



Midtvejsevaluering af bedre familiebehandling

Et randomiseret kontrolleret forsøg med Parent Management Training – Oregon og anden familiebehandling

MALENE RUDOLF LINDBERG
HELLE HANSEN
CHRISTOFFER SCAVENIUS

KØBENHAVN 2017

MIDTVEJSEVALUERING AF BEDRE FAMILIEBEHANDLING
ET RANDOMISERET KONTROLLERET FORSØG MED PARENT MANAGEMENT
TRAINING – OREGON OG ANDEN FAMILIEBEHANDLING
Afdelingsleder: Anne-Dorthe Hestbæk
Afdelingen for Børn og Familie

© 2017 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd
Herluf Trolles Gade 11
1052 København K
Tlf. 33 48 08 00
sfi@sfi.dk
www.sfi.dk

SFI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden.

SFI-notater skal danne grundlag for en faglig diskussion. SFI-notater er foreløbige resultater, og læseren bør derfor være opmærksom på, at de endelige resultater og fortolkninger fra projektet vil kunne afvige fra notatet.

INDHOLD

| | | |
|----------|-----------------------------------|-----------|
| 1 | FORORD | 5 |
| 2 | SAMMENFATNING | 7 |
| 3 | INTRODUKTION | 11 |
| | Formål | 11 |
| | Baggrund | 12 |
| | Familiebehandlingsprogrammet PMTO | 14 |
| | Implementering af PMTO i Danmark | 15 |
| | Tidligere forskning i PMTO | 16 |
| | Undersøgelsens bidrag | 21 |
| 4 | DESIGN OG METODE | 23 |
| | Design | 23 |
| | Deltagere og rekruttering | 26 |
| | Randomisering | 29 |
| | Intervention | 30 |
| | Spørgeskemaer | 34 |
| | Statistisk metode | 38 |
| | Intention-to-treat analyse | 39 |

| | | |
|----------|--------------------------------------|-----------|
| 5 | RESULTATER | 40 |
| | Rekruttering | 40 |
| | Indhold af TAU-behandling | 41 |
| | Familiernes baggrundskarakteristika | 46 |
| | Førmåling, eftermåling og normscorer | 51 |
| | Ændringer over tid | 58 |
| | Effekt af PMTO | 62 |
| | Konklusion | 64 |
| 6 | DISKUSSION | 67 |
| | Positiv udvikling og effekt | 67 |
| | Begrænsninger | 72 |
| | Måltretning af familiebehandling | 74 |
| | Anbefalinger | 76 |
| 7 | ENGLISH SUMMARY | 79 |
| | LITTERATUR | 81 |

FORORD

Socialstyrelsen har gennem de senere år implementeret en række evidensbaserede behandlingsmetoder for familier med børn og unge, som oplever adfærdsmæssige problemer. Formålet er at højne kvaliteten og udbyttet af familiebehandlingsprogrammer i Danmark. Fra politisk hold har man afsat 8 mio. kr. til evaluering af en række familieprogrammer. Dette midtvejsnotat beskriver de første resultater af effektmålingen af familieprogrammet Parent Management Training – Oregon (PMTO), som er målrettet familier med 4-12 årige børn¹, der udviser begyndende eller udtalte adfærdsproblemer.

Vi vil sige stor tak til de 126 familier, som har deltaget i undersøgelsen og dermed gjort det muligt at belyse danske familiers udbytte af familiebehandling. Også stor tak til socialchefer, visitatorer og terapeuter i de 11 deltagende kommuner, som har hjulpet os med rekruttering og stillet op til interviews. En række personer skal takkes for deres faglige input og gode kommentarer i forbindelse med evalueringen: Tak til Tine Nielsen, lektor i psykologi på Københavns Universitet, Maiken Pontopidan, SFI, Misja Eiberg, SFI, Gøye Thorn Svendsen, Socialstyrelsen, Kittie Carlson, Socialstyrelsen, og PMTO-vejleder Christina Kjerholt.

Evalueringen er bestilt og finansieret af Socialstyrelsen, og midtvejsnotatet er udarbejdet af videnskabelig assistent Malene Rudolf Lindberg, seniorkonsulent Helle Hansen og forsker og projektleder Christoffer Scavenius. Videnskabelig assistent Sebastian Osterwald-Lenum har gennemført de kvalitative interviews.

1. Målgruppen er siden projektets opstart blevet udvidet til familier med 3-17-årige børn med adfærdsproblemer.

SAMMENFATNING

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd præsenterer i dette midtvejsnotat de første resultater af et randomiseret kontrolleret forsøg med familiebehandling i Danmark. Projektet har til formål at evaluere effekten af det evidensbaserede familiebehandlingsprogram Parent Management Training – Oregon (PMTO) i forhold til almindelig kommunal familiebehandling, her kaldet *Treatment As Usual* (TAU). PMTO er siden 2004 blevet implementeret i en række danske kommuner som tilbud til familier med børn i alderen 4-12 år², som udviser adfærdsproblemer. PMTO er et fast, struktureret program målrettet forældrene i familien, hvor faste temaer og værktøjer introduceres i en struktureret rækkefølge. Programmet er udviklet på baggrund af mere end fire årtiers forskning i børn og familiers adfærd ved den selvstændige forskningsenhed Oregon Social Learning Center (OSLC) i USA.

I USA og andre europiske lande har undersøgelser fundet positive effekter af PMTO-behandling. Dette er den første større danske evaluering af behandlingsprogrammet. Evalueringen er gennemført som et randomiseret kontrolleret forsøg i 11 danske kommuner, som tilbyder PMTO- og almindelig familiebehandling. I forsøget deltog 126 familier, som kommunen havde visiteret til familiebehandling. Ved lodtrækning modtog 64 familier PMTO-behandling, mens 62 familier modtog almindelig kommunal familiebehandling. Ved behandlingsstart var der som forventet stort set ingen signifikante forskelle på de to grupper.³ Midtvejsevalueringen undersøger ændringer i børnenes adfærd og forældrenes kompetencer og trivsel 7-8 måneder efter behandlingsstart. Analysen

2. Under undersøgelsen er programmets målgruppe udvidet til familier med 3-17-årige børn.

3. Eneste undtagelse er, at forældrene i familier, der modtog almindelig familiebehandling, i gennemsnit havde lidt flere års uddannelse end forældrene i familier, der modtog PMTO-behandling.

anvender en såkaldt fixed-effects model, som tager højde for, at familier er forskellige, og derfor har forskelle i familiernes udgangspunkter ikke fået indflydelse på vores resultater.

HOVEDRESULTATER

Resultaterne i denne midtvejsevaluering belyser familiernes udvikling fra behandlingens begyndelse og 7-8 måneder senere. I 2017 følger vi op på familiernes udvikling efter ca. 20 måneder. Den endelige evaluering ser desuden på, om der er forhold, som modererer eller medierer effekten af familiebehandling.

FAMILIER MED UDFORDRINGER

Analyserne viser, at de 126 familier, som deltog i undersøgelsen, har flere udfordringer end den gennemsnitlige danske familie. Inden behandlingsstart ser vi følgende træk ved familierne:

- Børnene i familierne udviser i gennemsnit tre gange så mange adfærdsproblemer som normalt. En screening af børnenes adfærd inden behandlingsstart viser, at børnenes adfærd afviger markant fra det gennemsnitlige barn i Danmark.
- Forældrene viser ikke tegn på depression. En screening for depression hos forældrene inden behandlingsstart viser, at forældrene ikke har øget tendens til depression i forhold til den øvrige befolkning.
- Forældrene har i gennemsnit kortere uddannelse og er i mindre grad i beskæftigelse end den øvrige befolkning.

POSITIV UDVIKLING HOS ALLE FAMILIER

Analyserne viser, at uanset om familien fik PMTO-behandling eller anden familiebehandling, har både børn og forældre haft en positiv udvikling i løbet af behandlingsperioden.

Børnenes adfærd forbedres signifikant i løbet af den tid, familien modtager familiebehandling. Vi ser forbedringer på alle de undersøgte dimensioner af børnenes adfærd:

- Børnenes adfærd er samlet set forbedret moderat
- Både eksternaliserende og internaliserende adfærd hos børnene er mindsket. Forbedringerne er af moderat styrke.
- Prosocial adfærd hos børnene er øget moderat.
- Problemer med opmærksomhed, regulering af følelser og adfærd er mindsket. Forbedringerne her er også af moderat styrke.

Forældrenes kompetencer og trivsel er også forbedret, mens familierne var i familiebehandling. Forældrene har oplevet forbedringer på 6 ud af de 7 dimensioner, vi undersøger:

- Forældrenes evne til at mestre forælderrollen er steget moderat.
- Forældrenes vurdering af eget liv er steget moderat.
- Forældrenes psykiske helbred, målt ved stress og depression, har set små, men signifikante forbedringer.
- Forældrenes følelse af sammenhæng i tilværelsen er steget. Forældrenes oplevelse af, at tilværelsen er håndterbar og begribelig, har set små til moderate forbedringer. Der er ikke sket signifikante ændringer i forhold til forældrenes oplevelse af meningsfuldhed med tilværelsen, hvilket er den eneste af de undersøgte dimensioner, som ikke forbedres i løbet af behandlingen.

BÅDE PMTO- OG ANDEN FAMILIEBEHANDLING ER VIRKSOM

PMTO viste sig ikke at være markant mere effektiv end anden kommunal familiebehandling på de undersøgte dimensioner. Både familier, som fik PMTO-behandling, og familier, som fik anden familiebehandling, opnåede signifikante forbedringer i løbet af de 7-8 måneder, vi fulgte dem. Resultaterne skal ikke forstås sådan, at PMTO-behandling ikke virker. Den manglende forskel på effekter mellem PMTO og TAU peger i stedet på, at de eksisterende familiebehandlingstilbud i de 11 deltagerkommuner også har en markant positiv indflydelse på familierne for de undersøgte effektmål. Resultaterne stemmer overens med andre europæiske studier, der også finder, at både PMTO og almindelig familiebehandling hjælper familier med børn i adfærdsproblemer.

OVERLAP I TEORI OG VÆRKTØJER

I undersøgelsens datamateriale indgår også kvalitative interviews med 15 terapeuter, som har forestået den almindelige familiebehandling, TAU. Den kvalitative analyse viser, at den almindelige familiebehandling indeholder flere af de værktøjer og teoretiske idéer om adfærdsændring, som PMTO-behandling også indeholder. Når både PMTO og TAU familier oplever positive gevinster ved behandling, kan det skyldes, at PMTO- og anden familiebehandling i vis udstrækning arbejder med samme virksomme principper og brugbare redskaber.

FORBEHOLD

Undersøgelsens resultater skal læses med forbehold for datagrundlaget. Tre forhold kan gøre sig gældende. For det første sammenligner vi PMTO og TAU i 11 kommuner, som alle havde et ønske om at deltage i forsøget og undersøge deres familiebehandling. Det er muligt, at disse kommuner er specielt progressive eller har fornødne ressourcer til at tilbyde en generelt effektiv familiebehandling. Effekten kan være anderledes i andre mindre progressive kommuner, som oplever et større resourcepres i familiebehandlingen. For det andet øger antallet af observationer den statistiske sikkerhed, hvormed vi kan bestemme effekt. Vi ar-

bejder med et datagrundlag på 126 observationer, hvilket betyder, at effekten skal have en vis størrelse, før vi er i stand til statistisk at identificere den. Det er altså muligt, at der er mindre effekter af PMTO eller TAU, som vi ikke er i stand til at identificere på grund af for få observationer. For det tredje er analysen baseret på 20 udvalgte effektmål, som undersøger ændringer i forskellige dimensioner af barnets adfærd og forældrenes trivsel og psykiske tilstand. Andre effektmål (fx skolepræstation eller skoleadfærd) kunne have dokumenteret en anden effekt.

INTRODUKTION

Dette kapitel giver en overordnet introduktion til undersøgelsens formål og bidrag og PMTO-behandlingsmodellen. Læsere, for hvem baggrunden for PMTO og forskning i PMTO er velkendt, kan eventuelt springe i teksten.

FORMÅL

Midtvejsnotatet belyser effekterne af familiebehandling med specifik fokus på familier, som modtager familiebehandlingsprogrammet Parent Management Training – Oregon (PMTO). PMTO er et manualbaseret behandlingsforløb målrettet forældre til børn i alderen 4-12 år⁴, som udviser begyndende eller udtalte adfærdsproblemer. I PTMO-behandlingen arbejder terapeuten og forældrene ud fra et struktureret program, hvor forældrene gennemgår fastlagte temaer. Programmet er udviklet på baggrund af fire årtiers forskning i børn og familiers adfærd ved Oregon Social Learning Center (OSLC) i USA. Gennem de seneste 12 år er PMTO blevet implementeret i en række danske kommuner som supplement til eller erstatning for andre behandlingsformer.

Rapporten undersøger effekten af individuelle PMTO-forløb for familier i forhold til kommunernes andre familiebehandlingsforløb.⁵ Hensigten er at afdække effekten af PMTO i Danmark i forhold til andre kommunale behandlingstilbud. Dermed øger undersøgelsen vores viden

4. I løbet af undersøgelsen udvides målgruppen til familier med børn i alderen 3-17 år.

5. PMTO-behandling kan gives både som individuel familietræning og gruppebaseret familietræning. Denne rapport undersøger effekten af individuel behandling.

om kommunernes familiebehandlingstilbud til børn med begyndende eller udtalte adfærdsproblemer.

I dette midtvejsnotat analyserer vi effekten af behandlingsforløbene på barnets adfærd samt forældrenes kompetencer og trivsel, umiddelbart efter at behandlingen afsluttes. Midtvejsnotatet følges op af en slutrapport ultimo 2017, som undersøger, hvordan det går familierne halvandet år efter første måling. Derudover vil slutrapporten undersøge eventuelle modererende og medierede effekter af familiebehandling.

BAGGRUND

OMFANGET AF ADFÆRDSPROBLEMER

Det anslås, at omkring 2-4 pct. af danske børn udviser sociale adfærdsproblemer i form af eksternaliserende eller internaliserende adfærd (Socialstyrelsen, 2016a).⁶ Adfærdsproblemer er i særlig grad udbredt blandt drenge, og drenge udvikler typisk adfærdsproblemer tidligere end piger (Furlong m.fl., 2010). Forskning på norske data viser, at tre gange så mange drenge som piger udvikler adfærdsproblemer (Norges Forskningsråd, 1998).

KONSEKVENSER AF ADFÆRDSPROBLEMER

Børn og unge i adfærdsproblemer har høj risiko for at ende i en livslang løbebane med antisocial og afvigende adfærd (Gresham, Lane & Lambros, 2000). Hos de mindre børn vil man ofte se, at børnene involveres i mange konflikter og har svært ved at finde ro. De får meget skæld ud af lærere og forældre, har svært ved at få venner og har dårlig trivsel. Børnene kan havne i negative cirkler, fordi negativ opmærksomhed opleves bedre end ingen opmærksomhed (Atferdssenteret, 2004).

Forældre til børn med adfærdsproblemer har større risiko for at opleve stress og depression end andre forældre (Benson & Karlof, 2009). Mistrivsel blandt forældrene kan øge sandsynligheden for, at opdragelsen af barnet vil basere sig på hård disciplin, tvang, tilbagetrækning fra barnet og inkonsistente opdragelsesmetoder, som igen forstærker barnets negative adfærdsmønstre (Atferdssenteret, 2004; Deault, 2010; Johnston & Jassy, 2007).

Efterhånden som børnene bliver ældre, overføres de negative reaktionsmønstre i familien ofte til andre sociale sammenhænge. Børn og unge med adfærdsproblemer i familien har derfor tendens til at udvise problemadfærd i fx skolen, institutionen og fritidstilbud (Debaryshe,

6. Gruppen af børn, der oplever adfærdsproblemer, er delvist overlappende med gruppen af børn, der har diagnosen ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Opgørelsen omfatter ikke børn med diagnosen ADHD, som anslås at ramme 3-5 pct. af en børneårgang (Socialstyrelsen, 2013).

Patterson & Capaldi, 1993). Det betyder, at også pædagoger, lærere og kammerater oplever en ekstra belastning som følge af barnets og familiens udfordringer.

Hos unge kan adfærdsforstyrrelser øge sandsynligheden for selvskade, social eksklusion, kriminalitet og misbrug. Ubehandlet aggressiv adfærd blandt børn kan forøges med alderen og føre til øget selvskade hos unge Davies & Oliver (2013). Adfærdsproblemer kan også betyde, at børn eller unge bliver afvist af deres jævnaldrende i skole og fritidstilbud med den konsekvens, at unge, som oplever adfærdsforstyrrelser, finder sammen med andre unge, der også er præget af negative adfærdsmønstre. (DeGarmo & Forgatch, 2005; Patterson, 1986; Reid, Patterson & Snyder, 2002). I grupperne kan de unge forstærke den negative adfærd hos hinanden. Et kendetegn ved sådanne gruppedannelser kan fx være, at gruppen honorerer negative handlinger og kriminalitet – såsom løgn, tyveri og hærværk – med anerkendelse (Forgatch m.fl., 2009). Derudover har forældre til unge med adfærdsproblemer ofte mindre føling med, hvad den unge foretager sig uden for hjemmet, end andre forældre (Patterson, Forgatch & DeGarmo, 2010). Det kan bidrage yderligere til, at unge med adfærdsproblemer kan havne i miljøer præget af kriminalitet og stofbrug.

Adfærdsforstyrrelserne kan få store konsekvenser ind i voksenlivet, både for kvaliteten og længden af livet (Loeber & Burke, 2011). Børn og unge, som udviser adfærdsproblemer, har blandt andet en forhøjet risiko for at blive afhængige af velfærdssydelsers senere i livet Walker m.fl. (1987). I Norge har forskere fra Folkehelseinstituttet fundet en hel række negative konsekvenser af problemadfærd, fx øget sandsynlighed for rusmiddelbrug, kriminel adfærd, svag arbejdsmarkedstilknytning, problemfyldte relationer til egne børn, angst, depression og tidlig død (Skogen & Torvik, 2013). Risikoen for disse langvarige negative konsekvenser hos voksne øges betydeligt, hvis de som børn har udvist adfærdsproblemer allerede inden det fyldte tiende år (Skogen & Torvik, 2013).

Ud over de personlige og familiære konsekvenser har adfærdsproblemer hos børn og unge også en række samfundsøkonomiske omkostninger, fx gennem øgede sociale udgifter og tabte skatteindtægter. Den samfundsøkonomiske gevinst af individuel PMTO-behandling er vurderet til 186.000 kr. pr. behandlet barn (Rambøll, 2013). Sådanne beregninger bygger på en række antagelser omkring effekten af behandling, som baserer sig på udenlandske studier, da man ikke havde viden om effekten af PMTO i Danmark, da beregningerne blev foretaget. Men hvis 5.000 børn og deres familier får individuel PMTO-behandling, vurderer rapporten, at det vil kræve en samlet investering på 203 mio. kr. og give en nettogevinst for samfundet på ca. 932 mio. kr. (Rambøll, 2013).

De mange omkostninger i forbindelse med adfærdsproblemer understreger vigtigheden af effektive behandlingstilbud, der kan forebyg-

ge eller bryde negative reaktionskæder i familierne og forhindre eller mindske udvikling af problemadfærd.

FAMILIEBEHANDLINGSPROGRAMMET PMTO

Parent Management Training – Oregon er et af de behandlingsforløb, som kommuner kan tilbyde forældre til børn, der udviser adfærdsproblemer. Programmet kan gives som individuel behandling, dvs. behandling af den enkelte familie for sig, eller som gruppebehandling, dvs. flerfamiliebehandling. Denne undersøgelse omhandler individuel PMTO-behandling.

PMTO er et manualbaseret forældretræningsprogram designet til at give forældre kompetencer, som kan forebygge, reducere eller stoppe problemadfærd hos børn. Hensigten med programmet er, at forældre systematisk trænes i en række enkle og klart definerede forældrefærdigheder og herigennem erstatte indgroede, negative reaktionsmønstre med nye, positive og strategiske reaktioner. PMTO er afprøvet og evalueret i praksis med gode resultater, især i USA, hvor programmet er udviklet.

Programmet er udviklet på baggrund af mere end fire årtiers arbejde med at integrere teori, forskning og praksis omkring familier med børn og unge, som udviser forskellige grader af adfærdsproblemer (Apeland, 2005). Udgangspunktet for PMTO er, at adfærdsproblemer ikke kan løses ved at fokusere på barnet alene. De sociale omgivelser har afgørende indflydelse på barnets adfærd. Vil man ændre barnets adfærd, må man derfor ændre på samspillet mellem barnet og dets umiddelbare sociale omgivelser, nemlig forældrene (Patterson, 1982). Metoden bygger på social læringsteori (Social Interaction Learning, SIL), socialøkologisk tænkning og indeholder elementer fra kognitiv behandling (Patterson, 2005; Reid, Patterson & Snyder, 2002). SIL beskæftiger sig med de mikrosociale samspil i familier, hvori enten hensigtsmæssige eller uhensigtsmæssige mønstre skabes. Den socialøkologiske tænkning ser individet som en del af et større økosystem og adfærdsproblemer som noget, der udvikles gennem gentagne uhensigtsmæssige reaktionsmønstre i dette sociale system. Elementer fra socialøkologisk tænkning, social interaktion og social læring findes også i andre manualbaserede behandlingsprogrammer som De Utrolige År (DUÅ), Positive Parenting Program (Triple P), Kærlighed i Kaos (KiK) samt i en række ikke-manualbaserede tilgange, fx inden for den systemiske terapi.

Ifølge en af PMTO-programmets udviklere, Gerald R. Patterson (1982), udvikler antisocial adfærd sig, når samspillet i familien præges af gensidig negativitet. Negative hændelser sker i alle familier. Men i velfungerende familier lærer børn at anvende hensigtsmæssige midler til at løse konflikter, fx humor og forhandling (Snyder & Patterson, 1995; se også

Yew & O’Kearney, 2013). I mindre velfungerende familier fører gentagne negative hændelser til, at børnene lærer uhensigtsmæssige, aggressive og tvangsbaserede metoder til at håndtere konflikter. Det sker fx, når børn gentagne gange oplever, at konfliktsituationer i familien ”vindes” af den person, som udviser den mest negative adfærd. Mønstre dannes og vedligeholdes via sådanne forstærkningsmekanismer. Familierne præges ofte af en negativ spiral, hvor familiemedlemmer igen og igen påfører hinanden ubehag for fx at sætte deres egen vilje igennem eller stoppe konflikter i familien. Denne proces kaldes ”coercion”-processen inden for PMTO-litteraturen (Patterson, 2005). Resultatet er, at familien domineres af automatiserede negative samspilsmønstre. Hensigten med PMTO er at hjælpe forældre til at bryde de fastlåste mønstre. Vi beskriver indholdet af et PMTO-behandlingsforløb mere detaljeret i næste kapitel.

IMPLEMENTERING AF PMTO I DANMARK

Da PMTO blev introduceret i Danmark, anvendte man den norske PMTO-manual udarbejdet ved Atferdssenteret i Oslo i 2004. De første danske PMTO-terapeuter er også oplært i Norge. I dag har Danmark sit eget terapeutiske miljø omkring PMTO-metoden med egne mentorer og certifikatorer. Der foreligger en dansk PMTO-håndbog udarbejdet på baggrund af initiativ fra Socialstyrelsen i 2014.

Arbejdet med at implementere PMTO i de danske kommuner begyndte i 2003. I dag er metoden udbredt i næsten en tredjedel af landets kommuner, og der findes omkring 85 PMTO-uddannede terapeuter i Danmark (Socialstyrelsen, 2016b). Da dette projekt startede, var PMTO implementeret i 15 kommuner⁷, og der fandtes 42 aktive PMTO-terapeuter på landsplan. I 2013, da vi begyndte at indsamle data, var PMTO implementeret i lidt flere kommuner, men kommunerne var meget forskellige steder i implementeringsprocessen. Nogle af de kommuner, som har leveret familier til dette forsøg, havde været i gang med at uddanne terapeuter allerede siden 2006, mens andre først startede flere år senere. Flere af de store kommuner havde mange certificerede terapeuter, mens de mindre kommuner havde ned til to certificerede PMTO-terapeuter. I mange kommuner blev der desuden certificeret nye terapeuter, mens dataindsamlingen stod på.

PMTO-TERAPEUTER I DELTAGERKOMMUNERNE

I alt 11 kommuner har leveret familier til dette forsøg. De deltagende kommuner er Aarhus, Aalborg, Guldborgsund, Holstebro, Herning,

7. Kommunerne, som havde implementeret PMTO ved projektstart, var: Aalborg, Aarhus, Herning, Holstebro, Ikast-Brandø, Guldborgsund, Lolland, Slagelse, Roskilde, Struer, Gribskov, Hjørring, Sorø, Kolding og Hillerød Kommune.

Ikast-Brande, Kolding, København, Slagelse, Hillerød og Faxe. Tabel 3.1 viser antallet af PMTO-terapeuter i kommunerne og deres certificeringsstatus, som det så ud i dataindsamlingsperioden. Alle 11 kommuner havde været i gang med at uddanne PMTO-terapeuter i minimum et par år, da vi begyndte første dataindsamlingsrunde i starten af 2013. PMTO-terapeuterne, som har behandlet familierne i studiet, har næsten alle afsluttet deres certificering, da dataindsamlingen begynder. Nogle kommuner fik certificeret flere terapeuter, mens undersøgelsen stod på. Derfor kan nogle familier i forsøget være behandlet af ny-certificerede terapeuter.

TABEL 3.1

PMTO i kommunerne. Antal terapeuter og terapeuternes certificeringsstatus.

| Kommune | Begyndt uddannelse af PMTO terapeuter | Antal terapeuter | Certificering |
|--------------|---------------------------------------|------------------|---|
| Aalborg | 2006 | 5 | Tre certificeret i 2009 De sidste certificeret i 3. kvartal 2015 |
| Faxe | 2009 | 2 | Certificeret i 2011 |
| Guldborgsund | 2006 | 3 | De sidste certificeret i 3. kvartal 2010 |
| Herning | 2008 | 3 | De sidste certificeret i 3. kvartal 2014 |
| Hillerød | 2009 | 2 | Certificeret i 2011 og 2012 |
| Holstebro | 2004 | 5 | De sidste certificeret i 2. kvartal 2012 |
| Ikast-Brande | 2008 | 2 (5) | To færdiguddannede terapeuter. Den sidste certificeret i 3. kvartal 2011. Tre terapeuter har påbegyndt uddannelsen |
| Kolding | 2011 | 2 | Certificeret i 3. kvartal 2013 |
| København | 2010 | 8 | De sidste certificeres i 1. kvartal 2013 |
| Aarhus | 2008 | 9 | De sidste certificeres i 3. kvartal 2013 |
| Slagelse | 2008 | 3 | En certificeret i 2010, en certificeret i 2011 Den sidste certificeres i 3. kvartal 2014 |

Kilde: SFI's midtvejsnotat om bedre familiebehandling, 2016. Oplysninger fra Socialstyrelsen november 2016.

