

Atferdsvansker hos barn

May Britt Drugli

Atferdsvansker hos barn

Evidensbasert kunnskap
og praksis

GAFFELEN DAMM
AKADEMISK

© CAPPELEN DAMM AS 2013

ISBN e-bok: 978-82-02-63393-6

ISBN trykt bok: 978-82-02-42527-2

2. utgave, 1. opplag 2013

Materialet i denne publikasjonen er omfattet av åndsverklovens bestemmelser. Uten særskilt avtale med Cappelen Damm AS er enhver eksemplarframstilling og tilgjengeliggjøring bare tillatt i den utstrekning det er hjemlet i lov eller tillatt gjennom avtale med Kopinor, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Omslagsdesign: Framnes Tekst og Bilde AS/v Eirek Engmark

Sats: Laboremus Oslo AS

Trykk og innbinding: Livonia Print SiA, Latvia 2013

www.cda.no

akademisk@cappelendamm.no

Forord

Når barn har atferdsvansker, kan dette være noe som går over av seg selv, eller det kan være tegn på at barnet er i ferd med å utvikle en alvorlig problematikk som etter hvert kan påføre både barnet og omgivelsene store belastninger. Heldigvis begynner vi etter hvert å få mye god kunnskap om hvordan vi kan behandle barn med atferdsvansker, både hjemme og i barnehage og skole. Da er det viktig at de som jobber med barn eller utdanner seg for det, har denne kunnskapen. Jeg håper denne boken kan være et bidrag til dette.

Denne boken ble utgitt første gang i 2008 og er nå revidert i 2013. I løpet av disse årene har det kommet ytterligere forskning om barn med atferdsvansker, både internasjonal og nasjonal forskning. Det innebærer at vi har enda mer kunnskap om hvordan atferdsvansker utvikler seg, og hvilken hjelp barn med slike vansker drar nytte av. Noe av den nye forskningsbaserte kunnskapen er tatt inn i denne utgaven av boken. Boken er videre redigert på en annen måte enn den første utgaven: Nå består boken bare av én sammenhengende del.

Elisabeth Askeland bidro med svært nyttige tilbakemeldinger på det opprinnelige manuset og fortjener fortsatt en stor takk for det! Jeg vil videre fortsatt benytte anledningen til å takke barn, foreldre og ansatte i barnehage og skole som deltok i den norske studien «De utrolige årene» i perioden 2001–2004. Det var de som fikk meg til bedre å forstå hvordan atferdsvansker virker inn på barns dagligliv både hjemme og i barnehage eller skole, og hvor viktig det er at disse barna får tidlig og god hjelp.

Jeg vil til slutt takke Inger Johanne Holth i Cappelen Damm Akademisk for tålmodig støtte under arbeidet med revisjonen av boken.

Trondheim, september 2013
May Britt Drugli

Innhold

Forord	5
Innledning	11
Evidensbasert kunnskap og praksis – hva betyr det?	12
Kapittel 1	
Generelt om atferdsvansker hos barn	17
Transaksjonsmodellen	17
Generelt om risikofaktorer	22
Risikofaktorer og atferdsvansker	23
Beskyttelsesfaktorer og motstandsdyktighet (resiliens)	32
Psykiske vansker og psykiske lidelser	36
Øker forekomsten av psykiske vansker?	38
Kan psykiske vansker forebygges?	40
Ta tidlig bekymring på alvor	42
Kapittel 2	
Vanlig negativ atferd versus alvorlige atferdsvansker	46
Hva er vanlig negativ atferd?	46
Fra vanskelig barn til antisosial ungdom?	51
Diagnoser	54
Atferdsdiagnosene	58
Passer atferdsdiagnosene på barn?	63
Forekomst	65
Stabilitet	67
Kjønn og alder	68
Flere psykiske lidelser samtidig	69

Kapittel 3

Kartlegging av barns atferdsvansker	71
Komplekst problem	71
Hvem er gode informanter om barns atferdsvansker?	74
Kartleggingsmetoder	76
Informasjon fra foreldrene	78
Informasjon fra pedagoger	83
Informasjon fra barnet	85
Funksjonelle analyser	87
Henvise videre	88

