonenes omsorgskompetanse skal bedres, uten at det nødvendigvis skjer. Men etableringen av et virkningsfullt tiltak i en organisasjon forutsetter bestemte implementeringsprosesser for å sikre robust forankring i organisasjonen, god planlegging, opplæring av høy kvalitet og systemer for forebygging av kollaps. En eventuell opprustning av tiltakssiden i barnevernet blir avhengig av at disse forutsetningene er til stede.

NOTER

- 1 Cecilie Braarud utdyper tilknytningsforskningen og konsekvensene denne forskningen kan ha for barnevernfaglige avgjørelser i vedlegg til NOU 2012: 5 (Braarud, 2012) og Branzæg, Smith og Torsteinson beskriver de behandlingmessige konsekvensene i boka *Mikroseparasjoner, tilknytning og behandling* (Branzæg et al. 2011).
- 2 Arne Blindheim redegjør for dette annet sted i dette temanummeret.
- 3 Klinisk grense (cut off) betyr at barnet skårer over grenseverdien for et problem som indikerer behov for behandling.
- 4 De utrolige årene består av tre forskjellige tiltak: foreldretiltaket, barnetiltaket (Dinosaurusskolen) og skolebarnehagetiltaket (for skole- og barnehageansatte).

REFERANSER

- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Best, A., Terpstra, J., Moor, G., Riley, B., Norman, C. D., & Glasgow, R. (2008). *Building knowledge integration systems for evidence-informed decisions*. Paper presented to the Organizational Behavior in Health Care Conference, Sydney, Australia, March 26th .
- Blindheim, A. (2012). *Ettervirkninger av traumatiserte hendelser i barndom og oppvekst*. NOU 2012:5. Bedre beskyttelse av barns utvikling. Ekspertutvalgets utredning av det biologiske prinsipp i barnevernet, 191–213.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. New York: Basic Books.
- Braarud, H. C. (2012). NOU 2012:5. *Bedre beskyttelse av*

- barns utvikling*. Ekspertutvalgets utredning av det biologiske prinsipp i barnevernet, 176–190.
- Brandzæg, I., Smith, L., & Torsteinsson, S. (2011). *Mikroreparasjoner: tilknytning og behandling*. Bergen: Bokforlaget.
- Dishion, T. J., McCord, J. & Francois, P. (1999). When interventions harm: Peer group and problem behavior. *American Psychologists*, Vol 54(9), 755–764.
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 1, 372–350.
- Earnes, C., Daley, D., Hutchings, J., Whitaker, C. J., Jones, K., Hughes, J. C., & Bywater, T. (2009). Treatment fidelity as a predictor of behaviour change in parents attending group based parent training. *Child: care, health and development*, 35, 603–612.
- Ertesvåg, K. S. & Midthassel, U. V. (2012). Mobbedebatt på farlig sidespor. *Forskning.no* Kronikk 31.mai 2012.
- Fixsen, D. L., Blasé, K. A., Naoom, S. F., & Wallace, F. (2009). Core implementation components. *Research on Social Work Practice*, 19, 531–540.
- Forgatch, M. S. (2002). *Implementing parent management training in Norway (Grant Application RFA - DA - 02 - 004)* (No. NIDA NNPRI: Community Multisite Prevention Trials (CMPT)). Eugene.
- Forgatch, M. S., & DeGarmo, D. S. (2011). Sustaining fidelity following the nationwide PMTO implementation in Norway. *Implementation Science*, 12, 235–246. PMID: PMC315633
- Foros, P. B. & Vetlesen, A. J. (2011). *Angsten for oppdragelse. Et samfunnsetisk perspektiv på dannelse*. Oslo: Universitetsforlaget
- Fossum, S., Handegård, B.H., Marinussen, M. & Mørch, W-T. (2007) Psychosocial Interventions for Disruptive and Aggressive Behavior in Children and Adolescents, A Meta-Analysis. *European Child Psychiatry*, Vol. 17. (7) s. 438–451.
- Fossum, S., Mørch, W-T., Handegård, B.H., Drugli, M.B., Larsson, B. (2009). Parent training for young Norwegian children with ODD and CD problems: Predictors and mediators of treatment outcome. *Scandinavian Journal of Psychology*, Vol 50. (2) s. 173–181.
- Futh, A., O'Connor, T.G., Matias, C., Green, J., Scott, S. (2008). Attachment Narratives and Behavior and Emotional Symptoms in an Ethnical Diverse, At Risk Sample. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47:6
- Kvello, Ø. (2010). *Barn i Risiko – skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Larsson, B., Fossum, S., Clifford, G., Drugli, M.B., Handegård, B.H. & Mørch, W-T. (2009). *Treatment of Oppositional Defiant and Conduct Problems in Young Norwegian Children: Results of a Randomized Controlled Replication Study*. *European Child and Adolescent psychiatry*. Vol 18. (1) s. 42–52.
- NOU 2012: 5. *Bedre beskyttelse av barns utvikling*. Ekspertutvalgets utredning om det biologiske prinsipp i barnevernet. Oslo: Barne,- likestillings, og inkluderingsdepartementet.
- Ogden, T. (2010). *Familiebasert behandling av alvorlige atferdsproblemer blant barn og ungdom. Evaluering og implementering av evidensbaserte behandlingsprogrammer i Norge*. Doktorgradsavhandling, Psykologisk Fakultet, Universitetet i Bergen.
- Ot.prp. nr 69, 2008–2009: *Om lov om endringer av barnevernloven*.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. Eugene: Castalia Publishing Company.
- Patterson, G. R., Reid, J. B., & Dishion, T. J. (1992). *Antisocial boys*. Eugene. OR: Castalia Publishing Company.
- Reedtz, C., Martinussen, M., Jørgensen, F.W., Handegård, B.H. & Mørch, W-T. (2010). Parents seeking help in child rearing: Who are they and how do their children behave? *Journal of Children's Services*, 4, 264–275.
- Reedtz, C., Handegård, B.H., Mørch, W-T. (2011). Promoting positive parenting practices in primary care: Outcomes in a randomized controlled risk reduction trial. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52, 131–137.
- Reid, J. B., Patterson, G. R., & Snyder, J. (2002). *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention*
- Rogers, E. (1995). *Diffusion of innovation*. 4th edn. New Your: Free Press
- Schoenwald, S. K., Carter, R. E., Chapman, J. E., & Sheidow, A. J. (2008). Therapist adherence and organizational effects on change in youth behaviour problems one year after multisystemic treatment. *Administration and Policy in Mental Health Services Research*, 35 (5), 379–394.
- Ungsinn, Virksomme tiltak for barn og unges psykiske helse. <http://ungsin.uit.no> Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, Nord – psykisk helse og barnevern (RKBU Nord). Det helsevitenskapelige fakultet. Universitetet i Tromsø. The Incredible Years series: <http://incredibleyears.com>
- Webster-Stratton, C., Herbert, M. (1994). *Troubled Families –problem children: Working with parents: A collaborative process*. Chichester: Wiley & Sons.
- Weersing, V. R., & Weisz, J. R. (2002). Mechanisms of action in youth psychotherapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43. 3–29