

OBS! Blanketterna måste skrivas ut. De går inte att fylla i på datorn eller skickas elektroniskt.

PROJEKTBUDET- TIDIGA INSATSER OCH FÖREBYGGANDE

Huvudman Societjänstförvaltningen, Precens, Stockholm

Projekt: Förändring av internet Ansvarig kontaktperson: Charlotte Skawonius

Budgeten avser tiden: 1/7 2008 - 31/12 2009

Projektid; start: jän-08, slut: VT 2010

Kostnader:

Personalkostnader inkl sociala avgifter
Ska specificeras

175.000.....kr

Utvärdering: intern , extern

240.000.....kr

Administration etikprovning, teknisk utv. material
Ska specificeras t ex tryckkostnader, material m m
serverhyra

95.000.....kr

Planerade aktiviteter
Ska specificeras

webdesign
+ gruppbildning

400.000.....kr

Andra kostnader
Ska specificeras

.....kr

Totalsumma projektkostnader

910.000.....kr

Finansiering

Egen insats

500.000.....kr

Annan finansiering

Ekonomiskt stöd från andra
(myndigheter, stiftelser, organisationer)

.....kr

Andra intäkter:

.....kr

Sökt projektbidrag från Länsstyrelsen

410.000.....kr

Underskrift ansvarig

Charlotte Skawonius

08 4375 0211 FAX 08 4375 0212 08 4375 0213 charlotte.skawonius@sof.stockholm.se

OBS! Blanketterna måste skrivas ut. De går inte att fylla i på datorn eller skickas elektroniskt.

SAMMANFATTNING av ansökan om utvecklingsbidrag till tidiga insatser och förebyggande.

Ansökan insändes till Länsstyrelsen i Stockholms län, Sociala enheten, Box 22067, 104 22 Stockholm

Projektets namn	Föräldraträning via internet: hjälp till självhjälp för föräldrar till barn med normbrytande beteenden
Huvudman	Namn och adress Socialtjänstförvaltningen, Precens, Stockholm
Kontaktperson för projektet	Namn, telefon, e-post Charlotte Skawonius, disputerad, Socialtjänstförvaltningen, Kommetprogrammet Mail: charlotte.skawonius@sof-stokholm.se
Total projekttid	2008 - slutet av 2009
Bakgrund till ansökan	För föräldrar till barn med normbrytande beteenden som aggressivitet, snattande, mobbing kan det vara svårt att få evidensbaserade insatser. Vår önskan med förliggande projekt är att utpröva, implementera och erbjuda internetbaserat föräldrastöd kostnadsfritt till föräldrar.
Beskriv målgrupp	Föräldrar till barn (3-12år) med normbrytande beteenden (brotts, aggressivitet, stölder)
Vilken metod ska användas?	Internetbehandling baserad på Kommetprogrammet, utprövat i Sverige, utvärderas i en randomiserad kontrollstudie (RCT)
Hur sker genomförandet?	I en första fas användas Kommetprogrammets sessioner till ett internetforum, videofilmer bifogas som exemplifierar principerna. En RCT görs med 120 st. deltagare (60 i behandling; 60 väntelista). I fas 2 implementeras programmet i sedvanlig verksamhet.
Samverkanspartners	Uppsala Universitet (docent Åsa Ekheden), Karolinska Institutet (Med dr Pia Brodén)
Förväntat resultat	Minskade normbrytande beteenden hos barnen, förättade, effektiva & positiva föräldrastatier; på sikt minskade personligt lidande & samhällsrelaterade kostnader
Utvärderingsmetod och genomförande	RCT. Utvärderingen sker med standardiserade slutningsskalor samt utvärdering av föräldrarnas internetanvändning utförda hemuppgifter.
Kostnad ansökningsåret	Beräknad total kostnad, kr 910.000
	Egen finansiering, kr 500.000
	Annan finansiering, kr
	Bidrag som söks hos Länsstyrelsen, kr 410.000

Postgironummer Datum, underskrift och telefonnummer

Projektplan

Föräldraträning via Internet: *Hjälp till självhjälp för föräldrar till barn med normbrytande beteenden.*

Sammanfattning

Stora personliga och samhälleliga vinster finns att göra när det gäller att begränsa eller helt förhindra normbrytande beteenden och eventuella konsekvenser av dessa i så tidig ålder som möjligt. Det finns behandlingar som i internationella studier visat på goda effekter, särskilt s.k. föräldraträning/föräldrastöd [PMT; Parent Management Training]. Dessvärre kan inte alla föräldrar erbjudas plats i evidensbaserade program, bl.a. då tillgången på utbildade professionella brister. För andra blir det en lång väntan på att få behandling, vilket i värsta fall kan leda till att barnets problematik och familjesituationen förvärras. Dessutom rapporterar ca 1/3 av de föräldrar som i internationella studier tagit del av PMT fortfarande beteendeproblem efter avslutad behandling, och i vissa studier rapporteras stora avhopp eller dålig behandlingsföljsamhet. Dessa är ett par av skälen till att det finns behov av att vidareutveckla och förbättra behandlingsupplägg och tillgängligheten på behandlingen.

