

Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket:

Parent Management Training – The Oregon Model (PMTO) som individuell foreldreveiledning (2. utg.)

PMTO er et behandlingstilbud for foreldre med barn i alderen 3 til 12 år som har eller står i fare for å utvikle alvorlige atferdsproblemer.

BAKGRUNN

Denne artikkelen er en kunnskapsoppsummering av effektene av Parent Management Training-Oregonmodellen (PMTO), gitt som et individuelt foreldreveiledningstiltak. Tiltaket består av ukentlige veiledningsmøter med foreldre, av ulik varighet. Målgruppen er familier med barn som har atferdsvansker. Tiltaket er utviklet ved Oregon Social Learning Center. Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge (NUBU; tidligere Atferdssenteret AS) har de norske rettighetene.

METODE

Litteratursøk i Embase, Medline, Psykinfo, NORART, Cochrane, Cristin, NORA, SCOPUS, SweMed ble supplert med to artikler. Totalt 26 artikler ble funnet å være relevante, hvorav ni publikasjoner basert på syv studier undersøker tiltakets effekt/effektivitet.

RESULTATER

PMTO er et godt beskrevet tiltak med en systematisk implementeringsstrategi. Det er gjennomført én norsk og én islandsk RCT effektivitetsstudie med målinger før og etter behandling og én norsk studie av langtidseffekter ett år etter avsluttet behandling. I tillegg er det gjennomført én studie på effektene ved spredningen av tiltaket i vanlig praksis i Norge, som også er brukt for å evaluere effektene av PMTO på undergrupper. Effektene av PMTO er også sammenlignet med et annet foreldreveiledningsprogram (De utrolige Årene; DuÅ). Det er gjennomført én norsk og én islandsk studie av metodeintegritet. Alle studiene holder moderat høy forskningsmetodisk kvalitet. Med unntak av sammenligningen med DuÅ er det funnet statistisk signifikante effekter av PMTO som, selv om de er små og ikke helt konsistente, er funnet å ha praktisk betydning. Testing av statistiske modeller tyder på at tiltakets virkningsmekanisme er i tråd med tiltakets teoretiske modell.

KONKLUSJON

PMTO som individuelt foreldreveiledningstiltak for barn med atferdsvansker klassifiseres på evidensnivå 5 – Tiltak med sterk dokumentasjon på effekt.

Innledning

Bakgrunn

Atferdsvansker hos barn kjennetegnes av vedvarende og gjentakende atferd som bryter med allment aksepterte normer og verdier, setter hensynet til andre til side og forstyrrer barnets sosiale fungering. I følge Frick m. fl. (1993) kan atferdsvansker hos barn og unge forstås langs to dimensjoner: en åpen versus skjult dimensjon, og en destruktiv versus ikke-destruktiv dimensjon. Dette gir fire kategorier av atferdsvansker: aggressiv atferd som er åpent destruktiv (for eksempel slåssing og mobbing), atferd som skjult destruktiv (tyveri og hæververk), atferd som er åpen og ikke-destruktiv (trass og raseriutbrudd) og atferd som er skjult og ikke-destruktiv (skulking og rusing).

Diagnostisk skilles det mellom opposisjonell trasslidelse (oppositional defiance disorder) og atferdsproblem (conduct problems). Barn med atferdsvansker har ofte også tilleggsproblemer, som spesifikke lærevansker, oppmerksomhetsvansker og emosjonelle problemer (Munkvold m. fl., 2011). Prognostisk har barn med atferdsvansker økt risiko for marginalisering, f.eks i form av avbrutt skolegang, og senere vansker med å etablere seg på arbeidsmarkedet, vansker med å



Kjell Morten Stormark

kjst@norceresearch.no


Regionalt Kunnskapscenter for barn og unge (RKBU Vest), NORCE
Norwegian Research Centre AS



Øivin Christiansen

oich@norceresearch.no

Regionalt Kunnskapscenter for barn og unge (RKBU Vest), NORCE
Norwegian Research Centre AS

 Engelsk sammendrag på nettsiden

ISSN 2464-2142

Tidsskriftet Ungsinn utgis av Regionalt kunnskapscenter for barn og unge- nord (RKBU Nord) ved UiT Norges arktiske universitet.



ingå i nære relasjoner, fare for å utvikle en kriminell løpebane og økt risiko for dårlig helse (Kazdin, 1997).

Atferdsvansker utgjør en av de vanligste psykiske lidelsene blant barn og unge (Skogen & Torvik, 2013). Resultatene fra to norske totalbefolkningsundersøkelser i henholdsvis førskole- (Wichstrøm m. fl., 2012) og barneskolealder (Heiervang m. fl., 2007) viste at rundt 3 % av barnebefolkningen oppfyller diagnostiske kriterier for atferdsvansker. I 1997 ble det holdt en ekspertkonferanse om behandlingstilbudet til barn og unge med alvorlige atferdsvansker. I rapporten etter konferansen (Norges forskningsråd, 1998) var konklusjonen at regulær behandling var uten effekt og at den fremtidige innsatsen innen forebygging og behandling for denne gruppen skulle basere seg på evidensbaserte modeller for atferdsvansker, og at det burde gjennomføres behandlingsstudier for metodene som hadde vist lovende resultater, herunder foreldreveiledningsprogrammet Parent Management Training- Oregon-modellen (PMTO; Patterson, 1982).

Målsetninger og målgruppe

PMTO er et behandlingstilbud for foreldre med barn i alderen 3 til 12 år som har eller står i fare for å utvikle alvorlige atferdsproblemer. Formålet er «å trene foreldre i sentrale foreldreferdigheter som kan forebygge, redusere eller stoppe atferdsproblemer hos barn og unge» (Askeland m. fl., 2010, s.15). Gjennom veiledning trener PMTO-terapeutene foreldrene i å utvikle ferdigheter som fremmer samarbeid og trivsel i samspillet med barna og som bremser problematferd og konfliktfylt samspill mellom barna og foreldrene. Dette innebærer at PMTO har to mål: ett knyttet til barns atferd og ett knyttet til utviklingen av ferdigheter hos foreldre. Vi anser begge som likestilte hovedmål, hvor utvikling av foreldreferdigheter er den direkte målsetningen og reduksjon av atferdsvanskene er et indirekte (siden det skal oppnås via foreldreferdighetene) mål for tiltaket. Dette er også reflektert i de statistiske modellene som er brukt i publikasjonene for å analysere effektene av tiltaket.

PMTO gis som veiledning til foreldre, både individuelt og i grupper. Denne artikkelen omhandler PMTO som individrettet behandling overfor foreldre eller andre omsorgsgivere for barn med atferdsvansker.

Gjennomføring av tiltaket og metoder som anvendes (inkludert materiell og beskrivelse)

Behandlingen består av veiledningskonsultasjoner mellom terapeut og foreldre. Arbeidsformen er ukentlige møter, som kan variere fra ti til opp mot 40 møter. Vanlig varighet for behandlingen er seks til åtte måneder, men kan variere fra tre måneder til ett og et halvt år (Askeland, Apeland & Solholm, 2014).

Behandlingsmøtene varer vanligvis en klokke, og temaene gjennomgås i en planlagt rekkefølge. I håndboken beskrives det hvilke temaer som er viktige, med en rekke konkrete forslag til hva timene bør inneholde og hvordan en skal jobbe med de enkelte temaene. Samtidig fremheves betydningen av at terapeutene er fleksible, og at det gis rom for temaer som familien er spesielt opptatt av. Arbeidsformen i hvert møte består av introduksjon av tema, rollespill, ferdighetstrening, dialog og refleksjon. Foreldrene får med seg materiell som består av huskelapper og idéark, samt hjemmeoppgaver som de skal gjennomføre mellom møtene. Det er også lagt opp til at terapeuten har en oppfølgende telefonsamtale i løpet av uken. PMTO-veiledningen gjennomføres som konsultasjoner mellom terapeut og foreldre. Barn kan delta, og da er vanligvis formålet å gi foreldre anledning til å øve på ferdighetene de lærer, med terapeuten tilstede eller å gi barna direkte informasjon om PMTO. Vi har ikke funnet noen registreringer av hvor ofte det skjer, og antar derfor at det bare skjer unntaksvis.

PMTO-behandlingen starter med en inntakssamtale, hvor barnets og foreldrenes ressurser og vansker kartlegges. Det legges vekt på å kartlegge eventuelle tilleggsproblemer, slik at det kan gjøres en vurdering av om PMTO er en relevant behandling (Askeland m. fl., 2010). I så tilfelle starter behandlingen med en forundersøkelse, hvor foreldrene fyller ut det standardiserte spørreskjemaet Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI; Eyberg & Pincus, 1999), for å kartlegge omfanget av barnets atferdsvansker og hvor utfordrende foreldrene opplever vanskene. Det blir også foretatt et videopptak av en strukturert samspillsituasjon mellom foreldrene og barnet.

I det videre behandlingsforløpet arbeides det med ulike temaer og ferdigheter i en planlagt rekkefølge.

Det første temaet som introduseres er hvordan foreldre kan gi gode (i betydningen tydelige og positive) beskjeder til barnet. Grunnen for å starte med dette er at denne ferdigheten har vist seg å raskt føre til positive endringer. Man fokuserer på foreldrenes kommunikasjonsstil og at de gjennom oppmunt-ring stimuleres til prososial atferd i samspillet med barnet. Rekkefølgen for de påfølgende temaene er mer fleksibel. Det gjelder ferdigheter som positiv involvering, negative konsekvenser av uønsket atferd, tilsyn, problemløsning, samt involvering av skole og barnehage (Askeland m. fl., 2014). Samtidig fremheves betydningen av å gi rom for temaer som familien er spesielt opptatt av.

Det teoretiske grunnlaget for tiltaket

Atferdsvansker hos barn utløses og opprettholdes, ifølge The Social Interaction Learning (SIL) Model (Patterson m. fl., 1992; 2010) av samspillet i familien. Patterson (1982) hevder at alle barn viser anti-sosial atferd, som trass i førskolealderen. Det avgjørende for om dette utvikler seg til problemer, er foreldrenes måte å møte denne atferden på. I følge SIL kan foreldre regulere barns atferd på to måter: enten gjennom positiv forsterkning av pro-sosial atferd, som på sikt vil styrke barnas sosiale ferdigheter, redusere problematferd og hindre utvikling av anti-sosial atferd, eller gjennom bruk av negativ atferd, slik som ulike former for press eller tvang («coercion») i forsøk på å redusere problematferd. Positiv eller negativ forsterkning av problematferd bidrar ikke til å styrke barnas prososiale atferd, men kan i stedet føre til en spiral av utagerende og antisosial atferd.

Eksempler på press og tvang i samhandlingen er bruk av trusler, skape skyldfølelse, eller utagere gjennom følelser eller atferd i form av følelsesmessig utpressing. Denne formen for samhandling får ofte preg av konflikter hvor en av partene til slutt «vinner» gjennom å få viljen sin, noe som igjen øker sannsynligheten for at lignende strategier blir tatt i bruk i fremtiden. «Taperens» atferd blir derimot negativt forsterket, noe som gjør denne mer tilbøyelig til å unngå fremtidige konfrontasjoner. I følge SIL modellen inneholder ethvert foreldre-barn forhold elementer av press og tvang, men det som skiller familier til barn med atferdsvansker fra andre familier, er hvor dominerende denne formen for kommunikasjonen mellom familiemedlemmene er. Dette gjør at familiemedlemmene har en tendens til

å opptre fiendtlig overfor hverandre, og at barna lærer at dette er måten å regulere mellommenneskelige forhold. Samhandlingen i slike familier bærer preg av utveksling av sure og irriterte kommentarer til hverandre, ofte bare avbrutt av høyintensive eksplosjoner av sinne når de enkelte familiemedlemmene forsøker å tvinge viljen sin igjennom (Solholm m. fl., 2005).

Siden samhandlingsmønstre blir automatiserte, vil de være vanskelige å identifisere og endre for familien selv. Det er derfor avgjørende at noen utenfra hjelper foreldre i å endre reaksjonsmønstre i familien, slik at prososial atferd kan bli opprettholdt gjennom positiv forsterkning og at negativ atferd blir ignorert eller møtt med milde negative konsekvenser, slik som pausetid eller tap av gode.

Implementeringsstrategier, kvalitetssikring og kostander

I dag er hovedstrategien for implementering av PMTO at det inngås forpliktende avtaler mellom enkeltkommuner og NUBU om innføring av forebyggingsprogrammet TIBIR (Tidlig Innsats for Barn i Risiko). TIBIR er en programpakke bestående av seks tiltak, hvorav PMTO foreldreveiledning er ett av tiltakene. For at en kommune skal kunne innføre TIBIR er det en forutsetning at kommunen utdanner PMTO-terapeuter. Avtaler om implementering av TIBIR og dermed også PMTO, forankres på øverste ledelsesnivå i kommunen. Det er utarbeidet en egen håndbok om implementering av TIBIR og PMTO i kommunene (Gomez m. fl., 2014).