Samlet set kan vi se, at alle de deltagende kommuner har arbejdet med implementering af PMTO i en årrække, da dataindsamling til dette forsøg påbegyndes. Alle kommuner har minimum to certificerede terapeuter ved udgangen af 2013.

TIDLIGERE FORSKNING I PMTO

Der findes en række studier af forældreprogrammer under fællesnavnet Parent Management Training (PMT) eller Behavioral Parent Training (BPT). Disse programmer kan variere meget fra PMTO blandt andet med hensyn til indhold, målgruppe, varighed og metode og er derfor ikke direkte sammenlignelige med PMTO. Denne gennemgang koncentrerer sig derfor alene om studier af PMTO.

PMTO er mest intensivt analyseret i USA, hvor programmet er udviklet; hovedparten af effektstudierne er gennemført ved Oregon Social Learning Center (OSLC). Programmet er efterhånden også blevet

implementeret og evalueret flere steder i Europa. I det følgende gennemgås kort den eksisterende forskning i PMTO-behandling i henholdsvis amerikansk og europæisk sammenhæng. Vi fokuserer på studier, der lige som vores er designet som et randomiseret kontrolleret forsøg.

AMERIKANSKE STUDIER

De første randomiserede studier af PMTO-behandlingens effekter blev foretaget på små stikprøver af børn og forældre ved OSLC i 1970'erne og 1980'erne. De viste, at PMTO-behandling er effektiv i forhold til at nedbringe adfærdsproblemer hos børn (Patterson, Chamberlain & Reid, 1982; Walter & Gilmore, 1973; Wiltz & Patterson, 1974). Siden er PMTO-behandling blevet afprøvet på en række forskellige grupper i USA og er blevet fundet effektiv i randomiserede forsøg med familier til kriminelle unge (Bank m.fl., 1991), anbragte kriminelle unge (Chamberlain, 1990; Eddy, Whaley & Chamberlain, 2004), familier til 11-14-årige på vej ud i stofbrug (Dishion, Patterson & Kavanagh, 1992), børn af nyskilte mødre (Forgatch & DeGarmo, 1999), børn i sammenbragte familier (Forgatch, DeGarmo & Beldavs, 2005), og børn i familier, som bor i områder med høje kriminalitetsrater i USA (Reid m.fl., 1999).

Et af de største amerikanske randomiserede forsøg med PMTO er Oregon Divorce Study, et studie af 238 nyskilte mødre og deres sønner. Studiet finder, at forældrekompetencer var signifikant bedre hos mødre, der havde modtaget PMTO-behandling, end hos kontrolgruppen af ubehandlede fraskilte mødre (Forgatch & DeGarmo, 1999). Resultaterne af et opfølgende studie viser, at PMTO-behandling har små til moderate effekter på reduktion af depression hos moren, reduktion af internaliserende og eksternaliserende adfærd hos sønnerne samt små til moderate forbedringer af mødrenes forældrekompetencer 1 år efter behandlingen (Cohens $d = -0,20-0,35$)⁸ (DeGarmo, Patterson & Forgatch, 2004). Der identificeres ligeledes effekt efter 30 måneder, hvor der fortsat er små, men signifikante forskelle mellem indsatsgruppen og kontrolgruppen, både når det kommer til sønnernes internaliserende og eksternaliserende adfærd samt morens forældrekompetencer og tendens til depression (Martinez & Forgatch, 2001). Man finder endvidere, at de positive effekter af PMTO på børnenes adfærd er medieret af forældrenes tilgang til opdragelse, hvilket stemmer overens med den grundlæggende teoretiske antagelse i PMTO, nemlig at negativ adfærd hos børn kan ændres ved at ændre i forældrenes samspil med barnet (Martinez & Forgatch, 2001). Forskere ved OSLC foretager senere endnu et opfølgende studie, som viser, at der 9 år efter det oprindelige studie stadig kan observeres lavere kriminalitetsrater og mindre problemadfærd blandt drenge af

8. Cohens d er et mål for effekters størrelse. Cohens d kan tolkes sådan, at værdier omkring 0,20 viser en lille effekt, værdier omkring 0,50 en moderat effekt og værdier omkring 0,80 en stor effekt (Cohen, 1988). Se kapitel 4 for mere detaljeret beskrivelse.

PMTO-behandlede fraskilte mødre i forhold til drenge af fraskilte mødre uden behandling (Forgatch m.fl., 2009). Her er effekterne små til moderate (Cohens $d = 0,26-0,41$).

PMTO-behandling har også vist sig effektiv i forhold til sammenbragte familier. Studier af sammenbragte familier bestående af et barn, barnets biologiske mor og mors nye partner, viser, at PMTO førte til markante reduktioner i børns problemadfærd samt havde store effekter på forældrekompetencer (Forgatch, DeGarmo & Beldavs, 2005). Resultaterne er på linje med andre amerikanske studier af sammenbragte familier. I et studie af 110 familier bestående af et barn, barnets biologiske mor og mors nye partner, finder man, at PMTO hjælper stedforældre til at håndtere problemadfærd hos deres nye partners barn. Effekterne havde moderate effekter for stedfædrenes forældrekompetencer efter 6 og 12 måneder. 2 år efter PMTO-behandling var effekterne dog reduceret (DeGarmo & Forgatch, 2007). Studierne finder endvidere, at niveauet af depression hos børnene fra PMTO-familierne er lavere end niveauet af depression hos kontrolgruppens børn.

Et af de seneste randomiserede kontrollerede studier af PMTO i USA undersøger også sammenbragte familier bestående af mor, stedfar og et barn i alderen 5-10 år. Her deltog 153 familier, hvoraf 110 modtog PMTO, og 43 ikke modtog behandling. Man fandt positive effekter på forældrenes brug af positive og motiverende forældreværktøjer og reduceret brug af hårde opdragelsesmetoder. Effekterne af PMTO blev modereret af antisociale tendenser hos forældrene, således at man fandt størst effekt for familier med mange antisociale karakteristika hos mor og stedfar (Wachlarowicz m.fl., 2012). Ved samme studie fandt man indirekte effekter af PMTO på både forældrenes relation og barnets adfærd 2 år efter behandling, begge medieret af et styrket kompetenceniveau hos forældrene 6 måneder efter PMTO-behandling (Bullard m.fl., 2010).

De mange positive signifikante effekter af PMTO, som de amerikanske studier identificerer, skal ses i lyset af, at studierne typisk måler grupper, som modtager PMTO, op mod kontrolgrupper, som ikke modtager behandling. De har et såkaldt venteliste-design. Studierne kan derfor ikke fortælle om, hvorvidt PMTO-behandling er bedre end andre behandlingsformer, men viser, at forskellige målgrupper får det bedre af at modtage PMTO-behandling, end af ikke at modtage nogen form for behandling.

EUROPÆISKE STUDIER

PMTO er implementeret og evalueret flere steder i Europa, herunder i Norge, Island og Holland. Der er ikke foretaget studier af PMTO med venteliste-design i Europa. Der er i stedet gennemført randomiserede kontrollerede forsøg, hvor effekten af PMTO måles op imod de eksisterende familiebehandlingsstilbud i landene (*treatment as usual*, TAU). Studi-

erne kan sige noget om, hvorvidt PMTO har en større, lige så stor eller mindre effekt end andre familiebehandlingsstilbud.

Det første europæiske randomiserede kontrollerede studie af PMTO-behandlingen blev gennemført i Norge. Familierne til 112 børn i alderen 4-12 år, som udviste adfærdsproblemer, deltog i studiet, hvor PMTO-behandling undersøges op imod almindelig familiebehandling. Resultaterne viste, at PMTO-behandlingen var mere effektiv end den almindelige behandling i forhold til at reducere den totale problemadfærd hos barnet, og at PMTO har en positiv indflydelse særskilt på den dimension af barnets adfærd, der handler om eksternaliseringsproblemer (Ogden & Hagen, 2008). Man fandt også, at PMTO forbedrer de lærerrapporterede sociale kompetencer hos barnet og forældrenes evner i forhold til opdragelse af barnet. PMTO har små effekter på barnets adfærd (Cohens $d = 0,16-0,20$), mens effekterne på forældrenes opdragelsesevner og lærerrapporterede sociale kompetencer hos barnet er små til moderate (hhv. Cohens $d = 0,30$ og Cohens $d = 0,47$). Studiet viste endvidere, at barnets alder moderer effekten af PMTO-behandling, idet man fandt flere signifikante effekter af behandlingen blandt børn under 8 år i forhold til de lidt ældre børn (Ogden & Hagen, 2008).

Det norske studie fandt små til moderate effekter af PMTO-behandling på fire dimensioner. Man undersøgte imidlertid i alt 16 adfærdsdimensioner, hvoraf man ikke fandt særskilte effekter af PMTO i forhold til anden familiebehandling i Norge for 12 af dimensionerne. Fx er der ingen effekt i forhold til forældrenes grad af positiv involvering, hvilket kan synes påfaldende, fordi PMTO-behandling netop har særlig fokus på positiv involvering. Det norske studie viste, at PMTO er lidt til moderat mere effektiv end almindelig norsk familiebehandling i forhold til barnets adfærd, forældrenes disciplineringssevner og lærerrapporterede sociale kompetencer. Men på de øvrige 12 parametre blev der ikke identificeret en større effekt af PMTO i forhold til anden norsk familiebehandling. De 12 parametre uden effekt tæller bl.a. internaliserende adfærd hos børn, forældres monitoreringsevner, problemløsningsevner og evner til positiv involvering med barnet.

1 år senere foretager man et opfølgende studie, hvor 75 af de oprindelige 112 familier deltager. Studiet viser, at der efter 1 år ikke længere kan identificeres signifikante forskelle i forhold til barnets adfærdsproblemer og forældrenes opdragelsesevner mellem familier, der har modtaget PMTO-behandling, og familier, der har modtaget almindelig behandling (Hagen, Ogden & Bjørnebekk 2011). Studiet identificerer dog to indirekte effekter: PMTO-behandling fører til mere effektiv opdragelse og bedre sammenhold i familien umiddelbart efter behandlingen, og disse to effekter fører begge igen til positive forandringer i barnets adfærd 1 år efter behandling. Det opfølgende studie har dog den svaghed, at frafaldet er relativt stort, og generaliserbarheden af resultaterne er dermed lav. Resultater-

ne kunne have tegnet sig væsentligt anderledes, hvis ikke 37 (en tredjedel) af de oprindelige 112 familier var faldet fra undervejs.

Et af de seneste norske PMTO-studier undersøger effekten af PMTO for familier med børn, der både har adfærdsproblemer og en ADHD-diagnose, i forhold til familier med børn uden ADHD-diagnose. Studiet inkluderer 253 børn og deres familier, hvoraf 97 familier har børn med en ADHD-diagnose. Man undersøger 14 dimensioner af børnenes adfærd og finder, at familierne med ADHD-diagnosticerede børn har et sværere udgangspunkt end de øvrige familier på 8 ud af de 14 dimensioner, herunder forældre- og lærerrapporteret eksternaliserende adfærd hos barnet, opmærksomhedsproblemer, sociale problemer og skolepræstationer (Bjørnebekk, Kjøbli & Ogden, 2015). Alle familier har en positiv udvikling under PMTO-behandlingen, og efter behandlingsforløbet ses ikke længere signifikante forskelle i adfærd mellem de to grupper i forhold til børnenes adfærd Bjørnebekk, Kjøbli & Ogden (2015). Studiet konkluderer på den baggrund, at PMTO ser ud til at være effektivt for både familier med ADHD-diagnosticerede børn og familier uden ADHD-diagnosticerede børn. De når samme, forbedrede niveau efter behandling på trods af de forskellige udgangspunkter. Et andet interessant fund, studiet gør, er, at effekten af PMTO-behandling modereres af familiens indkomstniveau og tendens til depression hos moren (Bjørnebekk, Kjøbli & Ogden, 2015). Familier, hvor mor udviste en høj grad af depression/angst, fik et mindre udbytte af PMTO-behandling end andre familier. Familier, som både havde lav indkomst og et barn med ADHD-diagnose fik også mindre udbytte af behandlingen. Udbyttet ved PMTO-behandling afhænger således i en vis grad af familiens ressourceniveau.

PMTO er også implementeret i Island og evalueret med et randomiseret kontrolleret forsøg, hvor effekten af PMTO-behandling undersøges op imod anden familiebehandling. Her deltog 102 børn i alderen 5-12 år og deres familier. Resultaterne viste, at PMTO-behandling overordnet set har en bedre effekt i forhold til børns tilpasning end den almindelige familiebehandling (Sigmarsdóttir m.fl., 2015). Man fandt, at PMTO-familierne oplevede en større samlet forbedring ved eftermålingen, svarende til en effektstørrelse af PMTO, som er lille til moderat (Cohens $d = 0,31$). Ser man på effekten af PMTO for de enkelte dimensioner hver for sig, fandt det islandske studie kun signifikant forskel på én parameter, nemlig for barnets sociale styrker. Man fandt ingen særlige effekter af PMTO-behandling i forhold til de øvrige parametre, nemlig problemadfærd hos børn eller depressive tendenser hos børn. Data viser heller ikke effekt af PMTO i forhold til forældrekompetencer (Sigmarsdóttir m.fl., 2013). Det kan virke overraskende, da PMTO netop er et behandlingsprogram, der sigter mod at træne forældrekompetencer. Da den islandske undersøgelse har indsamlet relativt lidt information om

indholdet af den familiebehandling, som PMTO måles op imod, kan det dog være svært at afgøre de præcise implikationer af studiet.

Senest er PMTO blevet undersøgt i Holland. 146 familier med børn i alderen 4-11 år deltog i studiet og blev randomiseret til enten PMTO-behandling ($n = 91$) eller almindelig behandling ($n = 55$) (Thijssen m.fl., 2016). Studiet undersøger børn og forældres adfærd, kundskaber og mentale tilstand inden behandlingsstart samt 6, 12 og 18 måneder efter behandlingsstart. Studiet finder fald i børns problemadfærd og forældrenes stressniveau samt forbedringer i forældrenes mentale tilstand i løbet af den tid, PMTO-behandlingen stod på. Forbedringerne holder nogenlunde niveau efter 12 og 18 måneder. Der identificeres imidlertid samme positive udvikling hos de familier, der modtog almindelig familiebehandling. Således finder man ikke en særlig effekt af PMTO-behandling i forhold til anden familiebehandling i Holland.

På baggrund af de nævnte europæiske studier udregner Thijssen m.fl. (2016) effektstørrelserne af henholdsvis PMTO og de almindelige behandlingsforløb, som PMTO måles op imod. Meta-analysen for de hollandske, norske og islandske PMTO-forsøg viser, at alle behandlede familier oplever fald i barnets eksternaliserende adfærd. PMTO-familierne oplever moderate til store forbedringer umiddelbart efter behandling (Cohens $d = 0,47-0,73$) mens familier, der modtog almindelig familiebehandling, oplevede moderate forbedringer umiddelbart efter behandling (Cohens $d = 0,39-0,55$). PMTO fører altså til moderate til store forbedringer i eksternaliserende adfærd hos børn i alle de europæiske lande, hvor PMTO er evalueret. Men i flere sammenhænge bliver effekten insignifikant, fordi kontrolgrupperne af familier, som modtager almindelig familiebehandling, også oplever gode fremskridt.

De relativt få effekter, som europæiske studier finder af PMTO, skal altså ses i lyset af, at studierne er gennemført i europæiske lande med relativt udbyggede forældretræningsprogrammer. Her får alle familier tilbudt behandling – også kontrolgrupperne. I de europæiske studier sammenligner man PMTO-behandling med andre familiebehandlingsprogrammer, som også ser ud til at have en positiv effekt for familierne. Omvendt har de amerikanske studier typisk evalueret PMTO op imod en ubehandlet kontrolgruppe. Derfor er det mindre overraskende, at de europæiske studier identificerer færre og svagere effekter end de amerikanske studier.

UNDERSØGELSENS BIDRAG

Der har indtil nu ikke været gennemført forsøg med PMTO i en dansk kontekst, og vi kender derfor ikke den eventuelle effekt af PMTO-behandling i Danmark. Denne undersøgelse belyser effekten af PMTO i

en dansk kontekst gennem et randomiseret kontrolleret forsøg med PMTO- og anden kommunal familiebehandling i 11 danske kommuner. Undersøgelsen er med til at øge vores viden om danske behandlingstilbud og deres effekter og kan derved bidrage til at udvikle og målrette den kommunale behandling af familier til børn, som udviser begyndende eller udtalte adfærdsproblemer.

DESIGN OG METODE

I dette kapitel beskriver vi designet af effektmålingen, herunder procedure for forsøget, rekruttering af deltagere, de anvendte effektmål, randomiseringsproceduren samt den statistiske metode, vi har anvendt til at analysere data. Kapitlet er skrevet til de læsere, der ønsker at kende detaljerne bag undersøgelsen. Andre læsere kan med fordel springe til resultat afsnittet.

DESIGN

Gentagen forskning tyder på, at forældretræning, herunder PMTO-behandling, har en positiv effekt på familiernes udvikling (se kapitel 3; Serketich & Dumas, 1996; Lundahl, Risser & Lovejoy, 2006). Generelt kan der være mange forskellige årsager til, at familierne har en positiv udvikling, mens de er i behandling. Den enkelte families socioøkonomiske ressourcer, eventuelle psykiske vanskeligheder hos forældrene, barnets temperament og relationen mellem forældre og terapeut er nogle af de faktorer, der kan spille ind på familiens udvikling henover behandlingsperioden (se fx Bjørnebekk, Kjøbli & Ogden, 2015). Det er alle faktorer, som ikke skyldes behandlingen. For at belyse effekten af PMTO-behandling isoleret fra sådanne faktorerers indflydelse er undersøgelsen designet som et randomiseret, kontrolleret forsøg (Angrist & Pischke, 2008).

I forsøget fordeles familierne tilfældigt i to grupper: En gruppe, som modtager PMTO-behandling, og en gruppe, som modtager anden familiebehandling (*Treatment As Usual*, her kaldet TAU). Fordelingen (kaldet randomisering) fungerer som en slags lodtrækning. Lodtrækningen indebærer, at det er tilfældigt, hvilke familier der tilbydes PMTO-

behandling, og hvilke, som tilbydes TAU-behandling. RCT-studier er de mest velegnede til effektmåling, fordi man fordeler både kendte og ukendte faktorer ligeligt – og tilfældigt – i de to grupper. Derved skabes to ens grupper med de samme observerede og uobserverede faktorer (Angrist & Pischke, 2008).

Den eneste forskel mellem de to grupper består således i, at den ene gruppe modtager PMTO-behandling, mens den anden modtager TAU-behandling. Grundet randomiseringen kan de eventuelle forskelle, vi finder mellem de to grupper, tilskrives det faktum, at de har modtaget forskellige behandlinger. Studiet er altså designet til at måle effekten af PMTO i forhold til den familiebehandling, TAU, de 11 kommuner ellers tilbyder familier med børn med adfærdsproblemer.

PROCEDURE

Proceduren for det randomiserede kontrollerede forsøg er illustreret i fase-diagrammet i figur 4.1. Forsøget består af de seks faser, som kort opsummeres her. Resten af dette afsnit beskriver faserne med flere detaljer.

Rekruttering. Gennem kommunernes socialforvaltninger rekrutteres familier, som tilhører studiets målgruppe, til projektet. Blandt de egnede familier har et antal takket nej til at deltage. I dette studie har det ikke været administrativt muligt at indsamle information om de familier, der ikke ønskede deltagelse.

Førmåling. Førmålingen foretages umiddelbart, efter at en familie takker ja til deltagelse. Det sker gennem et spørgeskemabaseret interview med en af barnets forældre, typisk barnets mor. Forælderen besvarer spørgsmål om barnets adfærd, familiens trivsel og opdragelsesmetoder. Ved målingen afdækkes familiens udgangspunkt før behandlingsindsatsen.

Randomisering. Familierne randomiseres til enten PMTO-behandling eller *Treatment As Usual* (TAU), som er et af kommunens andre familiebehandlingsprogrammer.

Indsats. Selve behandlingen af familierne foregår i indsatsfasen. Behandlingen vil typisk foregå i et af kommunens familiehuse og varetages af enten en PMTO-terapeut eller en anden familieterapeut, alt efter hvilken behandling, familien er blevet randomiseret til.

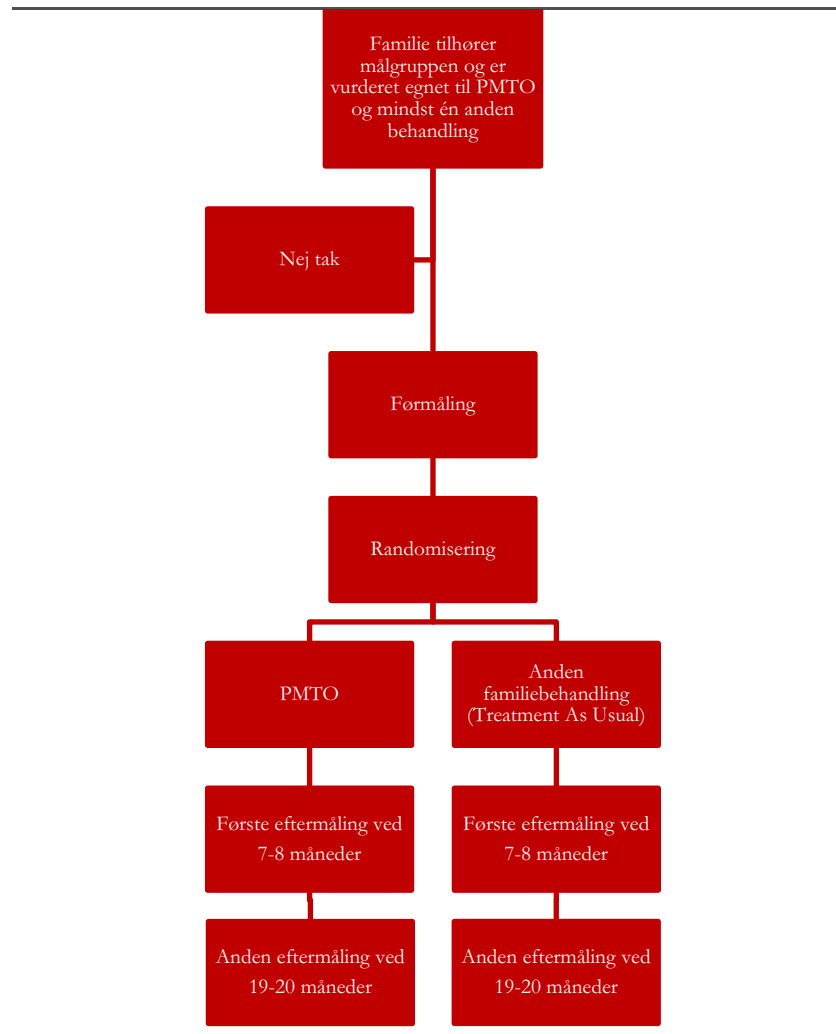
Første eftermåling. 7-8 måneder efter behandlingsstart foretages en eftermåling. Fordi især TAU-behandlingsforløb kan variere i længde og hyppighed af sessioner, er det ikke sikkert, at alle behandlingsforløb er helt afsluttet på dette tidspunkt. Det gennemsnitlige PMTO-forløb indeholder 23 behandlingssessioner, som foregår med en uges mellemrum (Svendsen, 2014). Derfor vil den gennemsnitlige familie have nået afslutningen på behandlingsforløbet på dette tidspunkt.

Anden eftermåling. Sidste fase er den opfølgende fase. Ca. 20 måneder efter behandlingsstart foretages den tredje interviewrunde med

deltagerne, en eftermåling, hvor vi undersøger, hvordan det er gået familierne på lidt længere sigt. Formålet er at afdække længerevarende effekter for børn og forældre.

FIGUR 4.1

Faser i det randomiserede kontrollerede forsøg med PMTO-behandling.



Kilde: SFI's midtvejsnotat om bedre familiebehandling, 2016.

Bortfald kan forekomme i alle forsøgets faser. Uanset begrundelsen for frafaldet har vi forsøgt at interviewe alle randomiserede familier, som har modtaget behandling.

DELTAGERE OG REKRUTTERING

MÅLGRUPPE

Undersøgelsens målgruppe består af familier med børn i alderen 4-12 år, som er visiteret til familiebehandling, eksempelvis fordi barnet har begyndende eller udtalte adfærdsproblemer. Familierne kan fx opleve problemstillinger som højt konfliktniveau, problemer med at få barnet til at gøre, som forældrene ønsker, eller problemer med skænderier og slåskampe. Familierne skal være i kontakt med en kommunal myndighed grundet barnets adfærdsproblemer for at blive rekrutteret til forsøget, fordi rekruttering til forsøget sker gennem kommunerne. Den kommunale myndighed skal på baggrund af det enkelte barns problemer og eventuelle andre problemforhold i familien vurdere, om familien er egnet til PMTO-behandling og mindst ét andet behandlingstilbud, som den pågældende kommune tilbyder.

REKRUTTERING Gennem kommuner

Rekruttering af familier til projektet foregik gennem kommunernes sagsbehandlere eller ansatte i kommunernes familiehuse. Rekruttering af kommuner til forsøget påbegyndtes i 2012. På det tidspunkt havde nogle kommuner allerede uddannet mange PMTO-terapeuter, mens andre var i færd med at få certificeret de første PMTO-terapeuter. Det medførte begrænsninger, fordi nogle kommuner havde meget lidt PMTO-behandlingskapacitet, mens andre kommuner tilbød alle familier PMTO og således ikke havde mulighed for at visitere til anden familiebehandling, TAU. Grundet begrænsningerne inkluderer undersøgelsen kun kommuner, som lever op til følgende kriterier:

- Kommunen tilbyder som minimum et andet familiebehandlingstilbud ud over PMTO. Det andet behandlingstilbud fungerer som *treatment as usual*, TAU-behandling.
- Kommunen har mere end én PMT-terapeut ansat, og terapeuterne arbejder minimum halv tid med PMTO.

