

Effekt av tilpassede tiltak for helsestasjonstjenesten

Rapport fra Kunnskapssenteret nr 19–2014

Systematisk oversikt; oversikt over systematiske oversikter



 kunnskapssenteret

Bakgrunn: Helsestasjonstjenesten skal tilby likeverdige tjenester som ivaretar ulike familiers forutsetninger og behov. Rapporten er en oversikt over systematiske oversikter om effekt av tilpassede tiltak til familier med lav sosioøkonomisk status, etniske minoritetsfamilier eller tenåringsmødre, og tiltak for å fremme samspill med barnet for mødre med fødselsdepresjon. Vi inkluderte ti systematiske oversikter av høy metodisk kvalitet. Resultatene av oppsummeringen viser at:

- Veiledning, opplæring og informasjon om amming fra helsearbeidere tilpasset mødre med lav sosioøkonomisk status fører trolig til at flere starter å amme og fortsatt ammer etter 3-6 måneder. Slike tiltak øker muligens også andelen som starter å fullamme.
- Hjemmebesøksprogram til familier med lav sosioøkonomisk status reduserer trolig antall barneulykker noe. Det er usikkert om tiltaket fører til at flere fullfører anbefalte barnevaksinasjoner.
- Foreldretreningsprogram tilpasset familier som er utsatt for store belastninger kan muligens forebygge utagerende atferd hos barnet.
- Støtte eller

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004, St. Olavs plass
N-0130 Oslo
(+47) 23 25 50 00
www.kunnskapssenteret.no
Rapport: ISBN 978-82-8121-891-8 ISSN 1890-1298

nr 19–2014

 kunnskapssenteret

oppsøkende arbeid utført av likemenn eller lekfolk til familier med lav sosioøkonomisk status endrer trolig ikke andelen som starter å amme. Imidlertid kan det muligens gi en betydelig økning i andelen som fullammer første halvår og som ammer utover første leveår. Slike tiltak fører også trolig til at flere fullfører anbefalte barnevaksinasjoner, men gir trolig ingen endring i barnas fruktinntak. Flere av studiepopulasjonene i oversiktene besto av etniske minoriteter, men ingen av oversiktene belyste effekt av tiltak tilpasset etniske minoriteter. Det er svært begrenset dokumentasjon om foreldretreningsprogram for tenåringsmødre og tiltak for deprimerte mødre kan påvirke mors samspill med barnet. Mange av studiene var gjennomført i land hvor helsetjenesten er organisert annerledes enn vår. På grunn av svakheter i gjennomføring av studiene og små studier har vi generelt middels til lav tillit til dokumentasjonen. Det betyr ikke at tiltakene er uten effekt, men at datagrunnlaget er svakt når det gjelder å si noe om hvor store eventuelle effekter er.

Tittel	Effekt av tilpassede tiltak for helsestasjonstjenesten
English title	Effect of adapted interventions for primary child health care services
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	Magne Nylenna, direktør
Forfattere	Mosdøl, Annhild, prosjektleder, <i>seniorrådgiver</i> , <i>Kunnskapssenteret</i> Blaasvær, Nora, <i>forsker</i> , <i>Kunnskapssenteret</i> . Vist, Gunn Elisabeth, <i>seksjonsleder</i> , <i>Kunnskapssenteret</i>
ISBN	978-82-8121-891-8
ISSN	1890-1298
Rapport	Nr 19 – 2014
Prosjektnummer	771
Publikasjonstype	Systematisk oversikt; oversikt over systematiske oversikter
Antall sider	67 (146 inklusiv vedlegg)
Oppdragsgiver	Helsedirektoratet
Emneord(MeSH)	Socioeconomic Factors; Vulnerable Populations; Minority Groups; Parents; Child; Preschool; Maternal-Child; Health Centers
Sitering	Mosdøl A, Blaasvær N, Vist GE. Effekt av tilpassede tiltak for helsestasjonstjenesten. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 19–2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Kunnskapssenteret er formelt et forvaltningsorgan under Helsedirektoratet, men har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Kunnskapssenteret vil takke Monica Martinussen, Bernadette Kumar, Kari Glavin, Kjerstin Møllebakken og Karin Harsløf Hjelde for å ha bidratt med sin ekspertise i dette prosjektet. Kunnskapssenteret tar det fulle ansvaret for synspunktene som er uttrykt i rapporten.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Oslo, oktober 2014

Hovedfunn

Helsestasjonstjenesten skal tilby likeverdige tjenester som ivaretar ulike familiers forutsetninger og behov. Rapporten er en oversikt over systematiske oversikter om effekt av tilpassede tiltak til familier med lav sosioøkonomisk status, etniske minoritetsfamilier eller tenåringsmødre, og tiltak for å fremme samspill med barnet for mødre med fødselsdepresjon.

Vi inkluderte ti systematiske oversikter av høy metodisk kvalitet. Resultatene av oppsummeringen viser at:

- Veiledning, opplæring og informasjon om amming fra helsearbeidere tilpasset mødre med lav sosioøkonomisk status fører trolig til at flere starter å amme og fortsatt ammer etter 3-6 måneder. Slike tiltak øker muligens også andelen som starter å fullamme.
- Hjemmebesøksprogram til familier med lav sosioøkonomisk status reduserer trolig antall barneulykker noe. Det er usikkert om tiltaket fører til at flere fullfører anbefalte barnevaksinasjoner.
- Foreldretreningsprogram tilpasset familier som er utsatt for store belastninger kan muligens forebygge utagerende atferd hos barnet.
- Støtte eller oppsøkende arbeid utført av likemenn eller lekfolk til familier med lav sosioøkonomisk status endrer trolig ikke andelen som starter å amme. Imidlertid kan det muligens gi en betydelig økning i andelen som fullammer første halvår og som ammer utover første leveår. Slike tiltak fører også trolig til at flere fullfører anbefalte barnevaksinasjoner, men gir trolig ingen endring i barnas fruktinntak.

Flere av studiepopulasjonene i oversiktene besto av etniske minoriteter, men ingen av oversiktene belyste effekt av tiltak tilpasset etniske minoriteter. Det er svært begrenset dokumentasjon om foreldretreningsprogram for tenåringsmødre og tiltak for deprimerede mødre kan påvirke mors samspill med barnet. Mange av studiene var gjennomført i land hvor helsetjenesten er organisert annerledes enn vår.

På grunn av svakheter i gjennomføring av studiene og små studier har vi generelt midtels til lav tillit til dokumentasjonen. Det betyr ikke at tiltakene er uten effekt, men at datagrunnlaget er svakt når det gjelder å si noe om hvor store eventuelle effekter er.

Tittel:

Effekt av tilpassede tiltak for helsestasjonstjenesten

Publikasjonstype:

Systematisk oversikt;

En systematisk oversikt er resultatet av å

- innhente
- kritisk vurdere og
- sammenfatte

relevante forskningsresultater ved hjelp av forhåndsdefinerte og eksplisitte metoder.

Svarer ikke på alt:

- Ingen studier utenfor de eksplisitte inklusjonskriteriene
- Ingen helseøkonomisk evaluering
- Ingen anbefalinger

Hvem står bak denne publikasjonen?

Kunnskapssenteret har gjennomført oppdraget etter forespørsel fra Helsedirektoratet

Når ble litteratursøket utført?

Søk etter systematiske oversikter ble avsluttet oktober 2013.

Fagfeller:

Professor Monica Martinussen
Universitetet i Tromsø og
direktør Bernadette Kumar,
Nasjonal Kompetanseenheter for
Minoritetshelse (prosjektplan).
Førsteamanuensis Kari Glavin,
Høgskolen Diakonova,
arbeidsgruppeleder, Kjerstin
Møllebakken, Nasjonale faglige
retningslinjer, Helsestasjon 0-5,
Helsedirektoratet og forsker Karin
Harsløf Hjelde, Nasjonal
Kompetanseenheter for
Minoritetshelse (rapport)

Sammendrag

Bakgrunn

Helsestasjonstjenesten oppgave er å tilby forebyggende og helsefremmende helsetjenester til familier med barn 0-5 år, uavhengig av sosial tilhørighet eller bakgrunn. Studier viser at mange grupper med lav sosioøkonomisk status eller med etnisk minoritetstilhørighet har flere helseproblemer og utfordringer i møte med helsetjenesten. Helsestasjonstjenesten vil også møte familier med ulike hjelpebehov. Tiltak for å tilpasse helsefremmende og forebyggende arbeid til ulike familiers behov og forutsetninger vil kunne gjøre tjenesten mer likeverdig. Helsedirektoratet ønsket å få oppsummert kunnskap om effekter av slike tilpassede tiltak. Denne rapporten er en oversikt over systematisk oppsummert kunnskap om effekt av tiltak for å tilpasse helsestasjonstjenesten eller tilsvarende helsetjenestetilbud (0-6 år) til familier med lav sosioøkonomisk status, etniske minoritetsfamilier eller tenåringsmødre, eller tiltak for å fremme samspill med barnet for mødre med fødselsdepresjon.