Syftet med föreliggande projekt är att skapa och erbjuda internetbaserad behandling för föräldrar till barn med normbrytande beteenden. Internetbehandlingen kommer att vara kostnadsfri och tillgängligt för alla föräldrar i Sverige med behov av hjälp att bryta ett normbrytande beteende hos sitt barn. Ett nytt föräldraträningssupplägg skapas. Detta utgår från Komet-projektets manual, som är väl utvärderad i ett svenskt sammanhang. Manualens och sessionernas information anpassas till internetformatet: Komet-projektets filmer som illustrerar de behandlingsprinciper som går igenom erbjuds som uppspelningsbara filer, föräldrarna skickar in hemuppgifter via nätet till projektets kontaktperson, ett övervakat chatforum utvecklas för kontakt mellan föräldrarna, mm. I en första fas genomförs en randomiserad kontrollerad studie i Stockholm/Uppsala med stöd av Uppsala Universitet. Huvudsyftet är att utvärdera effekten av internetbaserat föräldrastöd för föräldrar med barn (<13 år) som uppvisar normbrytande beteenden, samt utvärdera faktorer som bidrar till behandlingsframgång. I studien rekryteras föräldrarna via annonser på skolor, BVC, och i tidningar, och randomiseras till PMT via internet (60 st) eller till väntelista (60 st). Den senare gruppen kommer att få ta del av programmet på samma sätt som interventionsgruppen, efter vänteperioden (4 veckor). Utvärderingen av behandlingen sker med standardiserade skattningsformulär. I fas två, när behandlingens effekt utvärderats, sprids informationen om internetbehandlingen via exempelvis annonser, skola, socialtjänst, BUP-mottagningar. Målsättningen är att ha vissa professionella, inom landsting/kommunal/med annan organisatorisk tillhörighet, som ansvarar för internetbehandlingen och kan ge stöd till de familjer som genomgår en behandling.

Projektet bör ha en stor potential att öka tillgängligheten av kostnadsfri PMT/föräldrastödsbehandling till föräldrar. Det kan möjliggöra för föräldrar att få stöd i ett tidigt skede, när det normbrytande beteendet debuterar, något som rekommenderas i forskningen. Dessutom kan professionella i organisationer som BUP och socialtjänst inom ramen för en "stepped care"-modell genom internet snabbt erbjuda föräldrar evidensbaserad metodik som ett första steg. Genom minskade köer kan de också ge familjer med mer behov tydligare och intensivare stöd.

Bakgrund

Under uppväxten är det vanligt att barn under vissa kortare perioder går emot de normer och regler som gäller för en viss miljö eller situation, s.k. normbrytande beteenden (Andershed & Andershed, 2005). Exempel på normbrytande beteenden är att sätta sig upp emot auktoriteter, slåss, retas, skolka från skolan, rymma hemifrån, snatta, stjäla, eller mobba andra personer. För det stora flertalet barn avtar och försvinner beteendeproblemen av sig själva, utan att några insatser behövs. Forskning visar dock att barn med genomgripande normbrytande beteenden som debuterar under barndomsåren (upp till och med 12 års ålder) löper större risk för fortsatt normbrytande beteende än om debuten sker under tonårstiden (Moffitt, 1993; Loeber, Burke, Lahey, Winters, & Zera, 2000). Ungefär hälften av pojkarna och en femtedel av flickorna med tidig debut fortsätter med sitt normbrytande beteende ända upp i vuxen ålder. Endast ett fåtal av de barn som uppvisat normbrytande beteende i barndomen är helt fria från problem senare i livet (Andershed & Andershed, 2005).

Internationella studier visar att relativt många barn riskerar uppvisa allvarliga normbrytande beteenden. Mellan 1 och 10 procent, 3-4 gånger fler pojkar än flickor, i en normalpopulation har bedömts uppfylla kriterier för uppförandestörning (conduct disorder, CD), och mellan 2 och 16 procent kriterier för trottsyndrom (oppositional defiant disorder, ODD) (DSM-IV-TR; APA, 2000). Utöver dessa barn finns de som inte uppfyller kriterier för någon ovanstående diagnos, men som har ett allmänt störande, stökigt och oppositionellt beteende som leder till försämrad förmåga att fungera i vardagen eller ett eget lidande. Familjer med barn som har normbrytande beteenden utgör även en av de största sökandegrupperna till socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri (Garland, m.fl., 2001; Kopp & Gillberg, 2001). Det är således en relativt stor, heterogen grupp unga som utvecklar denna problematik.