Formålet er først og fremmest at sikre, at kommunen har kapacitet nok til, at studiet kan gennemføres. Dernæst viser norsk forskning, at PMTO-terapeuter, der arbejder i grupper af minimum tre, har de bedste erfaringer med behandlingsformen (Patras & Klest, 2016). Derfor har vi efterstræbt, at kommunerne skal have minimum tre terapeuter. Det har dog ikke været muligt at sikre i nogle af de mindre kommuner (for en oversigt over kommunernes behandlingskapacitet, se tabel 3.1).

Rekruttering af kommuner til projektet foregik gennem kommunernes socialchefer og blev fulgt op med informationsmøder med sagsbehandlere og behandlere. Kommunerne forpligtede sig på at infor-

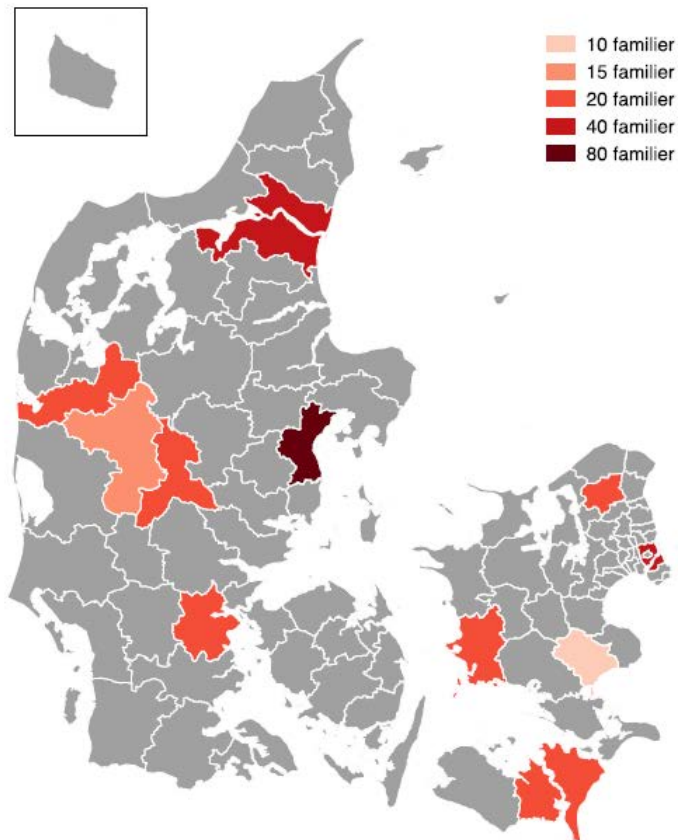
mere familier, der lever op til projektets inklusionskriterier, om undersøgelsen samt til at indhente informeret samtykke fra familierne. Kommunerne blev kompenseret for det ekstra arbejde i form af støtte til kompetenceudvikling for de involverede medarbejdere. De deltagende kommuner er Aarhus, Aalborg, Guldborgsund, Holstebro, Herning, Ikast-Brande, Kolding, København, Slagelse, Hillerød og Faxe.

TILSIGTET REKRUTTERING

De 11 deltagerkommuner indgik aftaler med SFI om, at de ville levere et fastlagt antal familier til undersøgelsen. Det blev nedfældet i en hensigts-erklæring mellem SFI og kommunerne. De deltagende kommuners rekrutteringsmål fremgår af figur 4.2.

FIGUR 4.2

Kommunernes tilsigtede rekruttering. Antal.



Anm.: Tilsigtet rekruttering: Faxe: 10 familier. Herning: 15 familier. Hillerød, Slagelse, Guldborgsund, Kolding, Holstebro, Ikast-Brande: 20 familier. København, Aalborg: 40 familier. Aarhus: 80 familier.

Kilde: SFI's midtvejsnotat om bedre familiebehandling, 2016.

Samlet set forventede kommunerne at kunne rekruttere i alt 305 familier til studiet. For effektanalysen var det vigtigt, at et stort antal familier deltog i forsøget, fordi vi med et stort datagrundlag bliver i stand til at identificere selv meget små effekter. Den faktiske rekruttering blev dog væsentligt lavere end den tilsigtede. Vi præsenterer den faktiske rekruttering i kapitel 5 og diskuterer rekrutteringsudfordringer og rekrutteringens konsekvenser for undersøgelsen i kapitel 6.

REKRUTTERING AF DELTAGERE

Rekruttering af deltagere skete gennem sagsbehandlere eller et visitationsudvalg, alt efter hvilken visitationsprocedure, den enkelte kommune har. De egnede familier skulle præsenteres for projektet og tilbydes del-

tagelse. Til brug for rekrutteringsprocessen udarbejdede SFI en informationsfolder til forældrene samt en informationsvideo, som oplyste forældrene om, hvad deltagelse indebar. Familierne blev tydeligt informeret om, at projektet har til hensigt at afdække effekten af familiebehandling, og at formålet er at sikre bedre familiebehandling i fremtiden.

Såfremt en familie ønskede at deltage, gennemførtes et interview for at afdække familiens udgangspunkt inden behandlingsstart. Efterfølgende blev familien randomiseret til enten PMTO- eller TAU-behandling, og sagsbehandleren indstillede familien til behandlingsforløbet. Det foregik typisk i et familiehuse i kommunen. Familierne blev i alt bedt om at stille op til tre interviews.

ETIK

Deltagerne blev i rekrutteringsprocessen informeret både mundtligt og skriftligt om undersøgelsen. Ved deltagelse underskrev familierne en samtykkeerklæring, der gav SFI lov til at anvende data om familien i anonymiseret form til undersøgelsesformålet. Familierne blev forsikret om, at uanset hvilket behandlingstilbud, de blev visiteret til, ville de modtage et tilbud, der er relevant i forhold til familiens udfordringer. Familierne blev også informeret om, at de til enhver tid kunne trække sig fra undersøgelsen.

RANDOMISERING

De kommunale sagsbehandlere, der rekrutterede familier til undersøgelsen, var ikke bekendt med den præcise procedure for randomiseringen. Sagsbehandlere og visitatorer kunne derfor ikke forudsige, hvilken behandling en familie ville blive randomiseret til.

Vi har anvendt såkaldt variabel blok-randomisering. Blok-randomisering sørger for, at der inden for hver blok visiteres lige mange familier til hvert behandlingstilbud, men at fordelingen inden for blokken ikke følger et bestemt mønster, som gør det muligt at forudse, hvilken behandling den næste familie, der rekrutteres, vil blive tilbudt. Variabel blok-randomisering indebærer desuden, at blokkene varierer i størrelse, hvilket gør det endnu sværere at forudse, hvilken behandling næste familie tilbydes. Hver kommune har været inddelt i et antal blokke. Fordi kommunernes rekrutteringsmål har varieret, har antallet af blokke pr. kommune også varieret.

Antallet af familier, som blev visiteret til henholdsvis PMTO- og TAU-behandling, varierede også kommunerne imellem. Kommunerne kunne selv bestemme randomiseringsforholdet, så det passede med deres forventede kapacitet i PMTO og TAU.

INTERVENTION

PMTO-BEHANDLING

PMTO-behandling kan både gives som individuel og gruppebaseret indsats. Denne undersøgelse beskæftiger sig med individuel PMTO-behandling, og vi beskriver her rammer, indhold og forløb for PMTO-interventionen samt PMTO-terapeuternes uddannelse. Gennemgangen bygger primært på den danske PMTO-håndbog og de principper og procedurer for metoden, som den opridser (Socialstyrelsen, 2014). Tilpasning af metoden til den enkelte familie er en nøglefaktor i PMTO, og derfor skal dette afsnit ikke læses som en fyldestgørende beskrivelse af metoden, men snarere som en opridsning af, hvordan PMTO-behandling *kan* forløbe.

RAMMER FOR BEHANDLING

Ved individuel PMTO-behandling mødes terapeut og forældre gennemsnitligt en time hver uge. Behandlingen vil typisk foregå i kommunens familiehus. Længden af et behandlingsforløb er variabel, fordi familier er forskellige, og lærering og forandring derfor sker i forskellige tempi. Den individuelle PMTO-behandling består i dag gennemsnitligt af 23 sessioner. En opgørelse af PMTO-behandling foretaget i Danmark viser, at der ikke er gevinst i form af øget effekt at hente ved meget lange behandlingsforløb (Socialstyrelsen, 2016; Svendsen, 2014).

Mellem hvert møde skal forældrene arbejde med en defineret hjemmeopgave. Til hjemmeopgaven er knyttet en mappe med skriftligt materiale, som udbygges løbende i takt med de temaer, som behandlingen berører. Materialet består af huskesedler med definitioner af begreber og fænomener, beskrivelser af procedurer, idé-ark med tiltag, illustrationer af terapeutiske pointer og forskellige observations- og registreringskemaer. Terapeuten kontakter forældrene telefonisk mellem hvert møde for at følge op på arbejdet med hjemmeopgaven og bistå forældrene med hjælp til at løse opgaven. Opringningen øger sandsynligheden for, at opgaven gennemføres. Telefonisk kontakt kan også anvendes som redskab til at huske familien på aftaler og derved sikre et stabilt forløb.

I PMTO-behandling lægges vægt på, at alle opdragende personer i familien deltager i behandlingen. Behandlingens fokus er primært på forældrene eller andre opdragende personer, fordi man inden for PMTO-behandlingens teoretiske ramme ser gode forældrekompetencer som det vigtigste middel til at ændre uhensigtsmæssig adfærd hos barnet (Patterson, 2005). Derfor deltager barnet i udgangspunktet ikke behandlingen.

BEHANDLINGENS FORLØB

Selve behandlingsforløbet starter med en relativt struktureret kortlægningsrutine. I den første session etableres en behandlingsalliance mellem

terapeut og forældre. Det indebærer udvikling af et fælles fokus omkring målet for behandlingen, som tager udgangspunkt i forældrenes forståelse af problemet, men som sammenvæves med terapeutens PMTO-perspektiv på problemet. I slutningen af første session får forældrene udleveret hjemmeopgaven til næste gang samt skriftligt materiale til brug for opgaven (Socialstyrelsen, 2014). Alle efterfølgende behandlingssessioner følger en relativt fast struktur, som typisk vil udfolde sig som beskrevet i boks 4.1.

BOKS 4.1

Struktur i PMTO-sessioner.

- Erfaringer fra hjemmeopgaven. Sessionerne begynder med, at man gennemgår erfaringer fra hjemmeopgaven. Har forældrene ikke gennemført opgaven, bruges en stor del af timen på at klæde forældrene bedre på til at gennemføre opgaven til næste gang. På den måde sørger man for, at læringsrækkefølgen ikke brydes, selvom en familie møder udfordringer i forhold til en eller flere komponenter.
- Næste tema. Hvis hjemmeopgaven er løst, introduceres næste tema for behandlingen.
- Rollespil, dialog, tavle og flipover. PMTO-manualen indeholder en lang række konkrete eksempler på, hvordan principperne i PMTO kan udfoldes i de enkelte temaer. Der anvendes dialog, tavle og flipover. Som oftest anvendes også rollespil. Hvert rollespil afsluttes med en refleksionsrunde og har til formål at afdække familiens ressourcer og muligheder og bringe dem i konkret anvendelse.
- Ny hjemmeopgave. Behandlingssessionerne afsluttes med en ny hjemmeopgave til næste gang, og forældrene får udleveret det tilhørende skriftlige materiale.

Kilde: Den danske PMTO-håndbog, Socialstyrelsen 2014.

PMTO-manualen indeholder en række eksempler på, hvordan principperne i PMTO kan udfoldes i de enkelte temaer og hvordan sessionerne kan forløbe. Gennemgangen af de forskellige temaer skal fremme forståelse, motivation og specifikke færdigheder i forældrenes samspil med barnet (Solholm m.fl., 2005). Der anvendes dialog, rollespil og brug af tavle eller flipover. Især brug af rollespil er en væsentlig del af PMTO-behandlingen. PMTO-rollespillene er korte, strukturerede og planlagte. De anvendes ofte og repeterende, idet senere rollespil bygger videre på de tidligere.

INDHOLD I BEHANDLINGEN

PMTO arbejder med fem kerneelementer og en række støttelementer (Socialstyrelsen, 2014). Elementerne i PMTO-behandling fremgår af boks 4.2.

I gruppebehandling tillæres elementerne i en fastlagt rækkefølge. I individuel behandling kan terapeuten tilpasse elementerne til familien, men terapeuten vil altid arbejde med de tre første kerneelementer i den rækkefølge, som fremgår af boks 4.2.

BOKS 4.2

Elementer i PMTO-behandling.

De 5 kernelementer:

- Ros og opmuntring
- Grænsesætning
- Problemløsning
- Positiv involvering
- Tilsyn og medleven.

Støtteelementer:

- For- og efterundersøgelse
 - Tydelige beskeder
 - Kommunikation med børn
 - Regulering af følelser
 - Forældrekonflikter
 - Forhold til søskende
 - Daginstitution og skole.
-

Kilde: Den danske PMTO-håndbog, Socialstyrelsen 2014

”Ros og opmuntring” er en central del af PMTO, og positive interaktioner med barnet skal fylde markant mere end de negative. Terapeuten arbejder med at lære forældrene, hvordan positive reaktioner og belønningsskemaer fremmer positiv adfærd hos barnet. I forbindelse med ”grænsesætning” lærer og indøver man tre sanktionsformer: ”pausetid”, ”ekstraopgaver” og ”fratagelse af et gode”. Forældrene skal helst bruge fem gange så meget ros som grænsesætning over for barnet (Atferdssenteret, 2004; Socialstyrelsen, 2014). I denne del af behandlingen arbejdes med trinvis problemløsning, hvor forældrene opmuntres og tilføres en række konkrete værktøjer. I sidste del af behandlingen rettes opmærksomheden mod barnets adfærd uden for hjemmet. Her arbejdes fx med ”tilsyn og medleven”, ”positiv involvering” og hvordan problemløsningsmetoderne kan hjælpe til at skabe trivsel og hensigtsmæssig adfærd i barnets skole og fritid.

UDDANNELSE, CERTIFICERING OG RECERTIFICERING AF TERAPEUTER
Kvalitet og metodestringens (også kaldet fidelitet) i PMTO-behandling opnås og fastholdes gennem uddannelse, certificering og recertificering af terapeuter. Terapeuterne vil typisk have en uddannelse som psykolog eller pædagog med anden terapeutisk efteruddannelse bag sig, inden de uddanner sig inden for PMTO. Kravene i forbindelse med PMTO-uddannelsen er:

- Deltagelse i PMTO-uddannelsesforløb med et fremmøde på minimum 80 pct.
- Gennemførelse af PMTO-øve-forløb med minimum tre familier, hvor alle metodens hovedkomponenter indgår.

- Modtagelse af vejledning i forbindelse med minimum 12 behandlingssessioner i øve-forløbene.

Når uddannelseskravene er opfyldt, kan vejleder indstille den studerende til certificering. For at blive certificeret skal den studerende optage fire fulde sessioner med to forskellige certificerings-familier, som danner grundlag for vurdering af certificeringen. Det vil sige, at alle certificerede terapeuter har behandlet minimum 5 forskellige familier i løbet af et i alt halvandetårigt uddannelses- og certificeringsforløb.

For at sikre vedvarende metodestringens er det desuden et krav, at PMTO-terapeuter skal recertificeres hvert tredje år. Recertificering indebærer, at terapeuten gennemfører minimum to individuelle PMTO-behandlingsforløb eller et gruppeforløb samt deltager i to gruppevejledninger pr. år og to PMTO-kursusdage om året arrangeret af programledelsen. Terapeuten optager én behandlingssession med familien, som danner grundlag for vurdering af recertificeringen. Således sikres og fastholdes kvalitet og metodestringens i den behandlingsintervention, som PMTO-familierne får.

TREATMENT AS USUAL (TAU)

Familier, som ikke randomiseres til PMTO-behandling, visiteres til et andet familiebehandlingsstilbud i kommunen. Vi anvender *treatment as usual*, TAU, som et samlet begreb for disse andre familiebehandlingsstilbud. TAU er imidlertid ikke en ensartet størrelse, hvilket der flere årsager til, her iblandt:

- Behandlingsstilbud varierer fra kommune til kommune
- Nogle kommuner har flere behandlingstilbud end andre
- Terapeuterne, som udfører TAU-behandling, har typisk metodefrihed og arbejder ikke nødvendigvis struktureret med én bestemt terapeutisk tilgang
- Familier kan henvises til familiebehandling på baggrund af forskellige paragraffer (§§11 eller 52 i Serviceloven), som udløser forskellige tilbud.

TAU-behandling varierer både i omfang og indhold. Kendskab til indholdet af TAU-behandlingen er imidlertid vigtigt for fortolkningen af denne evalueringens resultater, fordi vi måler effekten af PMTO i forhold til TAU-behandling. Vi må vide, hvad det er, vi måler i forhold til. Derfor har vi lagt ressourcer i at afdække indholdet af den behandling, som familierne i TAU-gruppen har modtaget. Det har ikke været muligt at kvantificere alle TAU-behandlinger; i stedet for har vi gennemført interviews med 15 terapeuter, der har forestået behandlingen af en eller flere familier i kontrolgruppen. Terapeuterne er fordelt på syv af de deltagende kommuner. In-

terviewene blev gennemført telefonisk og havde en varighed på ca. 1 time. Fund fra de kvalitative interview præsenteres i kapitel 5.

SPØRGESKEMAER

Data til undersøgelsen er indsamlet gennem de tre interviewrunder. Dertil har vi udarbejdet spørgeskemaer, som afdækker relevante dimensioner af familiernes trivsel og barnets adfærd. Interviewene er gennemført hjemme hos familierne. Kun én af forældrene blev interviewet. Det har som oftest (i over 90 pct. af tilfældene) været moren. Spørgeskemaerne indeholder i alt ca. 155 spørgsmål. Intervieweren stillede en række indledende spørgsmål til at dække baggrundskarakteristika om beskæftigelse, uddannelse og familieforhold. Derefter har forælderen selv udfyldt resten af skemaet. Intervieweren har bistået med hjælp til at forstå spørgsmål eller læse højt, hvor det har været nødvendigt. Det er blevet tilsigtet, at forælderen var alene i rummet med intervieweren, mens skemaet blev udfyldt.

VALIDEREDE SCREENINGSINSTRUMENTER

Effekten af familiebehandling måles ved at sammenligne forældrenes svar før og efter behandling for henholdsvis PMTO-familier og TAU-familier. Overordnet ser effektmålene på:

- Barnets adfærd
- Forældrenes kompetencer
- Forældrenes mentale helbred
- Forældrenes trivsel.

Effektmålene tager udgangspunkt i validerede testinstrumenter, som har vist gode måleegenskaber i forbindelse med at afdække børns og voksnes adfærd og trivsel. Desværre findes der kun få validerede skalaer på dansk, og en del af projektet bestod derfor i at udvikle spørgsmål og skalaer, som var sammenlignelige med internationalt validerede instrumenter. I det følgende beskrives de forskellige tests og skalaer, der anvendes som effektvariable, og som indgår i det samlede spørgeskema.

EFFEKTVARIABLE I FORHOLD TIL BARNETS ADFÆRD

Problemadfærd hos barnet er et centralt effektmål, fordi endemålet med familiebehandling er at ændre barnets adfærd. Barnets adfærd afdækkes med to screeningsinstrumenter: Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) og Child Behavior Checklist (CBCL), som begge udfyldes af forældrene.

STRENGTHS AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE

SDQ er et kort og standardiseret spørgeskema til at måle adfærd og psykisk sundhed hos børn og unge. SDQ er udviklet af psykiater Robert Goodman i 1990'erne, er oversat til 80 forskellige sprog og har vundet stor udbredelse som instrument til screening af børns psykiske trivsel (Smedler & Tideman, 2011). Det blev oversat til dansk i 2002. Skemaet tager ca. 5 minutter at udfylde og består af 25 spørgsmål. Forældrene angiver, om en række udsagn ”passer godt”, ”passer delvist” eller ”passer ikke” på barnet. Testen giver en totalscore for alle spørgsmål. Testen kan endvidere opdeles i subskalaer bestående af dimensionerne:

- Emotionelle problemer
- Adfærdsvanskeligheder
- Hyperaktivitet/uopmærksomhed
- Relationsproblemer i forhold til jævnaldrende
- Prosocial adfærd.

SDQ kan også opdeles i to andre subskalaer, som måler på dimensionerne:

- **Internaliseringsproblemer.** Sammenlægning af emotionelle problemer og relationsproblemer
- **Eksternaliseringsproblemer.** Sammenlægning af adfærdsvanskeligheder og hyperaktivitet/uopmærksomhed.

Vi rapporterer resultater for både totalscore og begge subskalaer. Der findes danske normværdier for testen udarbejdet af Niclasen m.fl. (2013) på baggrund af data fra fire fødselskohorter. I næste kapitel sammenligner vi gennemsnitsscorer for børnene, som deltager i forsøget, med normscorerne. Sammenligningen fortæller om belastningen i deltagerfamilierne i sammenligning med den gennemsnitlige danske børnefamilie.

CHILD BEHAVIOR CHECKLIST

CBCL er et veldokumenteret og et af de mest hyppigt anvendte psykometriske instrumenter til effektmåling af børn og unge med adfærdspblemer (Smedler & Tideman, 2011). CBCL blev udviklet af Thomas M. Achenbach i 1960'erne og består af i alt 113 spørgsmål, der besvares med ”passer ikke”, ”passer til en vis grad eller nogen gange” eller ”passer godt eller ofte”. CBCL er en del af Achenbach System of Empirically Based Assessment, (ASEBA), som i 2011 introducerede en kort version af testen, kaldet Brief Problem Monitor (Achenbach m.fl., 2011). Vi anvender den korte version af testen i en udgave, som er målrettet forældre, og som kaldes Brief Problem Monitor – Parents (BPM-P). Den består af 19 spørgsmål og kan besvares på få minutter. Skemaet afdækker tre dimensioner af problemadfærd hos barnet på hver sin skala: internalise-

rende adfærd, eksternaliserende adfærd og uopmærksomhed. De resultater, man finder ved brug af BPM-P, er internt konsistente, og man finder høj korrelation mellem BPM-P og CBCL på alle dimensioner (Piper m.fl., 2014). Forskningen peger altså på, at denne korte udgave af CBCL er et på mange måde lige så godt instrument til at afdække problemadfærd hos børn, som den fulde test.

I tillæg til de 19 spørgsmål fra BPM-P rapporterer vi også en score for sociale problemer hos barnet. Scoren for denne dimension af barnets adfærd udregnes på baggrund af 10 spørgsmål fra det fulde CBCL-skema. I alt har vi altså 29 CBCL-spørgsmål i spørgeskemaet. CBCL findes i en officiel dansk oversættelse, som distribueres af Psykiatrien i Region Syddanmark.

EFFEKT VARIABLE I FORHOLD TIL FORÆLDRE

I en effektmåling af familiebehandling er det også relevant at undersøge ændringer hos forældrene. Det skyldes, at behandlingen specifikt arbejder med at give forældrene værktøjer til at handle anderledes i forhold til barnet. Vi belyser forældrenes kompetencer (målt ved mestringsevne i forhold til forælderollen), forældrenes oplevelse af sammenhæng i tilværelsen, forældrenes vurdering af eget liv samt tegn på stress og depression hos forældrene.

Niveauet af depression hos forældrene måles med instrumentet Major Depression Inventory (MDI). Til at måle de øvrige forældreffekter har vi oversat fire tests på baggrund af validerede, engelsksprogede screeningsinstrumenter. De fire instrumenter ser på forældrenes vurdering af eget liv (Ladder of Life), følelse af sammenhæng (med udgangspunkt i Sense of Coherence, SOC), mestringsevne i forhold til forælderollen (med udgangspunkt i Parenting Sense of Competence Scale, PSOC) og stress (med udgangspunkt i Parental Stress Scale, PSS).

LADDER OF LIFE

Ladder of Life bygger på Self-Anchoring Striving Scale (Kilpatrick & Cantril, 1960). Den måler forældrenes vurdering af deres eget liv, symboliseret ved en stige. I den originale version spørger testen ind til vurderingen af eget liv for 5 år siden, lige nu, og om 5 år. Vi anvender kun det spørgsmål, der spørger ind til den aktuelle livssituation. Stigen består af trin fra 0-10, hvoraf det nederste betyder, at man oplever sit liv lige nu som "Det værst mulige liv", mens det øverste betyder, at man oplever sit liv som "Det bedst mulige liv".

FØLELSE AF SAMMENHÆNG

Sense of Coherence (SOC) er et screeningsinstrument udviklet af Aaron Antonovsky (1993) med formål at belyse forældres følelse af sammen-

hæng i tilværelsen. Instrumentet måler en totalscore samt en score for hver af de følgende tre dimensioner:

1. **Begribelighed.** Om forælderen opfatter verden som struktureret, forudsigelig og begribelig
2. **Håndterbarhed.** Om forælderen kan håndtere de problemer, livet stiller vedkommende overfor
3. **Meningsfuldhed.** Om forælderen oplever, at livet er meningsfuldt.

Der er fem svarmuligheder til de i alt 13 spørgsmål om, hvordan man oplever sit liv. Den originale version af testen har vist gode måleegenskaber (Feldt m.fl., 2007). SFI har oversat spørgsmålene og tilpasset testen til målgruppen. Alle 13 spørgsmål indgår i spørgeskemaet.

PARENTING SENSE OF COMPETENCE SCALE

PSOC er et screeningsinstrument udviklet til at måle forældrekompetencer på to dimensioner, nemlig tilfredshed med forælderrollen og mestringssevne. Af pladsbesparende hensyn indeholder vores spørgeskema kun den del af testen, som undersøger forældrenes mestringssevne i forhold til forælderrollen. Forældrenes mestringssevne måles gennem syv spørgsmål, som spørger ind til forældrenes evner, kapacitetsniveauer og problemløsningskompetencer. De besvares på en 6-pointskala gående fra ”Meget enig” til ”Meget uenig”, som lægges sammen til en mestringscore (Johnston & Mash, 1989). Testen findes ikke i en dansk udgave. Vi har anvendt Charlotte Johnston og Eric Mashs udgave af testen med 16 spørgsmål, som vi har oversat til dansk og tilpasset til målgruppen.