Beslutningen om innføringen av PMTO i en kommune tas først etter en dialog mellom kommunen og et regionalt implementeringsteam, etter en evaluering av kommunenes forutsetninger for å innføring av programmet og at en styringsgruppe er opprettet. Ved oppstart etableres det et kommunalt implementeringsteam bestående av styringsgruppe, arbeidsgruppe og TIBIR-koordinator, og det utarbeides en implementeringsplan. Med dette på plass rekrutteres PMTO-terapeuter og opplæringen starter. PMTO-terapeutene har en todelt funksjon innenfor TIBIR. De skal selv utføre PMTO-behandling, i tillegg til at de skal være nøkkelpersoner i opplæring og kvalitetssikre av personell som tilbyr de øvrige TIBIR-intervensjonene i kommunen.

Opplæringen av PMTO-terapeuter skjer i regi av det regionale implementeringsteamet og har en samlet varighet på omtrent halvannet år som leder fram til sertifisering. I denne perioden må det settes av ca. 40 % av arbeidstiden til opplæring, klinisk arbeid med metoden, og til veiledning og eget studium. PMTO-terapeutene må ha minimum tre års utdanning fra universitet/høgskole i helse-, sosial- eller pedagogiske fag.

Selve opplæringen består av 21 kursdager. I tillegg kreves deltakelse i veiledningsgrupper som møtes 24 dager og ledes av en PMTO-veileder på regionalt nivå. Deltakerne skal underveis i opplæringen praktisere behandlingen og dokumentere denne gjennom videopptak. Filmene gjennomgås i veiledningene. For å kunne bli sertifisert som PMTO-terapeut, må deltakerne ha gjennomført minst fem PMTO-behandlinger og ha minimum 85 % frammøte på opplærings- og veiledningsdagene. Til sertifiseringen leverer deltagerne fire filmopptak av forhåndsbestemte temaer fra behandlingsmetoden. Disse vurderes ut fra et skåringssystem (se beskrivelse senere) som måler metodeintegritet, som er begrepet som betegner kvalitetssikring i PMTO-sammenheng. For å kvalifisere seg som sertifisert PMTO-terapeut må en oppnå tilstrekkelig metodeintegritet.

For å opprettholde sertifiseringen må PMTO-terapeutene, i de to påfølgende årene, gjennomføre gruppeveiledning på til sammen 16 dager og ha minst fire årlige behandlingsforløp (eller PMTO foreldregrupper) i disse årene. Deretter må de delta i gruppeveiledning på minimum tre dager, delta på to dagers etterutdanningsseminar og gjennomføre minst to behandlingsforløp hvert år. Terapeutene må dokumentere aktiviteter som tilfredsstillende kvalitetssikringskravene for sertifisering hvert år.

Kvalitetssikring

Utøvelsen av PMTO-veiledningen kvalitetssikres og vedlikeholdes gjennom strukturert opplæring inkludert materiell og håndbok, veiledning og ved observasjoner av videopptak fra behandlingstimer for å måle metodeintegritet. Nettstedet pmt.no er også et virkemiddel for å sikre høy metodeintegritet. På intranettsidene kan den enkelte terapeut laste ned materiell til bruk i behandlingen. I tillegg samles det inn informasjon om opplæring, kurs og vei-

ledning vedkommende har deltatt i. NUBU har i tillegg fått tillatelse fra Datatilsynet til å lagre av-identifiserte person- og saksopplysninger, noe som gir terapeutene tilgang til opplysninger om hvordan utført behandling evalueres når det gjelder utfallsdata på barnet og fornøydhets fra brukerne.

Kostnader

Opplæring og oppfølging fra NUBU og regionalt implementeringsteam er kostnadsfritt for kommunene. PMTO-terapeutenes arbeidssted må bære kostnadene knyttet til fristilling av arbeidstid og til reise og opphold ved opplæring og veiledning.

Evaluering av implementeringskvalitet

I forbindelse med en evaluering av Atferdssenteret (Norges forskningsråd, 2016) ble implementeringsmodellen for PMTO vurdert som grundig, sett i forhold til faktorer som forankring i kommunene, design av programmene, samt den faglige kvaliteten i opplæring og veiledning av terapeutene.

Problemstilling for artikkelen

Formålet med denne artikkelen er å undersøke om PMTO gitt som individuell veiledning til foreldre til barn som har atferdsvansker kan antas å være et virksomt tiltak benyttet i vanlig praksis i Norge.

Metode

Det er foretatt systematiske litteratursøk etter relevante publikasjoner i databasene Embase, Medline, Psykinfo, NORART, Cochrane, Cristin, NORA, SCOPUS og SweMed i mars 2016. I tillegg har vi, etter kontakt med tiltakseier i Norge, fått tilsendt bøker, veiledere, og referanser som ikke ble fanget opp av søket, samt informasjon om implementeringsstrategi, spredning og kvalitetssikring av tiltaket.

Resultater

Resultater fra litteratursøk

Litteratursøket resulterte i 98 treff, hvorav 24 refererte til artikler som presenterer resultater fra evaluering av PMTO i Norge/Norden. Foruten litteratursøket har vi registrert fire publikasjoner som også presenterer slike resultater. Disse inkluderer en effektstudie av PMTO-kurs for fosterforeldre (Jakobsen og Solholm, 2009), en studie av sammenhengene med mødrestress (Kjøbli, Nærde, Bjørne-

bekk & Askeland, 2014), en studie av sammenhengen mellom sosioøkonomisk bakgrunn og type PMTO-behandling (Tømmeraas, 2016) og en oppsummering av de norske studiene (Forgatch & Kjøbli, 2016). Til sammen er det dermed 28 artikler, hvorav to er oppsummeringer og ikke primærkilder (Forgatch, Rains & Sigmarsdóttir, 2015; Forgatch, 2016). Denne kunnskapsoppsummeringen tar således utgangspunkt i totalt 26 artikler som er primærkilder for norske/nordiske effektstudier på PMTO, gitt som individuelt foreldreveiledningstiltak.

Av disse 26 artiklene er fem utelukkede knyttet til evaluering av gruppe-basert PMTO, enten i helse- og omsorgstjenestene i 11 kommuner (Kjøbli, Hukkelberg, & Ogden, 2013), for fosterforeldre (Jakobsen & Solholm, 2009), eller for mødre fra Somalia og Pakistan (Bjørknes m. fl., 2012; Bjørknes & Manger, 2013; Bjørknes m. fl., 2015). I tillegg sammenligner en artikkel den sosioøkonomiske bakgrunnen til foreldre som deltar i gruppebasert PMTO-veiledning med bakgrunnen til foreldre som deltar i en kortversjon av PMTO (Brief Parent Training; Tømmeraas, 2016). Videre er effektene av BPT sammenlignet med regulær korttidsbehandling for barn med atferdsvansker i tre artikler (Kjøbli & Ogden, 2012; Kjøbli & Bjørnebekk, 2013; Kjøbli, Nærde, Bjørnebekk, & Askeland, 2014); se også Eng, Patras, Handegård (2015) for evaluering i Ungsinn). Fem av de øvrige publikasjoner belyser faktorer av generell betydning for implementeringen av PMTO (Ogden m. fl., 2012; Klest, 2014 og Patras & Klest, 2016) eller påliteligheten til instrument for å måle foreldreferdigheter (Storå, Hagtvedt, & Heyerdahl, 2012; 2014).

Oppsummert betyr dette at denne kunnskapsoppsummeringen er basert på de 12 resterende publikasjonene. Ni av disse (Bjørnebekk m. fl., 2015; Fossum m. fl., 2014; Hagen, m. fl., 2011; Kjøbli & Ogden, 2009; Ogden & Hagen, 2008; Sigmarsdóttir & Bjørnsdóttir, 2012; Sigmarsdóttir m. fl., 2013; 2015 og Tømmeraas & Ogden, 2015) er basert på syv

ulike, men sterkt relaterte studier, som belyser effektene av PMTO gitt som individuelt foreldreveiledningstiltak. De tre andre publikasjonene (Forgatch & DeGarmo, 2011; Hukkelberg & Ogden, 2013 og Sigmarsdóttir & Gudmundsdóttir, 2013) er basert på studier av PMTO-terapeutenes metodeintegritet.

Tabell 1. Vurdering av tiltakets beskrivelse.

Dimensjoner i beskrivelsen	Ikke beskrevet	Noe beskrevet	Godt beskrevet
Problembeskrivelse			X
Målgruppe			X
Hovedmål			X
Sekundærmål			X
Utforming av tiltaket			X
Metoder som benyttes			X
Kjerneelementer/ fleksibilitet			X
Utøvere av tiltaket			X
Manual/veileder for utøvere			X
Materiell for mottakere av tiltaket			X
Undersøkelser som styrker beskrivelsen			X

Gjennomgang av beskrivelser

Tiltaket er utførlig beskrevet i en håndbok (Askeland m. fl., 2010a), utviklet for opplæringen i PMTO. Vekslingen mellom å beskrive de overordnede formålene med tiltaket og konkrete forslag til hvordan PMTO terapeuter kan respondere på utfordringer underveis i behandlingen, gir håndboken en dialektisk form som vil fungere både for opplæringsformål og som oppslagsverk.

Tabell 2. Inkluderte nordiske effektstudier.

Studie	Artikkel	Forskningsdesign	Deltakere	Måletidspunkter
A	1. Bjørnebekk, Kjøbli, & Ogden, 2015	Ikke-randomisert pre-post studie av effektene av PMTO-behandling for barn (3-12 år) med og uten komorbid ADHD	253 PMTO familier med barn (hvorav 97 med komorbid ADHD)	Pre-post-PMTO intervensjon
B	2. Fossum, Kjøbli, Drugli, Handegård, Mørch, & Ogden, 2014	Ikke-randomisert effektivitetsstudie av PMTO og DuÅ behandling for barn (3-9 år)	147 PMTO familier/barn og 89 DUÅ familier/barn	Pre-post intervensjon (PMTO vs DUÅ)
C	3. Hagen, Ogden, & Bjørnebekk, 2011	RCT effektivitetsstudie av PMTO-behandling for 4-12 år gamle barn med atferdsvansker med oppfølging ett år etter avsluttet behandling. Medieringsanalyser av indirekte PMTO effekter	112 randomiserte familier. Post-intervensjon og ett års oppfølging av hhv 52 og 41 PMTO- og 45 og 34 RB-familier	Pre-post behandling (PMTO vs RB), med ett års oppfølging
D	4. Kjøbli & Ogden, 2009	Ikke-randomisert pre-post studie av effektene av PMTO-behandling for jenter og gutter (4-12 år) med atferdsvansker	323 PMTO-familier med barn	Pre-post-PMTO intervensjon
E	5. Ogden & Hagen, 2008	RCT effektivitetsstudie av PMTO-behandling for 4-12 år gamle barn med atferdsvansker. Medieringsanalyser av indirekte PMTO effekter	112 randomiserte familier (Pre og Post-intervensjon for hhv 59 og 52 PMTO-og 53 og 45 RB-familier)	Pre-post intervensjon (PMTO vs RB)
F	6. Sigmarsdóttir & Björnsdóttir, 2012	Ikke-randomisert effektstudie av PMTO på henvisninger til spesialisthelsetjenesten	En PMTO-kommune og to SAU-kommuner	Antall henvisninger 2000-7
F	7. Sigmarsdóttir, DeGarmo, Forgatch, & Gudmundsdóttir, 2013	RCT effektivitetsstudie av PMTO behandling på foreldreferdigheter i familier med 5-12 år gamle barn med atferdsvansker	102 randomiserte familier (Pre- og post intervensjon for hhv 51 og 50 PMTO- og 51 og 47 SAU-familier)	Pre-post intervensjon (PMTO vs SAU)
F	8. Sigmarsdóttir m. fl. 2015	RCT effektivitetsstudie av PMTO-behandling for 5-12 år gamle barn med atferdsvansker. Medieringsanalyser av indirekte PMTO effekter	102 randomiserte familier (Pre- og post intervensjon for hhv 51 og 50 PMTO- og 51 og 47 SAU-familier)	Pre-post intervensjon (PMTO vs SAU)
G	9. Tømmeraaas & Ogden, 2015	Ikke-randomisert effektstudie av PMTO i forbindelse med spredning av tiltaket til flere tjenestenivå	322 familier (59 familier fra RCT og 263 fra spredningsstudie)	Pre-post intervensjon (Deltagelse i Effektivitets- vs spredningsstudie)

Note. Forkortelser: ADHD= Attention Deficit Hyperactivity Disorder, DuÅ=De utrolige Årene, PMTO=Parent Management Training- Oregon, RB=regulær behandling, RCT= Randomized controlled trial, SAU=Service as usual

Nordiske effektstudier

Det er gjennomført syv ulike, men overlappende studier på effektene av PMTO som individuelt foreldreveiledningstiltak (se Tabell 2 for en oversikt). Det dreier seg om én norsk (Ogden & Hagen, 2008; studie E i Tabell 2) og én islandsk (Sigmarsdóttir & Björnsdóttir, 2012; Sigmarsdóttir m. fl., 2013; 2015; studie F), to-armet randomisert kontrollert trial (RCT) effektivitetsstudie, hvor effektene av PMTO sammenlignes med effektene av regulær behandling (RB; Ogden & Hagen, 2008)/service as usual (SAU;

Sigmarsdóttir m. fl., 2013). Videre er det rapportert langtidseffekter ett år etter avsluttet intervensjon i den norske RCT effektivitetsstudien (Hagen, Ogden & Bjørnebekk, 2011; studie C). Det er gjennomført én ikke-randomisert spredningsstudie (dissemination study) av PMTO hvor effektene av tiltaket i forbindelse med den videre spredningen av tiltaket til flere tjenesteområder, sammenlignes med resultatene fra den norske RCT effektivitetsstudien (Tømmeraaas & Ogden, 2015; studie G). Data fra sprednings- og effektivitetsstudiene har også blitt

kombinert for å kunne sammenligne effektene av PMTO for gutter og jenter (Kjøbli & Ogden, 2009; studie D), for barn med atferdsvansker med og uten ADHD (Bjørnebekk m. fl., 2015; studie A). Til sist har effektene av PMTO som individuell foreldreveiledning blitt sammenlignet med effektene til det gruppebaserte foreldreveiledningsprogrammet De Utrolige Årene (DUÅ; Webster-Stratton, & Herbert, 1994) i en studie (Fossum m. fl., 2014; studie B).