Hoppfullt och glädjande är att det idag finns behandlingar som visats ha positiv effekt på normbrytande beteenden hos barnet, likväl på familjens och syskonens välmående och livskvalitet (Kazdin, 2005). För att en behandling ska vara så effektiv som möjligt rekommenderas att denna initieras i tidig ålder, eller i tidiga skeden av det normbrytande beteendet, riktas mot flera faktorer i barnets miljö, gärna inkluderar såväl barnet, familjen som skola, följer en manual, och implementeras under en längre tidsperiod (Andershed & Andershed, 2005; Farrington & Welsh, 2007). En stor grupp av de behandlingar som visats vara effektiva baseras på inlärningspsykologiska teorier, kognitiv beteendeterapi (KBT), med bland annat föräldraträning (parent management training, PMT) och träning i ilskekontroll, problemlösning och social färdighetsträning för barnet. PMT rekommenderas idag som förstahandsval för familjer till barn upp till och med 12 år (Fonagy & Kurtz, 2002). I PMT får föräldrarna hjälp med att utveckla och använda sig av strategier, väl förankrade i forskningen, som syftar till att förbättra samspel, konfliktlösning, och relationen med barnet. Strategierna innefattar exempelvis att uppmuntra, stötta och coacha sitt barn, ge tydlig och positiv feedback och beröm, färdigheter för hur man skapar möjligheter att ha trivsamt och positiv tid tillsammans, samt hur man kommunicerar effektivt och förändrar miljön för att ge barnet bra förutsättningar att agera positivt. Dessutom får föräldrarna hjälp att tänka kring regler och hur de kan förhålla sig när barnet bryter mot dessa eller mot vardagliga normer.

I Sverige har Socialtjänstförvaltningen varit drivande i att utveckla en svensk föräldraträningssmanual (Kommet), där socialtjänstsekreterare i Stockholm och runtom i landet

Melin & Forster, 2006). Vid en 10-månadersuppföljning visade behandlingen på fortsatt god effekt ($ES = .92$, jämförelsen baseras på behandlingsgruppens skattningar före/efter behandling) (Kling et al., 2006). I utvärderingen såg man också att PMT-behandlingen bidrar till en ökad användning av positiva, icke-aversiva metoder, och en minskning av aversiva metoder och strategier för att komma tillrätta med normbrytande beteenden. Att fortsätta utbilda föräldrabehandlare bör även fortsättningsvis vara ett prioriterat område för att sprida PMT till föräldrar med behov av stöd.

Samtidigt pekar internationell forskning på en del problem med de PMT-behandlingar som erbjuds. Många föräldragrupper lider av stora avhopp från gruppträffarna. Ca 1/3 av föräldrarna upplever inte någon effekt på barnens normbrytande, aggressiva beteenden (Fonagy & Kurtz, 2002; Kazdin, 2005). Aspekter som kan påverka sådant är att gruppträffarna ges på tider då föräldrarna har svårt att komma ifrån jobbet, hitta barnvakt, har en period då det är svårt att kombinera jobb och hem, är stressade, mår fysiskt eller psykiskt sämre, har låg motivation i förhållande till annat som måste göras, vill inte träffa andra med liknande problem, mm. Likaså visar svenska utvärderingar av BUP och socialtjänst på att familjer till barn med normbrytande beteenden som kommer till organisationerna riskerar att inte få den hjälp de skulle behöva (Socialstyrelsen, 2004). Det kan vara svårt att uppnå samstämmighet kring behandlingsbehov eller vem som ska göra vad. Vidare är behandlingsalternativ som erbjuds inte alltid evidensbaserade, fortfarande finns för få professionella med utbildning i evidensbaserade behandlingsprogram, instanser som kan erbjuda dessa har inte utrymme eller tid, och familjerna kan få vänta länge på att få behandlingskontakt.

Sammanfattningsvis kan slutsatsen dras att det finns ett stort behov av samhälleliga insatser för barn med normbrytande beteenden. Tidiga förebyggande och behandlande åtgärder för dessa barn är ett angeläget område och förefaller ha större förtjänster än kostnader. Även om det aldrig är för sent att hjälpa en person som utvecklat ett normbrytande beteende, kan mycket personligt lidande, familjepåverkan, användande av ekonomiska och samhälleliga resurser begränsas eller till och med helt förhindra detta, om insatser sätts in i tidig ålder vid de första tecknen på ett normbrytande beteende (Cohen, 1998; Farrington & Welsh, 2007). Evidensbaserade insatser finns, men alla familjer kommer av olika skäl inte i åtnjutande av dessa och aktuella behandlingar hjälper inte alla familjer.

Internetbehandling

I takt med utvecklingen av datorer och den spridning av Internet som skedde under 1990-talet började forskare även ta fram och utvärdera självhjälp och behandlingsalternativ som ges via data och Internet. CD-rom, telefonsamtal till programmerade datorer, självstudier, interaktiva upplägg, chat-sidor, är exempel på varianter av upplägg och teknik som använts (Marks, Cavanagh, & Gega, 2007). Internationell och svensk forskning som riktats in på olika problemområden för psykisk ohälsa visar på en allmänt positiv trend för lindring av besvär och symptom genom dessa alternativa behandlingsmetoder. Exempelvis visar svenska studier för vuxna med panikångest (t.ex., Carlbring et al., 2001), depression (t.ex., Andersson et al., 2004), ätstörningar (Ljotsson, et al, 2007), samt vid andra svårigheter eller problem på tydliga förbättringar vid jämförelser före och efter självhjälpsbehandling via internet jämfört med en kontrollgrupp (för en översikt, se Marks et al., 2007).

behandlingsstrategierna vid ett tillfälle när det passar dem, när de har tid avsatt och möjlighet att gå igenom informationen. Internetbehandling gör evidensbaserad information tillgänglig på ett nytt sätt jämfört med när klienten måste vänta på att en terapeut får utrymme för en behandlingskontakt.