Kapittel 4

Atferdsvansker hjemme	90
Negativt samspill	90
Forstyrret kommunikasjon	91
Hvordan er det å være foreldre til barn med atferdsvansker?	92
Hvordan styrke foreldrene?	96
Foreldreveiledning	99
Hva vet vi om effekten av foreldreveiledningsprogrammer?	107
Langtidseffekter	108
Når foreldreveiledning ikke har effekt	109
Hvordan få god effekt for flere barn	111
Virksomme komponenter i foreldreveiledningsprogrammene	113
Er foreldreveiledningstiltak økonomisk lønnsomme?	114
Kan evidensbaserte metoder brukes i vanlig praksis?	115
Kvalitetssikring	119

Kapittel 5

Sosial kompetanse og atferdsvansker	120
Sosial utvikling	120
Sosiale ferdigheter og sosial kompetanse	122
Atferdsvansker og sosial kompetanse	124
Hvordan fremme barnets sosiale kompetanse? Noen eksempler	128
Intervensjoner rettet mot sosial kompetanse	131
Virker intervensjoner rettet mot sosial kompetanse?	132

Kapittel 6

Atferdsvansker i barnehage og skole	135
Atferdsvansker i barnehage og skole	135

Hvilken atferd er vanskelig?	136
Faktorer som påvirker negativ atferd i barnehage og skole	138
Hvordan opplever pedagoger å jobbe med barn med atferdsvansker?	146
Hvordan forebygge vanskelig atferd?	154
Tiltak i barnehage og skole og effekt av disse	159
Implementeringskvalitet	166

Kapittel 7

Noen mulige føringer for arbeid med barn med

alvorlige atferdsvansker	168
Evidensbaserte tiltak	168
Det må handles – helst tidlig	170
Komplekst problem	171
Foreldreveiledning hjelper hjemme	172
Sosial kompetanse	173
Hvis barn har atferdsvansker i barnehage og skole, må de ha tiltak der	174
Tverrfaglig samarbeid	175
Søkelys på evaluering av effekt	175

Referanser	177
-------------------------	-----

Innledning

Barn med atferdsvansker utgjør en stor andel av de barna som henvises til de ulike delene av hjelpeapparatet. I barnepsykiatrien gjelder for eksempel mellom halvparten og en tredjedel av alle henvisninger ulike former for atferdsvansker hos barn og unge (Kazdin og Reyes 2008). Trasslidelse og atferdslidelse er de mest utbredte diagnosene blant barn i skolealder (Essau 2003), noe som betyr at de fleste som jobber med barn, også vil måtte forholde seg til atferdsproblematikk og de utfordringene som slike vansker forårsaker for barnet selv, familien, barnehage og skole og omgivelsene rundt.

Atferdsvansker er et av de områdene der det i dag faktisk finnes mye forskningsbasert kunnskap. En av intensjonene med denne boken er å formidle noe av denne kunnskapen på en måte som kan komme norske fagpersoner til gode i arbeidet med barn med atferdsvansker. Boken vil i hovedsak rette søkelyset mot atferdsvansker blant barn i barnehage- og barneskolealder. Men mye av det som står, vil også være aktuelt for å forstå ungdommer med atferdsvansker.

Problemet når man skal forholde seg til negativ atferd hos barn, er at det ikke alltid er enkelt å definere hva som er «ordentlige» atferdsvansker, og hva som er vanskelig, men normal atferd. Dette gjelder særlig yngre barn. Alle barn vil i en eller annen periode eller i en eller annen situasjon utvise negativ atferd. Dette er en del av den normale utviklingen og den normale funksjonen hos barn. Det er når den negative atferden skiller seg fra det som er normalt for aldersgruppen hva gjelder nivå, varighet, alvorlighet, sammenhenger hvor vanskene oppstår, og ikke minst i tilfeller atferden fører til et nedsatt funksjonsnivå for barnet, at det blir definert som alvorlige atferdsvansker (Campbell 2002). Barn som har alvorlige atferdsvansker som ikke blir normalisert i løpet av førskolealder eller tidlig skolealder, vil være i økt risiko for å utvikle ulike former for psykiske vansker, voldelig

atferd, rusproblemer, droppe ut av skolen i løpet av ungdomsårene samt bli innblandet i kriminalitet og få vansker med å tilpasse seg familie- og arbeidsliv i voksen alder (Odgers mfl. 2008). Tidlige atferdsvansker bør på grunn av de alvorlige konsekvensene de *kan* få for både individet selv og omgivelsene, forstås som et potensielt samfunnsproblem. Derfor bør alle fagfolk som jobber med barn og familier, ha god kompetanse om atferdsvansker og hvordan slike vansker kan avhjelpes. Ennå er det altfor få barn med tidlige atferdsvansker som blir henvist til hjelpeapparatet og dermed kan få den behandlingen de har behov for. Alvorlige atferdsvansker er en psykisk lidelse som fører til store belastninger for barnet og andre, og bør tas på stort alvor.