Siden det er en omfattende norsk/nordisk litteratur som empirisk belyser effektene av PMTO, har vi vurdert det som ikke nødvendig å trekke veksler på internasjonale kunnskapsoppsummeringer (Eyberg m. fl., 2008; Furlong m. fl., 2010; Serketich & Dumas, 1996), eller oppsummeringer av mer enn 50 års forskning på PMTO (Patterson & Forgatch, 2010).

Tabell 3. Forskningsmetodisk kvalitet

Artikler	1. Statistiske analyser	2. Måling	3. Indre validitet	4. Tro mot tiltaket	5. Ytre validitet	Gj. snitt
1. Bjørnebekk, Kjøbli, & Ogden, 2015	3,5	3	2,5	3,5	3,5	3,2
2. Fossum, Kjøbli, Drugli, Handegård, Mørch, & Ogden, 2014	3	3	2,5	3,5	3,5	3,1
3. Hagen, Ogden, & Bjørnebekk, 2011	2,5	3,5	3	3,5	3,5	3,2
4. Kjøbli & Ogden, 2009	3,5	3,5	2,5	3,5	3,5	3,3
5. Ogden & Hagen, 2008	2,5	3,5	3	3,5	3,5	3,2
6. Sigmarsdóttir & Björnsdóttir, 2012	2	2	2	3,5	2,5	2,4
7. Sigmarsdóttir, DeGarmo, Forgatch, & Gudmundsdóttir, 2013	3	3	3	3,5	3	3,1
8. Sigmarsdóttir m. fl. 2015	2,5	2,5	3	3,5	3	2,9
9. Tømmeraaas & Ogden, 2015	3,0	2,5	2,5	3,5	4	3,1

Note. Ikke rapportert eller undersøkt = 0; Dårlig/utilfredsstillende = 1; Tilfredsstillende = 2; Godt = 3; Svært godt = 4

Forskningsmetodisk kvalitet

1. Statistiske analyser

I vurderingen har vi lagt vekt på hvor adekvat de oppgitte analysene er, om studiene har tilstrekkelig statistisk styrke, om det er gjort analyser av frafall, om det er analysert og tatt hensyn til avhengighet i data, og om analysene har tatt hensyn til manglende data. For RCT effektivitetsstudiene er det også relevant i hvilken grad randomiseringen ble ivaretatt.

Samtlige publikasjoner, med unntak av Sigmarsdóttir m. fl. (2015), oppgir mål på sentraltendens og spredning separat for gruppene. Med ett unntak er det dermed mulig å beregne populasjonsstandardavviket. Dette har blitt brukt til å beregne effektstørrelser for hvert utfallsmål i hver av studiene. De statistiske analysene består hovedsakelig av generelle lineære modeller som regresjonsanalyser og ANOVA/ANCOVA for å teste direkte og stianalyser for å teste indirekte effekter av PMTO. Analysene er gjennomført både på observerte og latente

variabler. Analysene er adekvate for de forskningsdesign som er benyttet.

Ogden og Hagen (2008) og Sigmarsdóttir m. fl. (2013) oppgir å ha gjennomført styrkeberegninger, som viste at en utvalgsstørrelse på 100 var nødvendig for å gi de statistiske analysene tilstrekkelig styrke for å kunne avdekke sanne effekter. Det fremgår ikke hvordan disse beregningene er gjennomført eller hvilken effektstørrelse som er lagt til grunn. Henholdsvis 112 og 102 familier ble inkludert i den norske (Ogden og Hagen, 2008) og i den islandske (Sigmarsdóttir m. fl., 2015) RCT effektivitetsstudien. I begge studiene deltok 97 familier etter intervensjonen var avsluttet. I den norske studien deltok 74 familier ved ett års oppfølging (Hagen m. fl., 2011). Det fremgår at det er gjennomført en tilsvarende oppfølging i den islandske studien, uten at resultat fra denne er rapportert. De fleste av publikasjonene inneholder beskrivelser av frafall blant deltagerne, og hvordan dette er håndtert statistisk.

Bjørnebekk m. fl. (2015), Sigmarsdóttir m. fl. (2013; 2015) og Tømmeraas og Ogden (2015) rapporterer resultatene fra Littles «Missing completely at random» test (Little, 1988), som viste at frafallet var fullstendig tilfeldig. De brukte en «expectation maximization» (EM), eller en «full information maximum likelihood» (FIML)-algoritme for å erstatte manglende data i datasettet i de statistiske analysene. Hos Hagen m. fl. (2011) og Kjølbi m. fl. (2009) er det også oppgitt at frafallet er analysert og EM algoritmen brukt. Vi har lagt til grunn at frafallet blant deltagerne her også var fullstendig tilfeldig.

Flere av publikasjonene har analysert forskjeller mellom gruppene ved baseline, i form av ANOVA (Bjørnebekk m. fl., 2015), ANOVA og chi-kvadrat (Fossum m. fl., 2014; Hagen m. fl., 2011; Ogden og Hagen, 2008) eller t-tester (Kjølbi og Ogden, 2009). Sigmarsdóttir m. fl. (2015) oppgir at slike forskjeller har blitt analysert, men ikke hvordan. I flere av publikasjonene (Bjørnebekk m. fl., 2015; Ogden og Hagen, 2008) har verdiene ved baseline blitt brukt som kovariat i analysene av effektene av PMTO. Vi legger til grunn at Fossum m. fl. (2014) og Hagen m. fl. (2011) som oppgir å ha kontrollert for utvalgte kovariat og for verdiene ved baseline, har gjort det samme. Fossum m. fl. (2014) og Kjølbi og Ogden (2009) brukte endringsscorer (differansen mellom scorene post- vs pre-intervensjon for utfallsvariablene) i analysene. Det samme er tilfelle hos Sigmarsdóttir m. fl. (2013), selv om utfallsvariablene er oppgitt i form av en sammensatt score.

Ulikt antall terapeuter behandlet barna i PMTO-, og kontrollgruppene i både den norske og den islandske effektstudien. Mens terapeutene til barna i kontrollgruppen i den norske effektstudien i praksis bare behandlet ett barn eller en familie, hadde mer enn halvparten av PMTO-terapeutene i den norske effektstudien mer enn ett barn/en familie i behandling (Ogden og Hagen, 2008). Dette var antagelig også tilfelle i den islandske effektstudien, siden de 51 barna/familiene mottok behandling av til sammen 16 PMTO-terapeuter. Det fremgår ikke hvor mange terapeuter som behandlet barna i kontrollgruppen i den islandske effektstudien til Sigmarsdóttir m. fl. (2015). Dette introduserer en form for avhengighet i dataene som det ikke er kontrollert for i de statistiske analysene. I de øvrige publikasjo-

nene er eventuell avhengighet i data ikke kommentert. Ogden og Hagen (2008) og Hagen m. fl. (2011) fant at det er en sammenheng mellom intervensjon og behandlingsdose, og har kontrollert for dette i analysene. Fossum m. fl. (2014) fant at det ikke var en slik sammenheng.

Ogden og Hagen (2008) har analysert de direkte effektene av PMTO i form av kovariansanalyser (ANCOVA) etter en Intention-To-Treat (ITT) tilnærming og modellert indirekte medieringseffekter i form av sti-analyser. Det skilles mellom primære og sekundære utfallsmål i analysene av de direkte effektene. Designet for kovariansanalysene etter ITT-tilnærmingen beskrives kun for tre av de primære utfallsmålene. De oppgitte frihetsgradene varierer ut fra resultatrapporteringen mellom de ulike utfallsmålene som er opplyst å ha blitt analysert etter ITT tilnærmingen. Hvorvidt dette skyldes forskjeller i uteblitte («missing») data mellom de ulike utfallsmålene, hvordan disse har blitt håndtert eller andre forhold, fremgår ikke. Oppfølgingen av de statistisk signifikante interaksjonseffekter gjøres dels som nye analyser av delutvalg eller som post-hoc analyser av hele utvalget, uten at det begrunnes hvorfor de ulike alternativene er valgt. Det fremgår ikke om analysene på underutvalg har tilstrekkelig statistisk styrke, eller hvilke post-hoc analyser som er brukt på hele utvalget. Resultatene fra sti-analysene gjengis bare for den indre modellen, dvs. hvordan effekten av behandlingen på utfallsmål for barns atferdsvansker blir mediert av foreldres grensesettingsferdigheter ved endt behandling. Det fremgår ikke i hvilken grad disse resultatene er påvirket av den direkte effekten av behandlingen. Antall replikasjoner i bootstrapping-prosedyren som inngår i sti-analysen av de indirekte effektene er ikke oppgitt. Modelltilpassningen oppgis i form av chikvadrat og root mean square error (RMSEA), og en confirmatory fit index (CFI). Ogden og Hagen (2008) oppgir ikke om det er tatt hensyn til det store antallet analyser som synes å inngå i studien og faren for at noen av analysene av tilfeldighet gir signifikante effekter. Disse forholdene gjelder også modellene for å analysere indirekte effekter av PMTO hos Hagen m. fl. (2011).

Hagen m. fl. (2011) analyserte de direkte effektene av PMTO ved avsluttet behandling og på oppfølgingsstidspunktet ett år etter avsluttet behandling, i

form av regresjonsanalyser etter en ITT-tilnærming. I tillegg ble effektene av PMTO ved disse tidspunktene analysert etter en Treatment-On-the-Treated (TOT)-tilnærming, hvor kun de som mottok minst to behandlingstimer ble inkludert i analysene. Sti-analyser ble gjennomført for å modellere indirekte effekter av PMTO. Valg av analyser etter ITT-tilnærmingen hos Hagen m. fl. (2011) avviker fra valget av kovariansanalyser, både etter ITT-tilnærmingen hos Ogden og Hagen (2008) og analysene etter TOT-tilnærmingene hos Hagen m. fl. (2011) selv. I tillegg er utfallsvariablene hos Hagen m. fl. (2011) skåret etter andre kriteriene enn hos Ogden og Hagen m. fl. (2008). I sum innebærer dette at det er vanskelig å sammenligne resultatene, selv for tilsvarende analyser, mellom disse to studiene. Verken det faktorielle designet eller hvilken form for regresjonsanalyse som er gjennomført etter ITT-tilnærmingen er beskrevet. Frihetsgradene i frafallsanalysene er forskjellige for de ulike avhengige målene, uten at grunnen til dette kommenteres. Det faktorielle designet ved ANCOVAene etter TOT-tilnærmingen er fullt ut beskrevet. Frafaller blant deltagerne ved 12 måneders oppfølging representerer imidlertid en fare for at signifikante effekter basert på en TOT-tilnærming kan overestimeres. Det er uklart hvilke karakteristika ved barna som er brukt som kontrollvariabler i sti-analysene, og hvordan de er lagt inn i modellene. De oppgitte frihetsgradene for de to sti-analysene er ulike, uten at grunnen til dette kommenteres.

Sigmarsdóttir m. fl. (2013) og Sigmarsdóttir m. fl. (2015) analyserte de indirekte effektene av PMTO på endringer i latente variabler, henholdsvis mødres foreldreferdigheter og barns tilpasning («child adjustment») i form av en SEM (Structural Equation Modeling) sti-analyse etter en ITT-tilnærming. Den statistiske modellen til Sigmarsdóttir m. fl. (2013) omfatter også påvirkningen av depresjon på mødres foreldreferdigheter, mens Sigmarsdóttir m. fl. (2015) analyserte de direkte effektene av PMTO på barns tilpasningsevner. I disse analysene inngikk tre måletidspunkt: pre- og post-intervensjon og ni måneders oppfølging, men resultatene fra oppfølgings-tidspunktet rapporteres ikke. De statistiske analysene av endringen over tid beskrives som regulære variansanalyser, mens rapporteringen av resultatene er basert på kovariansanalyser, med målingene ved pre-intervensjon som kovariat. Analysene av de indirekte effektene fremstår isolert sett som adekvate

både hos Sigmarsdóttir m. fl. (2013) og Sigmarsdóttir m. fl. (2015). Grunnlaget for å utvikle latente variablene for å analysere de indirekte effektene av PMTO er imidlertid ufullstendig beskrevet. Hos Sigmarsdóttir m. fl. (2015) er den latente variabelen i tillegg basert på ulike og ikke-korrelerte utfallsvariabler.