Det finns stora samhällsliga vinster att göra på att man når ut med hjälp i ett tidigt skede till fler föräldrar med barn som börjar uppvisa normbrytande beteenden. En sådan insats bidrar till att i ett tidigt stadium möjliggöra minskade eller helt förhindrade problem och framtida lidande för barnet, familjen och andra som riskerar påverkas. Likaså uteblir samhällsliga kostnader för kontakter med BUP, socialtjänst, rättssystem. Internetbehandling kan ha sin plats inom ramen för en trappstegsmodell, "stepped care", i en organisation och bidra genom att minska trycket på tillgängliga terapeuter. För terapeuter kan internetbehandling lösgöra tid för att ägna sig åt patienter med tydliga behov av specifika insatser i grupp eller individuellt, de som är i riskzonen, eller som direkt har en önskan om att träffas personligt.

Projektets syfte

Syftet med föreliggande projekt är att skapa en internetbaserad behandling och vägledning för föräldrar till barn med normbrytande beteenden. Denna är tänkt att vara tillgänglig för alla föräldrar med behov i hela Sverige och ska vara kostnadsfri. Inför behandlingsstarten har familjen en personlig kontakt med en kontaktperson, som också hjälper till att utvärdera om internetbehandling kan vara passande. Under en första fas genomförs en randomiserad kontrollerad studie med tillhörighet vid Uppsala Universitet där följande frågeställningar kommer att undersökas:

- Hur effektiv är evidensbaserad PMT-behandling som ges via internet?
- Är behandlingen lika effektiv för föräldrar till flickor och pojkar?
- Vilka specifika normbrytande beteenden (aggressivitet, trots, snattande) respektive positiva beteenden (vänskap med andra, prosocialt beteende) påverkas av behandlingen?
- I vilken mån är föräldrarna följsamma med behandlingen, motiverade, och fullföljer behandlingen?
- Vilka effekter kvarstår 1, 12 och 24 månader efter avslutad behandling?
- Vad är kostnaderna för behandlingen?
- Vilka riskfaktorer påverkar behandlingsutfallet

Metod

Ett nytt föräldraträningsupplägg skapas. Detta utgår från Komet-projektets manual, som är väl utvärderad i ett svenskt sammanhang. Manualens och sessionernas information anpassas till internetformatet: Komet-projektets filmer som illustrerar behandlingsprinciperna görs tillgängliga, föräldrarna arbetar med övningar och hemuppgifter som skickas till projektets kontaktperson, chat-forum utvecklas med andra föräldrar, mm. Tanken är att utformningen ska vara lockande, kul, interaktiv och översätts till flera språk.

Under första fasen (2008-2009) läggs projektet upp som en randomiserad kontrollerad studie (RCT). Inklusionskriterier är föräldrar till barn upp till och med 12 år. Familjerna rekryteras via annonsering i tidningar, skolor, eller på BVC i Stockholm och Uppsala. Totalt antal

screening på en webbsida om sitt barns normbrytande beteenden och de problem som kan uppstå i familjen. Om familjens behov kommer över cut-off-gränsen ringer föräldrarna ett angivet telefonnummer för att boka in en personlig intervju/bedömning. Inför bedömningen fyller föräldrarna i skattningsformulär på nätet. Under bedömningsträffen görs en screening kring diagnostik, behov, problemsituationer, och om något annat föreligger som gör att annan behandling rekommenderas istället. Exklusionskriterier är suicidrisk hos barnet, allvarlig depression, psykos. Mot slutet av bedömningen (ca 1.5 h lång under RCT-studien) får föräldern information av bedömaren om de ingår i behandlings- eller väntelistegruppen. Bedömaren öppnar då ett igenklistrat brev med detta resultat. Bedömaren är därför ovetande ("blind") om grupptillhörighet under samtalet. Behandlingen är 3 månader lång, under vilken familjen har kontakt veckovis via e-post med en kontaktperson för projektet. Direkt efter behandlingen, samt efter 1, 12, 24 månader, utvärderas denna genom att föräldrarna fyller i frågeformulär om barnets beteende och behandlingen via internet. Om behov kvarstår rekommenderas kontakt med barn- och ungdomspsykiatri eller socialtjänst och aktuell information om kontaktvägar eller aktuella behandlingsprogram ges. Väntelistegruppen erbjuds behandling senast 2 månader efter avslutad intervention. Behandlingen inom ramen för en RCT-studie erbjuds terminsvis under åren 2008-2009.

Förmätning

Vid bedömningssamtalet intervjuas föräldrarna med stöd av den semistrukturerade intervjun *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia: Present and Lifetime, K-SADS P/L*, (Kaufman et al., 1997). Denna ger möjlighet att ställa diagnos enligt DSM-IV för barn i åldrarna sex till sexton år. Intervjumanualen täcker skilda områden som depression, ångest, beteendestörningar, alkoholförtäring, mm.