Denne boken vil formidle forskningsbasert kunnskap både fra utenlandske studier og fra forskning gjennomført blant norske barn. Boken er hovedsakelig skrevet for fagfolk og studenter som jobber med eller utdanner seg for å jobbe med barn, i sammenhenger som barnehage, skole, helsestasjon, barnevern, PPT og BUP. Forhåpentlig kan boken være en kilde til økt kunnskap om atferdsvansker hos barn blant sentrale fagpersoner som har stor betydning for disse barnas liv. Slik kunnskap kan bidra til at flere barn og familier kan få tidligere og riktigere hjelp enn de får i dag. På den måten vil risikoen for vedvarende og alvorlig problematikk kunne reduseres hos noen av de barna som utviser tidlige atferdsvansker, og de vil med det kunne få et bedre liv.

Evidensbasert kunnskap og praksis – hva betyr det?

Jeg har brukt begrepet *evidensbasert kunnskap og praksis* i tittelen på denne boken, og i det følgende vil jeg forklare hva jeg legger i dette. Evidensbasert kunnskap og evidensbasert praksis er ord som nå benyttes mye i arbeid med barn og unge. For noen representerer disse begrepene en forsikring om at det er kvalitet på det hjelpetilbudet som blir gitt, men for andre er disse begrepene noe de tvert imot er skeptiske til.

Ofte brukes evidensbasert kunnskap og evidensbasert praksis om hverandre, noe som kan skape uklarhet om hva de egentlig betyr. Evidensbasert kunnskap er *forskningsbasert kunnskap*. Når enkelte behandlingsmetoder

og tiltak nå omtales som evidensbaserte, betyr det at man har forskningsbasert dokumentasjon på at disse metodene har positiv effekt på de vanskene de er ment å avhjelpe. I mange år har barn og unge med atferdsvansker i Norge mottatt tiltak som ikke har hatt dokumentert effekt. Etter at dette ble slått fast av en ekspertgruppe nedsatt av Norges Forskningsråd i 1997, har det vært satset mye på å fremskaffe evidensbasert kunnskap om metoder som har effekt på norske barn med atferdsvansker. Gullstandarden for evidensbasert kunnskap om hva det er som virker for hvem, kommer fra det som kalles randomiserte kontrollerte studier (RCT-studier). Aller helst skal det foreligge minst én systematisk gjennomgang av flere randomiserte kontrollerte studier som handler om en og samme metode, for at den skal kalles evidensbasert (Flay mfl. 2003). Det skal videre være gjennomført minst én studie av andre enn den som har utviklet metoden, resultatene skal inneholde minst ett atferdsmål, klinisk relevans skal dokumenteres (ikke bare statistisk signifikans), resultatene skal være utover den perioden tiltaket gjennomføres (minst seks–tolv måneder etter avslutning), det må dokumenteres at tiltaket ikke er skadelig, og resultatene skal publiseres i anerkjente tidsskrifter med fagfellelvurdering. Evidensbasert kunnskap er viktig for å kvalitetssikre at hjelpetiltak som iverksettes overfor barn og unge, virker slik de er ment. Det er imidlertid ingen automatikk i at evidensbasert kunnskap blir omsatt til *evidensbasert praksis*. Trolig finnes det mye god forskning om atferdsvansker som ikke blir brukt. Selv om dette er spørsmål som nå i stadig større grad drøftes i de ulike fagmiljøene som jobber med barn og familier, er det fortsatt mange tiltak som iverksettes uten at fagpersonene på forhånd har undersøkt om det eksisterer god forskning som dokumenterer at nettopp dette tiltaket har effekt på den typen vansker som barnet har.