PARENTAL STRESS SCALE

Parental Stress Scale (PSS) måler forældrenes følelse af stress i forbindelse med opdragelse af børn og er udviklet i 1995 af Judy O. Berry (Berry & Jones, 1995). Testen indeholder 18 spørgsmål, som undersøger både de positive elementer af forældreskab, fx emotionelt udbytte, berigelse og personlig udvikling. Den måler også de negative elementer, fx de resourcekrævende, omkostningstunge og begrænsende sider af forældreskabet. Spørgsmålene besvares på en 5-trinsskala. I spørgeskemaet har vi anvendt alle 18 spørgsmål i dansk oversættelse, som SFI p.t. arbejder på at validere.

MAJOR DEPRESSION INVENTORY

MDI måler depressive træk hos forældrene (Bech m.fl., 2001). Instrumentet er meget anvendt i psykiatrisk forskning og har vist gode testegenskaber i forhold til at screene for depression (McDowell, 2010). Testens spørgsmål besvares på en 6-trinsskala og spørger til, hvor ofte, man har haft forskellige følelser og oplevelser. På den baggrund udregnes en

sumscore, som angiver graden af depression hos forældrene i forsøget. Testen anvendes i en original, valideret udgave.

BAGGRUNDSVARIABLE

Ud over de nævnte screeningsinstrumenter, som vi anvender til at måle effekt af behandling, indeholder spørgeskemaet også en række spørgsmål, som afdækker familiens baggrundskarakteristika. Her spørges til forældrenes beskæftigelsessituation, uddannelsesbaggrund og opdragelsesstil samt familiens medlemmer, deres alder og vaner.

STATISTISK METODE

Dette afsnit beskriver den statistiske metode, som vi har anvendt til forsøget. Det vigtige at tage med sig fra afsnittet er, at den statistiske metode tager højde for, at familierne i forsøget er forskellige og har forskellige udgangspunkter. Randomiseringen er den vigtigste metode til at tage højde for sådanne forskelle, men ud over randomiseringen hjælper den statistiske metode også til, at eventuelle forskelle mellem familierne ved behandlingsstart ikke får indflydelse på vores resultater.

FIXED EFFECTS MODEL

Den statistiske metode anvender en såkaldt fixed-effects regressionsmodel (FE-model), som fikserer familiernes udgangspunkt for derefter at måle, hvordan familien udvikler sig. Ud over at tage højde for familiernes udgangspunkt øger FE-modellen den statistiske præcision, hvormed vi kan måle en effekt. Den empiriske funktion er:

$$Y_{it} = \alpha_i + \lambda T_t + \rho T_t D_{it} + \varepsilon_{it}$$

Funktionen skal læses således, at Y_{it} er vores effektvariabel (fx SDQ score, eksternaliseringsproblemer, internaliseringsproblemer osv.), for familien i på tidspunktet t . Det første led på højre side af lighedstegnet, α_i , er familiens fikserede udgangspunkt. T_t er en dummy, som angiver tidspunkt (om effektvariablen er målt før eller efter behandling). T_t er 0 for førmåling og 1 for eftermåling. Estimatet af λ måler familiernes gennemsnitlige udvikling over tid. D_{it} er en dummy, som angiver, om familien har fået PMTO-behandling eller TAU-behandling. D_{it} er 1, hvis familien har fået PMTO, og 0, hvis familien har fået TAU-behandling. Det betyder, at estimatet af ρ er det eventuelle ekstra udbytte – effekten – som PMTO-familier oplever i forhold til TAU-familierne. Det sidste led i funktion, ε_{it} , beskriver den empiriske variation i Y_{it} , som modellen ikke tager højde for.

I resultatkapitlet viser vi resultaterne af to fixed-effects estimationer, en af λ (tid) og en af ρ (behandlingstype). Ud over at undersøge effekten af PMTO i forhold til TAU, ρ , undersøger vi også den gennemsnitlige udvikling over tid for alle familier, λ .

EFFEKTSTØRRELSE

De forskellige instrumenter, vi anvender til at måle familiernes udvikling, måler på forskellige skalaer. Fx måler SDQ på en skala fra 0 til 40 og MDI på en skala fra 0 til 50. Derfor er de ikke direkte sammenlignelige. At flytte sig et point på SDQ er en større effekt end at flytte sig et point på MDI. For at kunne sammenligne effektstørrelser på tværs af de forskellige effektvariable, rapporterer vi derfor Cohens d for alle variable. Cohens d giver os et sammenligneligt effektmål på tværs af instrumenterne. Cohens d er defineret som forskellen mellem to gennemsnit divideret med den sammenvægtede standardafvigelse for data ved førmålingen. Cohens d -værdier kan tolkes sådan, at værdier omkring 0,20 viser en lille effekt, værdier omkring 0,50 en moderat effekt og værdier omkring 0,80 en stor effekt (Cohen, 1988).

INTENTION-TO-TREAT ANALYSE

Analyserne gennemføres som såkaldte Intention-To-Treat (ITT) analyser. Det betyder, at alle familier, som visiteres til behandling, indgår i datagrundlaget, uanset hvad der sker i løbet af den tid, behandlingen står på, så længe der har været en intention om behandling. Det kan være, at nogle familier dropper ud af behandlingen eller får kortere behandlingsforløb end andre. Det vil også være forskelligt, hvilke terapeuter, som varetager behandlingen, og hvilken baggrund, disse terapeuter har. Forskellene indgår som en del af den samlede behandlingspakke, familierne får i hhv. PMTO- eller TAU-forløb. I denne midtvejsevaluering går vi ikke i detaljer med, hvad der foregår i hvert enkelt forløb, men inkluderer alle familier, der randomiseres til et behandlingsforløb.

RESULTATER

I dette midtvejsnotat præsenterer vi resultater på baggrund af data fra undersøgelsens to første målinger: formålingen og første eftermåling. De fandt sted henholdsvis før behandlingsstart og 7-8 måneder efter behandlingsstart. Kapitlet beskriver følgende resultater:

- Resultatet af rekrutteringsprocessen.
- Resultater fra de kvalitative interviews, som undersøger indhold og rammer for *Treatment As Usual*, TAU
- Familiernes baggrundskarakteristika fordelt på behandlingsprogrammer og kommuner
- Familiernes scorer på de forskellige effektmål
- Før- og efterbehandling og sammenligning af familiernes udgangspunkter med normal for den danske befolkning
- Resultaterne af en fixed-effects estimation af alle familiernes udvikling i løbet af behandlingsforløbene
- Resultaterne af en fixed-effects estimation af effekten af PMTO-behandling i forhold til TAU-behandling.

REKRUTTERING

I alt har 126 familier fordelt på 11 kommuner deltaget i undersøgelsen. Heraf blev 64 familier randomiseret til PMTO-behandling, og 62 familier blev randomiseret til TAU-behandling. Kommunernes totale rekruttering og fordeling af familier til PMTO og TAU fremgår af tabel 5.1. Sidste kolonne i tabellen viser kommunernes forventede rekrutteringsmål.

TABEL 5.1

Rekrutterede familier. Fordelt på behandling. Antal.

| Kommune | TAU | PMTO | Total | Rekrutteringsmål |
|--------------|-----|------|-------|------------------|
| Aalborg | 1 | 2 | 3 | 40 |
| Faxe | 4 | 3 | 7 | 10 |
| Guldborgsund | 1 | 0 | 1 | 20 |
| Herning | 1 | 3 | 4 | 15 |
| Hillerød | 2 | 2 | 4 | 20 |
| Holstebro | 10 | 12 | 22 | 20 |
| Ikast-Brande | 2 | 5 | 7 | 20 |
| Kolding | 7 | 9 | 16 | 20 |
| København | 21 | 8 | 29 | 40 |
| Aarhus | 13 | 20 | 33 | 80 |
| Slagelse | 0 | 0 | 0 | 20 |
| Total | 62 | 64 | 126 | 305 |

Kilde: SFI's midtvejsnotat om bedre familiebehandling, 2016.

Det fremgår, at især kommunerne Aarhus og København, Kolding og Holstebro har bidraget med et stort antal familier til forsøget. Til sammen bidrager de med 49 af i alt 64 PMTO-familier og 51 af i alt 62 TAU-familier. Det er altså især familiebehandlingen i disse fire kommuner, som undersøgelsen har data om. Holstebro er samtidig den eneste kommune, som har nået sit rekrutteringsmål. Slagelse Kommune havde ikke leveret familier til undersøgelsen, da dataindsamlingen afsluttedes.

BORTFALD FRA UNDERSØGELSEN

To respondenter er frafaldet undersøgelsen mellem før- og eftermålingen. Den ene familie mødte gentagne gange ikke op til interviewtaler, hvorfor vi til sidst måtte opgive at gennemføre interviewet. Den anden ønskede at forlade forsøget undervejs. Det er et relativt lille bortfald, som ikke får betydning for vores analyser. Vi gennemfører analysen som en såkaldt Intention-To-Treat (ITT) analyse, dvs. at vi analyserer på alle de familier, som der er intention om at behandle. Der kan være frafald i begge grupper, ligesom behandlingerne kan variere i længde, i forhold til terapeuternes erfaring osv. Denne undersøgelse inkluderer alle familier, der randomiseres til et behandlingsforløb, uanset variationer i de enkelte forløb.

INDHOLD AF TAU-BEHANDLING

Undersøgelsen her belyser effekten af PMTO- i forhold til anden familiebehandling. Vi skal derfor vide, hvad den anden familiebehandling indeholder. Det er afgørende for fortolkning af effektestimationen, at vi ved, hvad eventuelle PMTO-effekter måles i forhold til. Derfor har vi gennemført kvalitative interviews med 15 terapeuter, som har behandlet i alt 20 familier i TAU-gruppen. Vi har vægtet at gennemføre interviews med terapeuter fra de 4 kommuner, som har leveret flest familier. 11 af

de 15 terapeuter, vi har interviewet, er således fra Aarhus, København, Holstebro eller Kolding.

Terapeuterne er alle ansat ved et familiehus i en kommune. De har typisk en baggrund som enten psykolog eller pædagog med en terapeutisk efteruddannelse. Ingen af dem var PMTO-uddannede på det tidspunkt, hvor de havde deltagerfamilier i behandling.

GENNEMGÅENDE TRÆK

Systematiseringen af de kvalitative interviews resulterede i, at vi identificerede en række gennemgående træk ved TAU-behandlingsforløbene. Nogle træk ligner PMTO-behandling, mens andre træk adskiller sig fra PMTO-behandling. Vi gennemgår her de forskellige træk under tre overskrifter: den teoretiske baggrund for metoden, rammer for behandlingen og indhold i behandlingen.

TEORETISK BAGGRUND

De kvalitative interviews pegede på en række overordnede træk ved TAU-terapeuternes teoretiske tilgang til familiebehandling. Væsentlige forskelle og ligheder i den teoretiske baggrund for metoden i TAU-behandling og PMTO-behandling er opridset i tabel 5.2.

TABEL 5.2

Teoretisk baggrund. Ligheder og forskelle mellem TAU og PMTO.

| TAU | PMTO |
|--|--|
| Ikke evidensbaseret | Evidensbaseret |
| Ikke manualbaseret | Manualbaseret |
| Struktureret ud fra den enkelte families behov og ønsker | Tilpasset den enkelte families behov og ønsker |
| Baseret på systemisk og narrativ tilgang | Baseret på social læringsteori, Social Interaction Learning (SIL) modellen |
| Betoner de sociale omgivelseres indflydelse på individets tilpasning | Betoner de sociale omgivelseres indflydelse på individets tilpasning |
| Negative fortællinger skal erstattes af positive fortællinger | Opmuntring og ros er centrale elementer i forandringsprocessen |

Kilde: SFT's midtvejsnotat om bedre familiebehandling, 2016.

De kvalitative interviews viste, at kommunerne har været konsekvente med ikke at tilbyde TAU-gruppen evidens- og manualbaserede programmer, herunder PMTO. Flere kommuner tilbyder fx både PMTO og det manualbaserede behandlingsprogram De Utrolige År (DUÅ), men kommunerne har også været systematiske med ikke at tilbyde TAU-familierne DUÅ. Det betyder, at vi ikke undersøger to evidensbaserede programmer op mod hinanden.

TAU-familierne har ikke modtaget behandling, som hviler på én bestemt teoretisk ramme. I stedet har familierne modtaget en behandling, der var struktureret omkring terapeutens og visitators vurderinger og målsætninger udarbejdet i dialog med familierne. Her adskiller TAU sig

markant fra PMTO-behandling, som hviler på en evidensbaseret teoretisk ramme i form af Social Interaction Learning (SIL) modellen. Med afsæt i denne teoretiske ramme kan de enkelte PMTO-forløb så tilpasses familierne.

En række træk ved det teoretiske bagtæppe for TAU kan dog identificeres. TAU-terapeuterne har gennemgående arbejdet systemisk og narrativt. Inden for den systemiske teori ser man ikke problemer som noget, der tilhører individet, men snarere noget, der knytter sig til det sociale system, fx den familie, som individet indgår i. Inden for narrativtænkning fokuserer man på den enkeltes fortællinger om sig selv, sin familie og dens problemer, og muligheden for terapeutisk forandring ligger i at forandre fortællingerne, og erstatte negative fokus med opmærksomhed de positive elementer og ressourcer.

Det er idéer, som har en række fællestræk med PMTO-behandlingens teoretiske grundlag. Begge perspektiver betoner de sociale omgivers indflydelse på individets generelle tilpasning. PMTO ser fx også muligheden for forandring i barnets adfærd som medieret af forandring i familien mere generelt. PMTO-behandlingen betoner ligeledes vigtigheden af et positivt fokus og ser opmuntring og ros som centrale elementer for forandringsprocessen (se kapitel 4 for nærmere beskrivelse).

RAMMER FOR BEHANDLINGEN

Mens PMTO-behandlingen foregår inden for relativt fastlagte rammer, som forskning har fundet givtige, er rammerne for behandlingen af TAU-familierne mindre fastlagte. De kvalitative interviews pegede på en række relevante træk ved TAU-behandlingen i forhold til PMTO-behandling. De fremgår af tabel 5.3.

TABEL 5.3

Rammer for behandling. Ligheder og forskelle mellem TAU og PMTO.

| TAU | PMTO |
|---|--|
| Ikke fastlagt struktur, planlægges ofte ad hoc | Faste kerneelementer. Fast, men fleksibel struktur |
| Barnet deltager somme tider – ved op mod en tredjedel af sessionerne | Barnet deltager i udgangspunktet ikke |
| Andre familiemedlemmer kan inddrages | Retter sig som udgangspunkt mod de opdragende personer i familien |
| Ikke systematisk telefonkontakt mellem sessioner | Systematisk telefonkontakt mellem sessioner |
| Sessioner af typisk af 1-1,5 times varighed | Sessioner af typisk 1 times varighed |
| Antallet af sessioner varierer meget fra forløb til forløb – fra 5 til 50 sessioner | Antallet af sessioner varierer i mindre grad – gennemsnitligt 23 sessioner pr. familie |
| En session om ugen i starten – ofte en session hver anden uge senere i forløbet | En session om ugen forløbet igennem |

Kilde: SFT's midtvejsnotat om bedre familiebehandling, 2016.

TAU-familierne har fået et mindre struktureret behandlingsforløb, hvor de ikke systematisk har gennemgået bestemte temaer. I stedet har tera-

teuten struktureret forløbet omkring de behov, familierne oplever, og de mål, som er nedfældet i familiens handleplan, når de visiteres til familiebehandling. TAU-terapeuterne beskriver ofte, at forløbene planlægges og tilpasses ad hoc. Det gælder både det konkrete indhold i sessionerne, antallet af sessioner, deltagere i sessionerne og hyppigheden af sessioner. Flere TAU-behandlere beskriver fx, at børnene, søskende og eventuelt andre familiemedlemmer inddrages i behandlingssessionerne. Her adskiller TAU-behandlingen sig fra PMTO-behandlingen, som indeholder en række fastlagte elementer. Rækkefølgen af nogle elementer er fast, mens andre elementer inddrages fleksibelt i forhold til den enkelte families behov. PMTO retter sig primært mod de opdragende personer i familien, og barnet vil ofte blive informeret om behandlingen uden at deltage direkte i sessioner.

Typisk har TAU-behandlingssessionerne varet ca. 1-1½ time. De har fundet sted en gang ugentligt i begyndelsen af forløbet og hver anden til tredje uge senere i forløbet. Forløbene varierede fra 5-50 sessioner, alt efter hvilket behov, terapeuten oplevede hos familien. Her adskiller TAU sig også markant fra PMTO-behandling, som igen er mere struktureret med 1 time lange sessioner hver uge og mindre variation i antallet af sessioner – gennemsnitligt 23 sessioner pr. familie (Svendsen, 2014).

INDHOLD I BEHANDLINGEN.

Indholdet af behandlingen drejer sig om, hvad der konkret foregår ved sessionerne, fx hvilke værktøjer, som forældre lærer, og hvilke redskaber, terapeuten bruger. Tabel 5.4 viser en række ligheder og forskelle mellem indholdet af TAU- og PMTO-behandlingen, som de kvalitative interviews pegede på.

TABEL 5.4

Indhold i behandlingen. Ligheder og forskelle mellem TAU og PMTO.

| TAU | PMTO |
|---|--|
| Ikke bestemte elementer eller temaer | Fem kerneelementer og 7 støtte elementer |
| Mentalisering kan indgå | Ikke mentalisering |
| Usystematisk brug af hjemmeopgaver mellem behandlingssessioner. Ved brug af hjemmeopgaver indledes næste behandlingssession med at følge op på opgaven fra sidst. | Systematisk brug af hjemmeopgaver mellem behandlingssessioner. Tilhørende skriftligt materiale. Hver behandlingssession indledes med at følge op på opgaven fra sidst. |
| Videoptagelser og tavlebrug. Rollespil i mindre udstrækning. | Rollespil, videoptagelse, tavlebrug |
| Hjemmebesøg har ofte indgået i behandlingen | Hjemmebesøg indgår som udgangspunkt ikke i behandlingen |

Kilde: SFT's midtvejsnotat om bedre familiebehandling, 2016.

En grundlæggende forskel mellem TAU-behandling og PMTO-behandling er, at PMTO-terapeuter arbejder med en række faste elementer eller temaer, som tillæres i en rækkefølge, som forskning har fundet fordelagtig.

TAU-terapeuterne arbejder ikke med faste elementer eller temaer, men inddrager elementer fra mange forskellige terapeutiske metoder.

Fx beskriver flere TAU-terapeuter, at de inddrager mentaliseringsmetoder, dvs. de arbejder med de problemer og traumer hos forældrene, som terapeuten mener ligger til grund for forældrenes negative reaktioner på barnet. Den tilgang anvendes ikke i PMTO-behandling.

Hjemmeopgaver og tavlebrug er redskaber i PMTO-behandling, som TAU-terapeuterne også i vid udstrækning har bragt i anvendelse. Terapeuterne beskriver, at den egentlige forandringsproces sker mellem behandlingssessionerne, og at hjemmeopgaver derfor er vigtige. Nogle TAU-terapeuter giver specifikke opgaver for, mens andre arbejder mere løst med hjemmeopgaverne. Fælles for TAU-terapeuterne er dog, at hver session starter med at følge op på opgaverne siden sidst, mens sessionerne slutter med opgaver, som knytter sig til behandlingssessionens tema. Denne måde at arbejde med hjemmeopgaver har mange ligheder til den måde, der arbejdes med hjemmeopgaver i PMTO-behandling. Forskellene består bl.a. i, at TAU-terapeuterne ikke anvender samme skriftlige materiale, som PMTO-programmet indeholder, og at hjemmeopgavebrugen generelt er mindre systematisk.

Der har ikke været anvendt rollespil i TAU-behandlingen i samme omfang som ved PMTO-behandling. Hvor PMTO arbejder gennemgående og struktureret med rollebytte og rolleovertagelse, ser det ud til at være et markant mindre anvendt redskab hos TAU-terapeuterne.

Hjemmebesøg har omvendt været en integreret del af flere TAU-forløb. Nogle forløb er primært foregået i familiens hjem, mens andre forløb er foregået i et kommunalt familiehus og har inkluderet et eller flere hjemmebesøg. I nogle tilfælde har videooptagelse været anvendt som supplement til hjemmebesøg, andre gange har videooptagelser trådt i stedet for hjemmebesøg. PMTO-behandling gør også brug af videooptagelser, mens hjemmebesøg ikke er en integreret del af PMTO-behandling, men kan indgå efter behov.

MINDRE STRUKTURERET, MEN ANVENDER SAMME GREB

De kvalitative interviews har vist, at TAU-behandling typisk er baseret på teoretiske idéer, som har en række fællestræk med PMTO's teoretiske ramme, og at TAU-behandlingen også indholdsmæssigt inddrager en række af de konkrete værktøjer, som indgår i PMTO-behandling. Det kan have konsekvenser for denne effektmåling. Selvom TAU-familierne ikke modtager egentlig PMTO-behandling, kan anvendelsen af PMTO-lignende værktøjer og tilgange i TAU-behandlingen betyde, at vi får svært ved at identificere effekter af PMTO, hvis TAU-familierne får en behandling, som ligner PMTO på en række centrale punkter, og som primært adskiller sig ved den mindre grad af struktur.

TAU-terapeuternes beskrivelser peger på, at TAU-behandling primært afviger fra PMTO-behandling ved fraværet af fast struktur, faste rammer og faste temaer. Begge behandlingsprogrammer tilpasses de enkelte familier, men for PMTO-familier sker tilpasningen på baggrund af en evidensbaseret ramme, mens TAU-familier i højere grad får et mere vurderings- og ad hoc-baseret forløb. Sammenlignet med de behandlingsforløb, familierne i TAU-gruppen gennemgik, er PMTO et mere struktureret familiebehandlingsforløb, hvor man i højere grad sikrer sig, at familien lærer bestemte værktøjer, som tilegnes i en fast rækkefølge. Eventuelle forskelle i effekter mellem TAU og PMTO vil sandsynligvis skyldes denne forskel.

FAMILIERNES BAGGRUNDSKARAKTERISTIKA

BAGGRUNDSKARAKTERISTIKA FORDELT PÅ PMTO OG TAU

Tabel 5.5 beskriver baggrundskarakteristika for de deltagende familier, herunder alder på familiemedlemmer og barnets køn samt arbejdsmarkedsstatus og uddannelseslængde for den forælder, der har besvaret baseline spørgeskemaet. I langt størstedelen af familierne er det barnets mor, der har besvaret spørgeskemaet (91 pct.). Tabel 5.5 rapporterer antal og gennemsnit for henholdsvis PMTO-familier og TAU-familier samt forskelle mellem de to grupper.

Overordnet set er der ikke forskel mellem grupperne. PMTO- og TAU-familier adskiller sig ikke signifikant fra hinanden, hverken når vi ser på familiemedlemmernes alder, barnets køn eller forældres arbejdsmarkedsstatus.

Mødrene er gennemsnitligt lidt over 37 år gamle, fædrene er i gennemsnit 40 år, og børnene er i gennemsnit 8 år. Standardafvigelse, angivet i parentes ved siden af gennemsnitsalderen, viser, at der er en relativt stor aldersvariation internt i grupperne. Størst variation er der blandt mødrene i TAU-familierne, hvor standardafvigelsen er på 9,4 år. Det vil sige, at mødrene i TAU-familierne gennemsnitligt afviger med over 9 år fra gennemsnitsalderen i gruppen. Der er en overhyppighed af drenge, som er i familiebehandling. 66 pct. af PMTO-familierne og 72 pct. af TAU-familierne er i behandling grundet adfærdsproblemer hos en dreng i familien. Det vil sige, at mellem to tredjedele og tre fjerdedele af børnene er drenge. Kønsforskellen mellem de to grupper er ikke signifikant. Der ses heller ikke forskelle i forældrenes arbejdsmarkedsstatus mellem de to grupper. Størstedelen af forældrene i begge grupper er i arbejde (henholdsvis 64 pct. af PMTO-forældre og 58 pct. af TAU-

forældre), mens resten er uden arbejde (henholdsvis 16 pct. og 26 pct.) eller står uden for arbejdsstyrken⁹ (henholdsvis 20 pct. og 16 pct.).

TABEL 5.5

Familiekaraktistika ved behandlingsstart fordelt på PMTO-familier og TAU-familier. Antal (n), gennemsnit (Gns.), standardafvigelse (Std.afv.) og forskel mellem grupperne (Δ).

| | Hele befolkningen ¹ | | PMTO-familier (= 64) | | TAU-familier (n = 62) | | Forskel | |
|---|--------------------------------|----|----------------------|----|-----------------------|----------|---------|--|
| | Pct. | n | Gns. (Std.afv.) | n | Gns. (Std.afv.) | Δ | P-værdi | |
| Alder, mor | - | 64 | 37,4 (6,0) | 62 | 37,9 (9,4) | -0,44 | 0,754 | |
| Alder, far | - | 58 | 40,5 (7,5) | 59 | 39,4 (6,3) | 1,05 | 0,410 | |
| Alder, barn | - | 60 | 7,9 (2,3) | 60 | 8,1 (2,3) | -0,24 | 0,556 | |
| Barnets køn: | | | | | | | | |
| Dreng | - | 61 | 66 pct. | 60 | 72 pct. | -0,06 | 0,474 | |
| <i>Arbejdsmarkedsstatus²</i> | | | | | | | | |
| I arbejde | 80 | 64 | 64 pct. | 62 | 58 pct. | 0,06 | 0,494 | |
| Arbejdsløs | 4 | 64 | 16 pct. | 62 | 26 pct. | -0,10 | 0,162 | |
| Andet ³ | 16 | 64 | 20 pct. | 62 | 16 pct. | 0,04 | 0,547 | |
| <i>Antal års uddannelse²</i> | | | | | | | | |
| 9-10 år | 19 | 64 | 28 pct. | 62 | 26 pct. | 0,02 | 0,772 | |
| 10-12 år | 42 | 64 | 56 pct. | 62 | 39 pct. | 0,18 | 0,049 * | |
| 13-15 år | 24 | 64 | 14 pct. | 62 | 23 pct. | -0,09 | 0,220 | |
| 15-17 år | 10 | 64 | 2 pct. | 62 | 13 pct. | -0,11 | 0,014 * | |
| 18-20 år | 1 | 64 | 0 pct. | 62 | 0 pct. | 0,00 | - | |

Anm.: P-værdier er justeret for clustre på familie-niveau. * p < 0,05; ** p < 0,01.