Bjørnebekk m. fl. (2015) gjennomførte en serie med enveis ANCOVA med tre kovariater og hierarkisk multiple regresjonsanalyser for å undersøke henholdsvis om ADHD predikerte utfall av PMTO-behandling på 14 utfallsvariabler og moderatoreffekter. I tillegg er det rapportert resultat fra t-tester hvor det ble undersøkt eventuelle forskjeller mellom barna med og uten komorbid ADHD. Enveis ANOVA ble gjennomført for å sammenligne gruppene ved baseline. Analysene er ikke gjort etter en ITT-tilnærming. Det er ikke angitt hvordan frafallsanalysene er gjennomført.

Fossum m. fl. (2014) gjennomførte en serie med ANCOVA for å undersøke forskjellene mellom gruppene som hadde mottatt PMTO- eller DUÅ-behandling, uten å angi verken faktorene eller kovariatene som inngikk. I tillegg ble enveis ANOVAer og chikvadrat-tester brukt for å analysere eventuelle forskjeller mellom gruppene før intervensjonen.

Kjøbli og Ogden (2009) gjennomførte en multiple lineær regresjonsanalyse for å undersøke om kjønn predikerte endringer (differansescore post vs pre-PMTO-intervensjon) på åtte utfallsvariabler. Det faktorielle designet og stegene i analysen er adekvat beskrevet. Det er også en styrke at kun kontinuerlige prediktorer var brukt. Analysene er ikke gjennomført etter en ITT-tilnærming.

Hos Tømmerraas og Ogden (2015) er analysene gjort i form av en MANCOVA basert på sammensatte («composite») skårer for de utfallsvariablene som har begrepsmessig tilhørighet og empirisk samvariasjon, med syv kovariater som ble testet enkeltvis, hvorav kun de som var signifikante ble inkludert i de endelige analysene. Samvariasjonen mellom noen av disse er antagelig negativ, noe Kjøbli og Ogden (2013) også oppgir.

2. Målinger

Effektene av PMTO er målt på ulike utfallsmål innenfor tre hovedområder: foreldreferdigheter, barns sosiale ferdigheter og barns problematferd. I den islandske effektstudien er også innvirkningen på henvisninger til hjelpeapparatet målt (Sigmarsdóttir og Björnsdóttir, 2012). Siden det på dette området er et stort overlapp mellom studiene, har vi valgt å organisere denne delen av beskrivelsen etter måleinstrument og kilde til data. Målingene er basert på to hovedkilder: kartleggingsinstrument og atferdsobservasjon. Foreldre og barnas lærere var hovedinformantene når det gjaldt kartleggingsinstrumentene, og observasjonsdata ble skåret av kodere for å måle samspillet mellom barn og foreldre, samt terapeutenes metodeintegritet. Manglende data for enkeltvariabler ble erstattet med en estimert score på del- og/eller totalskala, enten gjennom en Expectation Maximization algoritme eller på grunnlag av summering av scorer på enkeltvariabler generert gjennom en regresjonsanalyse. Manglende data for alle variablene innen et måleinstrument ble betraktet som uteblitt (missing). Andel av det sistnevnte er angitt for i artiklene fra den norske, men ikke den islandske RCT-effektivitetsstudien.

Kartleggingsinstrument

De fleste kartleggingsinstrumentene som har vært brukt for å evaluere effektiviteten av PMTO er forskningsbaserte og veletablerte i klinisk praksis. For mange av disse forelå det oversettelse, standardisering og normer forut for studiene. ECBI (Eyberg & Pincus, 1999) som inngår som del av utredningen forut for PMTO-behandling, har ikke blitt brukt som et utfallsmål.

To av de hyppigst brukte kartleggingsinstrumentene i den norske/nordiske PMTO litteraturen er Child Behavior Check List (CBCL) og Teacher Report Form (TRF). Disse inngår som to av tre instrumenter i Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA), utviklet av Achenbach og kollegaer (Achenbach & Edelbroch, 1983). Den norske og den islandske effektivitetsstudien har brukt henholdsvis 1991- (Achenbach, 1991; norsk oversettelse av Nøvik, 1999) og 2001- (Achenbach & Rescorla, 2001; ikke-publisert islandsk oversettelse av Hannesdóttir, 2002 – referert i Sigmarsdóttir m. fl., 2015) versjonene av instrumentene. Disse versjonene er ulike med hensyn til leddene

som inngår, og for CBCL er det også forskjeller når det gjelder antall delskalaer og aldersinndelingen.

Ut fra beskrivelsen av deltagerne i den norske effektstudien har vi lagt til grunn at det kun er 1991-versjonen for eldre barn (4-18 år) som har blitt brukt. I den islandske studien har 2001-versjonen for både yngre (1 ½-5 år) og eldre (6-18 år) barn blitt brukt. Den islandske oversettelsen er oppgitt (Sigmarsdóttir m. fl., 2015) å bestå av 113 ledd (i motsetning til originalversjonens 100 og 120 ledd for henholdsvis CBCL 1½-5 år og CBCL 6-18år). Av disse brukte den islandske effektivitetsstudien kun total problemskåre, mens den norske effektivitetsstudien brukte alle problemskårene og de to delskalaene som inngår i eksternaliserende problemskåre («Regelbrytende atferd» og «Aggressiv atferd»; Hagen m. fl., 2011) som utfallsmål.

Vurderingene av måleegenskaper ved de norske utgavene av CBCL (Kornør og Jozefiak, 2012) og TRF (Kornør og Drugli, 2011) er basert på de norske oversettelsene av 2001-versjonene. Siden Achenbach og Rescorla (2001) oppgir at det er tilnærmet perfekt korrelasjon mellom 1991- og 2001-utgavene når det gjelder de tre CBCL problemscorene og TRF, har vi valgt å legge til grunn at Kornør og Jozefiaks (2012) og Kornør og Druglis (2011) konklusjoner om måleegenskapene er gyldige også for 1991-versjonene. I tillegg har Ogden og Hagen (2006) vurdert måleegenskapene ved instrumentene i en annen effektivitetsstudie for ungdom med atferdsvansker.

Ifølge Kornør og Jozefiak (2012) er måleegenskapene for både CBCL og TRF kjennetegnet av høy indre konsistens og begrepsvaliditet. Det mangler informasjon om TRFs kriterievaliditet, dvs i hvilken grad instrumentet identifiserer barn med og uten nåværende psykiske vansker og/eller predikerer fremtidig atferd. Også for CBCL mangler det informasjon om instrumentets prediktive validitet, men CBCL er funnet å ha både høy sensitivitet og spesifisitet når det gjelder å identifisere barn med psykiatriske diagnoser. Dette har betydning for den kliniske relevansen av resultatene i alle studiene som har benyttet disse instrumentene, og for gyldigheten av inndelingen som Kjøbli og Ogden (2009) og Tømmeraas og Ogden (2015) baserer deler av analysene på. I studiene av PMTO er den indre konsistens for CBCL og TRF høy, bortsett fra

hos Hagen m. fl. (2011) hvor Cronbachs alfa varierer mellom 0,64-0,97. De oppgitte T-skårene, som kan betraktes som grenseverdier for CBCL og TRF hos Ogden og Hagen (2008) og Hagen m. fl. (2011), er beregnet på ulike måter, ved at henholdsvis standardavviket for utvalget og de norske normene for 1991-utgaven (Nøvik, 1999; Lurie, 2006) har blitt brukt i beregningene. Det er uklart om Tømmeraaas og Ogden (2015) brukte råskårene i sine analyser. Dette gjør sammenligning mellom studiene vanskelig.

Social Skills Rating System (SSRS; Gresham & Elliott, 1990; norsk oversettelse og validering ved Ogden, 2003) er brukt i både den islandske og den norske effektivitetsstudien for å måle barnas sosiale ferdigheter. SSRS består av fem delskalaer og kan besvares av foreldre, lærere eller barna selv. I tillegg finnes det delskalaer for problematferd og akademisk kompetanse. I den norske oversettelsen er antall svaralternativer økt fra tre til fire, som ifølge Ogden (2003) skyldes tilbakemeldinger fra lærerne i en pilotstudie. I den islandske oversettelsen er de tre svaralternativene fra originalversjonen beholdt. Foreldreskjemaet i den norske valideringsstudien (Ogden, 2003) inneholder henholdsvis 17 og 15 færre spørsmål enn originalversjonen og versjonene som er brukt i effektivitetsstudiene, uten at dette er nærmere begrunnet. Selv om effektivitetsstudiene viste at denne versjonen av lærerskjemaet hadde høy indre konsistens (Ogden, 2003), er det uklart om resultatene fra valideringsstudien er overførbare eller om tilpasningene i det anvendte skjemaet er så store at det i praksis er tale om et annet instrument.

I de norske effektivitetsstudiene (Ogden og Hagen, 2008; Hagen m. fl., 2011) inngår også en norsk oversettelse av Parent Daily Report (PDR; Patterson m. fl., 1982). Den består av 34 ledd (mot 30 ledd i originalutgaven), som er en sjekklister for ulike former for utagerende atferd hos barn, gjennomført som telefonintervju av foreldre over tre påfølgende dager. Det er ikke oppgitt om det foreligger en norsk validering av instrumentet. Cronbachs alfa er oppgitt til å variere mellom 0,81-0,84 hos Ogden og Hagen (2008) og 0,76-0,84 hos Hagen m. fl. (2011), som også fant at foreldres beskrivelse av barna organiserte seg i to faktorer; en faktor betegnet som aggressivitet og en faktor beregnet som trass. Dette synes å sammenfalle med to-faktorstrukturen hos Chamberlain and Reid (1987).

Hos Hagen m. fl. (2011) ble det også benyttet en norsk oversettelse av The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES; Olson, Porter & Lavee, 1985). Det finnes en tidligere norsk oversettelse med gode målegenskaper (Dundas, 1994), men siden denne ikke er referert, antar vi at det er tale om en ny norsk versjon. Utover at instrumentet i denne studien har høy indre konsistens, er det ikke rapportert andre målegenskaper. En kortversjon (16 av 40 ledd) av The Interpersonal Support Evaluation List (Cohen & Hoberman, 1983) ble brukt for å måle henholdsvis graden av samhold i familien og foreldrenes opplevde sosiale støtte. Kortversjonen er ikke nærmere beskrevet, og det er lagt til grunn at den er utviklet for den norske effektivitetsstudien. Heller ikke her er målegenskaper utover høy indre konsistens rapportert. Terapeutisk allianse ble målt i form av kortversjonen av The Working Alliance Inventory (WAI; Tracey & Kokotovic, 1989; 12 ledd). Målegenskaper utover høy indre konsistens er ikke rapportert.

Hos Ogden og Hagen (2008) ble også en norsk oversettelse av The Family Satisfaction Survey (FSS; Lubrecht, 1992; 12 ledd) brukt ved avsluttet behandling for å måle foreldres oppfatninger av effekten av tjenester, samspillet med terapeutene og hvorvidt de ville anbefale tjenestene de hadde mottatt til andre. Det er ikke rapportert andre målegenskaper enn at instrumentet har høy indre konsistens.

I den islandske effektivitetsstudien er depresjon hos barn målt i form av Children's Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1997) og depresjon hos mor i form av General Health Questionnaire (GHQ; Goldberg & Williams, 2006). Begge disse er etablerte instrumenter for å måle depresjon hos henholdsvis barn og voksne. GHQ finnes i en islandsk oversettelse (Arnarson & Craighead (2009), men det er uklart i hvilken grad dette er relevante utfallsmål for PMTO.

Ingen av studiene beskriver hvordan de diagnostiske vurderingene som inngår i beskrivelsene av utvalgene er gjennomført, utover at foreldre og/eller lærere er kjent med at det er stilt en diagnose. Mangel på slike mål er en gjennomgående svakhet ved alle studiene.

Observasjonsdata

Når det gjelder skåring av barn og foreldres atferd, baserer disse seg på mikroanalyser av barn (Ogden & Hagen, 2008), samt barn og foreldres (Hagen m. fl., 2011) atferd under samspill i familien. Påliteligheten til disse målingene uttrykkes i form av samsvaret mellom skåringene til to uavhengige kodere av video-opptakene (inter-rater reliabilitet), uttrykt ved Cohens Kappa som er 0,67-0,69, og proporsjon samsvar på mellom .78-.80 i de to overnevnte studiene. Det fremgår ikke nøyaktig hvordan samsvaret mellom koderne er beregnet, men vi legger til grunn at Cohen's Kappa uttrykker prosent samsvar mellom koderne kategorisering av samspillet mellom barn og foreldre. Dette reflekterer et høyt samsvar, gitt kompleksiteten i atferden som skåres. I tillegg besvarte alle koderne et spørreskjema for å måle deres generelle inntrykk av samspillet i familien, ved hjelp av en norsk oversettelse av spørreskjemaet Coder's Impression (CI; Forgatch, Knutson & Mayne, 1992). Her skal koderne formidle sitt umiddelbare inntrykk av samspillet på fem foreldre-ferdighetsdimensjoner (grensesetting, problemløsning, tilsyn, positiv involvering og ferdighetsoppmuntring). Cronbachs alfa for de ulike dimensjonene hos Ogden og Hagen (2008) varierte mellom 0,63-0,98, noe som sannsynligvis gir et kunstig høyt inntrykk, gitt at delskalene består av opptil 70 ledd. En av dimensjonene, ferdighetsoppmuntring, lot seg heller ikke måle på en pålitelig måte. Storå m. fl. (2013) fant at Cronbachs alfa samvarierte med hvordan video-opptakene av familiesamspillet ble fordelt blant koderne, noe som indikerer at forhold ved skåringen i seg selv har innvirkning på påliteligheten til dette målet. Det er derfor grunn til å stille spørsmål ved hvor pålitelig CI er som mål på foreldreferdigheter.