Evidensbasert praksis betyr at man bruker forskningsbasert kunnskap for eksempel i arbeidet med barn med atferdsvansker. Noen hevder at krav om evidensbasert praksis innebærer en indirekte kritikk av praksisbasert kunnskap og av kvalitativ forskning som kunnskapsgrunnlag for praksis, mens andre har en vid definisjon av begrepet som innebærer at resultater fra god forskning anvendes som et supplement til egen opparbeidet faglig kunnskap og brukerens ønsker (Sackett 2000). Det vil altså si at man bruker evidensbasert kunnskap på en måte som kommer det enkelte individet

som trenger hjelp, til gode. Målet med evidensbasert praksis er å sikre at beslutninger om hvilken hjelp for eksempel et barn med atferdsvansker skal få, skal fattes på bakgrunn av den tilgjengelige forskningen som finnes, og klinisk ekspertise om behandling av atferdsvansker og kunnskap om det aktuelle barnet. For at praksis skal kunne kalles evidensbasert, er det vanlig å jobbe etter en femtrinnsstrategi:

1. Å formulere et spørsmål om hva brukeren trenger.
2. Å finne den beste forskningsbaserte kunnskapen som besvarer spørsmålet.
3. Å vurdere denne kunnskapen kritisk.
4. Å implementere god kunnskap i praksis.
5. Å evaluere effekten av det tiltaket som iverksettes.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten beskriver at evidensbasert praksis (de bruker begrepet *kunnskapsbasert praksis*) baserer seg på forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap eller brukermedvirkning.

Metodene som nå er introdusert i Norge som evidensbaserte metoder i arbeidet med barn med atferdsvansker, har til felles at det finnes flere RCT-studier fra ulike land, også Norge, som dokumenterer effekten av dem. Det er ikke bare de som har utviklet programmene, som har funnet positive effekter gjennom forskning. Positive effekter er også funnet av uavhengige forskere fra andre land og fra andre forskningsmiljøer. Dette styrker evidensen til disse metodene. Når det gjelder «De utrolige årene» (DUÅ), er det for eksempel gjennomført studier med gode resultater i blant annet Storbritannia (Scott 2005), Canada (Taylor, Schmidt, Pepler og Hodgins 1998), Sverige (Axberg, Hansson og Broberg 2007) og Norge (Larsson mfl. 2009). I tillegg er det gjennomført en rekke studier i USA, blant andre av Webster-Stratton, som også er den som har utviklet dette behandlingsprogrammet. Også PMTO, som er implementert i stor skala i Norge, har dokumentert positiv effekt (Ogden og Hagen 2008). Det er videre slik at disse nyere metodene som har en klar positiv effekt på barns atferdsvansker, bygger på dokumentert teori om hvordan atferdsvansker oppstår, de er manualbaserte, de som benytter metodene har gjennomgått en grundig

opplæring og har mottatt veiledning, og det er rutiner for å sjekke at metodene over tid benyttes slik det er ment (Flay mfl. 2005).

Det er mange eksempler på at når metoder etter hvert mister effekt, skjer det fordi de som utøver metodene, etter en tid ikke lenger utøver dem i henhold til den manualen som er utarbeidet (Ertesvåg 2012; Sørлие, Ogden, Solholm og Olseth 2010). Alvorlige atferdsvansker som oppstår tidlig i livet, gir økt risiko for å utvikle svært alvorlige vansker som kan vedvare inn i voksen alder. Hvis barn med slike vansker ikke får en behandling som virker, kan noen av dem i verste fall bli fremtidens kriminelle eller utvikle tunge internaliserte vansker som fører til isolasjon og sterk funksjonsnedsettelse (Odgers mfl. 2008). Av hensyn til både barnet selv, familien og samfunnet for øvrig er det derfor viktig at hver enkelt fagperson som møter barn som strever med atferden, er godt orientert om hvilke metoder som har dokumentert effekt på alvorlige atferdsvansker, og henviser barnet til en instans som har denne kompetansen. De som jobber direkte med barna, må ta på alvor at det kreves opplæring og systematikk i dette arbeidet. Det er ikke metoder man kan lære seg fullt ut på egen hånd. Når man arbeider med barn med *lette* atferdsvansker, kan det være tilstrekkelig for eksempel å delta på kurs eller lese en aktuell bok. Ved alvorlig atferdsproblematikk er det derimot nødvendig med grundig metodeopplæring samt å sikre at metoden brukes slik den skal (Scott 2008; Wilson og Lipsey 2007). Implementeringskvalitet er etter hvert blitt et eget forskningsfelt (Fixen mfl. 2005; Sørлие, Ogden, Solholm og Olseth 2010). I studier av metoder rettet mot barns atferdsvansker som tas i bruk i barnevern, BUP, barnehage, skole og så videre, er det å måle kvaliteten på implementeringen like viktig som å måle den effekten de har på barnas atferd.