1. Procent i den samlede danske befolkning i alderen 30-59 år i 2013. Udregnet på baggrund af data fra Danmarks Statistik.

2. For den forælder, der har udfyldt spørgeskemaet. Det er i over 90 pct. af tilfældene barnets mor.

3. Under uddannelse eller pensionsmodtager.

Kilde: SFI's midtvejsnotat om bedre familiebehandling, 2016.

Vi ser små signifikante forskelle i forhold til antal år med uddannelse, som forældrene har bag sig (p-værdierne markeret med * angiver signifikans). Lidt flere forældre i PMTO-gruppen har 10-12 års uddannelse, mens der omvendt er lidt flere forældre i TAU-gruppen, som har 15-17 års uddannelse. For de øvrige kategorier er forskelle ikke signifikante. Samlet set er baggrundskaraktistika fordelt ganske ligeligt mellem de to grupper. Det peger på, at randomiseringen er vellykket – grupperne er stort set ens på centrale karakteristika.

Selvom PMTO- og TAU-forældrene overordnet set ikke adskiller sig fra hinanden, adskiller begge forældrene sig som samlet gruppe fra den øvrige befolkning på flere parametre. Det gælder for forældrenes arbejdsmarkedsstatus og uddannelseslængder. Relativt til landsgennemsnittet er det en mindre andel af de forældre, som visiteres til kommunal familiebehandling, som er i arbejde. Sammenlignet med befolkningen generelt har familierne, som deltager i forsøget, også færre års uddannelse bag sig. Det stemmer overens med andre undersøgelser, som også

9. Fx fordi man er under uddannelse eller pensioneret.

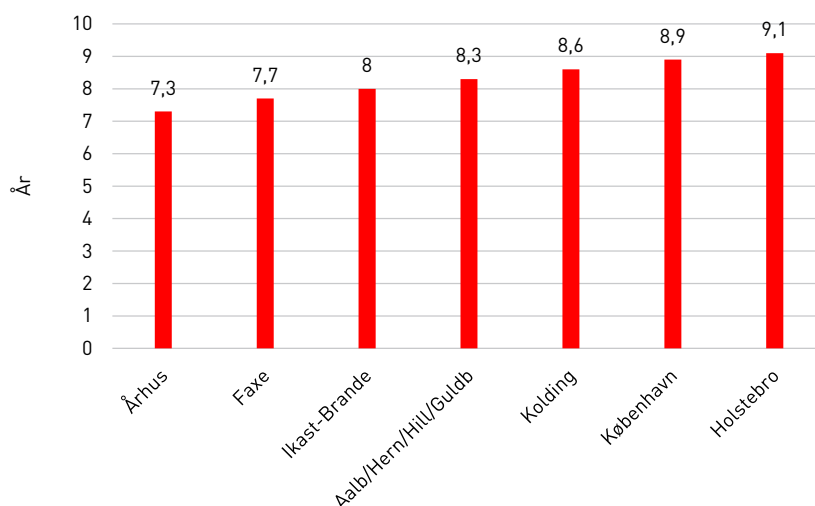
finder, at familierne i målgruppen for familiebehandling har lavere socio-økonomisk status end gennemsnittet (Socialstyrelsen, 2016a).

BAGGRUNDSKARAKTERISTIKA FORDELT PÅ KOMMUNER

Der er variation i familiernes karakteristika på tværs af de deltagende kommuner. Figur 5.1 til figur 5.4 illustrerer børnenes gennemsnitsalder, køn, andelen af forældre i beskæftigelse samt andelen af forældre med 9-10 års skolegang (svarende til grundskole som højest fuldførte uddannelse), fordelt på de forskellige kommuner. De kommuner, der bidrager med mindre end 7 familier (Aalborg, Herning, Hillerød og Guldborgsund), er slået sammen til én kategori indeholdende i alt 12 familier, da der ellers ville være for få observationer i hver gruppe summerende statistik.

FIGUR 5.1

Børnenes gennemsnitsalder ved behandlingsstart. Fordelt på kommuner. Målt i år.



Anm.: N = 126. Kommuner, der bidrager med under 7 familier, er slået sammen i en gruppe. Disse er Aalborg, Herning, Hillerød og Guldborgsund.

Kilde: SFI's midtvejsnotat om bedre familiebehandling, 2016.

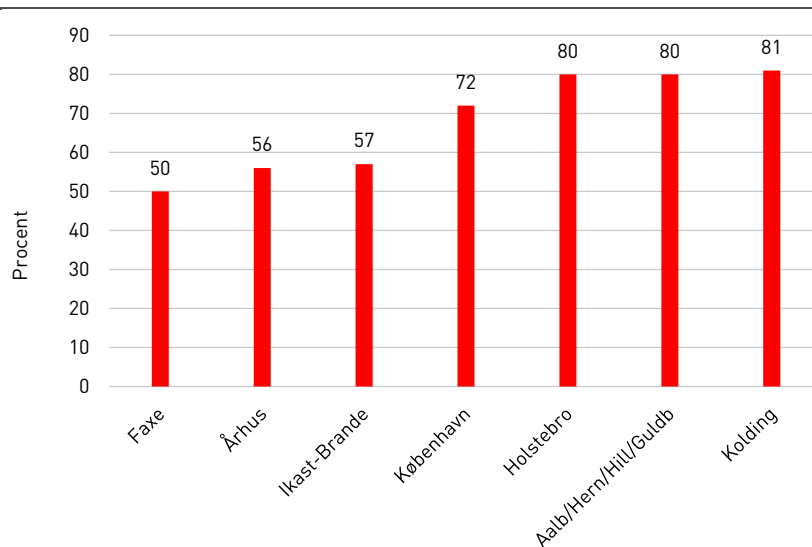
Figur 5.1 viser gennemsnitsalderen for børnene i de deltagende familier fordelt på kommuner. I Aarhus Kommune er børnene generelt noget yngre (7 år og 4 mdr.), når familien henvises til behandling, end i de øvrige kommuner. Holstebro har den højeste gennemsnitsalder for børn. Her er børnene gennemsnitligt lige over 9 år gamle, når familierne påbegynder behandling. Det er muligt, at samme familie bliver visiteret til familiebehandling flere gange, og det er derfor ikke sikkert, at de undersøgte forløb er deltagerfamiliernes første familiebehandlingsforløb. Derfor

afspejler figuren ikke gennemsnitsalderen for børn, når en familie første gang begynder i familiebehandling. Figuren viser gennemsnitsalderen for børnene i forbindelse med de 126 behandlingsforløb, som vi måler på i dette forsøg.

Figur 5.2 viser andelen af familier, som er visiteret til familiebehandling på baggrund af problemadfærd hos en dreng i familien.

FIGUR 5.2

Omfang af familier med drenge i forsøget. Fordelt på kommuner. Procent.



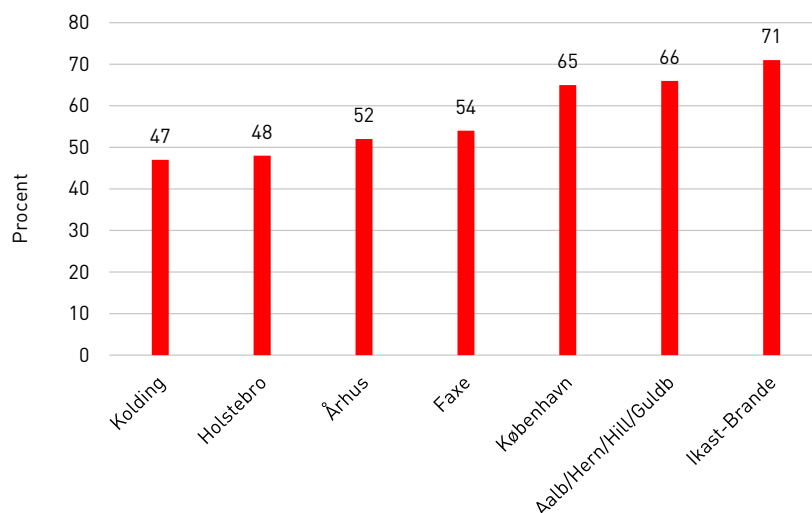
Anm.: N = 126. Kommuner, der bidrager med under 7 familier, er slået sammen i en gruppe. Disse er Aalborg, Herning, Hillerød og Guldborgsund.

Kilde: SFI's midtvejsnotat om bedre familiebehandling, 2016.

I Faxe Kommune er fordelingen mellem drenge og piger lige. I alle andre kommuner er der en overvægt af familier med drenge i forhold til familier med piger. Det stemmer overens med anden forskning, som har fundet, at flere drenge end piger udviser adfærdsproblemer (Norges Forskningsråd, 1998; Furlong m.fl., 2010). I både Holstebro, Kolding og vores sammenslåede gruppe bestående af familier fra Aalborg, Herning, Hillerød og Guldborgsund, visiteres der fire familier med drenge for hver familie med en pige.

FIGUR 5.3

Forældre i beskæftigelse. Fordelt på kommuner. Procent.



Anm.: N = 126. Figuren afspejler beskæftigelsesstatus for den forælder i familien, der har besvaret formålingens spørgeskema. Uanset om kun den ene eller begge forældre har deltaget i behandlingen, vægter kun en forælder pr. familie. Kommuner, der bidrager med under 7 familier, er slået sammen i en gruppe. Disse er Aalborg, Herning, Hillerød og Guldborgsund.

Kilde: SFT's midtvejsnotat om bedre familiebehandling, 2016.

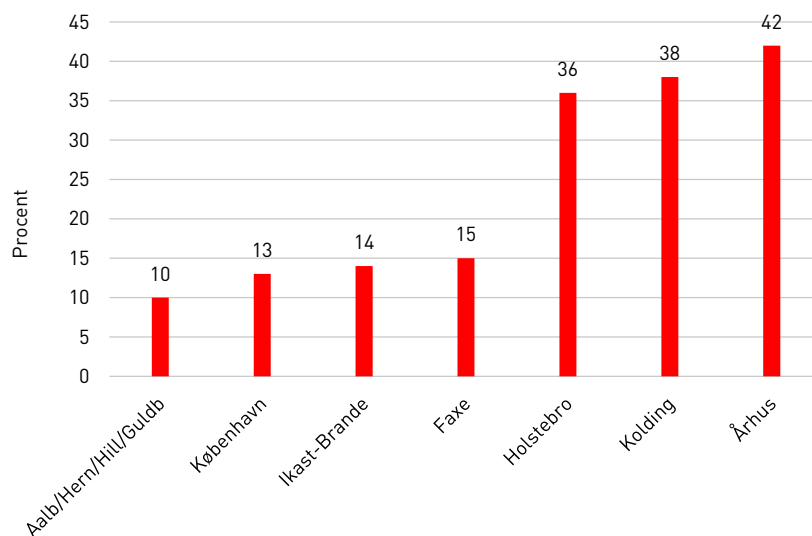
Figur 5.3 viser andelen af forældre i de deltagende familier, der er i arbejde, fordelt på kommuner. Hver familie vægter med en forælder (den forælder, der har udfyldt spørgeskemaet), uanset om en eller flere forældre har deltaget i behandlingen. Af tabel 5.5 så vi, at forældrene generelt set har en lavere beskæftigelsesfrekvens (64 pct.) end den gennemsnitlige danske befolkning (80 pct.¹⁰). Figur 5.3 viser, at den lavere beskæftigelsesgrad gør sig gældende på tværs af de deltagende kommuner. I fire af kommunerne er kun omkring halvdelen i beskæftigelse (47-54 pct.). Selv i Ikast-Brande Kommune, hvor vi ser den højeste beskæftigelsesfrekvens blandt forældre i familiebehandling (71 pct.), er andelen af forældre i beskæftigelse stadig væsentligt lavere end landsgennemsnittet på 80 pct.

Figur 5.3 viser andelen af forældre i forsøget, som højest har 9-10 års uddannelse bag sig fordelt på kommuner. 9-10 års uddannelse svarer til, at man har grundskolen som højeste fuldførte uddannelse.

10. Procent i den samlede danske befolkning i alderen 30-59 år i 2013. Udregnet på baggrund af data fra Danmarks Statistik.

FIGUR 5.4

Forældre med højst 9-10 års uddannelse. Fordelt på kommuner. Procent.



Anm.: N = 126. Figuren afspejler uddannelseslængden for den forælder i familien, der har besvaret førmålingens spørgeskema. Uanset om kun den ene eller begge forældre har deltaget i behandlingen, vægter kun en forælder pr. familie. Kommuner, der bidrager med under 7 familier, er slået sammen i en gruppe. Disse er Aalborg, Herning, Hillerød og Guldborgsund.

Kilde: SFT's midtvejsnotat om bedre familiebehandling, 2016.

Størstedelen af de deltagende kommuner ligger her under landsgennemsnittet på 19 pct. med 9-10 års uddannelse (jf. tabel 3.2). Tre kommuner (Holstebro, Kolding og Aarhus) trækker dog gennemsnittet op med henholdsvis 36 pct., 38 pct. og 42 pct. forældre med 9-10 års uddannelse. Vi så af tabel 5.5, at forældrene generelt set har mindre uddannelse end landsgennemsnittet, men figur 5.4 afslører, at det generelle billede dækker over betydelig variation mellem forældrene i deltagerkommunerne.

FØRMÅLING, EFTERMÅLING OG NORMSCORER

Effekten af familiebehandling måles i forhold til barnets adfærd og forældrenes kompetencer og trivsel¹¹. Tabel 5.6 viser gennemsnitsscorer og standardafvigelser for effektvariablerne fordelt på PMTO-familier og TAU-familier før og efter behandling. Scorene beskriver familiernes udgangspunkter ved behandlingsstart og deres udvikling i løbet af behandlingen. Standardafvigelserne beskriver variationen internt i grupperne.

11. Se kapitel 4 for beskrivelse af screeningsinstrumenter og de dimensioner af børns adfærd og forældrenes kompetencer og trivsel, som effektvariablerne måler på.

FAMILIERNES UDGANGSPUNKT

Overordnet viser tabel 5.6, at der ikke er nogen forskelle mellem PMTO- og TAU-gruppernes gennemsnitsscorer ved behandlingsstart. Variationerne internt i de to grupper er store, men ligger på samme niveau. De to grupper har samme udgangspunkt i forhold til alle de effektvariable, vi måler på.

Børnenes adfærd, SDQ. Der er ikke forskel på børnenes udgangspunkter målt med SDQ (for beskrivelse, se 4). PMTO-gruppens børn scorer gennemsnitligt en lille smule højere på alle SDQ-mål over adfærd end TAU-gruppens børn. Ser vi på den totale SDQ-score ved førmålingen, har PMTO-børnene en gennemsnitsscore på 19,30 point, mens TAU-gruppen har en gennemsnitsscore på 18,31 point. Forskellen på 1 point er ikke signifikant. Forskellen på de to gruppers scorer på det ene point er væsentligt lavere end standardafvigelseerne inden for hver gruppe. Standardafvigelsen for PMTO-gruppen er 6,08 point, og standardafvigelsen for TAU-gruppen er næsten det samme, 6,10 point.

SDQ-instrumentet måler også syv dimensioner af børnenes adfærd. Uanset hvilken dimension, vi undersøger, ligger gruppernes gennemsnitsscorer meget tæt på hinanden. I forhold til prosocial adfærd scorer PMTO-børnene eksempelvis gennemsnitligt 5,61 point, mens TAU-børnene gennemsnitligt scorer 5,39 point. Standardafvigelseerne er 1,71 point for PMTO-børn og 1,90 point for TAU-børn. Det vil sige, at variationen inden for grupperne er væsentligt større end forskellene mellem grupperne. Billedet går igen for alle dimensioner af adfærd, som vi måler med SDQ.

Børnenes adfærd, CBCL/BPM-P. Nogenlunde samme billede tegner sig, når vi anvender CBCL/BPM-P instrumentet til at undersøge adfærden hos familiernes børn (for beskrivelse, se kapitel 4). Her ligger børnene fra TAU-familierne typisk en lille smule højere end børnene fra PMTO-familierne, fx i forhold til sociale problemer (PMTO: 6,95 og TAU: 7,08) og eksternalisering (PMTO: 7,14 og TAU: 7,48). Igen er forskellene dog insignifikante. Variationen internt i de to grupper er mange gange større end forskellen mellem de to grupper. Det ses af standardafvigelseerne, som fx i forhold til sociale problemer er på hele 4,26 point for PMTO og 3,33 point for TAU. Samlet set kan vi se, at når vi anvender CBCL/BPM-P instrumentet til at måle børns adfærd, er der heller ingen forskelle mellem de to gruppers udgangspunkter inden behandlingsstart.

Forældres vurdering af eget liv. Både forældrene i PMTO-gruppen og forældrene i TAU-gruppen vurderer, at deres liv ved behandlingsstart er en smule over middel på "Ladder of life", en skala fra 0-10, hvor 10 er det bedst mulige liv, og 0 er det værst mulige liv (beskrevet i kapitel 4). Den gennemsnitlige score er på 6,34 for PMTO-forældre og 5,89 for TAU-forældre. Forskellen mellem gruppernes gennemsnitssco-

rer ved behandlingsstart er 0,45 point, hvilket er markant mindre end standardafvigelse (2,12 point for PMTO-gruppen og 1,74 point for TAU-gruppen). Forskellene internt i grupperne er altså væsentligt større end forskellen imellem grupperne.

Følelse af sammenhæng i tilværelsen. Begge forældregrupper har samme udgangspunkt i forhold til oplevelse af sammenhæng i tilværelsen målt med instrumentet SOC (beskrevet i kapitel 4). Den gennemsnitlige totalscore er 67,98 point hos PMTO-familier, og familierne afviger i gennemsnit 7,27 point fra denne score. For TAU-familierne er gennemsnittet 67,84 point, mens standardafvigelsen er 7,30 point. Grupperne er altså stort set ens i forhold til oplevelse af sammenhæng i livet. Det samme billede går igen på alle tre dimensioner under SOC, begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed.

Forældrekompetencer. Forældrenes kompetenceniveau måles ved forældrenes mestringsevner i forhold til opdragelse af barnet. Her har vi anvendt instrumentet PSOC (beskrevet i kapitel 4). PMTO-forældrenes gennemsnitsscore ligger på 32,81 point, mens TAU-forældrene ligger en lille smule lavere, på 31,77 point. Forskellen er ikke signifikant. Standardafvigelse for hver af grupperne (henholdsvis 5,91 point for PMTO-forældre og 6,59 for TAU-forældre) er igen meget større end forskellen mellem grupperne.

Forældres stress og depression. PMTO-familierne har i gennemsnit en lidt lavere stress-score målt med instrumentet PSS (37,59 point) end TAU-familierne (39,77 point). Omvendt er den gennemsnitlige depressionsscore målt med instrumentet MDI lidt højere hos PMTO-forældrene (15,00 point) end hos TAU-forældrene (12,66 point) (for en beskrivelse af PSS og MDI, se kapitel 4). Men igen er forskellene mellem grupperne væsentligt mindre end variationen inden for grupperne. Forskellene mellem gruppernes stressniveauer er på lidt over to point. Standardafvigelse for de to grupper ligger imidlertid meget højere; på 8,63 point for PMTO-gruppen og 8,07 for TAU-gruppen. Forskellen på de to grupper gennemsnitlige depressionsniveau er på lidt under 2,5 point. PMTO-gruppen har imidlertid en standardafvigelse på 11,09 point, og TAU-gruppens standardafvigelse er 8,47. Der er således heller ikke markante forskelle i PMTO-forældrenes og TAU-forældrenes depressionsniveau eller stressniveau.

TABEL 5.6

Familiernes før- og efter-scoring på de forskellige dimensioner, på PMTO-familier og TAU familier. Gennemsnit (Gns.) og standardafvigelser (Std. afv.). Pointscorer¹.

| | PMTO-familier (n = 64) | | | | TAU-familier (n = 62) | | | |
|--|------------------------|----------|-------------|----------|-----------------------|----------|-------------|----------|
| | Førmåling | | Eftermåling | | Førmåling | | Eftermåling | |
| | Gns. | Std.afv. | Gns. | Std.afv. | Gns. | Std.afv. | Gns. | Std.afv. |
| <i>Barnets adfærd (SDQ)</i> | | | | | | | | |
| Total SDQ score | 19,30 | (6,08) | 15,80 | (6,63) | 18,31 | (6,10) | 14,51 | (6,42) |
| Eksternalisering | 11,44 | (3,89) | 9,15 | (4,23) | 10,84 | (4,06) | 8,98 | (3,88) |
| Internalisering | 7,86 | (3,82) | 6,65 | (3,64) | 7,47 | (3,97) | 5,53 | (3,81) |
| Prosocial adfærd | 5,61 | (1,71) | 5,95 | (1,58) | 5,39 | (1,90) | 6,00 | (1,69) |
| Emotionelle problemer | 4,67 | (2,23) | 3,97 | (2,40) | 4,42 | (2,74) | 3,42 | (2,48) |
| Adfærdsproblemer | 4,59 | (1,87) | 3,26 | (1,92) | 4,16 | (1,92) | 3,32 | (2,11) |
| Hyperaktivitet | 6,84 | (2,50) | 5,89 | (2,80) | 6,68 | (2,75) | 5,66 | (2,59) |
| Relationsproblemer | 3,19 | (2,38) | 2,68 | (2,17) | 3,05 | (1,98) | 2,10 | (1,94) |
| <i>Barnets adfærd (CBCL/BPM-P)</i> | | | | | | | | |
| Sociale problemer | 6,95 | (4,26) | 5,42 | (3,55) | 7,08 | (3,33) | 5,37 | (3,30) |
| Eksternalisering | 7,14 | (3,12) | 6,05 | (3,58) | 7,48 | (3,27) | 5,71 | (3,31) |
| Opmærksomhed | 7,06 | (2,83) | 5,91 | (3,21) | 7,24 | (2,90) | 5,69 | (3,02) |
| Internalisering | 3,97 | (2,37) | 3,22 | (2,44) | 3,60 | (2,25) | 2,64 | (2,54) |
| <i>Forældres vurdering af eget liv (Ladder of Life)</i> | | | | | | | | |
| Vurdering af eget liv | 6,34 | (2,12) | 7,18 | (1,81) | 5,89 | (1,74) | 6,73 | (2,07) |
| <i>Forældrenes følelse af sammenhæng i tilværelsen (SOC)</i> | | | | | | | | |
| Total SOC score | 67,98 | (7,27) | 70,34 | (8,02) | 67,84 | (7,30) | 68,80 | (7,17) |
| Begribelighed | 26,13 | (3,42) | 27,34 | (3,44) | 26,24 | (3,14) | 26,53 | (3,20) |
| Håndterbarhed | 22,00 | (2,62) | 22,97 | (2,70) | 22,08 | (2,78) | 22,66 | (2,43) |
| Meningsfuldhed | 19,86 | (2,39) | 20,03 | (2,79) | 19,52 | (2,38) | 19,61 | (2,52) |
| <i>Forældrekompetencer (PSOC)</i> | | | | | | | | |
| Mestringssevne | 32,81 | (5,91) | 34,72 | (5,02) | 31,77 | (6,59) | 34,34 | (4,75) |
| <i>Stress (PSS) og depression (MDI) hos forældre</i> | | | | | | | | |
| Stress | 37,59 | (8,63) | 36,12 | (9,41) | 39,77 | (8,07) | 37,47 | (9,24) |
| Depression | 15,00 | (11,09) | 11,32 | (11,02) | 12,66 | (8,47) | 10,76 | (8,81) |

Anm.: Der er testet for forskelle mellem PMTO-gruppen og TAU-gruppens før-scoring med t-test. Der er ingen signifikante forskelle mellem de to grupper ($p > 0,1$).

1. Bemærk, at de forskellige effektvariable kommer fra forskellige måleinstrumenter og måler på forskellige skalaer. Derfor kan pointscorerens størrelser ikke sammenlignes på tværs af instrumenter.

Kilde: SFT's midtvejsnotat om bedre familiebehandling, 2016.

De to behandlingsgrupper er i udgangspunktet ens på de variable, som vi undersøger. Familierne, der randomiseres til PMTO-behandling, har samme udgangspunkt i forhold til adfærdsproblemer, trivsel og kompetencer, som familierne, der randomiseres til TAU-behandling, hvilket netop var et formål med randomiseringsproceduren. Det er dog værd at bemærke, at standardafvigelser for alle effektmål er relativt store. Det betyder, at der er stor variation i, hvilke og hvor svære problemer, familier, som visiteres til kommunal familiebehandling, generelt kommer med. De store standardafvigelser er en udfordring for effektmålingen, da store udsving i grupperne gør det sværere at identificere effekt.

FAMILIERNES UDVIKLING FRA FØR- TIL EFTER BEHANDLING

Tabel 5.6 viser også gennemsnit og standardafvigelser for effektvariablerne ved første eftermåling (7-8 måneder efter behandlingsstart). Både hos PMTO- og TAU-familier ser vi forbedrede gennemsnitsscorer ved eftermålingen på *alle* variable. Familierne udvikler sig positivt i forbindelse med behandlingsforløbet i forhold til både barnets adfærd og forældrenes trivsel og kompetencer.

Børnenes adfærd, SDQ. Vi ser markante forbedringer i forhold til børnenes adfærd. Børnene scorer i gennemsnit bedre på alle adfærdsskaler i SDQ-testen ved eftermålingen i forhold til førmålingen, og der er store fald i den samlede score: PMTO-gruppen går fra en gennemsnitlig total SDQ-score på 19,30 point til 15,80 point, mens TAU-gruppen går fra 18,31 point til 14,51 point. En lavere score betyder færre adfærdsproblemer. Derfor er vi vidne til markante positive udviklinger.