Metode

Vi søkte etter systematiske oversikter i 13 internasjonale databaser fram til oktober 2013. To personer gjennomgikk uavhengig av hverandre alle titler og sammendrag, og tok beslutninger om inklusjon og eksklusjon basert på fulltekstvurdering. Vi inkluderte alle systematiske oversikter av høy metodisk kvalitet som handlet om tiltak gitt eller tilpasset til de fire definerte populasjonsgruppene. Vi benyttet oversiktsforfatterens vurdering av risiko for systematiske skjevheter. Kvaliteten av dokumentasjonen for hvert utfallsmål ble vurdert med GRADE-metodikken. Dokumentasjonen ble vurdert til enten høy kvalitet (⊕⊕⊕⊕), middels kvalitet (⊕⊕⊕○), lav kvalitet (⊕⊕○○), eller svært lav kvalitet (⊕○○○).

Resultat

Vi inkluderte ti systematiske oversikter av høy metodisk kvalitet. Fire av disse har som mål å oppsummere et tilpasset tiltak. De andre belyser formålet som er definert i denne rapporten gjennom delanalyser eller indirekte. Resultatene ble gruppert i seks kategorier av liknende tiltak, snarere enn etter hvilken populasjon tiltaket ble gitt til. Ingen av oversiktene rapporterer om mulige uønskede effekter knyttet til gjennomføring av tiltaket.

En systematisk oversikt (ti studier fra USA og Storbritannia) ser på effekt av veiledning, opplæring og informasjon om amming fra helsearbeidere tilpasset mødre med lav sosioøkonomisk status sammenliknet med standard helsetjenestetilbud. De finner noe økt andel som startet å amme (RR 1,39, 95% KI: 1,21 til 1,59)(⊕⊕⊕○), som startet å fullamme (RR 1,72, 95% KI: 1,34 til 2,21)(⊕⊕○○) og som ammet ved 3-6 måneders alder (RR 1,15, 95% KI: 1,01 til 1,30)(⊕⊕⊕○).

To systematiske oversikter (33 studier fra USA, Canada, Australia, Storbritannia, New Zealand, Irland og Tyrkia) ser på effekt av hjemmebesøksprogram til familier med lav sosioøkonomisk status sammenliknet med standard helsetjenestetilbud. De finner redusert forekomst av barneulykker (RR 0,83, 95% KI: 0,73 til 0,94) (⊕⊕⊕○), men effekt på fullføring av barnevaksinasjoner er usikker (⊕○○○).

To systematiske oversikter (16 studier fra USA, Canada, Australia og Tyskland) ser på effekt av tilpassede foreldretreningsprogram sammenliknet med standard helse-tjenestetilbud. Program tilpasset familier utsatt for store belastninger gir muligens noe reduksjon i utagerende atferd hos barnet etter 12-16 måneder: De utrolige årene (SMD symptomvurdering -0,22, 95% KI: -0,42 til -0,02) (⊕⊕○○) eller Triple-P (SMD symptomvurdering -0,27, 95% KI: -0,47 til -0,07) (⊕○○○). Det er usikkert om program tilpasset tenåringsmødre påvirker mors samspill med barnet (⊕○○○).

En systematisk oversikt (sju studier fra USA, Canada, Bermuda, Jamaica og Irland) ser på effekt av hjemmebaserte stimuleringsprogram for barnets kognitive utvikling til familier med lav sosioøkonomisk status sammenliknet med ingen tiltak. Det er usikkert om tiltaket har effekt på barnets kognitive utvikling (⊕○○○).

Tre systematiske oversikter (16 studier fra USA, Storbritannia, Brasil, Mexico og Irland) ser på effekt av støtte eller oppsøkende arbeid av likemenn/lekfolk til familier med lav sosioøkonomisk status sammenliknet med standard helsetjenestetilbud. En finner ingen endring i andelen som startet å amme (RR 1,11, 95% KI: 0,93 til 1,31) (⊕⊕○○), men betydelig økning i fullamming (RR 4,31, 95% KI: 1,27 til 14,6)(⊕⊕○○) og amming i første leveår (RR 1,29, 95% KI: 1,31 til 1,48)(⊕⊕⊕○). Den andre finner at flere fullfører anbefalte barnevaksinasjoner (RR 1,19, 95% KI: 1,09 til 1,30) (⊕⊕⊕○). Den tredje finner ingen effekt på barnas fruktinntak (SMD fruktinntak 0,01, 95% KI: -0,09 til 0,11)(⊕⊕⊕○).

En systematisk oversikt (åtte studier fra USA, Storbritannia og Australia) ser på effekt av tiltak for mødre med fødselsdepresjon for å fremme mors samspill med barnet. Det er svært begrenset dokumentasjon om slike tiltak har effekt på samspill og barnets utvikling (⊕○○○).

Diskusjon

Funnene våre viser at relativt få systematiske oversikter ser på tilpassede tiltak til sårbare grupper av foreldre med barn 0-6 år. Mange av studiene var gjennomført i land hvor helsetjenesten er organisert annerledes enn vår, noe som må vurderes

med tanke på overførbareheten av funnene til norsk kontekst. På grunn av svakheter i gjennomføring av studiene og små studier har vi generelt middels til lav tillit til dokumentasjonen. Det betyr ikke at tiltakene er uten effekt, men at datagrunnlaget er svakt med hensyn til å si noe om hvor store eventuelle effekter er eller ikke er.

Av spesielle forhold for de seks kategoriene av tiltak nevnes:

- I studiene av veiledning, opplæring og informasjon om amming startet en lavere andel å amme enn hva som er vanlig i Norge. Deltakerne i intervensjonsgruppene hadde hyppig kontakt med helsepersonell i tiden rundt fødselen.
- De fleste hjemmebesøksprogrammene besto av mange elementer. Majoriteten tilbød ukentlige hjemmebesøk over flere måneder, med bred veiledning om barnets helse og utvikling, sosiale forhold og foreldrerollen, alt gitt i hjemmet.
- Studiepopulasjonene i de tre analysene av foreldretreningsprogram er svært ulike. Oversiktene ga liten beskrivelse av det faglige innholdet i programmene og hvordan programmene er tilpasset målgruppene.
- Hjemmebaserte stimuleringsprogram for barnets kognitive utvikling ligger i grenseland mellom helsestasjonstjenestens og utdanningssystemets virksomhetsområder, med læreplan og alderstilpasset læremateriell.
- I studiene av støtte eller oppsøkende arbeid av lekfolk eller likemenn var disse personene enten veivisere med tanke på å utnytte helsevesenets muligheter til beste for barnet eller de ga råd og støtte. De kom ofte fra samme sosiale og kulturelle gruppe som familiene de skulle oppsøke. De fleste var kvinner.
- Studiene av tiltak for mødre med fødselsdepresjon kan kategoriseres i to hovedgrupper: ulike former for individuell terapi eller mødregrupper som fikk støtte, opplæring i å tolke barnets signaler og/eller opplæring i baby massasje.

Konklusjon

Det oppsummerte forskningsgrunnlaget for å si noe om effekten av tilpassede tiltak for helsestasjonstjenesten til familier med barn 0-6 år er begrenset. Fire hovedkategorier av tiltak viste mulig effekt på minst ett utfallsmål; Veiledning, opplæring og informasjon om amming fra helsearbeidere, hjemmebesøksprogram, tilpassede foreldretreningsprogram; og støtte eller oppsøkende arbeid utført av likemenn eller lekfolk. Alle tiltakene var tilpasset familier med lav sosioøkonomisk status. Flere av studiepopulasjonene besto av etniske minoriteter, men ingen av oversiktene belyste spesifikt effekt av tiltak tilpasset etniske minoriteter. Det er svært begrenset dokumentasjon om foreldretreningsprogram for tenåringsmødre og tiltak for deprimerede mødre kan påvirke mors samspill med barnet.

Key messages (English)

Pre-school child health services shall provide equitable services that caters to different families' circumstances and needs. This report is an overview of systematic reviews on the effects of adapted interventions for families with low socioeconomic status, ethnic minority families and teenage mothers, and interventions to promote interaction with the child for mothers with postpartum depression.

We included ten systematic reviews of high methodological quality. The findings show that:

- Counselling, education and information about breastfeeding by health care workers adapted for low-income women can probably increase the proportion who initiate breastfeeding and who breastfeed at 3-6 months. Such interventions can perhaps also increase the proportion who initiate exclusive breastfeeding.
- Home visiting programs for families with low socioeconomic status can probably reduce the prevalence of childhood injuries. It is uncertain whether it has any effect on uptake of childhood vaccinations.
- Parent training programs adapted for socially disadvantaged families can perhaps prevent some externalizing behaviour of the child.
- Support or outreach by lay health care workers for families with low socioeconomic status do probably not alter the proportion who initiate breastfeeding, but can perhaps considerably increase the prevalence of exclusive breastfeeding the first 6 months and who breastfeed the first year. Such interventions can probably also increase the uptake of childhood vaccinations, but has probably little effect on child fruit intake

Several of the study populations included ethnic minorities, but none of the systematic reviews addressed effects of interventions adapted for the needs of ethnic minorities. There is very limited documentation on whether parent training programs for teenage mothers and interventions for mothers with postnatal depression can improve aspects of mother-child interaction. Many of the studies were conducted in countries where the health services are organised differently from our country.