För att fånga in riskfaktorer för fortsatt utagerande beteende används faktorer från riskbedömningsinstrumenten *Early Assessment Risk List for Boys* (EARL-20B; Augimeri et al, 2001) respektive *Early Assessment Risk List for Girls* (EARL-21G; Levene et al, 2001). Dessa strukturerade beslutsstöd består av 20 eller 21 riskfaktorer för pojkar respektive flickor. Riskfaktorerna skattas på en tregradig skala. En nolla (0) innebär att riskfaktorn ej förekommer, en etta (1) att riskfaktorn förekommer till viss del, en tvåa (2) att riskfaktorn definitivt förekommer.

The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) är ett frågeformulär med 25 frågor till föräldern (finns även till barn och lärare) om barnets styrkor och svårigheter (Goodman, 2001). Fyra delskalor fångar in barnets svårigheter (emotionella symptom, beteendeproblem, hyperaktivitet-ouppmärksamhet, vänskapsproblem), och en skala fokuserar på prosocialt beteende. Frågorna skattas på en tregradig skala (0 = inte sant, 1 = något eller ibland sant 2 = mycket sant eller ofta sant). Goda psykometriska egenskaper har rapporterats för skalan (Goodman, 2001) som validerats i Sverige (Smedje, Broman, Hetta & von Knorring, 1999). I denna studie ingår detta formulär huvudsakligen för att utvärdera barnets socioemotionella och interpersonella fungerande.

Eybergs Behaviour Inventory (Eyberg, 1991) är ett väletablerat formulär för skattning av barns beteendesvårigheter. Formuläret består av 37 frågor där man tar ställning till bl a aggressivitet, utagerande, social förmåga och koncentrationsförmåga på en sjugradig skala. Formuläret har såväl en frekvenssumma (totalsumman) samt en problemsumma som består av

Antisocial Process Screening Device (APSD): APSD (Frick & Hare, 2001) fångar in föräldra- och/eller lärarskattningar av personlighets/ temperamentsdrag hos 6-12 åriga barn. Vart och ett av de 20 ingående beskrivningarna av ett barns sätt att förhålla sig till vardagliga situationer skattas på skalan 0 (*stämmer inte alls*), 1 (*stämmer till viss del*), 2 (*stämmer helt*). Faktoranalyser i kliniska populationer av barn, även i Sverige (Enebrink, Andershed & Långström, 2005) visar på två dimensioner, en som associeras med impulsivitet och uppförandestörningsproblem, och en som fångar in brister i samspelet med andra, empati och inlevelseförmåga, s.k. Callous unemotional (CU) traits. Skalan är översatt till svenska och validerad i en barn- och ungdomspsykiatrisk kontext (Enebrink et al., 2005).

Nijmegen Motivation List 2 (NML2) är ett formulär med 34 frågor (Keijsers et al, 1999) som mäter grad av motivation för behandlingen. Frågorna rör hur mycket man upplever att ens problem påverkar en (t.ex., *mina problem gör mig olycklig*), hur starkt man önskar bli av med sina problem (*jag är beredd att ta ledigt för att träffa terapeuten*), om man tror behandlingen kan hjälpa en (*jag tror det här är rätt behandling för mig*), på en 6-gradig skala. I denna studie används ett modifierat 15-frågorsformulär med 3-gradig skala enligt en omarbetning av Lars-Göran Öst, Stockholms universitet (beskrivningen stämmer helt, delvis, inte alls). I föreliggande projekt omarbetades formuläret att passa föräldrar som deltar i behandling.

Parenting Practices Interview (PPI); se Webster-Stratton, 1998) utgår från Oregon Social Learning Centres (USA) frågeformulär om föräldrars uppfostringsmetoder, och kan användas som en intervju eller frågeformulär. PPI består av 72 frågor som rör vilka strategier föräldrarna använder när barnet exempelvis beter sig illa eller gör något bra hur, ofta föräldern berömmar och belönar sitt barn, och om förälderns inställning till olika uppfostringsstilar och -metoder. Föräldern tar ställning till hur ofta eller troligt det är att de använder en viss strategi, som t.ex., höjer rösten eller diskuterar problemet med barnet. Svaren anges på en fem-, till sjugradig Likert-skala. Formuläret delas in i sju områden som täcker i vilken grad föräldern använder inkonsekvent, sträng, för åldern sträng, eller lämplig uppfostran, positivt föräldraskap, tydliga förväntningar, och tillsyn av sitt barn. En svensk studie visade på acceptabel intern samstämmighet (Cronbach's alpha .68 - .90) (Kling et al., 2006).

Utöver detta utvärderas det antal hemuppgifter som föräldrarna avslutat, mängden nedladdad information, antal korrekta svar på frågor efter respektive veckas informationsavsnitt, antal som går igenom hela behandlingen, respektive antal avhopp. Föräldrarna tillfrågas också om vad de tycker om Internetbehandlingen, dess utformning, och förslag på förbättringar.

Projektgrupp

Huvudansvarig för forskningsprojektet är Ata Ghaderi, psykolog, docent vid Institutionen för Psykologi, Uppsala Universitet.

Övriga deltagare i projektledningsgruppen är:

Charlotte Skawonious, disputerad, projektledare/chef vid Socialtjänsten (Kometprojektet)

Fredrik Livheim, leg psykolog (Kometprojektet, Centrum För Folkhälsa)

Martin Forster, leg psykolog, doktorand (Kometprojektet/Uppsala Universitet)

Pia Enebrink, leg psykolog/psykoterapeut/Med dr. Projektledare.