De gennemsnitlige scorer for alle dimensioner af børns adfærd forbedres. Scorer for eksternalisering, internalisering, emotionelle problemer, adfærdsproblemer, hyperaktivitet og relationsproblemer er lavere ved eftermålingen for begge grupper. Samtidig ser vi, at børnene scorer højere på skalaen for prosocial adfærd efter behandling. Eksempelvis går PMTO-gruppen fra en prosocial gennemsnitsscore på 5,61 til 5,95 point, og TAU-gruppen går fra 5,39 til 6,00 point. Det betyder, at børnenes adfærd i højere grad er prosocial efter behandling end før behandling. Samtidig er børnenes adfærd i mindre grad præget af problemer med eksternalisering, internalisering, emotionelle problemer, adfærdsproblemer, hyperaktivitet og relationsproblemer.

Barnets adfærd, CBCL/BPM-P. Børnenes scorer er også forbedret for de fire dimensioner af adfærd, vi måler med CBCL/BPM-P instrumentet. Det gælder igen både for PMTO og TAU. TAU-gruppens scorer falder lidt mere end PMTO-gruppens scorer på alle dimensioner, fx falder TAU-gruppens gennemsnitlige eksternaliseringsscore fra 7,48 til 5,71 point, mens PMTO-gruppen går fra en før-score på 7,14 point til 6,05 point. Samlet set ser vi dog væsentlige forbedringer for begge grupper på alle dimensioner.

Forældres vurdering af eget liv. Forældrenes vurdering af eget liv er højere ved eftermålingen for både PMTO- og TAU-gruppen. Begge grupper stiger med næsten 1 point, fra 6,34 point til 7,18 point for PMTO og fra 5,89 til 6,73 point for TAU, hvilket er markante stigninger på en 11-pointskala.

Forældrenes følelse af sammenhæng i tilværelsen. Forældrenes følelse af sammenhæng i tilværelsen er styrket ved eftermålingen i forhold til førmålingen for begge grupper. Den gennemsnitlige score stiger en smule mere for PMTO-gruppen (fra 67,84 til 70,34 point) end TAU-gruppen (fra 67,84 til 68,80 point) på den samlede skala. På de tre

subskalaer, begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed, ser vi små ændringer fra førmålingen til eftermålingen for både PMTO og TAU.

Forældrekompetencer. Forældrekompetencer, målt ved mestringssevne, stiger hos både PMTO-forældrene (fra en gennemsnitsscore på 32,81 til 34,72 point) og TAU-forældrene (fra en gennemsnitsscore på 31,77 til 34,34 point). Stigningen er en smule større for TAU-familierne, men gruppens udgangspunkt ved behandlingsstart er også en smule lavere.

Forældres stress og depression. I forhold til både stress og depression hos forældrene ser vi forbedring fra førmåling til eftermåling. Både PMTO-gruppen og TAU-gruppens gennemsnitsscorer på stressskalaen og depressionsskalaen er lavere efter behandlingsindsatsen. Eksempelvis falder PMTO-forældrenes gennemsnitlige depressionsscore fra 15,00 til 11,23 point, mens TAU-forældrenes gennemsnitsscore falder fra 12,66 til 10,76 point.

Generelt ser vi altså, at både børnenes adfærdsscorer og forældrenes trivselsscorer forbedres fra før til efter behandling. Det gælder både for PMTO- og TAU-familier. Det peger på, at familierne udvikler sig positivt i løbet af behandlingen. Hvorvidt udviklingen er signifikant undersøges med en fixed-effects estimation. Inden da vil vi sammenligne familiernes scorer med normalscorerne for den danske befolkning. På den måde kan vi vurdere omfanget af problematikker hos familier i familiebehandling i forhold til danske familier generelt.

NORMSCORER

Som sammenligningsgrundlag kan vi anvende normscorer for de forskellige instrumenter. En normscore er gennemsnitsværdien for et tilfældigt udsnit af befolkningen. Der findes danske normscorer for to af de instrumenter, vi anvender. Niclasen m.fl. (2013) har udarbejdet danske normscorer for SDQ-testen for danske drenge i alderen 5-7 år¹², og Bech m.fl. (2001) har udarbejdet normscorer for depressionsskalaen MDI for danske voksne. De fremgår af tabel 5.7, hvor deltagerfamiliernes førscorer også fremgår.¹³

12. (Niclasen m.fl., 2013) har udarbejdet normscorer for flere forskellige grupper af børn. Vi sammenligner til normscorer for drenge i aldersgruppen 5-7 år, fordi denne gruppe ligner børnene i vores forsøg mest. Størstedelen af de børn, der deltager i forsøget, er drenge, og gennemsnitsalderen ligger på 8 år (se tabel 5.2).

13. Bemærk, at vi her rapporterer en samlet førmålingsscore for alle familier under ét, dvs. deltagerfamilier refererer til både PMTO- og TAU-familier.

TABEL 5.7

Normscorer og før-scorer på SDQ og MDI for alle deltagerfamilier. Gennemsnit og standardafvigelse. Pointscorer¹.

| | Normscore | | Førmåling hos deltagerfamilierne (n = 126) | |
|--------------------------------------|-----------|----------|--|----------|
| | Gns. | Std.afv. | Gns. | Std.afv. |
| <i>Barnets adfærd (SDQ)</i> | | | | |
| Total SDQ score | 6,42 | (4,79) | 18,81 | (6,09) |
| Eksternalisering | 4,01 | (3,19) | 11,14 | (3,97) |
| Internalisering | 2,41 | (2,56) | 7,67 | (3,88) |
| Prosocial adfærd | 8,08 | (1,66) | 5,50 | (1,80) |
| Emotionelle problemer | 2,73 | (2,31) | 4,55 | (2,48) |
| Adfærdsproblemer | 1,28 | (1,35) | 4,38 | (1,90) |
| Hyperaktivitet | 1,59 | (1,75) | 6,76 | (2,62) |
| Relationsproblemer | 0,83 | (1,38) | 3,12 | (2,19) |
| <i>Depression (MDI) hos forældre</i> | | | | |
| Depression | 13,70 | (11,50) | 13,85 | (9,92) |

1. Bemærk, at de forskellige effektvariable kommer fra forskellige måleinstrumenter og måler på forskellige skalaer. Derfor kan pointscorerens størrelser ikke sammenlignes på tværs af instrumenter.
 Kilde: Normscorer for SDQ er udarbejdet af Nichlasen m.fl. (2013). Normscorer for MDI er udarbejdet af Bech m.fl. (2001). Værdier for deltagerfamilierne er fra SFI's midtvejsnotat om bedre familiebehandling, 2016.

Den totale SDQ-score skal læses sådan, at jo højere et tal, jo større problemtyngde. Tabel 5.7 viser, at normscoren for den totale SDQ-score ligger på 6,42 point, med en standardafvigelse på 4,79 point. De familier, som deltager i forsøget, har en gennemsnitsscore, der er næsten tre gange så høj som normscoren, nemlig 18,81 point, inden de begynder at modtage behandling. Børnene i undersøgelsen ligger i gennemsnit næsten tre standardafvigelser fra det gennemsnitlige danske barn. Børnene i vores undersøgelse afviger altså markant fra normscoren.

Billedet går igen for hver af de syv parametre, som SDQ-instrumentet kan inddeles i. Sammenlignet med normalen har undersøgelsens børn omtrent tre gange så mange problemer i forhold til eksternalisering (normscore 4,01 og deltagergennemsnit 11,14) og internalisering (normscore 2,41 og deltagergennemsnit 7,67). Børnene i forsøget er i særlig grad præget af hyperaktivitet. Den gennemsnitlige normscore for hyperaktivitet er 1,59, mens deltagerbørnenes gennemsnitsscore er 6,76 point, altså over fire gange højere. De har samtidig flere emotionelle problemer og adfærdsproblemer samt markant flere problemer med at skabe gode relationer til jævnaldrende end det gennemsnitlige danske barn. Det afspejler sig også i, at børnene har en mindre prosocial adfærd end normalt (normscore 8,08 og deltagergennemsnit 5,05).

Sammenligner vi forældrene i deltagergruppen med normscoren for depression, kan vi se, at forældrene i forsøget ikke er mere depressive end gennemsnittet for den danske befolkning. Forældrene i vores undersøgelse har en gennemsnitsscore på 13,85, mens normscoren for et tilfældigt udvalgt udsnit af befolkningen er 13,70.

Vi ser altså, at den gruppe, som visiteres til kommunal familiebehandling, har massive udfordringer i forhold til børnenes adfærd, mens forældrene ikke ser ud til at være særligt psykisk belastede, hvad depression angår, ved behandlingsstart.

ÆNDRINGER OVER TID

Vi har nu set, at alle familierne – uanset om de modtager PMTO eller TAU – har forbedrede scorer efter behandling i forhold til før behandling. Vi ved dog ikke, om de observerede ændringer i testscore er statistisk signifikante. Det undersøger vi med en såkaldt fixed-effects model. Modellen undersøger familiernes udvikling over tid og tager højde for forskelle i familiernes udgangspunkt.¹⁴

UDVIKLING FOR ALLE DELTAGERFAMILIER

I første omgang laver vi en samlet estimation, hvor vi ikke skelner mellem PMTO- og TAU-familier, men ser på den samlede udvikling for alle familier, der deltog i forsøget. Tabel 5.6 viste, at alle familier forbedrede deres scorer fra førmåling til eftermåling, hvilket peger på et samlet positivt udbytte af familiebehandling. For at kunne udtale os om signifikansen og størrelsen på denne udvikling måler vi i første omgang, om familierne i gennemsnit udvikler sig positivt i forhold til deres udgangspunkt. Det vil sige, om den gennemsnitlige udvikling (for hver familie) er positiv fra førmålingen til eftermålingen.

Tabel 5.8 viser resultater af analysen af udviklingen over tid for familierne. Estimationen viser, at for 15 ud af de 16 parametre, vi måler på, har familierne en signifikant, positiv udvikling i løbet af de første 7-8 måneder, hvor behandlingen står på. Afsnittet gennemgår tabellens linjer én efter én i samme rækkefølge, som vi har gennemgået de forskellige instrumenter tidligere. Læsere, som ikke ønsker den helt detaljerede beskrivelse, kan med fordel springe til figur 5.4, som er en grafisk fremstilling af centrale pointer fra tabellen. Læsere, som kun ønsker en beskrivelse af resultaterne, kan med fordel springe til konklusionen.

Børnenes adfærd, SDQ. Familierne har en signifikant positiv udvikling under behandlingsforløbet i forhold til børnenes adfærd. Vi ser en markant forbedring i forhold til den totale SDQ score ($\lambda = -3,79$; standardafvigelse = 0,73; $p < 0,01$; 95-procents-konfidensinterval = -5,22 til -2,36; Cohens $d = -0,62$). Det svarer til en moderat til stor forbedring i barnets adfærd.

14. Se evt. kapitel 4 for nærmere beskrivelse af den statistiske metode.

TABEL 5.8

Ændringer i familierne over tid. Alle familier (både PMTO og TAU). λ koefficient, standardafvigelse, t-statistik, p-værdi, konfidensinterval og Cohens d .

| | λ | Std. afv. | T-værdi | P-værdi | 95-procents-konfidensinterval | Cohen's d |
|--|-----------|-----------|---------|----------|-------------------------------|-------------|
| <i>Barnets adfærd (SDQ)</i> | | | | | | |
| Total SDQ score | -3,79 | 0,73 | -5,19 | 0,000 ** | [-5,22;-2,36] | -0,62 |
| Eksternalisering | -1,70 | 0,47 | -3,64 | 0,000 ** | [-2,62;-0,79] | -0,43 |
| Internalisering | -2,09 | 0,41 | -5,04 | 0,000 ** | [-2,90;-1,28] | -0,54 |
| Prosocial adfærd | 0,61 | 0,23 | 2,67 | 0,009 ** | [0,16;1,07] | 0,34 |
| Emotionelle problemer | -1,19 | 0,30 | -4,02 | 0,000 ** | [-1,78;-0,61] | -0,48 |
| Adfærdsproblemer | -0,81 | 0,24 | -3,30 | 0,001 ** | [-1,29;-0,33] | -0,43 |
| Hyperaktivitet | -0,90 | 0,30 | -3,03 | 0,003 ** | [-1,47;-0,32] | -0,34 |
| Relationsproblemer | -0,90 | 0,22 | -4,05 | 0,000 ** | [-1,33;-0,46] | -0,41 |
| <i>Barnets adfærd (CBCL/BPM-P)</i> | | | | | | |
| Sociale problemer | -1,72 | 0,41 | -4,19 | 0,000 ** | [-2,52;-0,92] | -0,45 |
| Eksternalisering | -1,68 | 0,43 | -3,96 | 0,000 ** | [-2,52;-0,85] | -0,53 |
| Opmærksomhed | -1,39 | 0,32 | -4,33 | 0,000 ** | [-2,01;-0,76] | -0,49 |
| Internalisering | -1,07 | 0,24 | -4,42 | 0,000 ** | [-1,55;-0,60] | -0,46 |
| <i>Forældres vurdering af eget liv (Ladder of Life)</i> | | | | | | |
| Vurdering af eget liv | 1,11 | 0,29 | 3,84 | 0,000 ** | [0,54;1,67] | 0,57 |
| <i>Forældrenes følelse af sammenhæng i tilværelsen (SOC)</i> | | | | | | |
| Total SOC score | 2,04 | 0,83 | 2,44 | 0,016 * | [0,40;3,67] | 0,28 |
| Begribelighed | 0,80 | 0,38 | 2,14 | 0,034 * | [0,07;1,55] | 0,25 |
| Håndterbarhed | 0,95 | 0,34 | 2,81 | 0,006 ** | [0,29;1,61] | 0,35 |
| Meningsfuldhed | 0,28 | 0,36 | 0,77 | 0,440 | [-0,43;0,99] | 0,12 |
| <i>Forældrekompetencer (PSOC)</i> | | | | | | |
| Mestringsevne | 2,67 | 0,88 | 3,03 | 0,003 ** | [0,94;4,39] | 0,43 |
| <i>Stress (PSS) og depression (MDI) hos forældre</i> | | | | | | |
| Stress | -2,60 | 1,04 | -2,49 | 0,014 * | [-4,64;-0,56] | -0,31 |
| Depression | -2,67 | 1,13 | -2,36 | 0,020 * | [-4,88;-0,45] | -0,27 |

Anm.: N = 126 familier. p-værdier er justeret for clustre på familieniveau. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Kilde: SFI's midtvejsnotat om bedre familiebehandling, 2016

På SDQ testens subskalaer ses også signifikante forbedringer på alle dimensioner. Børnene udviser signifikant mindre eksternaliserende adfærd ($\lambda = -1,70$; standardafvigelse = 0,47; $p < 0,01$; 95-procents-konfidensinterval = -2,62 til -0,79; Cohens $d = -0,43$) og signifikant mindre internaliserende adfærd ($\lambda = -2,09$; standardafvigelse = 0,41; $p < 0,01$; 95-procents-konfidensinterval = -2,90 til -1,28; Cohens $d = -0,54$). Forbedringerne er af moderat styrke. Samtidig ser vi, at børnenes prosociale adfærd øges ($\lambda = 0,61$; standardafvigelse = 0,23; $p < 0,01$; 95-procents-konfidensinterval = 0,16 til 1,07; Cohens $d = 0,34$). Forøgelsen er af lille til moderat styrke. Vi ser også signifikante fald i emotionelle problemer ($\lambda = -1,19$; standardafvigelse = 0,30; $p < 0,01$; 95-procents-konfidensinterval = -1,78 til -0,61; Cohens $d = -0,48$), adfærdsproblemer ($\lambda = -0,81$; standardafvigelse = 0,24; $p < 0,01$; 95-procents-konfidensinterval = -1,29 til -0,33; Cohens $d = -0,43$), hyperaktivitet ($\lambda = -0,90$; standardafvigelse = 0,30; $p < 0,01$; 95-procents-konfidensinterval = -1,47 til -0,32; Cohens $d = -0,34$) og relationsproblemer i forhold til jævnaldrende ($\lambda = -$

0,90; *standardafvigelse* = 0,22; $p < 0,01$; 95-procents-konfidensinterval = -1,33 til -0,46; *Cobens d* = -0,41). Forbedringerne er af moderat styrke.

Børnenes adfærd, CBCL/BPM-P. Børnenes adfærd målt ved CBCL/BPM-P instrumenterne undergår ligeledes signifikant positiv udvikling i løbet af perioden med familiebehandling. Børnenes sociale problemer målt ved CBCL falder markant ($\lambda = -1,72$; *standardafvigelse* = 0,41; $p < 0,01$; 95-procents-konfidensinterval = -2,52 til -0,92; *Cobens d* = -0,45). Der ses ligeledes markante forbedringer i forhold til børnenes eksternaliserende adfærd målt ved BPM-P ($\lambda = -1,68$; *standardafvigelse* = 0,43; $p < 0,01$; 95-procents-konfidensinterval = -2,52 til -0,85; *Cobens d* = -0,53), børnenes opmærksomhedsproblemer målt ved BPM-P ($\lambda = -1,34$; *standardafvigelse* = 0,32; $p < 0,01$; 95-procents-konfidensinterval = -2,01 til -0,76; *Cobens d* = -0,49), og børnenes internaliserende adfærd målt ved BPM-P ($\lambda = -1,07$; *standardafvigelse* = 0,24; $p < 0,01$; 95-procents-konfidensinterval = -1,55 til -0,60; *Cobens d* = -0,46). Forbedringerne er af moderat styrke.

Forældres vurdering af eget liv. Forældrenes vurdering af eget liv forbedres ($\lambda = 1,11$; *standardafvigelse* = 0,29; $p < 0,01$; 95-procents-konfidensinterval = 0,54 til -1,67; *Cobens d* = 0,57). Forbedringen er signifikant og af moderat styrke.

Forældrenes følelse af sammenhæng i tilværelsen. Vi ser signifikante forbedringer i forhold til den samlede score for følelse af sammenhæng i tilværelsen ($\lambda = 2,04$; *standardafvigelse* = 0,83; $p < 0,05$; 95-procents-konfidensinterval = 0,40 til 3,67; *Cobens d* = 0,28). Vi ser endvidere signifikante forbedringer på 2 ud af 3 dimensioner af følelse af sammenhæng i tilværelsen, nemlig på begribelighedsskalaen ($\lambda = 0,81$; *standardafvigelse* = 0,38; $p < 0,05$; 95-procents-konfidensinterval = 0,07 til 1,55; *Cobens d* = 0,25) og håndterbarhedsskalaen ($\lambda = 0,95$; *standardafvigelse* = 0,34; $p < 0,01$; 95-procents-konfidensinterval = 0,30 til 1,61; *Cobens d* = 0,35). Forbedringerne er små til moderate. På dimensionen, der måler meningsfuldhed, finder vi ikke signifikant udvikling i hverken positiv eller negativ retning ($p = 0,44$).

Forældrekompetencer. Også forældrenes kompetenceniveau målt ved selvrapporterede mestringsevner forbedres ($\lambda = 2,67$; *standardafvigelse* = 0,88; $p < 0,01$; 95-procents-konfidensinterval = 0,94 til 4,39; *Cobens d* = 0,43). Forbedringen er af moderat styrke.

Forældres stress og depression. Forældrenes mentale helbred forbedres signifikant. Forældrenes stressniveau falder ($\lambda = -2,60$; *standardafvigelse* = 1,04; $p < 0,05$; 95-procents-konfidensinterval = -4,64 til -0,56; *Cobens d* = -0,31), det samme gør forældrenes tendens til depression ($\lambda = -2,67$; *standardafvigelse* = 1,14; $p < 0,05$; 95-procents-konfidensinterval = -4,88 til -0,45; *Cobens d* = -0,27). Forbedringerne er små.

FORBEDRINGER PÅ NÆSTEN ALLE DIMENSIONER

Som samlet gruppe oplever familierne markant positiv udvikling under behandlingsforløbet, hvad enten de modtager PMTO- eller TAU-

behandling. Der ses markante forbedringer på alle dimensioner af børnenes adfærd, på forældrenes kompetenceniveau og på alle dimensioner af forældrenes trivsel på nær forøget meningsfuldhed. Figur 5.3 viser grafisk omfanget af forbedringer på de forskellige dimensioner målt ved Cohens *d*. Cohens *d* måler, på en sammenlignelig skala, styrken af ændringerne hos familierne i løbet af familiebehandlingen. Værdier omkring 0,20 angiver små ændringer, værdier omkring 0,50 angiver moderate ændringer, og værdier omkring 0,80 angiver store ændringer (Cohen, 1988). Vandrette fejllinjer angiver et 95-procents-konfidensinterval. Konfidensintervallet er det udfaldsrum, som ændringer hos familierne med 95 pct.s sandsynlighed falder inden for.

Børnenes adfærd undergår moderate forbedringer. Vi ser de største forbedringer på den samlede SDQ-score, men ser også moderate forbedringer for alle SDQ-dimensionerne, både eksternalisering, internalisering, emotionelle problemer, adfærdsproblemer, relationsproblemer og i forhold til prosocial adfærd. Vi ser ligeledes moderate forbedringer i børnenes adfærd målt ved CBCL og BPM-P. Der er moderate forbedringer i forhold til CBCL sociale problemer, men også i forhold til eksternalisering, opmærksomhedsproblemer og internalisering målt ved BPM-P ser vi moderate forbedringer.

Forældrenes vurdering af eget liv bliver moderat forbedret.

Forældrenes følelse af sammenhæng i tilværelsen målt ved total SOC-score undergår en lille forbedring. På de tre dimensioner af SOC-scoren ser vi henholdsvis små forbedringer (for begribelighed) moderate forbedringer (for håndterbarhed) og ingen signifikante forbedringer (for meningsfuldhed).

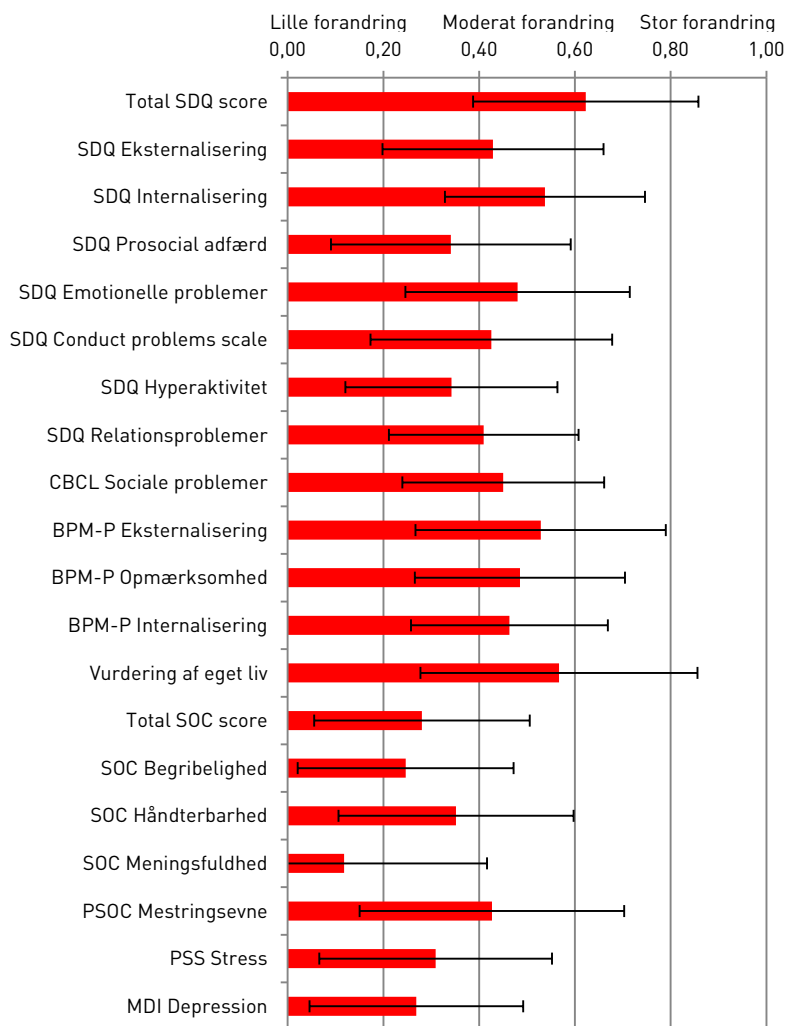
Forældrekompetencer målt ved mestringssevne på PSOC-skalaen undergår moderate forbedringer.

Forældres stress og depression viser små forbedringer.

De vandrette fejllinjer, som angiver konfidensintervallet omkring ændringerne, er relativt brede. Det betyder, at der er stor forskel på omfanget af ændringer for de forskellige familier.

FIGUR 5.3

Familiernes ændringer over tid på de undersøgte parametre. Alle familier (både PMTO og TAU). Cohens d og 95-procents-konfidensintervaller.



Anm.: N = 126 familier.

Kilde: SFI's midtvejsnotat om bedre familiebehandling, 2016.

EFFEKT AF PMTO

Forrige afsnit viste, at alle familierne oplevede en positiv udvikling. I dette afsnit undersøger vi, om der er forskel på udbytte af behandling, afhængigt af om familierne har modtaget PMTO-behandling eller TAU-behandling. I tabel 5.9 ser vi resultaterne af en effekttestimation af PMTO i forhold til TAU. Eventuelle signifikante værdier betyder, at

PMTO-familierne har oplevet markant større forbedringer af familiebehandling end TAU-familierne. Analysen viser, at PMTO ikke har en større effekt end TAU-behandling for nogle af de effektmål, vi undersøger. Det fremgår af kolonnen med p-værdier. P-værdier skal ligge under 0,05, når vi vil udtale os om effekt med 95 pct.s sikkerhed. Men alle værdier overskrider markant 0,05.