Målet med bruk av evidensbaserte metoder er å kunne gi den best tilgjengelige hjelpen på det aktuelle området til barnet. Dette sikrer at fagfolk holder seg faglig oppdaterte og er opptatte av å kvalitetssikre den hjelpen og de metodene de tilbyr (Redaktørkommentar BMJ 1996). I barnehage og skole er det mye som tyder på at tradisjonelle metoder og tiltak rettet mot atferdsvansker ikke nødvendigvis har hatt tilstrekkelig effekt (Arnesen, Ogden og Sørлие 2006). Dette betyr at særlig disse enhetene, hvor de fleste barn med atferdsvansker befinner seg til daglig, bør være opptatte av i stadig større grad å bruke tilnæringsmåter som er evidensbaserte. Ved

at pedagoger gjør det, kan praksis endre seg i takt med de forskningsresultatene som fremskaffes. Forskningen bør bygge videre på erfaringer som er gjort i praksisfeltet. På den måten kan praksis og forskning nærme seg hverandre og være til gjensidig nytte for hverandre (Arnesen, Ogden og Sørli 2006).

Slik jeg ser det, betyr ikke evidensbasert praksis ukritisk å gjennomføre en behandling eller et tiltak selv om denne eller dette kan vise til gode forskningsresultater. Forskning bør brukes til å veilede praksis, ikke til å diktere den blindt (Arnesen, Ogden og Sørli 2006). Det er imidlertid svært viktig at metoder og tiltak som tilbys barn og familier, bygger på et vitenskapelig grunnlag. Man bør ikke tilby tiltak som ikke har et teoretisk rasjonale, og som man ikke vet om virker. Alle tiltak krever noe av barn og/eller familie, og det er viktig at det i det minste er grunnlag for å forvente en positiv effekt. Tilgjengelig forskning bør derfor alltid benyttes som beslutningsgrunnlag når tiltak velges.

Denne boken har til hensikt å formidle evidensbasert kunnskap. Jeg viser til mye utenlandsk forskning, og jeg presenterer norsk forskning på området. Ikke noe av dette kan brukes som *en fasit* på hvordan man skal forstå og forholde seg til alvorlige atferdsvansker hos enkeltbarn. Forhåpentligvis kan boken på en relativt enkel måte gi en oversikt over en god del relevant forskning, som deretter kan brukes sammen med den praksisbaserte kunnskapen hver enkelt fagperson selv har, og sammen med kunnskap om og fra det barnet og den familien det gjelder. På den måten kan boken bidra til å fremme en evidensbasert praksis i arbeid med barn med atferdsvansker. Kanskje kan boken også inspirere noen fagpersoner til å lære seg evidensbaserte metoder og benytte metodene i eget arbeid med barn med de alvorligste atferdsvanskene. Det kan føre til at flere barn får hjelp som virker, noe som kan endre deres livsløp.

Generelt om atferdsvansker hos barn

I dette kapitlet blir transaksjonsmodellen, risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer beskrevet som et grunnlag for å forstå utviklingen av atferdsvansker hos barn. Videre behandler kapitlet forskjellen mellom psykiske vansker og psykiske lidelser og tar opp spørsmålet om hvorvidt det er forskningsmessig belegg for å si at forekomsten av psykiske vansker blant barn generelt er økende.

Transaksjonsmodellen

Transaksjonsmodellen er en modell for å forstå barns psykososiale utvikling. Den er utviklet av Sameroff (2009) og viser hvordan individuelle faktorer og miljøfaktorer over tid gjensidig påvirker barnets utvikling. Barns utvikling er kompleks, og mange forhold på ulike nivåer påvirker hverandre. Biologiske, psykologiske og sosiale forhold virker gjensidig inn på hverandre i barnets utviklingsprosess. *Transaksjon* betyr en utveksling som krever minst to parter for at den skal komme i stand (Broberg, Almqvist og Tjus 2006), og barnet blir dermed sett på som en sentral aktør i egen utviklingsprosess. Transaksjonsmodellen viser hvordan kjennetegn ved barn og miljø forholder seg til hverandre gjennom gjensidige tilpasninger over tid. Man snakker ikke lenger om enten arv eller miljø: Det foregår et kontinuerlig vekselspill mellom dem.