Tidsplan

Förarbete:

- Träffar under våren 2008 i projektgruppen där upplägget och samarbetsformer diskuteras vidare.
- Stipendier, fonder, finansiering söks. Ansökningar skrivs under början av 2008.
- Etikansökan skrivs och sänds in under mars. Svar beräknas till april-maj 2008.
- Under sommaren 2008 omarbetas Kometmanualens föräldragruppträffar till individuellt utformad information som läggs upp på en webb-hemsida. För att utforma behandlingsformatet på nätet och inloggning för föräldrarna kontaktas en web-designare.
- Eventuellt genomförs en mindre provomgång av internetbehandlingen under hösten 2008 innan den stora RCT-studien initieras

Fas 1: RCT

Initieras under hösten 2008 och löper till våren 2010, eller till dess att 120 familjer inkluderats. 40-60 familjer beräknas inkluderas per termin. VT 2010 får sista väntelistegruppen behandling. Studenter rekryteras terminsvis (med start terminen innan huvudarbetet).

Fas 2: Spridning och implementering

Inleds under hösten/vintern 2009, då planering görs av hur projektet kan bli etablerat och tillgängligt för alla föräldrar med behov i Sverige. Förslag kring ansvaret för behandlingen, vem som tillhandahåller stöd, organisatorisk tillhörighet, mm. utformas och förankras.

Skiss: Fas 2, implementering

Det här är en skiss över hur implementeringen i fas två skulle kunna se ut.

Om internetprogrammet visar sig ge bra effekter är det viktigt att det når ut till barn och föräldrar. För att det ska bli en hållbar spridning är det viktigt att det finns en central organisation som har två huvuduppgifter:

1. Vidareutveckling, underhåll och samordning
2. Utbildning av personer som håller programmet på lokal nivå.

En passande huvudman för projektet skulle kunna vara Precens (Preventionscentrum Stockholm) som har föreslagits bli Stockholms stads nya FoU- enhet med ansvar för utveckling och implementering av nya evidensbaserade insatser. Inom Precens finns redan en enhet som utvecklar och håller i de övriga delarna av Komet samt har en fungerande infrastruktur för utbildning i nya metoder, bland annat Komet, skolKomet MST, ACT och

Socialtjänstförvaltningar eller familjecentraler. Där man bestämmer sig för att erbjuda Internetprogrammet får ett par personer från någon av dessa lokala instanser utbildning av den centrala organisationen i InternetKomet. De lokala samordnarnas huvuduppgifter kommer att bestå i att informera föräldrar om att programmet finns tillgängligt, att sköta den lokala driften genom att vid behov intervjuar föräldrar inför att medverka i programmet och att när föräldrarna påbörjat programmet besvara föräldrarnas frågor samt att ge återkoppling på föräldrarnas arbete. Forskning har visat att interaktivitet är viktig på så sätt att det finns någon "på andra sidan" som ger personlig återkoppling på föräldrarnas insatser.

En möjlig samarbetspartner är BUP. I fas två kan Socialtjänsten så väl som BUP vara en lämplig huvudman på det lokala planet. De personer som håller internetprogrammet lokalt kan med fördel vara stationerade på en BUP mottagning. Detta skulle sannolikt minska belastningen på BUP-mottagningen om programmet exempelvis användes inom ramen för en stepped care-modell (se nedan). En annan uppenbar vinst skulle vara att ett föräldrastöd, Komet, som finns både inom Socialtjänsten och BUP på ett naturligt sätt skulle kunna öka det faktiska samarbetet mellan dessa organisationer. Det finns krav på ökat samarbete mellan BUP och Socialtjänst både från politiskt, landstings och kommunalt håll. En gemensam metod skulle även kunna bidra till att man lättare hittar ett gemensamt språk kring beskrivning av beteendeproblem samt att man kan samordna insatser kring barns beteendeproblem som är baserade i forskning.

En stepped care modell i en tänkt kommun skulle kunna se ut enligt följande:

- InternetKomet, som en första snabb hjälp eller för barn som inte bedöms ha väldigt allvarliga beteendeproblem
- *Komet för föräldrar till barn 3-11 år*, som är ett föräldraträningsprogram i gruppformat med deltagande av ca sex familjer. Programmet riktar sig till föräldrar till barn som har måttliga beteendeproblem.
- *Förstärkt Komet för föräldrar till barn 3-11 år*, som kan erbjudas till föräldrar som har barn med svårare beteendeproblem eller till föräldrar som själva är belastade, av tex ADHD, stress, depression, sociala och ekonomiska svårigheter mm I detta program arbetar man i mindre grupper, hälften av träffarna sker individuellt med föräldrarna i deras hem. Andra jämförbara program på denna nivå skulle kunna vara *De otroliga åren* eller *Triple P*. Specialistmottagning inom BUP (eller mellanvården) där man kan erbjuda professionell hjälp, göra ordentliga utredningar vid ADHD problematik, jobba direkt med barnet vid behov etc.