Basert på videoopptakene av veiledningssesjonene med foreldrene, ble terapeutenes metodeintegritet skåret i form av vurderingssystemet Fidelity of Implementation Rating System (FIMP; Knutson, Forgatch & Rains, 2003). Forgatch m. fl. (2011) målte konsistens og kvalitet ved dette instrumentet i tre delstudier, hvor dets interne konsistens ble målt i to av disse, og i begge tilfeller var Cronbachs alfa fremragende (.97-.98). Forgatch m. fl. (2011), Hukkelberg og Ogden (2013) og Ogden og Hagen (2008) fant alle, basert på ulike datagrunnlag av FIMP, signifikant predikerte effektene av PMTO på foreldreferdigheter.

3. Indre validitet

I vurderingen av studienes indre validitet beskriver vi først de randomiserte studiene når det gjelder randomisering, kriterier for inklusjon, frafall og innhold i behandlingen. Deretter vurderes den indre validiteten til de ikke-randomiserte studiene.

I den norske effektivitetsstudien ble de siste 12 familiene allokert til de to intervensjonsarmene ut fra andre kriterier enn de første 100 familiene, noe som innebærer at randomiseringen ble brutt. Det var også forskjell i en rekke av bakgrunnsvariablene for deltagerne som ble allokert til PMTO eller regulær behandling. PMTO-barna var eldre og hadde i større grad eldre søsken og bodde i større grad sammen med begge sine biologiske foreldre enn barna som fikk regulær behandling (Ogden & Hagen, 2008; Hagen m. fl., 2011). Disse forholdene ble det ikke kontrollert for i de statistiske analysene. I den islandske effektivitetsstudien var det ingen forskjeller verken i bakgrunns- eller på utfallsvariabler hos familiene som ble allokert til PMTO eller regulær behandling.

Frafallet blant deltagerne var svært begrenset i den islandske effektivitetsstudien, henholdsvis 2 og 8 % for PMTO- og kontrollgruppen, men mer omfattende i den norske effektivitetsstudien; henholdsvis 12 og 15 % ved avslutningen av behandlingen, og ytterligere 30 og 36 % ved oppfølgingen ett år senere. Selv om det ikke var et systematisk frafall ved avslutningen av intervensjonen, var dette tilfelle ved oppfølgingstidspunktet (Hagen m. fl., 2011) siden lærerne vurderte foreldrene i familiene som deltok i oppfølgingsstudien til å ha lavere sosiale ferdigheter og barna deres større atferdsvansker enn familiene som avbrøt sin deltagelse i studien. Det er ikke rapportert om det i tillegg var en systematisk forskjell i frafall mellom PMTO- og kontrollgruppen ved oppfølgingstidspunktet. Uavhengig av dette er det en svakhet at deltagerne ikke er representativt for utvalget som ble inkludert ved starten av studien.

I tillegg manglet det opplysninger for et ikke ubetydelig antall deltagere på utfallsvariablene. For CBCL og TRF mangler data for henholdsvis 24 og 34 % av deltagerne hos Ogden og Hagen (2008), og ytterligere 35 og 42 % blant deltagerne i oppfølgingsstudien (Hagen m. fl., 2011). For SSRS mangler data for 27-44 % av deltagerne hos Ogden og Hagen (2008), og ytterligere 36-42 % hos Hagen m. fl.

(2011), noe som innebærer at data fra oppfølgings-tidspunktet er tilgjengelig for langt under halvpar-ten av de som ble randomisert i studien. For PDR manglet data for nesten 1/3 av utvalget, og ytterligere 1/3 for deltagerne ved oppfølgingstidspunktet hos Ogden og Hagen (2008). For FSS manglet data for en tredjedel av foreldrene i kontrollgruppen hos Ogden og Hagen (2008). For FACES og WAI manglet data for henholdsvis mer enn en tredjedel og nesten halvparten av utvalget hos Hagen m. fl. (2011).

PMTO-familiene i den norske effektivitetsstudien mottok også signifikant mer behandling enn familiene i kontrollgruppen, noe det ble kontrollert for i de statiske analysene. Det er ikke redegjort for om det er slike eller andre forskjeller knyttet til intervensjon i den islandske studien.

For over halvparten i den norske og tre fjerdedeler i den islandske studien mangler det opplysninger om hvilken behandling kontrollgruppen mottok, noe som innebærer at det er mangelfull informasjon om hva PMTO sammenlignes med. Det utgjør en trussel mot studiens indre validitet. Ulike behandlere stod for behandlingen i PMTO og kontrollgruppen i begge studiene. Dette er i seg selv en styrke siden det reduserer risikoen for smitte mellom behandlingene, selv om den ikke helt kan utelukkes all den tid det var PMTO-terapeutene som rekrutterte de norske kontrollgruppeterapeutene.

De fire ikke-randomiserte effektstudiene brukte ulike former for pre-post design. Dette gjelder studien for å undersøke om effektene av PMTO i spredningen av tiltaket til flere tjenesteområder (Tømmeraas & Ogden, 2015) er forskjellig fra effektene i RCT-effektivitetsstudien. Det gjelder videre studiene om effektene av PMTO for gutter og jenter (Kjøbli & Ogden, 2009) og for barn med atferdsvansker med og uten ADHD (Bjørnebekk m. fl., 2015), og studien av effektene av PMTO er sammenlignet med DUÅ (Fossum m. fl., 2014). Mangel på randomisering innebærer at disse studiene har begrenset mulighet til å kontrollere for utenforliggende forhold. Mangel på en venteliste-kontrollgruppe gjør at en heller ikke kan vite om forskjellen mellom gruppene virkelig skyldes tiltaket, eller om gruppene ville utviklet seg forskjellig uavhengig av tiltaket. Et unntak er delvis sammenligningen mel-

lom gruppene som mottok PMTO som del av effektivitetsstudien og som del av den generelle spredningen av tiltaket. En svakhet er imidlertid at de statistiske analysene hos Tømmerås og Ogden (2015) ikke følger en ITT-tilnærming og heller ikke analyserer om det er forskjell i frafall mellom de to gruppene som mottok PMTO-behandling.

4. Fidelity/troskap mot tiltaket

Metodeintegriteten er ikke analysert i effektstudiene, men det er gjennomført tre selvstendige studier av metodeintegriteten ved tiltaket i forbindelse med opplæringen av PMTO-terapeuter. Siden PMTO-behandlingen i alle effektstudiene kun ble gjennomført av sertifiserte behandlere, mener vi det naturlig å dra veksler på studiene som har vurdert tiltakets metodeintegritet. Forgatch og DeGarmo (2011) har evaluert «fidelity» hos tre generasjoner av PMTO-terapeuter i Norge. Begrepet «fidelity» betyr i PMTO-sammenheng integrering av to begrep innen intervensjonsforskningen: troskap mot («adherence») og kompetanse i utøvelsen av («competent execution») tiltaket (Forgatch, Patterson & DeGarmo, 2006). Her har vi valgt å oversette «fidelity» med begrepet metodeintegritet, i tråd med begrepet som brukes i PMTO-håndboken (Askeland m. fl., 2010). Basert på video-opptak fra veiledningssesjonene ble terapeutenes metodeintegritet scoret (FIMP; Knutson, Forgatch & Rains, 2003); i hvilken grad de viser forståelse for prinsippene ved PMTO, er i stand til å strukturere den enkelte behandlingstimen, gir foreldre mestring i bruken av PMTO, utvikler en god kontekst for å lære foreldre PMTO-prinsippene og klarer å fremme familiens bruk av PMTO.

Opplæringen av den første generasjonen av PMTO-terapeuter førte til høy metodeintegritet på alle disse områdene hos de 35 terapeutene. Det hadde sannsynligvis sammenheng med at det var snakk om erfarne terapeuter som fikk opplæring av høy kvalitet av tiltaksutviklerne. Det var derfor forventet at de påfølgende generasjoner av PMTO-terapeuter som var mindre erfarne og hvor opplæringen skulle gis av den første generasjonen av PMTO-terapeuter, ikke ville ha samme nivå av metodeintegritet. Dette var også hva både Forgatch og DeGarmo (2011) og Sigmarsdóttir og Gudmundsdóttir (2013) fant, men bare for andre generasjon av PMTO-terapeuter. I begge studiene var resultatene for tredje generasjon av PMTO-terapeuter faktisk på linje med hva som

ble observert hos første generasjon. Det gis ingen forklaring på dette resultatet, utover en spekulasjon om en modningseffekt hos første generasjon av PMTO ville føre til høyere metodeintegritet hos tredje enn andre generasjon av PMTO-terapeuter.

Hukkelberg og Ogden (2013) fant også at metodeintegritet var en bedre prediktor for behandlingsresultat enn foreldrenes opplevelse av allianse med PMTO-terapeuten. Klest (2014) fant at bruken av PMTO hang sammen med hvor godt tiltaket var integrert i den enkelte helse- og omsorgstjeneste. Forutsetningen for å praktisere PMTO var bedre når det var minst tre PMTO-terapeuter på samme arbeidssted (Patras og Klest, 2016).

På denne bakgrunn mener vi det er grunn til å konkludere at PMTO har utviklet gode kvalitetsikringssystemer, som også gjør det rimelig å anta at tiltaket, slik det er levert til familiene, har høy grad av metodeintegritet.

5. Ytre validitet

I hvilken grad resultatene fra studiene på PMTO kan generaliseres til vanlig praksis, avhenger hvor representative deltagerne er for familier til barn med atferdsvansker, i hvilken grad behandlingseffektene kan generaliseres til vanlig klinisk praksis og hvor stabile disse er over tid.

Alle effektivitetsstudiene på PMTO er gjennomført under betingelser som er sammenlignbart med slik tiltaket er tenkt levert i vanlig klinisk praksis. Tømmeraa og Ogden (2015) fant at behandlingseffektene var like sterke når PMTO ble implementert i de ordinære helse- og omsorgstjenestene som når tiltaket inngikk i den norske effektivitetsstudien. Deltagerne i alle studiene ble rekruttert gjennom de ordinære helse- og omsorgstjenestene som familier til barn med atferdsvansker møter. Studiene i Norge har funnet tilsvarende behandlingseffekter av PMTO hos både jenter og gutter (Kjøbli og Ogden, 2009), barn med atferdsvansker med og uten komorbid ADHD (Bjørnebekk og Ogden, 2015). Samlet sett innebærer dette at effektene av PMTO er observert i mange målgrupper.

Likevel er det flere trusler mot generaliserbarheten av resultatene. Det skyldes at rekrutteringen av deltagerne til studiene er mangelfullt beskrevet, kriteriene for inklusjon av deltagerne er vide og til dels

udefinerte og det er uklart hvor presist populasjonene som utvalgene er trukket fra ble definert. Det mangler beskrivelser av hvor mange barn som ble vurdert for deltagelse, og hvordan rekrutteringen faktisk foregikk. Ut fra flyttdiagrammet hos Ogden og Hagen (2008), Hagen m. fl. (2011) og Sigmarsdóttir m. fl. (2013) synes det som alle deltagere som ble vurdert for deltagelse også ble inkludert, mens Sigmarsdóttir m. fl. (2015) beskriver at henvisende instanser gjennomføre en vurdering av om familiene oppfylte kriteriene for inklusjon i studiene, uten at det fremgår hvor mange som gjennomgikk en slik vurdering.

I både den norske og den islandske effektivitetsstudien kvalifiserte barna til deltagelse i studiene gjennom kontakten henholdsvis foreldrene og personalet ved skolen hadde med hjelpeapparatet. Inklusjonen av deltagerne i studiene var basert på kliniske vurderinger, uten at det angis hvem som stod for disse vurderingene eller hvordan de ble gjennomført, utover at kriteriet for å delta var at foreldrene og/eller lærer oppfattet at barna hadde atferdsproblem hjemme og/eller på skolen. Kriteriene for en slik beskrivelse er ikke nærmere beskrevet. Ingen av publikasjonene oppgir hvordan skårene for deltagerne fordeler seg på kartleggingsinstrumentene, og fra den islandske studien oppgis heller ikke et mål på sentraltendens. Diagnostisk informasjon inngikk bare i den norske studien. Under halvparten av barna i den norske effektivitetsstudien hadde fått stilt en atferdsdiagnose, selv om dette var den operasjonelle definisjonen av vanskene som PMTO er utviklet for å behandle. Blant barna med diagnose var ADHD dobbelt så hyppig som andre atferdsdiagnoser. Selv om det er høy grad av samsykelighet hos barn med atferdsvansker, innebærer inklusjonskriteriene i begge studiene en fare for mangelfull kontroll med i hvilken grad effekten av PMTO faktisk måles på barn som har uttalte atferdsvansker. Eksternaliserte vansker inngår heller ikke som utfallsmål hos Sigmarsdóttir m. fl. (2013). Det kan derfor stilles spørsmål ved i hvilken grad disse resultatene kan generaliseres til barn hvis vansker primært er atferdsvansker.