TABEL 5.9

Effekt af PMTO i forhold til TAU behandling¹. ρ koefficient (effekt), standardafvigelse, t-statistik, p-værdi, konfidensinterval og Cohens d (effektstørrelse).

| | ρ | Std. afv. | t-værdi | p-værdi | 95-procents-konfidensinterval | Cohen's d |
|--|--------|-----------|---------|---------|-------------------------------|-------------|
| <i>Barnets adfærd (SDQ)</i> | | | | | | |
| Total SDQ score | -0,11 | 1,06 | -0,11 | 0,916 | [-2,18;1,96] | -0,02 |
| Eksternalisering | -0,82 | 0,66 | -1,25 | 0,215 | [-2,12;0,47] | -0,21 |
| Internalisering | 0,71 | 0,61 | 1,17 | 0,244 | [-0,48;1,90] | 0,18 |
| Prosocial adfærd | -0,27 | 0,35 | -0,78 | 0,437 | [-0,95;0,41] | -0,15 |
| Emotionelle problemer | 0,52 | 0,39 | 1,32 | 0,189 | [-0,25;1,29] | 0,21 |
| Adfærdsproblemer | -0,64 | 0,37 | -1,73 | 0,086 | [-1,36;0,09] | -0,34 |
| Hyperaktivitet | -0,19 | 0,40 | -0,47 | 0,638 | [-0,97;0,59] | -0,07 |
| Relationsproblemer | 0,19 | 0,37 | 0,51 | 0,613 | [-0,54;0,92] | 0,09 |
| <i>Barnets adfærd (CBCL/BPM-P)</i> | | | | | | |
| Sociale problemer | 0,03 | 0,59 | 0,05 | 0,96 | [-1,12;1,18] | 0,01 |
| Eksternalisering | 0,54 | 0,59 | 0,92 | 0,36 | [-0,61;1,68] | 0,17 |
| Opmærksomhed | 0,12 | 0,45 | 0,28 | 0,78 | [-0,75;1,00] | 0,04 |
| Internalisering | 0,37 | 0,40 | 0,92 | 0,36 | [-0,42;1,15] | 0,16 |
| <i>Forældrenes vurdering af eget liv (Ladder of Life)</i> | | | | | | |
| Vurdering af eget liv | -0,17 | 0,37 | -0,46 | 0,649 | [-0,91;0,56] | -0,09 |
| <i>Forældrenes følelse af sammenhæng i tilværelsen (SOC)</i> | | | | | | |
| Total SOC score | 0,54 | 1,22 | 0,44 | 0,659 | [-1,85;2,92] | 0,07 |
| Begribelighed | 0,60 | 0,57 | 1,06 | 0,292 | [-0,51;1,72] | 0,18 |
| Håndterbarhed | 0,07 | 0,43 | 0,16 | 0,872 | [-0,77;0,91] | 0,03 |
| Meningsfuldhed | -0,13 | 0,54 | -0,25 | 0,804 | [-1,18;0,92] | -0,06 |
| <i>Forældrekompetencer (PSOC)</i> | | | | | | |
| Mestringsevne | -0,60 | 1,10 | -0,55 | 0,585 | [-2,75;1,55] | -0,10 |
| <i>Stress (PSS) og depression (MDI) hos forældre</i> | | | | | | |
| Stress | 1,20 | 1,42 | 0,85 | 0,399 | [-1,58;3,99] | 0,14 |
| Depression | -0,92 | 1,67 | -0,56 | 0,580 | [-4,19;2,34] | -0,09 |

Anm.: N = 126 familier. p-værdier er justeret for clustre på familieniveau. * p < 0,05; ** p < 0,01.

1. TAU står for Treatment As Usual. I denne undersøgelse har familierne, som randomiseres til treatment as usual, modtaget terapi, som er mindre rammebaseret end PMTO, og som typisk bygger på en systemisk-narrativ tilgang.

Kilde: SFI's midtvejsnotat om bedre familiebehandling, 2016.

Der er altså ikke forskel på, om familierne modtager PMTO- eller TAU-behandling, med hensyn til forbedringer i de undersøgte variable omkring børns adfærd eller forældres trivsel og evner. Vi finder ingen yderligere effekt af PMTO-behandling i forhold til anden kommunal familiebehandling.

KONKLUSION

TAU-BEHANDLING HAR FLERE LIGHEDER MED PMTO-BEHANDLING

Kvalitative interviews med 15 terapeuter, der har forestået behandling af TAU-familier i dette forsøg, peger på, at der er en række ligheder mellem PMTO-behandling og TAU-behandling. Både i forhold til teoretisk udgangspunkt og indhold ser det ud til, at flere principper og værktøjer i PMTO-behandling også anvendes i kommunernes andre behandlingstilbud. Det betyder, at vi sammenligner to typer af behandlingsforløb, der begge forstår adfærdsproblemer som noget, der knytter sig til de sociale omgivelser frem for til barnet alene, og som anvender en række af de samme typer af terapeutiske værktøjer for at opnå forandring, fx hjemmopgaver, videooptagelser og tavlebrug, som grundlag for læring. Den centrale forskel på de to behandlinger består i, at PMTO er et mere rammesat og struktureret program, mens TAU-behandlingen i højere grad sammensættes ad hoc.

MANGE UDFORDRINGER, MEN ENS UDGANGSPUNKT

Vores analyser viser, at de familier, som visiteres til kommunal familiebehandling, i gennemsnit har færre års uddannelse og i mindre grad er i beskæftigelse, end den øvrige befolkning. De undersøgte børn har i gennemsnit tre gange så mange adfærdsproblemer som andre børn i Danmark. Forældrene er til gengæld ikke mere psykisk belastede end andre danske voksne, hvad angår depression.

Ved behandlingsstart er der ikke forskel mellem PMTO-familierne og TAU-familierne. De to grupper har samme niveau af udfordringer, inden behandlingen går i gang. Det gælder både i forhold til baggrundskarakteristika, børnenes adfærd og forældrenes trivsel og kompetencer. Der er dog stor intern variation i grupperne på alle parametre.

POSITIV UDVIKLING HOS BEGGE GRUPPER

For både PMTO- og TAU-behandling ser vi forbedrede gennemsnitsscorer hos familierne på alle responsvariable efter behandling. Familierne udvikler sig positivt i forbindelse med behandlingsforløbet, både i forhold til barnets adfærd og i forhold til forældrenes trivsel og kompetencer.

Det resultat bekræftes af en såkaldt fixed-effects estimation af familiernes udvikling over tid. Familierne oplever signifikante forbedringer på alle otte dimensioner af barnets adfærd, som vi undersøger med SDQ. Der ses altså positive udviklinger for både eksternaliserings- og internaliseringsproblemer, emotionelle problemer, adfærdsproblemer, hyperaktivitet, relationsproblemer og prococial adfærd. Forbedringerne er af moderat styrke (Cohens $d = -0,62$ til $0,34$, jf. tabel 5.8). Familierne oplever ligeledes signifikante forbedringer af barnets adfærd målt ved de

fire dimensioner i CBCL og BPM-P, som vi undersøger: sociale problemer, eksternaliserende adfærd, opmærksomhedsproblemer og internaliserende adfærd. Forbedringerne her er også af moderat styrke (Cohens $d = -0,45$ til $-0,53$, jf. tabel 5.8).

Estimationen af udviklingen over tid for alle familier viser også positive forandringer hos forældrene. Forældrene vurderer, at deres eget liv forbedres moderat (Cohens $d = 0,57$, jf. tabel 5.8), og at deres kompetenceniveau målt ved mestringsevne forbedres moderat (Cohens $d = 0,43$, jf. tabel 5.8). Forældrenes oplevelse af sammenhæng i tilværelsen stiger på 3 ud af 4 dimensioner (Cohens $d = 0,25-0,35$, jf. tabel 5.8). Stigningerne er små, men signifikante. Estimationen viser også signifikante fald i depression og stress hos forældrene (Cohens $d = -0,27$ til $-0,31$, jf. tabel 5.8).

INGEN YDERLIGERE EFFEKT AF PMTO I FORHOLD TIL TAU

En fixed-effects estimation af effekten af PMTO-behandling i forhold til TAU-behandling finder imidlertid ingen signifikante forskelle mellem de to grupper. Sammenlignet med anden familiebehandling opnår PMTO-familierne ikke en signifikant større effekt af familiebehandling. PMTO- og TAU-familier oplever samme positive udvikling, mens de er i familiebehandling.

OVERLAP I TEORI OG VÆRKTØJER

Kvalitative interviews med terapeuter, som har forestået den almindelige familiebehandling, viser, at der er mange ligheder mellem TAU-behandling og PMTO-behandling. Terapeuterne, som forestår den almindelige familiebehandling, anvender flere af de værktøjer, som PMTO også anvender, og bygger behandlingsforløbene op om teoretiske idéer om adfærdsændring, som PMTO-behandling også indeholder. Når både PMTO- og TAU-familier oplever positive gevinster ved behandling, kan det skyldes, at PMTO- og anden familiebehandling i en vis udstrækning arbejder med samme virksomme principper og brugbare redskaber.

DISKUSSION

Denne midtvejsevaluering af familiebehandlingsprogrammet PMTO har præsenteret resultater fra de første to dataindsamlingsrunder på projektet Bedre Familiebehandling. Undersøgelsen er designet som et randomiseret, kontrolleret forsøg, hvor PMTO-behandling sammenlignes med andre familiebehandlingstilbud i kommunerne, her kaldet *treatment as usual* (TAU). Undersøgelsen beskæftiger sig specifikt med tilbud til familier med børn i alderen 4-12 år, som udviser adfærdsproblemer. Undersøgelsens formål har været at belyse eventuelle effektforskelle mellem PMTO-behandling og anden kommunal familiebehandling.

Data demonstrerer, at familierne udvikler sig markant i en positiv retning på stort set alle undersøgte parametre, mens de er i familiebehandling. Analyserne viser endvidere, at der ikke er signifikant forskel mellem udviklingen hos familier, der modtager PMTO-behandling, og udviklingen hos familier, der modtager TAU-behandling. Begge behandlingsindsatser ser ud til at have en positiv indflydelse af samme styrke på både børnenes adfærd og forældrenes kompetencer og trivsel.

POSITIV UDVIKLING OG EFFEKT

Vi observerer positive ændringer fra førmålingen til eftermålingen i familiernes gennemsnitsscorer på alle undersøgte dimensioner. Familierne udvikler sig positivt i forhold til både børnenes adfærd, forældrenes kompetencer og forældrenes trivsel. Den positive udvikling gør sig gældende hos både PMTO-familier og TAU-familier. En fixed-effects estimation viser, at familier, der modtager familiebehandling, oplever signifikante udviklinger på 15 ud af de 16 effektmål, vi undersøger. Forbedrin-

gerne er af moderat styrke for børnenes adfærd og forældrenes kompetenceniveau og små til moderate i forhold til forældrenes trivsel.

FORBEDRINGER I BØRNS ADFÆRD

I løbet af de første 7-8 måneder, hvor familiebehandlingen stod på, ser vi forbedringer af moderat styrke for alle de dimensioner af barnets adfærd, vi undersøger. Børnene får en mindre eksternaliserende adfærd, og deres internaliseringsproblemer reduceres. Vi ser også en reduktion i opmærksomhedsproblemer, emotionelle problemer og problemer med at etablere og vedligeholde relationer til jævnaldrende. Børnene bliver ligeledes mindre hyperaktive og udviser færre adfærdsvanskeligheder. Samtidig ser vi, at børnenes sociale styrker øges, og deres sociale problemer reduceres. Børnene undergår altså markante forbedringer i løbet af den tid, familiebehandlingen står på.

Fundene er på linje med studier af familiebehandling i Norge, Island og Holland, som også undersøger familiernes udvikling fra førmåling til eftermåling (se Ogden & Hagen, 2008; Sigmarsdóttir m.fl., 2015; Thijssen m.fl., 2016). På linje med vores undersøgelse finder studierne, at både PMTO- og anden familiebehandling fører til signifikante forbedringer af børns adfærd.

I de europæiske studier har man haft særlig opmærksomhed på eksternaliserende adfærd hos børn. Studierne peger på, at både PMTO- og anden familiebehandling fører til signifikante reduktioner af eksternaliserende adfærd hos børn. Effekttørrelserne i de øvrige europæiske studier er moderate til store (Thijssen m.fl., 2016). Vi finder ligeledes moderate forbedringer. Familiebehandling i Danmark fører således på linje med familiebehandling i Island, Norge og Holland til markante forbedringer i børns adfærd.

FORBEDRINGER I FORÆLDRES KOMPETENCER OG TRIVSEL

Forældrene til børnene oplever også positiv udvikling på en række af de parametre, vi undersøger. Vi observerer små forbedringer i forhold til forældrenes niveau af stress og depression samt deres følelse af sammenhæng i tilværelsen. Vi ser moderate forbedringer i forældrenes vurdering af eget liv og forældrenes kompetenceniveau. I Social Interaction Learning-modellen, som er den teoretiske ramme, PMTO-behandlingen bygger på, hænger børns adfærd og forældres kompetencer tæt sammen (Patterson, Chamberlain & Reid, 1982). PMTO er målrettet forældrene, fordi forældrekompetencer ses som den mekanisme, der kan føre til færre adfærdsproblemer hos børn. Forbedringer i børns adfærd ses som et medieret resultat af forbedringer i forældrenes kompetencer. Vores studie finder både moderate forbedringer i forhold til børns adfærd og forældres kompetenceniveau. Undersøgelsens resultater ligger således foreløbigt på linje med den teoretiske ramme, som PMTO-behandling byg-

ger på. I slutrapporten vil vi undersøge, om vi kan identificere den medierede effekt, som SIL-modellen peger på.

Det eneste effektmål, vi ikke finder ændringer for, er forældrenes oplevelse af meningsfuldhed med tilværelsen.¹⁵ Det er måske ikke overraskende, at noget så grundlæggende som meningsfuldhed med tilværelsen ikke forbedres signifikant efter 7-8 måneder med familiebehandling. Til gengæld ser vi, at forældrene oplever forbedringer på alle andre dimensioner. Der sker ingen negative udviklinger i løbet af behandlingsforløbet.

INGEN SÆREFFEKTER AF PMTO ELLER TAU

Vi ser ingen særlige effekter af PMTO i forhold til TAU på nogen af de undersøgte parametre. Både PMTO- og TAU-familier oplever mange og markante positive forandringer i løbet af den tid, vi følger dem. Når vi ikke finder særskilte effekter af PMTO- eller TAU-behandling, skal det imidlertid ikke forstås sådan, at familiebehandling ikke virker. Det betyder i stedet, at de undersøgte behandlingstilbud til familier med børn og unge i adfærdsvanskeligheder har en ensartet effekt på de undersøgte effektmål.

Vores resultater er ikke overraskende set i lyset af de øvrige RCT-studier af PMTO i Europa. Disse studier sammenligner også en gruppe af familier, der har modtaget PMTO-behandling, med en gruppe af familier, som modtager en anden form for familiebehandling. Et nyligt afsluttet studie fra Holland fandt fx også, at både PMTO- og almindelig familiebehandling var effektive indsatser i forhold til at reducere både børns adfærdsproblemer og forældres stressniveauer, og at der ikke var signifikant forskel mellem effekterne af de to behandlingsformer (Thijssen m.fl., 2016). Studier i Norge og Island fandt, at PMTO havde en lidt større effekt end TAU-behandling på enkelte parametre (Ogden & Hagen, 2008; Sigmarisdóttir m.fl., 2015). For begge studier gælder det dog, at man kun så signifikante forskelle mellem PMTO-familier og TAU-familier på få af de effektvariable, man målte på. I det islandske studie fandt Sigmarisdóttir m.fl. (2015) fx en effekt af PMTO på børnenes niveau af sociale kompetencer, men man fandt ikke tilsvarende effekter på andre parametre, såsom niveauet af adfærdsproblemer hos børnene eller forældrenes kompetencer. I det norske studie fandt Ogden & Hagen (2008), at PMTO-behandling var mere effektiv end TAU-behandling i forhold til at reducere børnenes adfærdsproblemer, men ved eftermålingen 1 år senere var forskellene insignifikante (Hagen, Ogden & Bjørnebekk, 2011).

Denne undersøgelses resultater lægger sig godt i forlængelse af tidligere europæiske RCT-studier af PMTO-behandling, hvor PMTO evalueres op imod landenes almindelige familiebehandlingsprogrammer. Alle europæiske studier har fundet en generel, positiv udvikling hos fami-

¹⁵ For en beskrivelse af effektmålet, se kapitel 4.

lierne, hvilket tyder på en generel høj kvalitet i de undersøgte familiebehandlingsstilbud.

TAU HAR EN RÆKKE ELEMENTER TILFÆLLES MED PMTO

Nogle tidligere europæiske studier af PMTO har ikke lagt kræfter i at afdække, hvilken behandling, sammenligningsfamilierne i TAU-gruppen har fået (fx Sigmarsdóttir m.fl., 2013). Det er et problem i forhold til fortolkningen af effekter, da vi reelt ikke ved, hvilken behandling, PMTO måles op imod. Det giver fx god mening, at man ikke finder effektforskelle, hvis man fx måler to lignende indsatser op imod hinanden uden at være opmærksom på det.

For at fortolke vores resultater rigtigt, har vi arbejdet med at afdække, hvad TAU-behandlingsforløbene kunne indeholde. Interviewene pegede på, at TAU-forløbene havde en række ligheder med PMTO-behandling. Både de teoretiske principper og terapeutiske værktøjer, som TAU-terapeuterne anvender, har mange ligheder med elementerne i PMTO-behandling. Når vi ikke finder signifikante forskelle mellem PMTO-gruppen og TAU-gruppens udbytte af familiebehandling, hænger det formentligt sammen med, at TAU-familierne har fået en indsats, der på væsentlige punkter ligner PMTO-indsatsen. Ligheder og overlap ses både i forhold til teorier om problemadfærdens udgangspunkt og muligheder for terapeutisk forandring samt i forhold til de konkrete værktøjer, der anvendes for at opnå forandring.

De virksomme principper og elementer i PMTO-behandlingen er tilsyneladende også centrale komponenter i flere af kommunernes andre familiebehandlingsstilbud. Det er positivt, at familiebehandlingsfeltet over en bred kam tilsyneladende er gode til at absorbere og anvende virksomme principper. Samtidig er det formentlig en del af forklaringen på de manglende særeffekter af PMTO- eller TAU-behandling.

PMTO SAMMENLIGNET MED UBEHANDLEDE GRUPPER

I modsætning til vores resultater (og resultater i de tidligere citerede europæiske studier) finder amerikanske PMTO-studier en række særeffekter af PMTO på børns adfærd, forældres kompetencer og forældres trivsel (se fx DeGarmo & Forgatch, 2005; Forgatch & DeGarmo, 1999; Forgatch, DeGarmo & Beldavs, 2005). Forskellen skyldes højst sandsynligt, at de amerikanske studier har haft et andet design end vores undersøgelse. De amerikanske studier har sammenlignet en gruppe af familier, som modtager PMTO-behandling, med en kontrolgruppe af familier, som har stået på venteliste til PMTO-behandling, og som ikke modtog anden familiebehandling i perioden. I vores studie modtager både PMTO-gruppe og sammenligningsgruppe behandling i løbet af den tidsperiode, vi følger dem. De amerikanske studier sammenholder altså PMTO med *No Treatment*, ingen behandling, mens vi sammenligner

PMTO med *Treatment As Usual*, almindelig behandling. Studier, som sammenligner to behandlinger, vil forventeligt finde en mindre effekt, end studier, som sammenligner behandling og ingen behandling.

MULIGE KAUSALE EFFEKTER AF FAMILIEBEHANDLING

Vi ser mange og markante positive ændringer hos både PMTO- og TAU-familier fra behandlingsstart til eftermåling. Vi kan dog ikke være sikre på, at de positive ændringer er kausale effekter af familiebehandling, fordi vi ikke kan udelukke, at familierne også ville have haft en positiv udvikling uden behandling. Det kan vi ikke udelukke, fordi vi ikke – som de amerikanske studier – har en kontrolgruppe af familier, der ikke modtager behandling. Det er dog bemærkelsesværdigt, at den udvikling, vi finder over tid, svarer til de særeffekter, som amerikanske studier finder af PMTO.

Studierne finder små til moderate effekter af PMTO på børns eksternaliserende og internaliserende adfærd, forældrenes kompetenceniveau og forældrenes depressionsniveau (se fx DeGarmo, Patterson & Forgatch, 2004; Forgatch, DeGarmo & Beldavs, 2005; Forgatch & DeGarmo, 1999).¹⁶ Vores resultater viser tilsvarende, at de danske familier opnår små til moderate forbedringer i forhold til børns eksternaliserende og internaliserende adfærd, forældrenes kompetenceniveau målt ved mestringsevne og forældrenes depressionsniveau.¹⁷ Ligheden mellem de kausale effekter i de amerikanske studier og effekter over tid i dette studie peger på, at den positive udvikling over tid, vi ser hos både PMTO- og TAU-familier, ligger tæt på den kausale effekt af behandling.

Resultaterne af denne undersøgelse peger altså på, at både PMTO-familiebehandling og anden familiebehandling ser ud til at have en positiv kausal effekt på børns adfærd, forældres kompetencer og forældres trivsel. Der ser således ud til at være markante gevinster ved at tilbyde familiebehandling til familier med børn, som udviser begyndende eller udtalte adfærdsproblemer. Familier vil både profitere af PMTO- og TAU-behandling, som arbejder ud fra en forståelse af, at man kan ændre barnets adfærd ved at styrke forældrenes kompetencer.

16. I nogle amerikanske studier finder man stærke effekter i forhold til forældrekompetencer. Forskellene i effektstørrelserne kan skyldes forskelle i, hvilke familietyper, man undersøger. I de tilfælde, hvor effekterne er stærke, består deltagerpopulationen nemlig af familier, der ud over adfærdsproblemer hos børnene også oplever problemer i forlængelse af skilsmisse og sammenbringelse i nye familiekonstellationer (se fx Forgatch, DeGarmo & Beldavs, 2005).

17. Vi undersøger de samme parametre, men anvender instrumenter, som ikke er direkte sammenlignelige. Se evt. diskussion af instrumenternes sammenlignelighed under afsnittet "Begrænsninger".

BEGRÆNSNINGER

En række begrænsninger ved dette studie skal nævnes. Vores resultater skal læses med forbehold for disse begrænsninger.

IKKE FULDT SAMMENLIGNELIGE INSTRUMENTER

En første begrænsning knytter sig til de instrumenter, vi anvender til at belyse børns adfærd og forældres trivsel og kompetencer. Vi oversætter og tilpasser flere af de tests, som instrumenterne beror på, til en dansk kontekst. De danske udgaver af tests, som vi anvender, er (endnu) ikke validerede. Det drejer sig om instrumenterne SOC, PSOC og PSS, som måler følelse af sammenhæng i tilværelsen, forældrekompetencer og forældres stressniveau. På disse parametre er vores undersøgelse ikke fuldt sammenlignelige med udenlandske studier.

Oversættelses- og tilpasningsprocedurerne er dog gennemført så grundigt, som vi havde mulighed for, fx har vi oversat de danske udgaver af testene tilbage til engelsk for at validere oversættelserne. Instrumentet PSS er i øjeblikket i gang med at blive valideret i en dansk udgave. Vi har ingen grund til at tro, at de oversatte udgaver måler noget væsentligt andet end de originale, engelsksprogede udgaver.

ET MINDRE DATAGRUNDLAG END TILSIGTET

En anden begrænsning er, at mange kommuner ikke nåede deres rekrutteringsmål, og derfor bygger undersøgelsen på et mindre datagrundlag end tilsigtet. De 11 deltagende kommuner havde et samlet rekrutteringsmål på 305 familier. Den faktiske rekruttering endte imidlertid på 126 familier.

FÅ OBSERVATIONER GØR DET SVÆRERE AT IDENTIFICERE EFFEKT

Få observationer kan være et problem, fordi et lille datagrundlag gør det sværere at identificere signifikante effekter. Muligheden for at identificere effekt hænger nemlig sammen med datagrundlagets størrelse. Med et lille datagrundlag bliver den statistiske usikkerhed større.

Vi kan ikke vide, om resultaterne havde tegnet sig anderledes, såfremt den tilsigtede rekruttering var nået. Havde vi haft et større datagrundlag, er det ikke umuligt, at vi kunne have identificeret signifikante særeffekter af PMTO- eller TAU-behandling. Det skal dog siges, at langt de fleste dimensioner, som vi har undersøgt, ikke var tæt på at være signifikante, og et lidt større datagrundlag ville formodentligt ikke ændre markant ved resultaterne.

REKRUTTERINGSUDFORDRINGER

Forskellen mellem den tilsigtede og faktiske rekruttering i dette studie skyldes en række udfordringer. Rekrutteringen var langsommelig i op-

startperioden, hvor kommunerne skulle implementere og tilpasse rekrutteringsproceduren, så den fungerede i sagsbehandlerens dagligdag. Dertil kommer, at rekrutteringen har stået mere eller mindre stille i og efter ferieperioder, hvor der muligvis har været en tendens til, at kommuner og sagsbehandlere har glemt projektet, eller der har været færre familier, som har ønsker familiebehandling hen over sommerferien. Udskiftninger i medarbejdere med kendskab til projektet samt omstruktureringer i kommunerne har også været udfordringer for rekrutteringsprocessen.

Kapacitetsproblemer i kommunerne kan også have været en udfordring. Behandlingsforløb kan kun igangsættes i det omfang, der er terapeuter til det. Selvom kommunerne selv kunne vælge med hvilket randomiseringsforhold, familier skulle randomiseres til PMTO- og TAU-behandling, indgik hensynet til kommunens øjeblikkelige kapacitet og ændringer i kapaciteten ikke i visiteringen af de enkelte familier.

Det er også muligt, at rekrutteringsprocessen har lidt under modvillighed mod randomisering fra sagsbehandlerne, fx fordi sagsbehandleren har haft en faglig holdning til, hvilket behandlingstilbud, en given familie vil profitere mest af. Resultatet kan blive, at sagsbehandlere og visitatorer oplever en konflikt mellem deres faglige vurdering og visitering til forsøget. Udfordringen er kendt fra andre RCT-studier af kommunale behandlingstilbud i Danmark (Hansen & Pontoppidan, 2014). Derudover kan sagsbehandlere i en travl hverdag have nedprioriteret rekruttering til projektet for ikke at blive belastet af at skulle sende e-mails til SFI og vente på svar.

Det har ikke været muligt at forpligte kommunerne på at levere det tilsigtede antal familier til forsøget. Sagsbehandlerene kan glemme eller direkte modsætte sig rekruttering til forsøget. Vi har derfor lagt mange ressourcer i at formidle projektets relevans til visitatorer og behandlere samt udbetalt compensation til kommunerne pr. rekrutteret familie. Det er vores fornemmelse, at specielt udbredelse af kendskab til projektet og formidling af projektets vigtighed hjalp til at imødegå rekrutteringsudfordringer.