Due to aspects of study design and implementation or small studies, we had generally moderate to low confidence in the documentation. When we have low confidence in the documentation this does not mean that the interventions are ineffective, but that the documentation is limited to infer on the magnitude of any effects.

Title:

Effect of adapted interventions for primary child health care services

Type of publication:

Systematic review

A review of a clearly formulated question that uses systematic and explicit methods to identify, select, and critically appraise relevant research, and to collect and analyse data from the studies that are included in the review. Statistical methods (meta-analysis) may or may not be used to analyse and summarise the results of the included studies.

Doesn't answer everything:

- Excludes studies that fall outside of the inclusion criteria
- No health economic evaluation
- No recommendations

Publisher:

Norwegian Knowledge Centre for the Health Services

Updated:

Last search for studies: October 2013.

Peer review:

Professor Monica Martinussen University of Tromsø and director Bernadette Kumar, The Norwegian Centre for Minority Health Research (project plan). Associate professor Kari Glavin, Diakonova University College, working group leader Kjerstin Møllebakken, the Norwegian Directorate of health and researcher Karin Harsløf Hjelde, The Norwegian Centre for Minority Health Research (report)

Executive summary (English)

Background

The role of the Norwegian primary child health services is to promote health and prevent disease for families with children aged 0-5 years, irrespectively of social standing or background. Studies show that groups with low socioeconomic status or immigrant groups have more health problems and struggle to interact efficiently with the health care services. Pre-school child health services also encounter families that may have various needs for support. Interventions that adapt health promotion and disease prevention efforts to the needs of these families can make the service more equitable. The Norwegian Directorate of Health requested summarized knowledge about the effect of such adapted services.

Objective

The aim of this report is to write an overview of systematic reviews on the effect of interventions in pre-school (0-6 years) child health care services adapted for families with low socioeconomic status, ethnic minority families or teenage mothers, and interventions for mothers with postpartum depression that promote mother-child interaction.

Method

We searched 13 international databases up until October 2013. Two independent persons reviewed the titles and abstracts and judged appropriateness for inclusion based on full text assessment. We included all systematic reviews of high methodological quality that evaluated the effect of interventions adapted for the four defined population groups. Risk of bias assessments in the results were based on the review authors' judgements. The quality of evidence was considered for each outcome using the GRADE methodology. The documentation was judged to be of either of high quality (⊕⊕⊕⊕), moderate quality (⊕⊕⊕○), low quality (⊕⊕○○), or very low quality (⊕○○○).

Results

We included ten systematic reviews of high methodological quality. Four of these specifically address adapted interventions. The remaining answer aspects of our aim through sub-analyses or indirectly. The results are grouped into six categories of similar interventions, rather than by population group. None of the reviews report possible unwanted effects related to implementation of the intervention.

One systematic review (ten studies from the USA and UK) looks at the effect of counselling, education and information about breastfeeding by health care workers adapted for low-income women compared with standard health care. They found an increase in the proportion who initiate breastfeeding (RR 1.39, 95% CI: 1.21 to 1.59) (⊕⊕⊕○), initiate exclusive breastfeeding (RR 1.72, 95% CI: 1.34 to 2.21)(⊕⊕○○) and breastfeed at 3-6 months (RR 1.15, 95% CI: 1.01 to 1.30)(⊕⊕⊕○).

Two systematic reviews (33 studies from the USA, Canada, Australia, UK, New Zealand, Ireland and Turkey) look at the effect of home visiting programs for families with low socioeconomic status compared with standard health care. They found reduced incidence of childhood accidents (RR 0.83, 95% CI: 0.73 to 0.94) (⊕⊕⊕○), but the effect on uptake of child vaccinations is uncertain (⊕○○○).

Two systematic reviews (16 studies from the USA, Canada, Australia and Germany) look at the effect of adapted parent training programs compared with standard health care. Programs adapted for socially disadvantaged families give some reduction in externalizing behaviour in the child after 12-16 months: The Incredible Years Program (SMD symptom assessment -0.22, 95% CI: -0.42 to -0.02) (⊕⊕○○) or Triple-P (SMD symptom assessment -0.27, 95% CI: -0.47 to -0.07) (⊕○○○). It is uncertain whether programs adapted for teenage mothers have an effect on mother-child interaction (⊕○○○).

One systematic review (seven studies from the US, Canada, Bermuda, Jamaica and Ireland) looks at the effect of home-based child development interventions for families with low socioeconomic status compared with no intervention. It is uncertain whether the intervention has any effect on the child's cognitive development (⊕○○○).

Three systematic reviews (16 studies from the USA, UK, Brazil, Mexico and Ireland) look at the effect of support and outreach by lay health care workers for families with low socioeconomic status compared with standard health care. One finds no change in the proportion who initiate breastfeeding (RR 1.11, 95% CI: 0.93 to 1.31) (⊕⊕○○), but a substantial increase in exclusive breastfeeding (RR 4.31, 95% CI : 1.27 to 14.6) (⊕⊕○○) and increase in breastfeeding the first year (RR 1.29, 95% CI: 1.31 to 1.48) (⊕⊕⊕○). The second finds higher uptake of childhood vaccination (RR 1.19, 95% CI: 1.09 to 1.30) (⊕⊕⊕○). The third finds no effect on the children's fruit intake (SMD fruit intake 0.01, 95% CI: -0.09 to 0.11) (⊕⊕⊕○).

One systematic review (eight studies from the USA, UK or Australia) looks at the effect of interventions for mothers with postpartum depression to promote interaction with the child. It is uncertain whether such interventions have an effect on mother-child interaction and child cognitive development (\oplus ○○○).

Discussion

Our findings show that relatively few systematic reviews focus on interventions adapted for vulnerable groups of parents with children aged 0-6 years. Due to aspects of study design and implementation or small studies, we have generally moderate to low confidence in the documentation. When we have low confidence in the documentation this does not mean that the interventions are ineffective, but that the documentation is limited to infer on the magnitude of any effects. Many of the studies were conducted in countries where the health services are organised differently from our country, which is of relevance to the transferability of results.

Specific issues for each of the six categories of interventions were:

- In the studies of counselling, education and information about breastfeeding by health care workers, breastfeeding initiation rates in the study populations were much lower than in Norway. A majority of the studies offered frequent contact with health care workers around the time of giving birth.
- Most of the home visiting programs were complex. The majority offered frequent contact with counselling about a broad range of topics, including child health and development, social issues and the parental role, all offered in the home.
- The study populations for the three comparisons of parent training programs were very different. The reviews give sparse descriptions of the theoretical content of the programmes and how these were adapted to the target groups.
- Home-based child development interventions promoting child cognitive development intersect the responsibilities of the health care and educational systems, containing a curriculum and age-appropriate learning resources.
- In the studies of support or outreach by lay health care workers, these persons either took the role of a guide or an advocate in relation to capitalize on the opportunities of the health care system or they gave advice and support. They often came from the same social and cultural groups as the families they contacted. Most were women.
- The interventions for mothers with postnatal depression can be categorised into two groups: different forms of individual therapies or support groups offering companionship, training in assessing infant behaviour and/or baby massage.

Conclusion

The summarized evidence on the effect of adapted interventions in child health services for families with children aged 0-6 years is limited. Four main categories of interventions show possible effect on at least one outcome: Breastfeeding counselling, education and information by health care workers; home visiting programs; adapted parent training programs; and support or outreach by lay health care workers. All the interventions were adapted for families with low socioeconomic status. Several of the study populations included ethnic minorities, but none of the reviews addressed effect of interventions adapted for ethnic minorities. There is very limited evidence whether parental training program for teenage mothers and interventions of depressed mothers may affect the mother-child interaction.