Kostnader

Bidrag som söks	Egen finansiering
130 000 kr Webdesign, serverhyra	70 000 kr Vetenskaplig ledning o handledning 10%
105 000 kr bearbetning av manual	70 000 kr Projektansvar o deltagande i projektledning 10 %
5 000 kr etikprövning	300 000 kr Kometgruppbehandling efter internetbehandling, tio grupper
170 000 kr projektledning 20 %	60 000 kr teknisk utrustning, material mm
Summa 410 000 kr	Summa 500 000 kr

Socialtjänstförvaltningar eller familjecentraler. Där man bestämmer sig för att erbjuda Internetprogrammet får ett par personer från någon av dessa lokala instanser utbildning av den centrala organisationen i InternetKomet. De lokala samordnarnas huvuduppgifter kommer att bestå i att informera föräldrar om att programmet finns tillgängligt, att sköta den lokala driften genom att vid behov intervjuar föräldrar inför att medverka i programmet och att när föräldrarna påbörjat programmet besvara föräldrarnas frågor samt att ge återkoppling på föräldrarnas arbete. Forskning har visat att interaktivitet är viktig på så sätt att det finns någon ”på andra sidan” som ger personlig återkoppling på föräldrarnas insatser.

En möjlig samarbetspartner är BUP. I fas två kan Socialtjänsten så väl som BUP vara en lämplig huvudman på det lokala planet. De personer som håller internetprogrammet lokalt kan med fördel vara stationerade på en BUP mottagning. Detta skulle sannolikt minska belastningen på BUP-mottagningen om programmet exempelvis användes inom ramen för en stepped care-modell (se nedan). En annan uppenbar vinst skulle vara att ett föräldrastöd, Komet, som finns både inom Socialtjänsten och BUP på ett naturligt sätt skulle kunna öka det faktiska samarbetet mellan dessa organisationer. Det finns krav på ökat samarbete mellan BUP och Socialtjänst både från politiskt, landstings och kommunalt håll. En gemensam metod skulle även kunna bidra till att man lättare hittar ett gemensamt språk kring beskrivning av beteendeproblem samt att man kan samordna insatser kring barns beteendeproblem som är baserade i forskning.

En stepped care modell i en tänkt kommun skulle kunna se ut enligt följande:

- InternetKomet, som en första snabb hjälp eller för barn som inte bedöms ha väldigt allvarliga beteendeproblem
- *Komet för föräldrar till barn 3-11 år*, som är ett föräldraträningsprogram i gruppformat med deltagande av ca sex familjer. Programmet riktar sig till föräldrar till barn som har måttliga beteendeproblem.
- *Förstärkt Komet för föräldrar till barn 3-11 år*, som kan erbjudas till föräldrar som har barn med svårare beteendeproblem eller till föräldrar som själva är belastade, av tex ADHD, stress, depression, sociala och ekonomiska svårigheter mm I detta program arbetar man i mindre grupper, hälften av träffarna sker individuellt med föräldrarna i deras hem. Andra jämförbara program på denna nivå skulle kunna vara *De otroliga åren* eller *Triple P*. Specialistmottagning inom BUP (eller mellanvården) där man kan erbjuda professionell hjälp, göra ordentliga utredningar vid ADHD problematik, jobba direkt med barnet vid behov etc.

Kostnader

Bidrag som söks	Egen finansiering
130 000 kr Webdesign, serverhyra	70 000 kr Vetenskaplig ledning o handledning 10%
105 000 kr bearbetning av manual	70 000 kr Projektansvar o deltagande i projektledning 10 %
5 000 kr etikprövning	300 000 kr Kometgruppbehandling efter internetbehandling, tio grupper
170 000 kr projektledning 20 %	60 000 kr teknisk utrustning, material mm
Summa 410 000 kr	Summa 500 000 kr

Om utvärderingen i Fas 1 visar att programmet är effektivt, skulle de främsta kostnaderna i Fas 2, vara en vidare utbyggnad av Internetprogrammet eftersom att versionen i Fas 1 är en enklare arbetsmodell tills vi vet att den fungerar. Saker som kan komma att behöva göras är bättre layout, fler funktioner, fler angränsande avsnitt för föräldrar att ta till vid behov (t.ex. stress, hävda sin vilja, stå emot krav etc). Allt detta är en engångskostnad. Den andra större utgiften är den fortsatta driftskostnaden för ett par personer som arbetar med projektet centralt och som ansvarar för vidareutveckling och utbildning av de personer som arbetar lokalt med Internetprogrammet. De som arbetar centralt kan i Fas 1 bekostas med projektmedel, men om programmet ska bli stabilt bör en omförhandling ske till fas 2 och att des om arbetar centralt finansieras med fasta anslag.

Kostnaderna för att använda Internetprogrammet i respektive kommuner kommer att bli relativt låg, ingen av intressenterna som utvecklar programmet har några kommersiella intressen och målet är att programmet ska ligga i offentlig regi. De största utvecklingskostnaderna är redan bekostade i Fas 1 och de största kostnaderna i Fas 2 lokalt i kommunerna kommer att vara lönekostnader för de två personer som ska driva Internetprogrammet i sin kommun/stadsdel. Om programmet visar sig vara effektivt kommer dessa lönekostnader dock snabbt förvandlas till samhällsvinster totalt eftersom att vi vet att obehandlade beteendeproblem, förutom att förorsaka enorma mängder mänskligt lidande, även skapar stora samhällsliga utgifter (Cohen, 1998).