VARIATION I BEHANDLINGSDOSERING

En tredje begrænsning ved undersøgelsen er, at vi ikke har haft mulighed for at tage højde for antallet af behandlingssessioner, som familierne har modtaget. Det skyldes, at vi ønskede at belaste kommunerne minimalt i dataindsamlingsprocessen. Vi ved derfor ikke, hvor mange behandlingssessioner, familierne har modtaget ved eftermålingen. Vi ved heller ikke, hvornår familiernes forløb sluttede. Det, vi ved, er, at familien har været i kontakt med behandlingsstedet i et bestemt tidsrum, og at behandlingssessioner typisk finder sted en gang ugentligt. Individuelle tilpasninger eller perioder med fx ferie kan dog betyde, at familierne har modtaget et forskelligt antal behandlingssessioner ved eftermålingen.

Et PMTO-behandlingsforløb består i dag af gennemsnitligt 23 sessioner (Socialstyrelsen, 2016b). Interviews med TAU-terapeuter viste, at et TAU-behandlingsforløb kunne bestå af alt mellem 5 og 50 sessioner. Der kan derfor være signifikant forskel på, hvor mange behandlingssessioner, PMTO- og TAU-familier har fået. Behandlingsdosen kan have indflydelse på effekten, selvom opgørelser foretaget i Danmark ikke tyder på, at der er øget effekt ved meget lange PMTO-behandlingsforløb i forhold til kortere PMTO-forløb (Socialstyrelsen, 2016b). Manglen på sammenhæng mellem behandlingsdosis og effekt viser sig også i norsk forskning, hvor man ikke finder korrelation mellem antallet af behandlingssessioner og forbedringer i børnenes adfærd for hverken PMTO- eller TAU-familier (Ogden & Hagen, 2008). Vi har derfor ikke grund til at forvente, at eventuelle forskelle i behandlingsdosering vil være relevant i forhold til vores effektmålinger.

FORSKEL I TERAPEUTERNES ERFARINGSGRAD

Et sidste forbehold er, at vi ikke ved, hvor mange års erfaring, terapeuten har med den anvendte metode. I kapitel 3 er det beskrevet, hvornår PMTO-terapeuterne er blevet uddannet, og deraf kan vi se, at der er stor forskel på terapeuternes erfaring med metoden. Nogle PMTO-terapeuter er relativt nyuddannede, da dette forsøg starter, mens andre har flere års erfaring. TAU-terapeuterne har ligeledes forskellige erfaringsbaggrunde. Det vil være relevant at tage højde for, at nogle terapeuter har flere års erfaring med at anvende henholdsvis PMTO- og TAU-tilgangen end andre. Desværre har det dog ikke været muligt i denne undersøgelse.

MÅLRETNING AF FAMILIEBEHANDLING

FAMILIERNES RESSOURCER

Data demonstrerer, at deltagergruppen i dette studie adskiller sig fra den øvrige danske befolkning på flere punkter. Forældrene er i mindre grad i arbejde og har gennemsnitligt færre års uddannelse end resten af befolkningen. Det tyder på, at de familier, som visiteres til familiebehandling, generelt set har færre ressourcer end den gennemsnitlige danske børnefamilie. Norske studier har fundet, at der er en sammenhæng mellem familiens økonomiske ressourcer og familiens gevinst ved et PMTO-forløb (Bjørnebekk, Kjøbli & Ogden, 2015). Familiens omfang af økonomiske ressourcer modererer så at sige udbyttet af PMTO-behandling. I slutevalueringen vil vi undersøge, om effekten af PMTO og TAU også modereres af fx niveauet af økonomiske ressourcer i familien i en dansk kontekst. Finder vi forskelle i udbyttet af behandlingen, kan det være relevant at målrette PMTO og TAU til den type familier, som får det største udbytte af en given behandling.

ADFÆRDSPROBLEMER I SKOLEN

Andre studier af PMTO har vist, at PMTO har en signifikant effekt på børnenes adfærd i skolen. Fx finder Ogden & Hagen, (2008) en signifikant større effekt af PMTO- end anden familiebehandling på lærerrapporterede sociale færdigheder hos børnene. I denne undersøgelse har vi ikke haft mulighed for at indsamle data fra børnenes lærere eller pædagoger, men kun fra børnenes forældre. Børnene indgår imidlertid i andre sociale sammenhænge end familien, eksempelvis skolen, og det er sandsynligt, at der er forskel på børnenes adfærd i hjemmet og i skolen. I PMTO arbejder man specifikt med at overføre de tillærte problemløsningsstrategier til barnets skole og fritid, og derfor kunne det være relevant at undersøge nærmere, om vi kan se en forskel mellem PMTO- og TAU-behandling i forhold til børnenes adfærd i skolen. Er det tilfældet, vil det være relevant at målrette PMTO eller TAU til familier med børn, som særligt oplever udfordringer i skolen.

BRUGERMÅLRETNING

SFI har tidligere foretaget en undersøgelse af familietræningsprogrammet Kærlighed i Kaos (KiK), som er et tilbud til forældre til børn med ADHD eller ADHD lignende vanskeligheder (Christensen & Scavenius, 2015). Der er overlap mellem de to programmers målgrupper. KiK adskiller sig fra PMTO ved at være forankret i den frivillige sektor frem for den offentlige sektor. KiK-behandlingen varetages af frivillige terapeuter, og deltagerfamilierne har selv opsøgt behandlingen, modsat PMTO-familierne, som visiteres til behandling gennem kommunen. I forbindelse med undersøgelsen af KiK belyser Christensen & Scavenius (2015) blandt andet uddannelsesniveaet blandt forældrene i deltagerfamilierne. En sammenligning af uddannelsesniveaet for deltagerfamilierne i KiK-forsøget og denne undersøgelse af PMTO viser, at forældrene i KiK-forsøget har markant længere uddannelser end forældrene i PMTO-forsøget. Forskellene i de to gruppers uddannelsesniveauer peger på, at henholdsvis den frivilligt baserede og selv-opsøgte familiebehandling (KiK) og den kommunalt baserede familiebehandling (PMTO og TAU) når ud til to forskellige målgrupper med forskellige baggrunde og ressourcer. Det kan se ud til, at kommunal familiebehandling samler op på en mindre ressourcestærk gruppe, der ikke selv opsøger foreningsbaserede behandlingstilbud, men som ikke desto mindre vil profitere af behandling. Hvis det er en særlig type af familier, som gør brug af de kommunale behandlingstilbud, peger det igen på relevansen af at målrette PMTO- og TAU-behandling. Det peger også på relevansen af, at kommunale familiebehandlingstilbud eksisterer samtidigt med frivilligt baserede behandlingstilbud som fx KiK.

ANBEFALINGER

Analysen viser, at vi ikke opnår markante forbedringer i familiebehandlingen ved blot at skifte kommunernes almindelige familiebehandling ud med PMTO-behandling. Men evalueringen peger også på en række uafklarede spørgsmål, som kan forbedre familiebehandlingen. Fremadrettet foreslår vi, at man undersøger muligheden for målretning af de forskellige familiebehandlingsprogrammer i forhold til motivation, effekt og administration:

- Det er vigtigt at undersøge, hvilke forældregrupper der får størst udbytte af de forskellige behandlingstilbud. Vi har fundet, at både PMTO- og andre kommunale familiebehandlingstilbud generelt set bidrager til positiv udvikling i familier med børn og unge i adfærdsproblemer. Som næste skridt vil det være relevant at undersøge, om bestemte typer af familier får særligt stort udbytte af bestemte behandlingstilbud. Slutevalueringen på dette projekt vil bidrage med viden om, hvorvidt og hvordan familier med forskellige karakteristika profiterer forskelligt af PMTO- og TAU-behandling. Den viden kan anvendes i forbindelse med målretning af PMTO- og TAU-behandling.
- Det har ikke været muligt at undersøge alle dimensioner af børnenes og familiernes liv i denne evaluering. Fx er skoleadfærd ikke et af de 20 effektmål, vi har med i denne undersøgelse. Det vil være relevant at undersøge, om forskellige familiebehandlingstilbud har forskellig effekt på barnets adfærd i hjemmet, skolen og fritidstilbud. Er det tilfældet, kan det fx være relevant at tilbyde bestemte behandlingstilbud til familier med børn, som særligt er præget af adfærdsproblemer i hjemmet eller skolen.
- Idet forskellige familiebehandlingstilbud formentlig benyttes af forskellige forældregrupper, vil det være relevant at undersøge, hvordan man kan målrette de forskellige familiebehandlingstilbud til forskellige forældregrupper. Forskellige familier kan foretrække og blive motiveret af forskellige behandlingsprogrammer. Nogle familier vil gerne have en generel pakke af værktøjer, andre vil gerne have tilpasset en specifik pakke til lige præcis de behov, de oplever. Nogle programmer kan være bedre til at opbygge visse forældrekompetencer eller give visse værktøjer end andre. Fx kan man forestille sig, at nogle forældretyper vil have større glæde af et meget struktureret og fast rammesat forløb som PMTO, mens det for andre forældre måske kun er relevant at arbejde med et udsnit af værktøjer og forældredimensioner, hvorfor et individuelt tilpasset TAU-forløb vil være mere gunstigt.

- Slutteligt vil det være relevant at iværksætte en undersøgelse af administrative fordele og ulemper ved de forskellige familiebehandlingsprogrammer, herunder organisering af efteruddannelse til terapeuter, omkostninger ved behandling, ensartethed i behandling mellem kommuner, terapeuternes arbejdsglæde osv. Nogle familiebehandlingsprogrammer kunne fx vise sig at være mindre omkostningstunge end andre. Da denne undersøgelse peger på, at PMTO- og andre familiebehandlingsprogrammer er lige effektive, vil det i sådanne tilfælde fx være relevant at udbrede det mindst omkostningstunge program.

Familier med 4-12-årige børn i adfærdsproblemer oplever utvetydigt en positiv udvikling, mens de er i behandling, og den positive udvikling er lige stor af PMTO- og andre familiebehandlingsprogrammer. Der er således al mulig grund til at få mere viden om, hvilke indsatser der kunne virke bedst for forskellige typer af familier med børn, som er præget af adfærdsproblemer.

Denne midtvejsevaluering vil blive fulgt op af en slutevaluering, som arbejder videre ad disse spor. Blandt andet undersøges medierede og moderede effekter af PMTO-behandling. Vi undersøger, om fx karakteristika ved familierne modererer effekten af familiebehandling, altså gør effekten større eller mindre for bestemte grupper af familier. Vi undersøger også, om nogle ændringer på den korte bane påvirker familiernes udbytte af behandling på den længere bane. Evalueringen vil endvidere belyse, hvorvidt og hvordan PMTO- og TAU-familier tillæres særegne forældrekompetencer. Resultaterne af de videre analyser ventes at ligge klar ultimo 2017.

ENGLISH SUMMARY

SFI – The National Centre for Social Research presents the first results from a randomized controlled trial (RCT) evaluating Behavioral Parent Training (BPT) in Denmark. In particular, the aim is to evaluate the effectiveness of Parent Management Training – Oregon (Oregon model) in comparison to regular municipal BPT given to families with children aged 4-12 years with behavior problems.

Internationally, PMTO is a well-established, evidence-based parenting intervention, and in Denmark, PMTO has been implemented in more than a third of Danish municipalities in recent years. This is the first major evaluation of the program in Denmark.

The evaluation include 126 families from 11 Danish municipalities who were randomized to either PMTO treatment (n=64) or treatment as usual, TAU (n=62). For this mid-term evaluation families were assessed at baseline and posttest (7-8 months later). The assessments included measurements of child behavior and parent efficacy and well-being by means of validated instruments. At baseline there were no significant differences between the two groups.

RESULTS

Data demonstrates that the participating families are less advantaged than the average Danish family on following parameters:

- The children exhibit three times as many behavioral problems as the average Danish child.
- Parents have completed fewer years of education and are less likely to be employed than the average Danish adult.

- However, parents do not exhibit more signs of depression than the average Danish adult.

Data analyses show that both PMTO and TAU families experience improvements during the treatment period. Families show positive development on all child outcomes and the majority of parental outcomes. Fixed effects estimations of development over time for all participating families show:

- Moderate improvements on child externalizing and internalizing behaviors, social problems, attention problems, emotional problems, conduct problems, hyperactivity, peer problems and prosocial skills (Cohens $d = 0,342-0,623$)
- Small to moderate improvements in general parental life assessment, parental efficacy as well as sense of coherence, stress and depression levels (Cohens $d = 0,269-0,567$)

Both PMTO and TAU families experienced numerous and significant positive change during the 7-8 months we followed them in this mid-term evaluation, with no significant differences between the two groups. Both PMTO and other municipal treatment programs have significant positive impact on families, and there are no additional effects of one program as compared to the other. These results are comparable to other European studies evaluating PMTO, and are indicative of Danish municipal BPT being an effective treatment for families with children with behavior problems.

Analyses of qualitative data collected through interviews with therapists treating the TAU families indicates that several theoretical ideas and treatment tools reoccur in both PMTO and TAU. Both interventions are based on social learning principles and are delivered through common therapeutic methods (such as homework assignments and discussions of video recordings), which may explain the similarity of treatment effects.

These are the results of a mid-term evaluation. The final evaluation including follow-up analysis and analysis of moderators and mediators of effects is expected to be released ultimo 2017.

LITTERATUR

- Achenbach, T.M., S.H. McConaughy, M.Y. Ivanovaa & L.A.R.R.C. for C.Y. and Families (2011): *Manual for the ASEBA Brief Problem Monitor™ (BPM)*.
- Angrist J.D. & J.S. Pischke (2008): “Mostly Harmless Econometrics: An Empiricist’s Companion”. *Massachusetts Institute of Technology and The London School of Economics*, (March), s. 290.
- Antonovsky, A. (1993): “The Structure and Properties of the Sense of Coherence Scale”. *Social Science and Medicine*, 36(6), s. 725-733.
- Apeland, A. (2005): “Parent Management Training – Oregon modellen: Allianse og samarbeid”. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 42, s. 611-616.
- Atferdssenteret (2004): *PMTO-Håndbok*. Oslo.
- Bank, L., J.H. Marlowe, J.B. Reid, G.R. Patterson & M.R. Weinrott (1991): “A Comparative Evaluation of Parent-Training Interventions for Families of Chronic Delinquents”. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19(1), s. 15-33.
- Bech, P., N.-A. Rasmussen, L.R. Olsen, V. Noerholm & W. Abildgaard (2001): “The Sensitivity and Specificity of the Major Depression Inventory, using the Present State Examination as the Index of Diagnostic Validity”. *Journal of Affective Disorders*, 66(2), s. 159-164.
- Benson, P.R. & K.L. Karlof (2009): “Anger, Stress Proliferation, and Depressed Mood among Parents of Children with ASD: A Longitudinal Replication”. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(2), s. 350-362.
- Berry, J.O. & W.H. Jones (1995): “The Parental Stress Scale: Initial Psychometric Evidence”. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12(3), s. 463-472.
- Bjørnebekk, G., J. Kjøbli & T. Ogden (2015): “Children With Conduct Problems and Co-occurring ADHD: Behavioral

- Improvements Following Parent Management Training.” *Child & Family Behavior Therapy*, 37(1), s. 1-19.
- Bullard, L., M. Wachlarowicz, J. DeLeeuw, J. Snyder, S. Low, M. Forgatch & D. DeGarmo (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), s. 485-496.
- Chamberlain, P. (1990): “Comparative Evaluation of Specialized Foster Care for Seriously Delinquent Youths: A First Step”. *Community Alternatives: International Journal of Family Care*, 2(2), s. 21-36.
- Christensen, C.P. & C. Scavenius (2015): *Et felteksperiment med Kærlighed i Kaos*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 15:19.
- Cohen, J. (1988): *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. London: Routledge.
- Davies, L. & C. Oliver (2013): “The Age Related Prevalence of Aggression and Self-Injury in Persons with an Intellectual Disability: A Review”. *Research in Developmental Disabilities*, 34(2), s. 764-775.
- Deault, L.C. (2010): “A Systematic Review of Parenting in Relation to the Development of Comorbidities and Functional Impairments in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)”. *Child Psychiatry and Human Development*, 41(2), s. 168-192.
- DeBaryshe, B.D., G.R. Patterson & D.M. Capaldi (1993): “A Performance Model for Academic Achievement in Early Adolescent Boys”. *Developmental Psychology*, 29(5), s. 795-804.
- DeGarmo, D. & M. Forgatch (2007): “Efficacy of Parent Training for Stepfathers: From Playful Spectator and Polite Stranger to Effective Stepfathering”. *Parenting: Science & Practice*, 7(4), s. 331-355.
- DeGarmo, D.S. & M.S. Forgatch (2005): “Early Development of Delinquency within Divorced Families: Evaluating a Randomized Preventive Intervention Trial”. *Developmental Science*, 8(3), s. 229-239.
- DeGarmo, D.S., G.R. Patterson & M.S. Forgatch (2004): “How do Outcomes in a Specified Parent Training Intervention Maintain or Wane over Time?” *Prevention Science*, 5(2), s. 73-89.
- Dishion, T.J., G.R. Patterson & K.A. Kavanagh (1992): “An Experimental Test of the Coercion Model: Linking Theory, Measurement, and Intervention”. I: *Preventing Antisocial Behavior: Interventions from Birth to Adolescence*, s. 253-282.
- Eddy, J.M., R.B. Whaley & P. Chamberlain (2004): “The Prevention of Violent Behavior by Chronic and Serious Male Juvenile Offenders: A 2-year Follow-up of a Randomized Clinical Trial”. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 12(1), s. 2-8.
- Feldt, T., H. Lintula, S. Suominen, M. Koskenvuo, J. Vahtera & M. Kivimäki (2007): “Structural Validity and Temporal Stability of

- the 13-item Sense of Coherence Scale: Prospective Evidence from the Population-Based HeSSup Study”. *Quality of Life Research*, 16(3), s. 483-493.
- Forgatch, M.S. & D.S. DeGarmo (1999): “Parenting Through Change: An Effective Prevention Program for Single Mothers.” *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, s. 711-724.
- Forgatch, M.S., D.S. DeGarmo & Z.G. Beldavs (2005): “An Efficacious Theory-Based Intervention for Stepfamilies”. *Behavior Therapy*, 36(4), s. 357-365.
- Forgatch, M.S., G.R. Patterson, D.S. Degarmo & Z.G. Beldavs (2009): “Testing the Oregon Delinquency Model with 9-year Follow-up of the Oregon Divorce Study.” *Development and psychopathology*, 21(2), s. 637-60.
- Furlong, M., S. McGilloway, T. Bywater, J. Hutchings, M. Donnelly, S.M. Smith & C. O’Neill (2010): “Behavioural/Cognitive-Behavioural Group-Based Parenting Interventions for children Age 3-12 with Early Onset Conduct Problems”. *Cochrane*, (1).
- Gresham, F.M., K.L. Lane & K.M. Lambros (2000): “Comorbidity of Conduct Problems and ADHD: Identification of ‘Fledgling Psychopaths’”. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 8, s. 83-93.
- Hagen, K.A., T. Ogden & G. Bjørnebekk (2011): “Treatment Outcomes and Mediators of Parent Management Training: A One-Year Follow-Up of Children with Conduct Problems.” *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 40(2), s. 165-78.
- Hansen, H. & M. Pontoppidan (2014): *Erfaringer med RCT på det sociale område*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, notat.
- Johnston, C. & J.S. Jassy (2007): “Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Oppositional/Conduct problems: Links to Parent-Child Interactions.” *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 16(2), s. 74-79.
- Johnston, C. & E.J. Mash (1989): “A Measure of Parenting Satisfaction and Efficacy”. *Journal of Clinical Child Psychology*.
- Kilpatrick, F.P. & H. Cantril (1960): “Self-Anchoring Scaling: A Measure of Individuals’ Unique Reality Worlds”. *Journal of Individual Psychology*, 16(2), s. 158-173.
- Loeber, R. & J.D. Burke (2011): “Developmental Pathways in Juvenile Externalizing and Internalizing Problems”. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), s. 34-46.
- Lundahl, B., H.J. Risser & M.C. Lovejoy (2006): “A Meta-Analysis of Parent Training: Moderators and Follow-Up Effects”. *Clinical Psychology Review*.
- Martinez, C.R. & M.S. Forgatch (2001): “Preventing Problems with Boys’ Noncompliance: Effects of a Parent Training Intervention for Divorcing Mothers.” *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(3), s. 416-428.

- McDowell, I. (2010): "Measures of Self-Perceived Well-Being". *Journal of Psychosomatic Research*.
- Niclasen, J., A.M. Skovgaard, H. Elberling, S. Dalsgaard & C. Obel (2013): *Normative SDQ Data from Denmark*. <http://sdqinfo.org/norms/DanishNorms.html>.
- Norges Forskningsråd (1998): *Barn og unge med alvorlige atferdsvansker – hva kan nyere viten fortelle oss? – hva slags hjelp trenger de?* Oslo: Norges Forskningsråd.
- Ogden, T. & K.A. Hagen (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), s. 607-621.
- Patras, J. & S. Klest (2016): "Group Size and Therapists Workplace Ratings: Three is the Magic Number". *Journal of Social Work*, 16(2), s. 216-227.
- Patterson, G.R. (1982): *Coercive Family Process*. Eugene, Oregon: Castalia Publishing Company.
- Patterson, G.R. (1986): "Performance Models for Antisocial Boys". *American Psychologist*, 41(4), s. 432-444.
- Patterson, G.R. (2005): "The Next Generation of PMTO Models". *the Behavior Therapist*, 28(2), s. 27-33.
- Patterson, G.R., P. Chamberlain & J.B. Reid (1982): "A Comparative Evaluation of a Parent-Training Program". *Behavior Therapy*, 13(5), s. 638-650.
- Patterson, G.R., M.S. Forgatch & D.S. Degarmo (2010): "Cascading Effects Following Intervention." *Development and Psychopathology*, 22(4), s. 949-70.
- Piper, B.J., H.M. Gray, J. Raber & M.A. Birkett (2014): "Reliability and Validity of Brief Problem Monitor, an Abbreviated Form of the Child Behavior Checklist". *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 68(10), s. 759-767.
- Rambøll (2013): *Analyse af de økonomiske konsekvenser: Parent Management Training – Oregon (PMTO)*. København: Rambøll, s. 14.
- Reid, J.B. [Ed], G.R. [Ed] Patterson & J. [Ed] Snyder (2002): *Antisocial Behavior in Children and Adolescents: A Developmental Analysis and Model for Intervention*. American Psychological Association.
- Reid, J.B., J.M. Eddy, R.A. Fetrow & M. Stoolmiller (1999): "Description and Immediate Impacts of a Preventive Intervention for Conduct Problems". *American Journal of Community Psychology*, 27(4), s. 483-517.
- Serketich, W.J. & J.E. Dumas (1996): "The Effectiveness of Behavioral Parent Training to modify Antisocial Behavior in Children: A Meta-Analysis". *Behavior Therapy*, 27(2), s. 171-186.
- Sigmarsdóttir, M., D.S. Degarmo, M.S. Forgatch & E.V. Gumundsdóttir (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), s. 468-476.
- Sigmarsdóttir, M., Ö. Thorlacius, E.V. Gumundsdóttir & D.S. Degarmo

- (2015): "Treatment Effectiveness of PMTO for Children's Behavior Problems in Iceland: Child Outcomes in a Nationwide Randomized Controlled Trial". *Family Process*, 54(3), s. 498-517.
- Skogen, J.C. & F.A. Torvik (2013): *Atferdsforstyrrelser blant barn og unge i Norge: Beregnet forekomst og bruk av hjelpetiltak*. Oslo.
- Smedler, A.-C. & E. Tideman (2011): *At teste børn og unge. Om testmetoder i den psykologiske undersøgelse*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Snyder, J.J. & G.R. Patterson (1995): "Individual Differences in Social Aggression: A Test of a Reinforcement Model of Socialization in the Natural Environment". *Behavior Therapy*, 26(2), s. 371-391.
- Socialstyrelsen (2013): *National ADHD-handleplan*. København: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014): *PMTO håndbog*. København: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2016a): *Vidensportalen på det sociale område: Udadreagerende adfærd*. <http://vidensportal.dk/temaer/Opmærksomhedsforstyrrelser>.
- Socialstyrelsen (2016b): *Teori og metode – PMTO*. <http://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/dokumenterede-metoder-born-og-unge/om-dokumenterede-metoder/pmto/teori-og-metode>.
- Solholm, R., E. Askeland, T. Christiansen & M. Duckert (2005): "Parent Management Training – Oregon-modellen. Teori, behandlingsprogram og implementering i Norge." *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 42(7), s. 587-597.
- Svendsen, G.T. (2014): "Opretholdelse af metodestringens i PMTO ved dansk impelentering 2004-2011". København: Socialstyrelsen, internt notat.
- Thijssen, J., G. Vink, P. Muris & C. de Ruiters (2016): "The Effectiveness of Parent Management Training – Oregon Model in Clinically Referred Children with Externalizing Behavior Problems in The Netherlands". *Child Psychiatry & Human Development*.
- Wachlarowicz, M., J. Snyder, S. Low, M. Forgatch & D. DeGarmo (2012): "The Moderating Effects of Parent Antisocial Characteristics on the Effects of Parent Management Training-Oregon (PMTO™)". *Prevention Science*, 13(3), s. 229-240.
- Walker, J.L., B.B. Lahey, G.W. Hynd & C.L. Frame (1987): "Comparison of Specific Patterns of Antisocial Behavior in Children with Conduct Disorder with or without Coexisting Hyperactivity". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(6), s. 910-913.
- Walter, H.I. & S.K. Gilmore (1973): "Placebo versus Social Learning Effects in Parent Training Procedures Designed to Alter the Behavior of Aggressive Boys". *Behavior Therapy*, 4(3), s. 361-377.
- Wiltz, N.A. & G.R. Patterson (1974): "An Evaluation of Parent Training Procedures Designed to Alter Inappropriate Aggressive Behavior of Boys". *Behavior Therapy*, 5(2), s. 215-221.
- Yew, S.G.K. & R. O'Kearney (2013): "Emotional and Behavioural Outcomes later in Childhood and Adolescence for Children with Specific Language Impairments: Meta-analyses of

Controlled Prospective Studies". *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 54(5), s. 516-524.