Innhold

HOVEDFUNN	2
SAMMENDRAG	3
KEY MESSAGES (ENGLISH)	6
EXECUTIVE SUMMARY (ENGLISH)	7
INNHold	11
FORORD	13
FORMÅL	14
INNLEDNING	15
Bakgrunn	15
Grupper som kan ha behov for tilpassete tiltak på helsestasjonen	16
Om denne rapporten	18
METODE	20
Litteratursøk	20
Inklusjonskriterier	21
Eksklusjonskriterier	22
Artikkelutvelging og kvalitetsvurdering	22
Behandling og sammenstilling av data	23
Gradering av dokumentasjonen	23
RESULTAT	25
Litteratursøk	25
Håndtering av innhentet litteratur	25
Inkluderte oversikter	26
Helseveiledning, -opplæring og -informasjon som hovedtiltak	27
Hjemmebesøksprogram	29
Foreldretreningsprogram, individ eller i gruppe	33

Hjemmebaserte stimuleringsprogram for barnets kognitive utvikling	39
Støtte eller oppsøkende arbeid utført av lekfolk eller likemenn	40
Tiltak for å fremme samspill med barnet for mødre med fødselsdepresjon	45
DISKUSJON	48
Helseveiledning, -opplæring og -informasjon som hovedtiltak	49
Hjemmebesøksprogram	50
Foreldretreningsprogram, individ eller i gruppe	51
Hjemmebaserte stimuleringsprogram for barnets utvikling	52
Støtte eller oppsøkende arbeid utført av lekfolk eller likemenn	53
Tiltak for å fremme samspill med barnet for mødre med fødselsdepresjon	54
Betraktninger over resultatene i forhold til litteratursøk og eksklusjon på grunn av kvalitetsvurderingen	54
Styrker og begrensninger ved den metodiske tilnærmingen	55
Kvaliteten på dokumentasjonen	56
KONKLUSJON	57
Behov for videre forskning	57
REFERANSER	58
VEDLEGG	68
Vedlegg 1: Begrepsforklaringer	68
Vedlegg 2: Search strategy	78
Vedlegg 3: Methodological quality summary review	103
Vedlegg 4: Description of included systematic reviews	105
Vedlegg 5: List of protocols for ongoing systematic reviews	116
Vedlegg 6: Excluded publications	117
Vedlegg 7: GRADE evidence profiles	132
Vedlegg 8: Meta-analyses of targeted lay health worker interventions on breastfeeding outcomes	144

Forord

Helsedirektoratet utarbeider nye Nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjonstjenesten for barn 0-5 år. Som en del av dette arbeidet ønsket Helsedirektoratet oppsummert kunnskap om effekt av tiltak som kan ivareta særlige behov hos sårbare grupper av foreldre. Parallelt ba Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet Kunnskapssenteret om å oppsummere effekt av tiltak for utsatte foreldre med sped- og småbarn. Disse to bestillingene ble sett på samlet. Alle de relevantt populasjonsgrupper ble inkludert i samme litteratursøk. Funnene presenteres i to rapporter relatert til henholdsvis norske helsestasjoners og barnevernets virksomhetsområder. Den andre rapporten er «Effekt av tiltak for risikofamilier med barn 0-6 år».

Prosjektgruppen for «Effekt av tilpassede tiltak for helsestasjonstjenesten» har bestått av:

- Annhild Mosdøl, seniorrådgiver, Kunnskapssenteret
- Gunn E. Vist, seksjonsleder, Kunnskapssenteret
- Nora Blaasvær, forsker, Kunnskapssenteret
- Malene Wøhlk Gundersen, bibliotekar, Helsedirektoratet

Takk til Monica Martinussen, professor ved Universitetet i Tromsø og Bernadette Kumar, direktør ved Nasjonal Kompetanseenhet for Minoritetshelse for ekstern fagfelleevaluering av prosjektplan.

Takk til Kari Glavin, førsteamanuensis ved Høyskolen Diakonova, Kjerstin Møllebakken, arbeidsgruppeleder for Nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjon 0-5, Helsedirektoratet og Karin Hjelde, forsker ved Nasjonal Kompetanseenhet for Minoritetshelse for ekstern fagfelleevaluering av rapporten.

Takk til Astrid Austvoll-Dahlgren og Kristin Thuve Dahm for intern fagfelleevaluering, Karianne Thune Hammerstrøm for fagfelleevaluering av litteratursøket og Ingrid Borren for å ha deltatt i utvelgelsen av studiene.

Gro Jamtvedt
Avdelingsdirektør

Gunn E. Vist
Seksjonsleder

Annhild Mosdøl
Prosjektleder

Formål

Formålet med denne rapporten er å presentere en systematisk oversikt over systematisk oppsummert kunnskap om effekt av tiltak som tilpasser helsestasjonstjenesten eller tilsvarende helsetjenestetilbud for barn 0-6 år til familier med lav sosioøkonomisk status, etniske minoriteter eller tenåringsmødre, eller tiltak for å fremme samspill med barnet for mødre med fødselsdepresjon.

Innledning

Bakgrunn

Helsestasjonstjenesten for barn 0-5 år er en lovpålagt tjeneste som inngår i kommunenes helhetlige helsefremmende og forebyggende arbeid (1, 2). Tjenesten har et bredt fokus på barns fysiske og psykiske helse, samt sosiale forhold. Arbeidsformene inkluderer helseopplysning, veiledning, helseundersøkelser og vaksinasjoner, tverrfaglig samarbeid, samt henvisning videre til andre deler av helsetjenesten (3). Helsestasjonene har i det siste blitt pålagt flere utvidede oppgaver, inkludert oppfølging av for tidlig fødte barn (4), nye retningslinjer for veiing og måling (5), og nye retningslinjer for forebygging og behandling av overvekt og fedme (6). Helsestasjonstjenesten samarbeider tett med andre kommunale tjenester, slik som sosialtjenesten, barnevernstjenesten, legetjenesten, samt barnehage og skole (1). Det pågår et arbeid for å styrke og utvikle helsestasjonen (2) i tråd med politiske føringer som vektlegger helsefremmende og forebyggende arbeid overfor barn og unge (7-9).

Helsestasjonstjenesten er et lavterskeltilbud. Tilnærmet 100 % av alle foreldre med små barn benytter seg av helsestasjonsprogrammet for vaksinasjoner og helseundersøkelser (2). Tjenesten har derfor en unik posisjon med hensyn til å nå ut til alle barnefamilier, uavhengig av sosial tilhørighet eller bakgrunn. I følge Helse- og omsorgstjenesteloven (10) skal det kommunale helsetjenestetilbudet blant annet være et likeverdig tjenestetilbud, bidra til samhandling og gi tilbud som er tilpasset den enkeltes behov.

Den norske velferdsmodellen er basert på universelle tjenester. Vi har likevel betydelige innslag av selektive og målrettede ordninger (11). Det har blitt drøftet om universelt rettede forebyggende helsetiltak kan bidra til å øke sosiale ulikheter i helse. Forskningslitteraturen er begrenset på dette spørsmålet, men studier antyder at universelle tiltak rettet mot frivillig atferdsendring, slik som informasjonskampanjer, kan øke forskjeller (12). Forklaringen på dette kan være at de mest ressurssterke befolkningsgruppene i større grad etterlever anbefalinger. Derimot kan tiltak av mer strukturell art muligens redusere ulikheter (11). Siden brukerne av helsetjenestene er forskjellige, trenger ikke en likt levert tjeneste å være likeverdig i praksis. Derfor brukes begrepet resultatlikhet i økende grad som et mål på likeverdige tjenester (11). Kvalitativt og kvantitativt ulike og tilrettelagte tjenester kan være nødvendige for å oppnå resultatlikhet i behandling og brukertilfredshet (7, 13).

Helsestasjonen er et universelt rettet program, men det gjøres tilpasninger ut fra foreldrenes og barnas forutsetninger og behov. Tilpassede tiltak som brukes ved helsestasjonene er utvidet antall hjemmebesøk, ekstra konsultasjoner, gruppeveiledning/kurs, bruk av tolk eller informasjonsmateriale på ulike språk. Det er behov for mer kunnskap om hvilke tiltak som har god effekt for familier med lav sosioøkonomisk status, etniske minoritetsfamilier eller ulike grupper av risikofamilier.

Grupper som kan ha behov for tilpassete tiltak på helsestasjonen

Til tross for at Norge har hatt en stor velstandsøkning, viser de fleste mål på helse og sykdom ulikheter mellom befolkningsgrupper definert etter inntekt, utdanning og yrke. For hvert stigende nivå av utdanningslengde eller inntekt blir helsa litt bedre. Forskjellene har økt de siste tiårene (11). Norske barn har gjennomgående god helse (10), men allerede for aldersgruppen 0-5 år finnes det ulikheter i helse etter foreldrenes sosioøkonomiske status. Det er vist at barn av foreldre med lavere utdanning eller sosioøkonomisk status fødes oftere som premature (14) eller med lav fødselsvekt (15), samt har høyere neonatal og postneoantal dødelighet (15). Det er også hyppigere forekomst av karies (16, 17), overvekt (18), psykiske helseproblemer (19), atferdsproblemer (20), astma (21), smertetilstander (22) og alvorlige ulykker (23). Av helseatferder er det funnet ulikheter i ammepraksis (24) og hvor mye sukkerholdig drikke barna får relatert til foreldrenes utdanningsnivå (25). Hvis man ser på eldre barn og tenåringer finnes det dokumentasjon om ulikheter for flere mål på helse og helserisiko (11). Dette viser at forskjeller i helse mellom ulike befolkningsgrupper i Norge fremstår allerede i tidlige barneår.