Vidare utveckling

Vi vet att effektivaste sättet att hjälpa barn med beteendeproblem är att gå in med interventioner tidigt. Men efterfrågan på föräldraträning är även stor från tonårsföräldrar. Just nu pågår utveckling av *Komet för föräldrar till ungdomar 12-18år*, Precens har bedrivit utbildning i metoden i två år. Preliminära utvärderingar av programmet är lovande, och en större randomiserad, kontrollerad studie är påbörjad i samarbete med Karolinska Institutet. I Fas 2, när det finns erfarenhet, en fungerande infrastruktur för utbildning och framförallt en fungerande teknisk lösning och form för föräldraträning via Internet skulle det vara relativt enkelt att omarbeta *Komet för föräldrar till ungdomar 12-18år* till Internetformat. På detta sätt skall man kunna få två Internetbehandlingar nästan till priset av en.

Referenser

- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed. text revision)*. Washington DC: Author.
- Andershed, H., & Andershed, A-K. (2005). *Normbrytande beteende i barndomen. Vad säger forskningen?* Stockholm; Gothia.
- Andersson, G., Bergstrom, J., Hollandare, F., Carlbring, P., Kaldö, V., & Ekselius, L. (2005). Internet-based self-help for depression: RCT. *British Journal of Psychiatry*, 187, 456-461.
- Augimeri, L.K., Koegl, C.J., Webster, C.D., Levene, K.S. (2001). *Early Assessment Risk List for boys (EARL-20B). Version 2*. Toronto: Earls Court Child and Family Centre.
- Carlbring, P., Westling, B.E., Ljungstrand, P., Ekselius, L., & Andersson, G. (2001). Treatment of panic disorder via the internet: Randomized trial of a self-help program.

- Farrington, D. P., & Welsh, B. C. (2007). *Saving children from a life of crime. Early risk factors and effective interventions*. New York: Oxford University Press.
- Fonagy, P., & Kurtz, Z. (2002). Disturbance of conduct. In P. Fonagy, M. Target, D. Cottrell, J. Phillips, & Z. Kurtz (Eds.). *What Works for Whom? A critical review of treatments for children and adolescents*. New York, USA: Guilford Press.
- Garland, A.F., Hough, R.L., McCabe, K.M., Yeh, M., Wood, P.A., & Aarons, G.A. (2001). Prevalence of psychiatric disorders in youths across five sectors of care. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 409-418.
- Enebrink, P., Andershed, H., & Långström, N. (2005). Callous-unemotional traits are associated with clinical severity in referred boys with conduct problems. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59, 431-440.
- Frick, P.J., & Hare, R.D. (2001). *The Antisocial Process Screening Device (APSD)*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1337-1345.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., & Ryan, N. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime Version (K-SADS P/L): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 56-63. (Swedish translation: Ivarsson, T., Elwien, E., Olsson, G., Campenhausen, G., Spak, L., Luther, M., & Lönnroth, L. Manuscript; 2002.)
- Keijsers, G.P. J., Schaap, C. P. D. R., Hoogduin, C. A. L., Hoogstetns, B., & de Kemp, E. C. M. (1999). Preliminary results of a new instrument to assess patient motivation for treatment in cognitive-behaviour therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 165 – 179.
- Kopp, S., & Gillberg, C. (2003). Swedish child and adolescent psychiatric out-patients. A five-year cohort. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12, 30-35.
- Kling, Å., Sundell, K., Melin, L., & Forster, M. (2006). *Komet för föräldrar. En randomiserad effektutvärdering av ett föräldraprogram för barns beteendeproblem. FoU-rapport 2006:14*. Forsknings- och Utvärderingsenheten, Stockholms stad.
- Levene, K.S., Augimeri, L.K., Peper, D.J., Walsh, M.M., Webster, C.D., & Koegl, C.J. (2001). *Early Assessment Risk List for girls (EARL-21G). Version 1*. Toronto: Earls Court Child and Family Centre.
- Ljótsson, B., Mitsell, K., Lundin, C. Carlbring, P., Ramklint, M., & Ghaderi, (2007). Self-help for full and subthreshold bulimia nervosa and binge eating disorder via Internet. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 649-661.
- Marks, I. M., Cavanagh, K., & Gega, L. (2007). *Hands-on help. Computer-aided psychotherapy*. New York: Psychology Press.
- Smedje, H., Broman, J.-E., Hetta, J., & von Knorring, A.-L. (1999). Psychometric properties of a Swedish version of the "Strengths and Difficulties Questionnaire". *European Child and Adolescent Psychiatry*, 8, 63-70.
- Socialstyrelsen (2004). *Mellan två stolar? Om samverkan mellan socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri: verksamheternas behov av samverkan och hur de faktiskt gör*. Stockholm: Tillsynsåterföring 2004-109-2. www.socialstyrelsen.se.