I følge Kjøbli og Ogden (2009) var spredningen av PMTO-terapeutene geografisk representativ. Det var imidlertid en systematisk forskjell mellom

PMTO-behandlerne i effektivitets- og spredningsstudiene, hvorav de første primært bestod av psykologer i spesialisthelsetjenesten mens de siste primært hadde treårig helse- eller sosialfaglig utdanning og jobbet i PPT og kommunalt barnevern. Det er gjennomført oppfølgingsundersøkelser av utvalgene som deltok i den norske og den islandske effektivitetsstudien, men kun resultatene fra det norske utvalget er rapportert. Hagen m. fl. (2011) fant både direkte og indirekte langtidseffekter av PMTO. Resultatene basert på ITT-tilnærmingen viste imidlertid bare signifikant effekt på ett av de 21 utfallsmålene, og som kun involverte en sammensatt skåre for negative samhandlingssekvenser i familier med to foreldre, basert på et skåringssystem med uavklart pålitelighet. Det er rapportert flere di-

rette langtidseffekter i utvalget som har gjennomført et minimum av behandlingen (TOT-tilnærmingen), herunder at lærerne beskriver færre tegn på eksterne vansker blant barna som mottok PMTO-behandling enn barna som mottok regulær behandling. Effekttørrelsene er imidlertid små. De indirekte langtidseffektene av PMTO er rapportert å være like sterke som effektene som Ogden og Hagen (2008) fant ved avsluttet behandling. Som vi har vist, er det imidlertid grunnlag for spørsmål ved hvilken tilnærming disse analysene er basert på, hvordan analysene faktisk ble gjennomført og hvordan manglende data ble håndtert, gitt det store fra-fallet blant deltagerne. Selv om resultatene tyder på at PMTO har effekt ett år etter avsluttet behandling, er forutsetningene for en slik konklusjon usikker.

Tabell 4. Effekttørrelser for tre hovedgrupper av utfallsvariabler.

Artikkel	Økte sosiale ferdigheter hos barn	Reduksjon i eksterne vansker	Styrkede foreldreferdigheter
1. Bjørnebekk, Kjøbli, & Ogden, 2015 Post- vs pre-intervensjon ADHD/Ikke-ADHD gruppe¹	.20-.26/.06-.55	.01-.80/.06-.74	
2. Fossum m. fl. 2014 Post- vs pre PMTO-intervensjon³		.10	
3. Hagen, Ogden, & Bjørnebekk, 2011 Post-intervensjon/Oppfølging vs pre-intervensjon⁴	(.14-.25)/(.19-.27)	(.03-.41)/(.01-.30)	(.01-.39)/(.11-.26)
4. Kjøbli & Ogden, 2009 Jenter/Gutter pre-post PMTO intervensjon⁶	.11-.58/.05-.42	.27-1.02/.20-.71	
5. Ogden & Hagen, 2008 Post- vs pre-intervensjon⁷	(.07-.35)	(.05-.24)	(.10-.39)
6. Sigmarsdóttir & Bjørnsdóttir, 2012 Post- vs pre-PMTOintervensjon⁸		31 %	
7. Sigmarsdóttir, DeGarmo, Forgatch, & Gudmundsdóttir, 2013 Post- vs pre-intervensjon⁹			-.11-.31
8. Sigmarsdóttir m. fl., 2015 Post- vs pre-intervensjon¹¹		.31	
9. Tømmeraas & Ogden, 2015 Post- vs pre- PMTO intervensjon for Spredning/Effektgruppe¹²	.03-.48/.20-.32	.08-.77/.40-.68	

Note: Tallene i tabellen er variasjonsbredden i effekttørrelser. ¹Sammenligning post- vs pre-PMTO-intervensjon, for hhv barn med og uten komorbid ADHD. ² og ¹⁰ Sammenligning av metodeintegritet hos 2. og 3. vs 1. generasjon PMTO-terapeuter. ³Sammenligning post- vs pre-PMTO intervensjon for 147 PMTO-barna/familiene i denne studien. ⁴Sammenligninger av hhv post-intervensjon og ett-års oppfølging med pre-intervensjon i RCT effektivitetsstudie. ⁵Sammenligninger av hhv post-intervensjon og ett-års oppfølging med pre-intervensjon. ^{6-9, 11-12}Sammenligninger av post- med pre-intervensjon. Effekttørrelser er Cohen's d (Cohen, 1988), beregnet ut fra oppgitt mål på sentraltendens og standardavvik. Sistnevnte er omregnet til felles standardavvik for gruppene.

Effekter

Tabell 4 viser en oversikt over effektstørrelser for de viktigste utfallsmålene innenfor områdene sosiale ferdigheter og atferdsvansker hos barn, samt foreldreferdigheter. Til grunn for effektstørrelsene ligger ulike målinger, ulike operasjonaliseringer av målingene, ulike informanter, ulike gruppeinndelinger og ulike forskningsmessige design. Vi har derfor valgt å ikke summere effektstørrelsene, men oppgi intervallet de plasser seg langs (se Tabell 4). Effektstørrelsene er estimert på grunnlag av tilgjengelig informasjon fra ni publikasjoner, hvor forskjellen i endringsmål mellom gruppene er delt på det estimerte populasjonsstandardavviket, uttrykt i form av Cohen's d (Cohen, 1992). Populasjonsstandardavviket er beregnet på grunnlag av informasjon fra artiklene. Som tidligere nevnt er effektene av PMTO i den islandske studien uttrykt i form av effektene på en sammensatt skåre for barns tilpasningsvansker, og således ikke avgrenset til atferdsvansker, og de direkte effektene av PMTO på foreldreferdigheter er heller ikke målt. Når det gjelder effektene av PMTO på barns sosiale ferdigheter, er dette målt ved hjelp av ulike former for målinger med basis i SSRS. Av de ti effektstørrelsene, fordelt på fem studier som kan beregnes på et slikt grunnlag, er åtte klassifisert som små ($d < .20$) og to som moderate (d i intervallet $.20$ -.49) (Cohen, 1992).

Effektstørrelsene er estimert både for gruppene i effektstudiene (Ogden & Hagen, 2008; Hagen m. fl., 2011; Sigmarðóttir og Björnsdóttir, 2012, Sigmarðóttir m. fl., 2015) og sammenligninger mellom enten PMTO-undergrupper (Bjørnebekk m. fl., 2015; Kjølbi & Ogden, 2009; Sigmarðóttir m. fl., 2013 og Tømmeraas & Ogden, 2015) eller sammenligning mellom PMTO og behandling basert på tilsvarende behandlingsprinsipp (DUÅ; Fossum m. fl., 2014). Ingen av de sistnevnte artiklene inneholder beskrivelser av hvorvidt effekten av PMTO er statistisk signifikant i forhold til en kontrollgruppe, siden fokuset i disse er hvorvidt det er forskjeller mellom undergruppene eller mellom PMTO og DUÅ. I tillegg tester ikke Sigmarðóttir og Björnsdóttir (2012) om reduksjonen i henvisninger etter innføringen av PMTO er statistisk signifikant, men beskriver at 95 % konfidensintervallene «indicate a significant difference». Sigmarðóttir m. fl. (2015) rapporter at effekten av PMTO var statistisk signifikant, men denne er basert på en sammensatt skåre. Siden sentraltendens og spredningsmål for de ulike

utfallsvariablene er oppgitt samlet for PMTO- og kontrollgruppen hos Sigmarðóttir m. fl. (2015) er det, som vi har påpekt, ikke mulig å spesifisere effektene av PMTO utover den generelle og statistisk signifikante effekten. Derfor er det kun resultatene fra den norske effektivitetsstudien (Ogden & Hagen, 2008 og Hagen m. fl., 2011) som belyser de spesifikke effektene av PMTO under kontrollerte betingelser. Når det gjelder spørsmålet om PMTO fører til statistisk signifikant økning i sosiale ferdigheter, er det kun en av fire effekter som viser en statistisk signifikant effekt.

Tilsvarende ble effektene av PMTO på barns atferdsvansker målt i tre studier og uttrykt i form av 27 ulike effektstørrelser, hvorav 21 klassifiseres som små, fire som moderate og to som store (d i intervallet $.50$ -.79) effektstørrelser. Ved siden av den tidligere rapporterte statistisk signifikante effekten på det sammensatte utfallsmålet hos Sigmarðóttir m. fl. (2015), var det 14 av disse 27 som var gjenstand for relevant evaluering av statistisk signifikante. Blant disse 14 var kun to statistisk signifikante og en på grensen til å være statistisk signifikante. Effektene av PMTO på foreldreferdigheter er målt i åtte studier og uttrykt i form av 14 ulike effektstørrelser, hvorav alle klassifiseres som små effektstørrelser. Av disse 14 var åtte gjenstand for relevant statistisk sammenligning, hvorav en av disse var statistisk signifikante.

Tabell 5. Implementeringskvalitet.

Kategori	Ja	Nei	Ikke relevant
1. Implementeringsstøtte	X		
2. Kvalifikasjonskrav	X		
3. Opplæring	X		
4. Sertifiseringsordninger	X		
5. Monitorering av fidelity/etterlevelse	X		
6. Veiledning	X		
7. Identifisering av målgrupper	X		
8. Kartleggings- og vedlikeholdsverktøy	X		
9. Strategier for tilpasning	X		
Samlet skåre	\sum 9/9		

Diskusjon

Formålet med denne artikkelen var å undersøke om PMTO, gitt som individuell veiledning til foreldre med barn som har eller er i ferd med å utvikle atferdsvansker, kan anses som et virksomt tiltak når det tilbys i vanlig norsk praksis. I det følgende diskuteres resultatene i forhold til kriteriene for klassifisering i Ungsinn. Dette danner grunnlag for artikkelens avsluttende konklusjon.

Beskrivelse

PMTO er utførlig beskrevet gjennom håndbok og manual, noe som er en forutsetning for at et tiltak skal ha høy metodeintegritet. Materialet omhandler så vel overordnede prinsipper som arbeidsformer for terapeutrollen i foreldreveiledningens ulike faser.

Teoretisk rasjonale

Tiltaket har en klar teoretisk forankring (SIL-modellen) og et tydelig rasjonale for hvilke ferdigheter foreldre, gjennom veiledning, opplæres til å bruke for å fremme en pro-sosial utvikling hos barn som reduserer problematferd og minsker faren for videre antisosial utvikling. Den statistiske modelleringen i form av sti-analysene hos Ogden og Hagen (2008), Hagen m. fl. (2011) og Sigmarsdóttir m. fl. (2015) tyder på at det er empirisk støtte for denne teoretiske modellen, kjernekomponentene, utfallsmålene og behandlingseffektene, selv om det kan stilles noen spørsmål ved hvordan disse analysene er gjennomført.

Antall effektstudier

Vi har identifisert ni publikasjoner som formidler resultater fra effektstudier av PMTO i Norge og Norden. En norsk og en islandsk RCT-studie utgjør hovedbasen for disse artiklene.

Forskningsdesign

Intervensjonsstudiene av PMTO i Norge og på Island er de første som har blitt gjennomført i vanlig klinisk praksis. Gjennom å sammenligne effektene av PMTO med effektene av regulære tiltak for barn med atferdsvansker, er resultatene fra Ogden og Hagen (2008), Hagen m. fl. (2011) og Sigmarsdóttir m. fl. (2015) uttrykk for effektiviteten («effectiveness») av PMTO. Tidligere intervensjonsstudier på

effektene av PMTO, som har vært gjennomført siden 1960-tallet, var basert på selekterte foreldre- og familiegrupper hvor PMTO har blitt sammenlignet med ingen intervensjon (se Patterson & Forgatch, 2010 for oppsummering), noe som gjør at disse kun har kunnet vurdere tiltakets effekt («efficacy»). Studiene av implementeringen av PMTO i Norge og på Island har i tillegg gitt anledning til å studere spredningen av tiltaket, utover dets effektivitet (Forgatch & DeGarmo, 2011; Sigmarsdóttir m. fl., 2013).

Forskningsmetodisk kvalitet

Studiene av PMTO holder moderat til god forskningsmetodisk kvalitet. Studiene virker å ha god gjengivelse av tiltaket. Et interessant funn fra både den norske og den islandske effektivitetsstudien er generasjonseffekten på PMTO-terapeutenes metodeintegritet. Spesielt interessant er observasjonen av den høye metodeintegriteten blant tredje generasjon av PMTO-terapeuter. Det hadde vært interessant med en vurdering av i hvilken grad utviklingen av metodeintegritet også kan forstås som en funksjon av den kulturelle tilpasningen under implementeringen av et program utviklet i en annen kontekst. Studiene har også høy ytre validitet, selv om opplysningene rundt rekruttering er ufullstendige, og inklusjonskriteriene er dels udefinerte. For de sentrale utfallsmålene er det i stor grad brukt vel utprøvde instrument, men det er en svakhet at det er vanskelig å sammenligne resultatene på tvers av studiene, selv for de samme utfallsmålene siden disse er bearbeidet på ulik måte. Det fremstår også underlig at ingen av studiene har brukt det kartleggingsinstrumentet som inngår i vurderingen av kandidater for PMTO-behandling i evalueringen av effektene av programmet. Resultatene er også påvirket av at det mangler data for en stor andel av deltaerne. For et av instrumentene (Coder's Impression) kan en også stille spørsmål ved påliteligheten til instrumentet.