Internasjonalt forbindes helseulikheter også med etnisk minoritetstilhørighet. Etniske minoriteter inkluderer både innvandrere, urbefolkninger (i Norge samer) og nasjonale minoriteter (se vedlegg 1 for begrepsforklaringer). I Norge drøftes helseulikheter knyttet til etnisk minoritetstilhørighet mest for innvandrerbefolkningen. Tendensen er at voksne innvandrere har høyere forekomsten av helseproblemer generelt enn i befolkningen forøvrig (10, 26, 27). Det er relativt lite dokumentasjon på innvandrerbarns helsetilstand. Kjente utfordringer er økt risiko for dårlig tannhelse (17, 28), spesielle infeksjonssykdommer og ernæringsmangler (29). Det er indikasjoner på at grupper av innvandrermodre ikke ammer på en optimal måte (tidlig introduksjon av annen mat/drikke) (30). Det er dokumentert mer psykiske helseplager blant voksne innvandrere (31), men bildet er ikke entydig for barn (32).

Samtidig er innvandrerbefolkningen svært mangfoldig. Nyere data viser framvekst av sosioøkonomiske forskjeller i helse også innen innvandrergrupper til Norge (26, 33). Annen forskning antyder at overhyppigheten av helseproblemer blant innvandrere i stor grad er knyttet til levekårsproblem (34). Det har vært en vekst i antall barn som lever med vedvarende inntekstfattigdom i Norge. Innvandrerbarn står for nesten hele denne økningen (35). Blant barn av somaliske foreldre lever 70 % med

inntekstfattigdom. Andelen med inntekstfattigdom er høyere i de fleste innvandrergupper enn i befolkningen forøvrig på 7,6 % i 2013 (36).

Det er relativt lite forskning på helsestatus hos personer med annen etnisk minoritetsbakgrunn i Norge. Når det gjelder voksne med samisk bakgrunn viser nyere tall stor grad av likhet i helseutfall og hvordan disse er assosiert med sosioøkonomiske faktorer sammenliknet med hos norskøttede (37). Vi har ikke funnet studier om helseutfall blant barn 0-5 år med samisk bakgrunn eller blant nasjonale minoriteter.

En annen demografisk gruppe som kan ha behov for tilpassede tiltak er tenåringsmødre. Det har vært en stor nedgang i antall tenåringsmødre i Norge de siste ti-årene, men 891 barn ble født av mødre under 20 år i 2013 (38). Vi har ikke funnet noen norske studier av helseforhold til barn av tenåringsmødre, men disse familiene er vist å ha stor risiko for vedvarende dårlige økonomiske levekår og kort utdanning (39). Unge mødre kan også ha behov for støtte knyttet til egen psykisk utvikling og modenhet. Videre kommer helsestasjonen i kontakt med kvinner som utvikler fødselsdepresjon. De studiene som er gjort i Norge viser at mellom 9-15 % av alle kvinner har moderate til alvorlige depressive symptomer i løpet av barseltiden (40, 41). I tillegg til at depresjonen er belastende i seg selv, har barna til disse kvinnene høyere risiko for ugunstig kognitiv og emosjonell utvikling (42).

Årsakene til variasjonene i helseutfall mellom befolkningsgrupper er trolig mest knyttet til faktorer utenfor helsevesenet, slik som økonomiske og kulturelle ressurser, boforhold og livsbelastninger (11, 43). Helsestasjonstjenesten vil likevel både kunne fange opp problemer og støtte foreldrenes evne til å ta vare på sine barn. Foreldrene med størst behov for hjelp kan imidlertid ha problemer med å forstå og benytte informasjon og utnytte helsevesenets muligheter. Slike ferdigheter inngår i begrepet *health literacy*, oversatt til norsk som helsefremmende allmenndannelse (44). Internasjonale studier har vist at lav helsefremmende allmenndannelse er assosiert med dårligere behandlingsresultat og etterlevelse av helseråd. Lav helsefremmende allmenndannelse er vanligere i grupper med lav sosioøkonomisk status og i innvandrergupper (45). Norske helsesøstre oppga i en studie at undergrupper av foreldrene ikke leste brosjyremateriell, manglet grunnleggende kunnskaper om kroppen, og hadde manglende kjennskap til helsevesenets muligheter og arbeidsfordeling (46). Visuelt informasjonsmateriale og praktiske forklaringer er eksempler på tiltak for å møte slike brukere bedre (45).

Norsk helsetjeneste er utformet for å være universelt tilgjengelig, men det finnes sosiale skillelinjer i bruk av helsetjenesten (47). Blant annet viser norske studier at personer med lav sosioøkonomisk status henvises i mindre grad fra allmennelege til spesialisthelsetjenesten enn befolkningen forøvrig, både når pasienten er en voksen (48, 49) og når det gjelder barn (50). Det er også vist at barn av ressursvake foreldre har lavere overlevelse etter en kreftdiagnose (51). En av flere mulige årsaker til slike funn er at helsetjenesten i praksis blir mindre tilgjengelig for noen grupper ved at tjenestens oppgaver, ulike tilbud og brukernes rettigheter til tjenesten er mindre kjent, for eksempel blant innvandrere (52). Blant innvandrere til Norge finner man ulik bruk (både høyere og lavere) av de akuttmedisinske versus allmennt medisinske

tjenestene enn i majoritetsbefolkningen (53). Likt leverte tjenester kan også være mindre tilgjengelig, egnet eller brukertilpasset for personer med lav utdanning, læringsvansker eller psykisk sårbarhet (47). Svakerestilte foreldre kan derfor ha behov for støtte til å orientere seg innenfor helsetjenesten på en hensiktsmessig måte. Helsetasjon har her en viktig rolle som førstelinjetjeneste.

Innvandrere kan særlige behov fordi de må forholde seg til et nytt språk og en ny kultur. I følge SSBs bruker omtrent 20 % av innvandrerkvinnene og 7 % av -mennene tolk ved legebesøk (27). Kommunikasjonsproblemer knyttet til språk mellom innvandrere og helsepersonell er trolig relativt vanlig (54). Det kan også være utfordringer knyttet til ulike gruppers preferanser og forventninger med hensyn til veiledningen rundt svangerskap, fødsel og småbarnstid (55). Innvandrere kan også ønske å beholde sin kultur, for eksempel når det gjelder matvaner (56). Ulike grupper kan ha forskjellige mål med barneoppdragelsen, tidligere erfaringer og rollemønstre knyttet til barnestell og oppdragelse. Selv om språk- og kulturforskjeller kommer tydeligere fram når helsepersonell møter innvandrere, kan slike kommunikasjonsutfordringer også gjelde for andre befolkningsgrupper. En svensk undersøkelse viste at kvinner med lav sosioøkonomisk status var mindre tilfredse med kontakten de hadde med sin sykepleier på barnavårdscentralen (57).

Når man bruker gruppebetegnelser som her, må man ikke dekke over at det er betydelig variasjon innen grupper. Vi beskriver her at det er økt forekomst av helseproblemer i gjennomsnitt innen befolkningsgrupper, men dette trenger ikke gjelde for alle enkeltindivider.

Om denne rapporten

Helsedirektoratet bestilte en oversikt over effekt av alle mulige relevante tilpassede tiltak til flere spesifiserte grupper. Dette inkluderer tiltak som benyttes i Norge i dag og tiltak som brukes i andre land. Det forebyggende og helsefremmende tjenestetilbudet til barn er organisert forskjellig i ulike land. Få andre land organiserer tilbudet på samme måte som norske helsestasjoner. Derfor inkluderer søket også tilsvarende helsetjenestetilbud til barn 0-6 år.

Bredden i mulige tiltak og populasjonsgrupper reflekterer at helsestasjonens arbeidsområde er vidt og komplekst. Bestillingen er i praksis flere forskningsspørsmål. I 2006 publiserte Kunnskapssenteret en oversikt over systematiske oversikter på effekten av tidlig intervensjon i risikofamilier (58). Et senere notat viste at det var kommet flere nye systematiske oversikter (59). Vi valgte derfor å utarbeide en oversikt over systematiske oversikter snarere enn en systematisk oversikt basert på primærstudier. En videre drøfting av fordeler og ulemper med en oversikt over systematiske oversikter finnes i diskusjonskapittelet.

Rapporten fokuserer på familier med lav sosioøkonomisk status, etniske minoriteter, tenåringsmødre og mødre med fødselsdepresjon. I vedlegg 1 finnes definisjoner for noen av disse begrepene. Siden ulike land og forskningstradisjoner bruker noe

ulike definisjoner og betegnelser på tilsvarende grupper valgte vi å ikke bruke noen spesifikke definisjoner. I stedet bruker vi de samme begrepene som presenteres i de systematiske oversiktene vi omtaler. Begrep som lav sosioøkonomisk status, lav inntekt, fattige, sosialt belastede boområder og svakerestilte familier til derfor brukes om hverandre i rapporten, avhengig av hva forfatterne av oversiktene selv bruker.