Barn har ved fødselen en unik genetisk utrustning, og den vil umiddelbart fungere i et samspill med kjennetegn ved barnets miljø. På noen områder vil genene spille en større rolle enn på andre utviklingsområder.

For eksempel ses barnets temperament og kognitive nivå på som relativt sterkt genetisk betingede kjennetegn ved barnet. Hvilken betydning barnets gener får for utviklingsprosessen, vil i stor grad bli påvirket av kjennetegn ved barnets miljø. Man har funnet ut at miljøet som et barn lever i, kan påvirke hvilket uttrykk genene får, selv om ikke selve genene blir endret. Det er genuttrykket som får betydning for barnets atferd, ikke den underliggende sammensetningen av selve genet (Tremblay 2010). Nyere genforskning har vist at gener på grunn av miljøpåvirkninger kan «skrus på eller av». Det betyr for eksempel at et barn som på grunn av gener er i risiko for å utvikle atferdsvansker, ikke behøver å få atferdsvansker dersom utviklingsmiljøet er optimalt. Barnets sårbarhetsgener blir da ikke «skrudd på». I et negativt miljø der barnets behov ikke blir forstått og møtt, vil derimot genene kunne bli aktivert og bidra til at atferdsvanskene faktisk utvikler seg. Det er såkalt *epigenetisk forskning* som har vist at genene representerer disposisjoner (genotype) heller enn direkte årsaker i utviklingsprosessen. Samspillet mellom gener og miljø avgjør hvilken betydning disse disposisjonene faktisk får for barnet (fenotype). Nyere studier med vekt på gener har til fulle vist hvor viktig miljøet er for barns utvikling. For eksempel fant Moffitt, Caspi og Rutter (2005) at barn som har en spesiell genkombinasjon, og som utsettes for grov omsorgssvikt av foreldrene, er i langt større risiko for å utvikle senere antisosial atferd enn andre barn som utsettes for det samme, men som ikke har denne spesielle genkombinasjonen. Noen barn synes å være særlig sårbare for sammenhengen mellom omsorgssvikt og utvikling av atferdsvansker. Samme miljø kan få ulik betydning for ulike barn, blant annet fordi barna har ulik genetisk utrustning.

Selv i et godt miljø vil noen barn likevel kunne utvikle atferdsvansker. Hos enkelte barn vil deres genetiske og biologiske forutsetninger uansett virke sterkt inn på deres atferd (Frick 2012). Det er i stadig flere studier funnet at noen barn med mye negativ atferd har liten evne til å føle skyld og ha empati med andre fra de er relativt små (de har såkalte CU-trekk). Det antas at disse trekkene er genetisk betingede, og de er assosierte med økt risiko for særlig alvorlig og aggressiv antisosial atferd i ungdomsalderen dersom de utvikler seg videre (Frick 2012). I slike tilfeller vil det være særlig viktig å ha kunnskap om hvordan man på best mulig måte kan tilrettelegge

miljøet rundt barnet, slik at atferdsvanskene blir møtt på en hensiktsmessig måte og dermed avhjelpes så mye som mulig.

Transaksjonsmodellen innebærer et syn på utvikling der individ og miljø er i stadig endring. Livsløpsforskning har vist at positive endringer kan skje hele livet. Noen barn som strever i barndommen, kan få et godt liv som voksen: De er det man kaller «late bloomers» (Moffitt mfl. 2002). Transaksjonsmodellen er basert på at barns utvikling er diskontinuerlig, og at det kan skje mange kvalitative endringer og reorganiseringer av både positiv og negativ karakter gjennom utviklingsprosessen. Milepæler brukes om normative endringer som de fleste barn gjennomgår i utviklingsløpet, for eksempel at de lærer å gå, snakke og så videre. Ikke-normative endringer som kan påvirke utviklingen for enkeltbarn eller grupper, er for eksempel ulykker, historiske begivenheter og så videre (Sameroff 2009). Kulturelle faktorer både på overordnet nivå og innen den enkelte familien vil virke inn på hvordan de ulike endringene i barns utviklingsprosess blir møtt og håndtert, noe som igjen vil virke inn på hvilken betydning de får for barnet. Det samme vil forhold i barnehage og skole og hjelpetiltak kunne gjøre.