De statistiske analysene og studienes indre validitet fremstår som de største innvendingene mot publikasjonene. Analysene av de direkte effektene av PMTO hos Sigmarsdóttir m. fl. (2015) fremstår ikke som adekvate siden data fra oppfølgingstidspunktet inngår i analysene, men ikke i rapporteringen av resultatene. Det er uklart på hvilken måte analysene hos Ogden og Hagen (2008) og Hagen m. fl. (2011) samsvarer med den ITT-tilnærmingen de er oppgitt å følge, siden det ikke er redegjort for forskjeller i

frihetsgrader mellom analysene av de ulike utfallsmålene. Valg av analyser hos Hagen m. fl. (2011) gjør det vanskelig å sammenligne resultatene med Ogden og Hagen (2008), selv om deler av datamaterialet for analysene er sammenfallende. Det er uklart i hvilken grad medieringsanalysene som viser at PMTO virker gjennom foreldres økte grensesettingsferdigheter (Ogden og Hagen, 2008; Hagen m. fl., 2011) eller familiesamhold (Hagen m. fl., 2011) er basert på en modell som tar hensyn til hvordan faktorene virker inn på hverandre utover medieringseffekten. En annen innvending er at det ikke tas hensyn til det store antall analyser som ligger til grunn for resultatene i publikasjonene fra den norske RCT-effektivitetsstudien. I lys av disse forholdene fremstår det naturlig å være forsiktig med å fremheve de relativt få signifikante resultatene som er oppnådd i disse studiene.

De fire studiene som er basert på et ikke-randomisert pre-post design ansees å ha lav indre validitet siden de ikke kan utelukke at effektene skyldes faktorer som studiene ikke kan kontrollere for, slik som endring over tid. Av disse fire kan det likevel hevdes at Tømmeraa og Ogden (2015) indirekte drar veksler på den indre validiteten til den norske RCT-effektivitetsstudien og at en således kan sannsynliggjøre at noen av truslene mot den indre validiteten er kontrollert for.

Det er også en rekke trusler mot den indre validiteten til effektivitetsstudiene, som skyldes uklarheter rundt rekrutteringen, brudd på randomiseringen, ufullstendig informasjon om alvorlighetsgraden i atferdsvanskene til barna som deltok i studiene, uklart innhold i behandlingen til kontrollgruppen, og stort frafall blant deltagerne. Deltagerne i både den norske og islandske effektivitetsstudien ble rekruttert på grunnlag av henvisninger til hjelpeapparatet, og inklusjonen var basert på kliniske vurderinger. Kun et mindretall av deltagerne i den norske effektivitetsstudien hadde en atferdsdiagnose, og henvisningene til spesialisthelsetjenesten som var utfallsmålet hos Sigmarsdóttir og Björnsdóttir (2012), var heller ikke avgrenset til henvisninger for atferdsvansker hos barna. Dette innebærer en fare for at effektene av PMTO har blitt målt på et heterogent utvalg barn både når det gjelder alvorlighetsgrad og symptombilde. Det medfører en usikkerhet med hensyn til i hvilken grad tiltaket slik det er utformet i Norge og på Island, primært er et tiltak for

atferdsvansker og ikke for andre problemer som er felles for deltagerne i disse studiene.

Til forskjell fra den omfattende beskrivelsen av rekruttering, opplæring og metodeintegritet til PMTO-terapeutene, er beskrivelsen av behandlingen som kontrollgruppen mottok summarisk. Terapeutene som deltok i den norske effektivitetsstudien ble rekruttert av PMTO-terapeutene (Ogden & Hagen, 2008). Det er dermed en mulighet for at effekten av PMTO kan tilskrives forskjeller mellom terapeutene til PMTO- og kontrollfamilie i RC-effektivitetsstudiene, selv effektene av PMTO synes å være forklart av deres metodeintegritet (Hukkelberg & Ogden, 2013).

Effekter

Effektstørrelsene i publikasjonene uttrykkes hovedsakelig i form av Cohen's d (1992), bortsett fra effektene basert på regresjonsanalysene ut fra ITT-tilnærmingen hos Hagen m. fl. (2011), som uttrykkes i form av standardiserte regresjonskoeffisienter. Basert på tilgjengelige informasjon fra publikasjonene har vi beregnet populasjonsstandardavvik, som underlag for vår beregning av effektstørrelser for alle utfallsmål i alle publikasjonene. Unntaket er for Sigmarsdóttir m. fl. (2015), hvor det ikke var mulig å beregne populasjonsstandardavviket.

I publikasjonene som denne artikkelen bygger på, er de rapporterte effektene av PMTO-behandling bedre enn effekten av den regulære behandlingen kontrollgruppen får, bortsett fra sammenligningen med DUÅ (Fossum m. fl., 2014, se også Larson m. fl., 2009).

Når det gjelder resultatene fra de randomiserte effektivitetsstudiene var effektstørrelsene for de fleste utfallsmålene hos Ogden og Hagen, 2008; Hagen m. fl., 2011 og Sigmarsdóttir m. fl., 2015 statistisk signifikante, men små til moderate. Dette samsvarer med internasjonale effektstudier av PMTO som også viser at effektene av tiltaket er små til moderate. (Bullard m. fl., 2010; DeGarmo & Forgatch, 2007; Martinez & Eddy, 2005). Effektstørrelsene i dette området ville være å forvente i en intervensjon som er antatt å ha en indirekte effekt på barns atferdsvansker, så lenge det regulære behandlingstilbudet antas å ha en viss effekt. Noe av det som lå til grunn for å satse på atferdsprogram som PMTO,

var imidlertid at den regulære behandlingen var antatt å være virkningsløs. I så fall ville en forvente større effektstørrelser i effektivitetsstudier. Dette aspektet synes i liten grad å bli problematisert. På den andre side kan det hevdes at endring i mål på sentraltendens bare er en måte å måle effekter på. Et alternativ er å se på fordelingen av barn som opplever bedring. Sigmarsdóttir m. fl. (2015) fant at fire ganger så mange barn i PMTO, som i kontrollgruppen, viste en klinisk signifikant reduksjon i problematferd.

Når en sammenligner effektene som er rapportert i de ulike studiene, fremstår konklusjonen om effektiviteten til PMTO som en funksjon av barnas alder, hva som er målt og hvem som er informant. At effekten av foreldreveiledningsprogram er sterkest for yngre barn samsvarer med Jalling m. fl. (2016) sine funn på to andre foreldreveiledningsprogram.

Mens foreldrene primært beskrev effekter av PMTO på barnas problematferd, beskrev lærerne først og fremst effekter på barnas sosiale ferdigheter. All den tid PMTO forventes å ha begge disse effektene, er det uklart hvilken sammenheng det er mellom beskrivelsene til foreldre og lærere, eller om det skyldes systematiske forskjeller i hvordan foreldre og lærere beskriver barn med atferdsvansker (Munkvold, Lundervold, Lie & Manger, 2009).

Resultatene viste også at effektene av PMTO var lik for jenter og gutter (Kjøbli & Ogden, 2009), noe som er et viktig bidrag til litteraturen, all den tid utviklingen av tiltak for denne gruppe i stor grad har vært basert på gutter. Effektene av PMTO synes også å være uavhengige av om barna hadde komorbid ADHD eller ikke (Bjørnebekk m. fl., 2015). Selv om det kan stilles spørsmål ved grunnlaget for hvordan barna ble gruppert, så rokker ikke det ved hovedresultatet om at effektene av PMTO synes å være lik for de to gruppene. ADHD eller oppmerksomhetsvansker var den hyppigste tilleggsproblematikken blant deltagerne i den norske effektstudien (se Ogden og Hagen, 2008; tilsvarende tall er ikke oppgitt i den islandske studien).

Det er en styrke at resultatene fra effektivitetsstudiene viste at foreldres (økte) grensesetting medierte effektene av PMTO på barnets problematferd, noe som samsvarer med resultater fra studier av grup-

pebaserte PMTO (Bjørknes, Kjøbli, Manger og Jakobsen, 2012) og DUÅ (Fossum, Mørch, Handegård, Drugli & Larsson, 2009). Dette er et uttrykk for at PMTO virker i tråd med hva modellen for foreldreveiledningsprogrammet legger til grunn, selv om det er grunn til å stille spørsmål ved hvordan medieringseffektene er modellert, og hvor pålitelig målet på foreldreferdigheter i disse studiene er.

Implementeringskvalitet

Implementeringen av PMTO er av høy kvalitet. Vi har fremhevet PMTO-håndboken som et godt hjelpemiddel for å beskrive formålet med tiltaket og utformingen av terapeutrollen. Opplæringsprogrammet for PMTO-terapeutene er omfattende, og det er utviklet systemer for å sikre metodeintegritet. Dette er viktig for å kunne trekke slutninger om effektene av et tiltak i en intervensjonsstudie. Sammen med den organisatoriske forankringen i kommunene betyr disse faktorene at PMTO gis høyeste score på implementeringskvalitet.

Konklusjon

Effekter av PMTO som individuelt rettet foreldreveiledningstiltak for barn med atferdsvansker, er dokumentert gjennom flere effektstudier, herunder to randomiserte kontrollert effektivitetsstudier i Norge og på Island. For begge studiene er det gjennomført oppfølgingsstudier, men kun resultatene fra den norske studien er beskrevet. I tillegg er det gjennomført fire ikke-randomiserte studier i Norge. Familier og terapeuter synes å ha blitt rekruttert fra representative utvalg. PMTO kan vise til effekter når det gjelder styrking av foreldreferdigheter, styrking av barnas sosiale ferdigheter og reduksjon i atferdsvansker. Effektene er ikke store, og de er heller ikke helt konsistente på tvers av studier og utfallsmål, men de er konsistent i favør av PMTO. En rekke trusler mot studienes indre validitet og usikkerhet rundt hvor adekvate flere av de statistiske analysene er og hvordan de har blitt gjennomført, gjør at det er usikkerhet om hvor godt dokumentert effektene er. Beskrivelsen av hva som utgjorde den regulære behandlingen som kontrollgruppene mottok er summarisk, og barna som ble rekruttert til effektstudiene er sannsynligvis forholdsvis heterogene når det gjelder alvorlighetsgrad og symptombylde. Dette gjør det usikkert hvor målrettet PMTO er overfor barn med atferdsvansker. Likevel er det flere forhold som taler for at PMTO er et effektivt

behandlingstiltak. Resultatene fra medieringsanalysene tyder på at behandlingseffektene av PMTO på barnets atferd går gjennom endringer i foreldreferdigheter, noe som er i tråd med den teoretiske modellen for tiltaket. Grundig beskrivelse og godt utviklede systemer for å sikre implementeringskvaliteten styrker ved PMTO. Likeledes metodene for å sikre metodeintegritet. Disse forholdene øker sannsynligheten for at PMTO er et effektivt tiltak.

PMTO som individuell foreldreveiledning klassifiseres derfor på evidensnivå 5 – Tiltak med sterk dokumentasjon på effekt.

Referanser

- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR and TRF profiles*. Burlington, VT: Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist: And Revised Child Behavior Profile*. University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Arnarson, E. Ö., & Craighead, W. E. (2009). Prevention of depression among Icelandic adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 47(7), 577-585.
- Askeland, E., Apeland, A., Christiansen, T., & Solholm, R. (2010). *Håndbok PMTO*. Oslo: Atferdssenteret.
- Askeland, E., Apeland, A., & Solholm, R. (2014). *PMTO: Foreldretrening for familier med barn som har atferdsvansker*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Oxford: Prentice-Hall.
- Bjørknes, R., Kjøbli, J., Manger, T., & Jakobsen, R. (2012). Parent training among ethnic minorities: Parenting practices as mediators of change in child conduct problems. *Family Relations*, 61(1), 101-114.
- Bjørknes, R., & Manger, T. (2013). Can parent training alter parent practice and reduce conduct problems in ethnic minority children? A randomized controlled trial. *Prevention Science*, 14(1), 52-63.
- Bjørknes, R., Larsen, M., Gwanzura-Ottmøller, F., & Kjøbli, J. (2015). Exploring mental distress among immigrant mothers participating in parent training. *Children and Youth Services Review*, 51, 10-17.
- Bjørnebekk, G., Kjøbli, J., & Ogden, T. (2015). Children With Conduct Problems and Co-occurring ADHD: Behavioral Improvements Following Parent Management Training. *Child & Family Behavior Therapy*, 37(1), 1-19.
- Bullard, L., Wachlarowicz, M., DeLeeuw, J., Snyder, J., Low, S., Forgatch, M., & DeGarmo, D. (2010). Effects of the Oregon model of Parent Management Training (PMTO) on marital adjustment in new stepfamilies: A randomized trial. *Journal of Family Psychology*, 24(4), 485-496.
- Button, K. S., Ioannidis, J. P., Mokrysz, C., Nosek, B. A., Flint, J., Robinson, E. S., & Munafò, M. R. (2013). Power failure: why small sample size undermines the reliability of neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience*, 14(5), 365-376.
- Chamberlain, P., & Reid, J. B. (1987). Parent observation and report of child symptoms. *Behavioral Assessment*, 9, 97-109.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155.
- Cohen, S., Hoberman, H. M., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). *Interpersonal support evaluation list*. Washington D.C.: Martinus Nijhoff publishers.
- DeGarmo, D. S., & Forgatch, M.S. (2007). Efficacy of parent training for stepfathers: From playful spectator and polite stranger to effective stepfathering. *Parenting: Science and Practice* 7(4), 331-355.
- Dundas, I. (1994). The family adaptability and cohesion scale III in a Norwegian sample. *Family Process*, 33(2), 191-202.
- Eyberg, S. M., Nelson, M. M., & Boggs, S. R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 215-237.
- Eyberg, S. M., & Pincus, D. (1999). *Eyberg Child Behavior Inventory and Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory (revised)*. Professional manual. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Forgatch, M. S., & DeGarmo, D. (2002). Extending and testing the social interaction learning model with divorce samples. I J. B. Reid, G. R. Patterson & J. Snyder (red.), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention* (s. 235-256). Washington, DC: American Psychological Association.
- Forgatch, M. S., & DeGarmo, D. S. (2011). Sustaining fidelity following the nationwide PMTO™ implementation in Norway. *Prevention Science*, 12(3), 235-246.
- Forgatch, M. S., & Kjøbli, J. (2016). Parent Management Training—Oregon Model: Adapting Intervention with Rigorous Research. *Family Process*, 55, 500-513. doi: 10.1111/famp.12224
- Forgatch, M. S., Knutson, N., & Mayne, T. (1992). Coders impressions of ODS lab tasks. Eugene, OR: Oregon Social Learning Center.
- Forgatch, M. S., & Patterson, G. R. (2010). Parent Management Training—Oregon Model: An intervention for antisocial behavior in children and adolescents. *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*, 2, 159-178.
- Forgatch, M. S., Patterson, G.R., & DeGarmo, D.S. (2006).