Siden vi søkte både etter mange tiltak og fire populasjonsgrupper kan resultatene struktureres på ulike måter. Vi valgte å organisere resultatene etter type tiltak, snarere enn etter populasjonsgrupper. Begrunnelsen for dette er at gruppene vi søkte etter er overlappende. En person kan ha karakteristika knyttet til en, to, tre eller alle fire av de definerte gruppene, noe drøftingen over også illustrerer.

Metode

Litteratursøk

Søk i databaser ble gjennomført parallelt for to rapporter. Malene Wøhlk Gundersen planla og utførte søkene og Karianne Thune Hammerstrøm fagfellevurderte søket. Søkeordene ble valgt for å favne vidt. Søkeord for populasjonene i begge rapportene (grupper med lav sosioøkonomisk status, etniske minoriteter/immigranter og ulike typer av risikofamilier) ble kombinert med søkeord knyttet til henholdsvis 1) foreldre og barn 0-6 år, 2) barn 0-6 år og relevante tjenester (helsestasjon, velferdstjenester eller tilsvarende), og 3) foreldre og relevante tjenester (helsestasjon, velferdstjenester eller tilsvarende). Til slutt ble søket innsnevret med filtre for systematiske oversikter. Fullstendig søkestrategi finnes i vedlegg 2.

Vi søkte etter litteratur i følgende databaser:

- MEDLINE® In-Process & Other Non-Indexed Citations, MEDLINE® Daily and MEDLINE®, 1946 til 30.10.2013 (Ovid)
- Embase, 1974 til 29.10.2013 (Ovid)
- PsycINFO, 1806 til oktober uke 4 2013 (Ovid)
- Cinahl (EBSCOhost) til 30.10.2013
- Cochrane Reviews (Reviews and Protocols), Other Reviews og Technology Assessments (The Cochrane Library, Wiley) til 30.10.2013
- Science Citation Index Expanded (SCI-EXPANDED) 1975 til 30.10.2013
- Social Sciences Citation Index (SSCI) 1975 til 30.10.2013

Søket ga 7148 unike referanser.

I tillegg gjennomførte prosjektgruppen håndsøk av følgende kilder:

- The Campbell library (Reviews and Protocols) til 30.10.2013
- SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering, Sverige til 10.02.2014
- Socialstyrelsen i Sverige til 18.02.2014
- SFI – Det nationale forskningscenter for velfærd, Danmark til 18.02.2014

Videre sjekket vi referanselister fra relevante publikasjoner identifisert i hovedsøket (oversikter over systematiske oversikter, kommentarer eller likende) og de inkluderte systematiske oversiktene.

Inklusjonskriterier

Vi søkte kun etter systematiske oversikter. Tre kriterier må være oppfylt for at en oversikt skal kunne kalles systematisk: Oversikten må ha en angitt søkestrategi, inneholde klare inklusjonskriterier og ha kvalitetsvurdert de inkluderte studiene (60). Kun oversikter av høy kvalitet i henhold til Kunnskapssenteret sjekkliste for systematiske oversikter ble inkludert (presenteres i vedlegg 3).

Sammenliknet med prosjektplanen snevret vi inn rapporten til kun å inkludere populasjonsgrupper med lav sosioøkonomisk status, etnisk minoritetstilhørighet, tenåringsmødre eller mødre med fødselsdepresjon, siden risikofamilier med rus-, volds- eller langtids psykiatriproblematikk dekkes av en relatert rapport. I tillegg spesifiserte vi at tiltak for mødre med fødselsdepresjon måtte inneholde utfallsmål knyttet til mors samspill med barnet, foreldrerollen eller barnets utvikling. Vi så spesifikt etter om oversiktene analyserte mulige uønskede effekter av tiltaket. Noen slike utfallsmål er motsatte ende i en skala for et positivt mål. For eksempel kan motsatt ytterpunkt for mestring inkludere manglende mestring eller maktesløshet.

Populasjon: Familier med barn 0-6 år som har lav sosioøkonomisk status, har etnisk minoritetstilhørighet, tenåringsmødre og/eller mødre med fødselsdepresjon.

Norske helsestasjoner har tjenester rettet mot familier med barn opp til skolealder, det vil si 0-5 år, men søket og rapporten inkluderte tjenester for barn opp til 6 år på grunn av variasjoner i skolestart i ulike land.

Tiltak: Tiltak i regi av helsestasjon eller tilsvarende tjeneste som er tilpasset eller utvidet til populasjonen.

«Tilsvarende tjeneste» er spesifisert fordi forebyggende helsetjeneste for barn 0-6 år tilbys av ulike institusjoner og profesjoner i ulike land, for eksempel sykepleiere, fastleger eller barneleger.

«Tilpassede tiltak» inkluderer tiltak som tilpasser ordinære tjenesters forløp eller form til målgruppa, eller som gir tilpasset innhold til ordinære tiltak.

Sammenlikning: Standard helsefremmende og forebyggende helsetjenestetilbud til den generelle populasjonen av familier med barn 0-6 år (for eksempel vanlig program på helsestasjonen).

Utfall: Dette er en oversikt over oversikter. Utfall er derfor avhengig av hva den enkelte oversikt rapporterer.

Relevante utfall inkluderer:

- Atferdsmål (helseatferd, annen atferd) som er relevant for målgruppen slik som amming, kosthold, søvnvaner, annen helsefremmende atferd og ulykkesforebygging.

- Deltakelse i tiltaket/bruk av tjenesten, inkludert vaksinasjon og helsekontroller.
- Brukernes tilfredshet/opplevd kvalitet på tiltaket/tjenesten.
- Foreldrekompetanse, familiekommunikasjon, tilknytning og kommunikasjon mellom foreldre og barn, stress hos foreldrene.
- Barnets helse og utvikling (bredt – både fysisk, psykisk, kognitivt og sosialt).
- Henvisning til 2. og 3. linjetjeneste og til barnevernet.

Språk: Ingen restriksjoner i søket. Engelsk, norsk, svensk og dansk ble lest av prosjektgruppen. Andre språk ble vurdert for oversettelse/gjennomlesning av språkkyndig.

Eksklusjonskriterier

Populasjon: Tiltak som er rettet mot gravide

Tiltak: Tiltak som faller inn under barnevernets virksomhetsområde og arbeidsmetoder.
 Tiltak som kun er rettet mot helsepersonell (for eksempel videreutdanning av helsepersonell, trening i kulturell kompetanse).
 Tiltak som tilpasser 2. og 3. linjetjeneste til målgruppene (for eksempel tilpasset pasientopplæring eller tiltak ved sykehusinnleggelse).
 Tiltak som vurderes som ikke relevante i norsk kontekst.

Ikke relevante tiltak i norsk kontekst kan være studier der grunnleggende helsetjenestetilbud er så ulikt det norske at tiltaket vurderes å ha liten overføringsverdi til helsestasjonstjenesten.

Utfall: Oversikter som ikke rapporterte utfall relatert til forhold ved barnet, foreldrerollen eller foreldresamspillet.

Artikkelutvelging og kvalitetsvurdering

To personer (AM og enten GEV, NB eller IB – uavhengig av hverandre) gikk gjennom titler og sammendrag fra litteratursøket. De publikasjonene som virket aktuelle ble hentet inn i fulltekst og vurdert opp mot inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Senere ble de relevante oversiktene kvalitetsvurdert. Begge trinn ble utført av to personer uavhengig av hverandre (AM/GEV; AM/NB). Ingeborg Lidal, Signe Flottorp og Elisabeth Couto bidro med å lese artikler på henholdsvis tysk, spansk og portugisisk. De systematiske oversiktene ble kvalitetsvurdert mot Kunnskapscenterets sjekkliste for systematiske oversikter. Ved ulike vurderinger av de to personene ble

en tredje person involvert. Statistiker Jan Odgaard-Jensen vurderte enkelte av analysene. Sjekklisten og vurdering av oversiktene for hvert enkelt kriterium er oppsummert i vedlegg 3. Kun oversikter som ble vurdert til å være av høy kvalitet ble inkludert. Der det var mer enn en systematisk oversikt av høy kvalitet ble den nyeste (mest oppdatert litteratursøk) inkludert for hver sammenlikning (se vedlegg 4).

Behandling og sammenstilling av data

Vi kartla de inkluderte oversiktene med hensyn på tiltak, problemstillinger, hvilke sammenlikninger som ble gjort og overlapp i inkluderte primærstudier. Vurderinger av hvilke tiltak og utfall som var relevant for denne rapporten er dokumentert i vedlegg 4. Prosjektleder hentet ut data fra oversiktene og NB/GEV sjekket at det var korrekt og relevant informasjon.

AM hentet ut følgende data: Forfattere, dato for søk, type intervensjoner det ble søkt etter, til hvem intervensjonen eventuelt var tilpasset, sammenlikninger, inkluderte studiepopulasjoner, kontrollintervensjon, karakteristika ved primærstudiene, oppfølgingstid, utfall og resultater fra metaanalysene. Resultatene og metaanalysene presenteres slik forfatterne av oversiktene har analysert dem, med unntak av resultatene i tabell 10. Vi tilgang til Rev Man 5-filer fra forfatterne av oversikten og reanalyserte meta-analysen med kun de studiene som hadde relevante populasjoner.