Videre ligger det i transaksjonsmodellen at barnet ses på som en aktiv aktør i egen utvikling. Barnet påvirker omgivelsene og blir selv påvirket av dem. Det er altså et gjensidig forhold mellom barn og miljø. Barnet organiserer aktivt egne erfaringer, og dette fører til at både barnet og miljøet er i kontinuerlig og dynamisk endring (Campbell 2002; Sameroff 2009). For eksempel vil barnet med medfødte og ervervede egenskaper påvirke foreldrene og skape reaksjoner hos dem. Disse reaksjonene fra foreldrene vil i neste omgang påvirke den videre utviklingen av barnets egenskaper. På den måten fortsetter den gjensidige påvirkningen over tid. Årsak og effekt veves sammen og danner barnets utviklingsprosess (Broberg, Almqvist og Tjus 2006). Faktorer utenfor familien vil også inngå i disse transaksjonene. Transaksjonsmodellen inkluderer Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell og integrerer dermed en systemisk forståelse av barns utvikling. Bronfenbrenners modell viser hvordan barnet selv påvirker og blir påvirket av omgivelsene, og hvordan systemer utenfor barn og familie indirekte virker inn på barnets utvikling (Bronfenbrenner 1992). For eksempel vil forhold på fars arbeidsplass kunne ha en virkning på fars utøvelse av oppdragerollen, og dermed vil den også kunne få konsekvenser for barnet. Det samme vil

endringer på samfunnsnivå gjøre. Full barnehagedekning i kommunen eller endring av økonomiske tilskudd til barnefamilier vil for eksempel føre til endringer i familiens situasjon, som vil ha en effekt på barnets utviklingsprosess. Bronfenbrenner beskriver også hvor viktig *sammenhengen* mellom ulike miljøer som barnet ferdes i, er for barnets funksjon, såkalte mesosystemer. For eksempel vil samarbeidet mellom foreldre og skole i seg selv kunne ha en stor betydning for barnets tilpasning og funksjon i skolen. Transaksjonsmodellen omfatter utveksling på mange områder og mange nivåer over lang tid: barn–foreldre, barn–barnehage/skole, foreldre–arbeidsplass, foreldre–samfunn og så videre (Broberg, Almqvist og Tjus 2006).

Transaksjonsmodellen representerer et optimistisk syn på barns utviklingsmuligheter. Den står i motsetning til for eksempel den såkalte *hovedeffektmodellen* (Tetzchner 2012), der det letes etter lineære årsaks- og virkningssammenhenger for å forklare barns utvikling. Med unntak av svært alvorlig tidlig deprivasjon og alvorlig biologisk risiko er det i henhold til transaksjonsmodellen mulig å oppnå positive effekter av intervensjoner, som igjen kan demme opp for konsekvenser av risikofaktorer (Campbell 2002). Ut fra denne måten å forstå barns utviklingsløp på blir det sentralt å planlegge tiltak slik at barnet kan få den støtten det trenger for å overkomme medfødt sårbarhet eller belastninger som det har vært utsatt for. Fordi transaksjonsmodellen legger vekt på barns utvikling over tid og hvordan mange ulike faktorer gjensidig påvirker hverandre, vil denne modellen også sikre at man retter søkelyset mot multiple risikofaktorer og om nødvendig setter i verk tiltak rettet inn mot flere av disse faktorene. Transaksjonsmodellen bidrar til en helhetlig forståelse av barns behov der tidlig intervensjon blir viktig. Tidlig intervensjon betyr at det iverksettes tiltak på et så tidlig stadium av problemutvikling som mulig, slik at problemet forsvinner eller minimaliseres ved hjelp av liten innsats (forebygging, *no*). Transaksjonsmodellen kan videre sikre at man følger barnets utvikling over tid og slik blir i stand til å avdekke om barnet på et senere tidspunkt får nye problemer og hjelpebehov.

Hvis transaksjonsmodellens kompleksitet tas på alvor, kan modellen forhindre at man iverksetter for enkle tiltak når barnets problematikk er sammensatt og forårsaket av flere nivåer av risikofaktorer. I tillegg blir timing og evaluering av tiltak en naturlig følge av transaksjonsmodellen