- Evaluating fidelity: Predictive validity for a measure of competent adherence to the Oregon model of parent management training. *Behavior therapy* 36(1), 3-13.
- Forgatch, M. S., Rains, L. A., & Sigmarsdóttir, M. (2015). Early results from implementing PMTO: Full transfer on a grand scale. I M. J. van Ryzin, K. L. Kumper, G. M. Fosco & M. T. Greenberg (red.), *Family-Based Prevention Programs for Children and Adolescents: Theory, Research, and Large-Scale Dissemination* (s. 113-133). New York: Psychology Press.
- Fossum, S., Kjølbi, J., Britt Drugli, M., Handegård, B.H., Mørch, W. T., & Ogden, T. (2014). Comparing two evidence-based parent training interventions for aggressive children. *Journal of Children's Services*, 9(4), 319-329.
- Frick, P.J., Lahey, B.B., Loeber, R., Tannenbaum, L., Van Horn, Y., Christ, M.A.G., Hart, E.A., & Hanson, K. (1993). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A meta-analytic review of factor analyses and cross-validation in a clinic sample. *Clinical Psychology Review*, 13(4), 319-340.
- Furlong, M., McGilloway, S., Bywater, T., Hutchings, J., Donnelly, M., Smith, S. M., & O'Neill, C. (2010). Behavioural/cognitive-behavioural group-based parenting interventions for children age 3-12 with early onset conduct problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 15(2):CD008225. doi: 10.1002/14651858.CD008225.pub2.
- Gjone, H., & Nøvik, T. S. (1995). Parental ratings of behaviour problems: a twin and general population comparison. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36(7), 1213-1224.
- Goldberg, D., & Williams, P. (2006). *General Health Questionnaire*. London: GL Assessment.
- Gomez, B., Grønlie, A. A., Kristiansen, D. E., & Richardsen, K. (2014). *Implementering av tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR) fra teori til praksis*. Oslo: Atferdssenteret.
- Gresham, F. M., & Elliott, S. N. (1990). *Social Skills Rating System (SSRS)*. Circle Pines, Minnesota, USA: American Guidance Service.
- Hagen, K. A., Ogden, T., & Bjørnebekk, G. (2011). Treatment outcomes and mediators of parent management training: A one-year follow-up of children with conduct problems. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(2), 165-178.
- Hannesdóttir, H. (2002). *Studies on child and adolescent mental health in Iceland (PhD Thesis)* Turku: Turun Yliopiston. Hentet fra <http://www.hirsla.lsh.is/lsh/bits-tream/2336/18952/1/helga-pad.pdf>
- Heiervang, E., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M-B., Ullébo, A.K., von Plessen, K.J., Bjelland, I., Lie, S.A., & Gillberg, C. (2007). Psychiatric disorders in Norwegian 8-to 10-year-olds: an epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(4), 438-447.
- Hukkelberg, S. S., & Ogden, T. (2013). Working alliance and treatment fidelity as predictors of externalizing problem behaviors in parent management training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(6), 1010-1020. doi: 10.1037/a0033825
- Jakobsen, R., & Solholm, R. (2009). *Evaluering av PMTO-kurs for fosterforeldre-en effektstudie*. Bergen: Barnevernets utviklingssenter på Vestlandet.
- Jalling, C., Bodin, M., Romelsjö, A., Källmén, H., Durbeej, N., & Tengström, A. (2016). Parent Programs for Reducing Adolescent's Antisocial Behavior and Substance Use: A Randomized Controlled Trial. *Journal of child and family studies*, 25(3), 811-826.
- Kazdin, A. E. (1997). Parent management training: Evidence, outcomes, and issues. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(10), 1349-1356.
- Kjølbi, J., Hukkelberg, S., & Ogden, T. (2013). A randomized trial of group parent training: reducing child conduct problems in real-world settings. *Behaviour research and Therapy*, 51(3), 113-121.
- Kjølbi, J., Nærde, A., Bjørnebekk, G., & Askeland, E. (2014). Maternal mental distress influences child outcomes in brief parent training. *Child and Adolescent Mental Health*, 19(3), 171-177.
- Kjølbi, J., & Ogden, T. (2009). Gender differences in intake characteristics and behavior change among children in families receiving parent management training. *Children and Youth Services Review*, 31(8), 823-830.
- Klest, S. K. (2015). Clustering practitioners within service organizations may improve implementation outcomes for evidence-based programs. *Zeitschrift für Psychologie*, 222(1), 30-36.
- Knutson, N. M., Forgatch, M. S., & Rains, L. A. (2003). *Fidelity of implementation rating system (FIMP): The training manual for PMTO*. Eugene, OR: Oregon Social Learning Center.
- Kornør, H., & Drugli, M.B (2011). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Teacher's Report Form TRF). *PsykTestBarn*, 1:7.
- Kornør, H., Jozefiak, T. (2012). Måleegenskaper ved den norske versjonen a Child Behavior Checklist (CBCL). *PsykTestBarn*, 1:3.
- Kovacs, M. (1997). Children's Depression Inventory Teacher Version (CDI-T). *North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems Inc.*
- 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. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(1), 42-52.
- Little, R. J. (1988). A test of missing completely at random for multivariate data with missing values. *Journal of the American Statistical Association*, 83(404), 1198-1202.
- Lubrecht, J. (1992). *Family satisfaction survey. Measures of satisfaction with child mental health services*. Florida Mental Health Institute, University of South Florida, 21-23.
- Lurie, J. (2006). *Teachers' perceptions of emotional and be*
- Stormark, K.M. & Christiansen, Ø. (2018). Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket Parent Management Training – The Oregon Model (PMTO) som individuell foreldreveiledning (2.utg.). *Ungsinn*, 2:2 <https://doi.org/10.7557/25.7591>

- havioral problems in 6-12 year old Norwegian school children.* Trondheim: Barnevernets utviklingscenter i Midt-Norge.
- Martinez, C. R., Jr., & Eddy, J. M. (2005). "Effects of culturally adapted parent management training on Latino youth behavioral health outcomes." *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(5), 841.
- Munkvold, L.H., Lundervold, A.J., & Manger, T. (2011). Oppositional defiant disorder - Gender differences in co-occurring symptoms of mental health problems in a general population of children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 39*(4), 577-587.
- Munkvold, L., Lundervold, A., Lie, S. A., & 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.
- Norges forskningsråd. (1998). *Barn og unge med alvorlige atferdsvansker. Hva kan nyere viten fortelle oss? Hva slags hjelp trenger de? Ekspertuttalelse etter konferansen 18.-19.september 1997 om tilbud til barn og unge som er spesielt vanskelig og utagerende.* Oslo: Norges forskningsråd.
- Norges forskningsråd (2016). *Evaluering av Atferdssenteret. Norsk senter for studier av problematferd og innovative praksis AS.* Oslo: Norges forskningsråd.
- Nøvik, T. S. (1999). Validity of the Child Behaviour Checklist in a Norwegian sample. *European child & adolescent psychiatry, 8*(4), 247-254.
- Ogden, T. (2003). The validity of teacher ratings of adolescents' social skills. *Scandinavian Journal of Educational Research, 47*(1), 63-76.
- Ogden, T., Bjørnebekk, G., Kjøbli, J., Patras, J., Christiansen, T., Taraldsen, K., & Tollefsen, N. (2012). Measurement of implementation components ten years after a nationwide introduction of empirically supported programs—a pilot study. *Implementation Science, 7*(49).
- Ogden, T., & Hagen, K. A. (2006). Multisystemic treatment of serious behaviour problems in youth: Sustainability of effectiveness two years after intake. *Child and adolescent mental health, 11*(3), 142-149.
- Ogden, T., & Hagen, K. A. (2008). Treatment effectiveness of Parent Management Training in Norway: a randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(4), 607-621.
- Olson, D. H., Porter, J., & Lavee, Y. (1985). FACES-III (Family Adaptability-Cohension Evaluation Scale). *St. Paul: Family Social Science, University of Minnesota.*
- Patras, J., & Klest, S. (2016). Group size and therapists' workplace ratings: Three is the magic number. *Journal of Social Work, 16*(2), 216-227.
- Patterson, G.R. (1982). *A social learning approach. Coercive family process.* Eugene, OR: Castalia Publishing Company.
- Patterson, G. R., Chamberlain, P., & Reid, J. B. (1982). A comparative evaluation of a parent-training program. *Behavior Therapy, 13*(5), 638-650.
- Patterson, G. R., Forgatch, M. S., & DeGarmo, D. S. (2010). Cascading effects following intervention. *Development and psychopathology, 22*(04), 949-970.
- Patterson, G. R., Reid, J. B., & Dishon, T. J. (1992). *A Social Interactional Approach. Antisocial Boys.* Eugene, OR: Castalia Publishing Company.
- Serketich, W. J., & Dumas, J. E. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. *Behavior therapy, 27*(2), 171-186.
- Sigmarsdóttir, M., & Björnsdóttir, A. (2012). Community implementation of PMTO™: Impacts on referrals to specialist services and schools. *Scandinavian Journal of Psychology, 53*(6), 506-511.
- Sigmarsdóttir, M., Degarmo, D. S., Forgatch, M. S., & Guðmundsdóttir, E. V. (2013). Treatment effectiveness of PMTO for children's behavior problems in Iceland: Assessing parenting practices in a randomized controlled trial. *Scandinavian journal of Psychology, 54*(6), 468-476.
- Sigmarsdóttir, M., & Guðmundsdóttir, E. V. (2013). Implementation of parent management training—Oregon model (PMTO) in Iceland: Building sustained fidelity. *Family Process, 52*(2), 216-227.
- Sigmarsdóttir, M., Thorlacius, Ö., Guðmundsdóttir, E. V., & DeGarmo, D. S. (2015). Treatment effectiveness of PMTO for children's behavior problems in Iceland: child outcomes in a nationwide randomized controlled trial. *Family Process, 54*(3), 498-517.
- Skogen, J.C., Torvik, F.A. (2013). *Atferdsforstyrrelser blant barn og unge i Norge: Beregnet forekomst og bruk av hjelpetiltak.* Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Solholm, R., Askeland, E., Christiansen, T., & Duckert, M. (2005). Parent Management Training-Oregon modellen. Teori, behandlingsprogram og implementering i Norge. *Tidsskrift for norsk psykologforening, 42*(7), 587-597.
- Solholm, R., Ogden, T., & Jakobsen, R. (2014). Conduct problems in children. Characteristics of families recruited for a clinical outcome trial as compared to families in an implementation study. *Children and Youth Services Review, 42*, 1-9.
- Storå, B., Hagtvet, K. A., & Heyerdahl, S. (2012). Reliability of observers' subjective impressions of families: A generalizability theory approach. *Psychotherapy Research, 4*, 448-464.
- Storå, B., Hagtvet, K. A., & Heyerdahl, S. (2014). Observations of families in structured interactions: Parenting therapists provide reliable ratings of mothers' parenting. *Scandinavian Journal of Psychology, 55*(1), 65-71.
- Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the working alliance inventory. *Psychological Assessment: A journal of Consulting and Clinical Psychology, 1*(3), 207-210.
- Tømmeraas, T. (2016). Social gradients and participant characteristics in child behavior problem interventions. *Children and Youth Services Review, 70*, 57-64.

- Tømmeraas, T., & Ogden, T. (2015). Is there a scale-up penalty? Testing behavioral change in the scaling up of Parent Management Training in Norway. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 1-14.
- Webster-Stratton, C., & Herbert, M. (1994). *Troubled families – problem children: Working with parents: A collaborative process*. Chichester: Wiley & Sons.
- Wichstrøm, L., Berg-Nielsen, T. S., Angold, A., Egger, H. L., Solheim, E., & Sveen, T. H. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(6), 695-705.

Forfatterne erklærer at de ikke har noen interessekonflikter.

Mottatt 20.01.2017, godkjent 04.09.2018, publisert: 13.11.2018

Redaktør: Monica Martinussen