Hvis forfatterne av oversiktene hadde presentert mange utfallsmål valgte vi å presentere utfallsmålene med lengst oppfølgingstid. Utfallsmålene presenteres i tabellform sammen med våre GRADE-vurderinger av hvilken tillit vi har til dokumentasjonen av effektestimater.

Gradering av dokumentasjonen

AM og GEV graderte resultatene basert på metodikken fra GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation). Vi baserte oss på oversiktsforfatterens kvalitetsvurderinger av primærstudiene. Dersom forfatterne av oversiktene hadde GRADE-vurdert resultatene brukte vi disse som utgangspunkt. Alle utfallsmål ble vurdert for overføringsverdi til norske forhold og for konsistente GRADE-vurderinger gjennom hele rapporten. «Summary of findings»-tabell presenteres for hvert enkelt utfall i resultatkapittelet. Mer utfyllende informasjon om vurderingene (GRADE evidence profiles) presenteres i vedlegg 7.

Ved vurdering etter GRADE-metoden anslår vi i hvilken grad av tillit vi har til at effektestimater ligger nær den sanne verdien i populasjonen. For å vurdere kvaliteten på dokumentasjonen tar GRADE utgangspunkt i en godt utført systematisk oversikt. Deretter vurderes hver enkelt utfallsmål mot åtte kriterier. Først vurderes fem kriterier for eventuell nedgradering av kvaliteten på dokumentasjonen: studiekvalitet (risiko for systematiske skjevheter), konsistens (samsvar mellom studiene), direktehet

(hvor like studiedeltakerne, intervensjon og utfallsmål i oversiktens inkluderte studier er med hensyn til de personer, tiltak og utfall vi ønsket å studere), presisjon av resultatene og rapporteringsskjøvheter. Dersom kriteriene er ikke oppfylt, vil det føre til nedgradering. Resultatene kan oppgraderes etter tre kriterier: Sterke eller veldig sterke assosiasjoner/sammenhenger mellom intervensjon og utfall; store eller veldig store dose-responseeffekter; og der alle sannsynlige forvekslingsfaktorer ville ha bidratt til å redusert effekten. Utfyllende beskrivelser av GRADE og referanser til metoden finnes på nettsiden www.gradeworkinggroup.org.

Den helhetlige grad av tillit vi har til effektestimaterne klassifiseres enten som høy, middels, lav eller svært lav, slik som presentert i **tabell 1**.

Tabell 1: GRADE-kategorier og deres betydning for å beskrive grad av tillit til det samlede effektestimateret.

Kategori	Symbol	Betydning
Høy kvalitet	⊕⊕⊕⊕	Vi har stor tillit til at effektestimateret ligger nær den sanne effekten.
Middels kvalitet	⊕⊕⊕○	Vi har middels tillit til effektestimateret. Det ligger sannsynligvis nær den sanne effekten, men det er også en mulighet for at den kan være forskjellig.
Lav kvalitet	⊕⊕○○	Vi har begrenset tillit til effektestimateret. Den sanne effekten kan være vesentlig ulik effektestimateret.
Svært lav kvalitet	⊕○○○	Vi har svært liten tillit til at effektestimateret ligger nær den sanne effekten.

For en detaljert beskrivelse av Kunnskapssenterets arbeidsmetoder henviser vi til vår metodebok «Slik oppsummerer vi forskning» på <http://www.kunnskapssenteret.no/verkt%C3%B8y/slik-oppsummerer-vi-forskning>.

Resultat

Litteratursøk

Søk etter systematiske oversikter i de angitte databasene ga 7148 unike referanser. Ytterligere 35 referanser ble funnet via håndsøk som beskrevet i metoder. Flytskjema for søkeresultater, referanseinnhenting og håndtering av innhentet litteratur er presenter i **figur 1**.

Figur 1: Flytskjema for søkeresultater



Håndtering av innhentet litteratur

Blant de 7184 unike referansene vurderte vi 178 som mulig relevante og hentet dem inn i fulltekst. Vi ekskluderte 150 av disse, som oftest fordi de ikke er systematiske oversikter, de er omtaler av systematiske oversikter, kommentarer/drøftende artik-

ler, eller de ble ekskludert basert på vurdering mot inklusjons- og eksklusjonsstudiene. I tillegg fant vi fem protokoller for planlagte, relevante systematiske oversikter (se vedlegg 5). Se vedlegg 6 for en oversikt over ekskluderte publikasjoner.

Vi definerte tiltak *gitt til* en spesifisert gruppe, for eksempel mødre med lav sosioøkonomisk status, kunne regnes som *tilpasset til* denne gruppen. Oversikter som belyste et tiltak på tvers av ulike befolkningsgrupper ble inkludert dersom: Oversikten ga informasjon om at de inkludert primærstudiene var gjennomført i aktuelle populasjonsgrupper, og *i tillegg enten at 1) den systematiske oversikten presenterte relevante delanalyser for dette underutvalget av primærstudier eller 2) disse primærstudiene utgjorde minst 70 % av det totale antallet deltakere i metaanalysene.*

De 23 systematiske oversiktene som oppfylte inklusjonskriteriene ble kvalitetsvurdert. Av disse ble elleve oversikter (61-71) ekskludert fordi de ble vurdert til å være av mangelfull eller middels kvalitet (se vedlegg 3 for vurderingen av alle oversiktene opp mot sjekklista). Vedlegg 4 gir en mer utfyllende beskrivelser av alle oversiktene av høy metodisk kvalitet. To (72, 73) av de tolv systematiske oversiktene av høy kvalitet blir ikke presentert videre fordi resultatene i sin helhet er dekket av en annen oversikt av høy kvalitet.

Inkluderte oversikter

Tabell 2 viser de ti inkluderte systematiske oversiktene (74-83) og hvilke tiltak de oppsummerer effekten av. Åtte av de ti oversiktene var mindre enn fem år gamle på søketidspunktet vårt. Kun fire av oversiktene har som primære målsetning om å oppsummere effekten av tiltak tilpasset en spesiell populasjonsgruppe, henholdsvis familier med lav sosioøkonomisk status (76, 80), tenåringsforeldre (74) og tiltak for mødre med fødselsdepresjon (81). De resterende oversiktene belyser effekt av et tiltak uten at oversiktsforfatterne har satt noen krav til hvilke befolkningsgrupper tiltaket er gitt eller tilpasset til. Disse oversiktene har likevel nok beskrivelser av studiepopulasjonene og/eller delanalyser som gjør dem relevante for denne rapporten.

Det er noe overlapp i inkluderte studier og problemstillinger mellom oversiktene. Noen oversikter har brede problemstillinger knyttet til et bestemt tiltak, for eksempel hjemmebesøksprogram, mens andre spesifiserer hvem som skulle utføre tiltaket, for eksempel lekfolk. Noen primærstudier er med i flere oversikter fordi de rapporterer mange utfall. Enkelte av oversiktene presenterer mange sammenlikninger, hvorav kun noen er relevante for denne oversikten. Utvelgelse av relevante analyser og håndtering av overlapp er utfyllende beskrevet i vedlegg 4.

Tabell 2: Beskrivelse av inkluderte oversikter (n=10)

Førsteforfatter år (referansenr.)	Dato for siste søk	Tiltak
Barlow 2011 (74)	Mai 2010	Foreldretreningsprogram tilpasset tenåringsforeldre.
Glenton 2011 (75)	Febr 2009	Støtte av lekfolk for å fullføre av vaksinasjonsprogram.
Ibanez 2012 (76)	Mars 2009	Tiltak innenfor primærhelsetjenestens arbeidsområde for å fremme amming blant kvinner med lav inntekt.
Kendrick 2000a (77)	Juli 1996	Hjemmebesøksprogram med minst et besøk postnatalt hvor det ble målt effekt på fullført barnevaksinasjonsprogram.
Kendrick 2013 (78)	Jan 2011	Foreldreintervensjoner rettet mot å forandre kunnskap, holdninger eller ferdigheter, med effekt målt på skader og ulykker.
Lewin 2010 (79)	Febr 2009	Tiltak levert av lekfolk for å fremme god helse for mor og barn eller hindre spredning av smittsomme sykdommer.
Miller 2011 (80)	Okt 2010	Hjemmebaserte tiltak for å fremme intellektuell og sosioemosjonell utvikling hos barn fra vanskeligstilte familier.
Poobalan 2007 (81)	2005	Tiltak for mødre med fødselsdepresjon og deres effekt på samspill mellom mor og spedbarn og barnets utvikling.
SBU 2010 (82)	Okt 2009	Tiltak for å forebygge psykiske helseproblemer hos barn.
Wolfenden 2012 (83)	Mai 2010	Tiltak for å øke inntaket av frukt og grønnsaker hos barn.

Ulike former for undervisning, opplæring og rådgiving er felleselementer i de fleste tiltakene. Flere studier brukte hjemmebesøk som en måte å levere tiltaket på. Det er ikke helt skarpe skillelinjer mellom tiltakene, men vi valgte å definere seks hovedkategorier av tiltak for å oppsummere resultatene:

- Helseveiledning, -opplæring og -informasjon som hovedtiltak
- Hjemmebesøksprogram
- Foreldretreningsprogram, individ eller i gruppe
- Hjemmebaserte stimuleringsprogram for barnets kognitive utvikling
- Støtte eller oppsøkende arbeid utført av lekfolk eller likemenn
- Tiltak for å fremme samspill med barnet for mødre med fødselsdepresjon

Definisjoner av de seks kategoriene er gitt under hvert av delkapitlene.

Helseveiledning, -opplæring og -informasjon som hovedtiltak

En oversikt av Ibanez og medarbeidere (76) så på effekt av helseveiledning, -opplæring og -informasjon til sårbare grupper på amming. Vi fant ingen systematiske oversikter om *tilpasset* veiledning, opplæring og informasjon med andre relevante tema eller utfallsmål. I denne oversikten er tiltakene innsnevret til tiltak for å fremme amming innenfor primærhelsetjenestens rammevilkår av personer med helsefaglig utdanning. I tillegg måtte tiltakene være rettet mot kvinner med lav inntekt. Studier av tiltak mens kvinnene er på føde-barselavdeling ble ekskludert. Denne

oversikten inkluderer fire primærstudier av tiltak rettet mot gravide, men oversikten har også studier gjennomført i spedbarnstiden eller som et tilbud både før og etter fødsel. Derfor vurderte vi at oversikten er relevant for denne rapporten.

Effekt av veiledning, opplæring og informasjon om amming av helsepersonell på oppstart og omfang av amming

Oversikten til Ibanez og medarbeidere (76) inkluderer ti primærstudier, hvorav ni ble utført i USA og en i Storbritannia. Studiepopulasjonen i alle studiene er kvinner med lav inntekt. To av studiene spesifiserer også at studiepopulasjonen var etniske minoriteter, henholdsvis afroamerikanere og latinamerikanere i USA. Studiene ble gjennomført før barnet var ett år.

Tiltakene i de inkluderte studiene omfatter kombinasjoner av strukturert eller tilpasset ammeopplæring gjennomført individuelt eller i gruppe, personlig veiledning med ammerådgivere, telefonstøtte, skriftlig informasjonsmateriale, postkort med oppfølging, videopresentasjon, og i en studie tilbud om hjemmebesøk ved ammeproblemer. Åtte av de ti studiene kombinerer minst to eller flere av komponentene presentert over. I en studie fikk kvinnene kun en presentasjon om amming. I de resterende ni studiene ble kvinnene oppsøkt av helsepersonell minst to ganger. I flertallet av studiene hadde kvinnene hyppig kontakt med helsepersonell, personlig eller på telefon, spesielt de første dagene etter fødsel. Hvis helseprofesjon var spesifisert ble tiltakene levert av sykepleiere, barneleger eller ammerådgivere. Det er ikke tydelig hva det var med tiltakene som tilpasset dem til kvinner med lav inntekt. Kontrollgruppene fikk standard helsetjenestetilbud der studien ble gjennomført, uten at oversikten ga nærmere spesifikasjoner av hva dette var.

De primære utfallsmålene i oversikten er oppstart av amming (all amming eller full-ammig), at barnet ble ammet ved oppfølging mellom seks til åtte ukers alder (all amming), og at barnet ble ammet ved oppfølging mellom tre til seks måneders alder (all amming, ulike tidspunkt for de ulike studiene). Oversikten gir lite informasjon om hvordan amming ble registrert i studiene. Forfatterne av oversikten rapporterer ikke om de så etter mulige uønskede effekter som en følge av tiltaket.

Tabell 3 viser resultatene for effekt av **veiledning, opplæring og informasjon om amming sammenliknet med standard helsetjenestetilbud**, og våre GRADE-vurderinger for hvert av utfallsmålene. Vi vurderte kvaliteten på dokumentasjonen til å være henholdsvis middels eller lav. Dette skyldes uklare aspekter ved studiedesign og, for noen av utfallsmålene, små studier med få målinger. Tiltakene som er slått sammen i denne oversikten er såpass ulike at det øker usikkerheten om effektene. I tillegg startet færre av mødrene å amme i studiepopulasjonene enn det som er vanlig i Norge. Standard helsetjenestetilbud antas å være relativt ulikt det norske tilbudet. Vi valgte å ikke nedgradere for disse forholdene.

Tabell 3: Oppsummeringstabell og dokumentasjonsgrunnlag for effekt av veiledning, opplæring og informasjon om amming av helsepersonell tilpasset kvinner med lav inntekt på oppstart og omfang av amming.

Populasjon: Mødre med lav inntekt
Land: USA, Storbritannia
Intervensjon: Veiledning, opplæring og informasjon om amming
Sammenlikning: Standard helsetjenestetilbud der studien ble gjennomført

Utfall (måleskala)	Sammenlikning av risiko i de to gruppene (95% KI)		Relativ effekt (95% KI)	Antall deltakere (Studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Standard helsetjenestetilbud	Veiledning, opplæring og informasjon om amming				
Oppstart amming (all amming) -	451 per 1000	626 per 1000 (545 to 716)	RR 1,39 (1,21 til 1,59)	617 (7 studier)	⊕⊕⊕○ MIDDELS <u>1,2,3</u>	
Oppstart amming (kun fullamming) -	347 per 1000	597 per 1000 (465 to 768)	RR 1,72 (1,34 til 2,21)	334 (4 studier)	⊕⊕○○ LAV <u>1,2,3,4</u>	
Barnet blir ammet (all amming) Oppfølging 6-8 uker	544 per 1000	647 per 1000 (528 to 745)	RR 1,19 (0,97 til 1,37)	1192 (7 studier)	⊕⊕⊕○ MIDDELS <u>1,2,3</u>	
Barnet blir ammet (all amming) Oppfølging 3-6 mnd	414 per 1000	476 per 1000 (418 to 538)	RR 1,15 (1,01 til 1,30)	984 (5 studier)	⊕⊕○○ LAV <u>1,2,3,4</u>	
Uønskede utfall av tiltaket	Se kommentar	Se kommentar	-	-	-	Oversikten rapporterer ikke om det ble sett etter mulige uønskede effekter av tiltaket.

1. Flere av studiene var uklare på randomiseringsprosedyrer og om allokering var skjult
2. Heterogene tiltak analysert sammen. Basert på en helhellig vurdering ble det ikke nedgradert for mangel på direkthet.
3. En mye lavere andel starter å amme i studiepopulasjonene enn det som er vanlig i Norge. Standard helsetjenestetilbud i kontrollgruppene trolig ulikt fra tjenestene i Norge. Dette kan påvirke overførbareheten av resultatene til norsk kontekst, men vi har ikke nedgradert for dette aspektet.
4. Små studier med få målinger.

RR: Relativ risiko; KI: Konfidensintervall

Denne dokumentasjonen sammenlikner standard helsetjenestetilbud der studiene ble gjennomført med tilbud om veiledning, opplæring og informasjon om amming tilpasset kvinner med lav inntekt. Den viser at:

- Tiltaket trolig øker andelen som starter å amme, men det er usikkert om det utgjør en forskjell ved 6-8 ukers oppfølging.
- Tiltaket muligens stimulerer flere til å starte med fullamming og øker andelen som ammer noe ved oppfølging når barnet er mellom 3-6 måneder gammel.
- Det ikke var rapportert om det forekommer uønskede effekter som en mulig følge av tiltaket.

Hjemmebesøksprogram

To systematiske oversikter ser på effekt av hjemmebesøksprogram til sårbare grupper. Den ene undersøker effekten på forekomst av skader og ulykker og på hjemme-

miljø (78), mens den andre måler effekten på gjennomføring av barnevaksinasjonsprogram (77). Vi fant ingen systematiske oversikter om *tilpassede* hjemmebesøksprogram med andre relevante tema eller utfallsmål. Den nyeste oversikten av Kendrick og medarbeidere (78) søkte etter studier av foreldrestøtteintervensjoner som hadde en spesifisert protokoll, manual eller læreplan rettet mot å forandre kunnskap, holdninger eller ferdigheter. Imidlertid kan alle de inkluderte studiene i oversikten karakteriseres som hjemmebesøksprogram. Den eldre oversikten av Kendrick og medarbeidere (77) definerer at tiltaket måtte bestå av minst et hjemmebesøk etter fødsel. Ingen av oversiktene setter krav til hvem som leverer tiltaket eller at tiltaket er tilpasset eller gitt til spesifikke populasjonsgrupper. Oversiktene (77, 78) har overlappende studier, men ulike utfallsmål.

Effekt av hjemmebesøksprogram på ulykker og hjemmemiljø

Oversikten av Kendrick og medarbeidere fra 2013 (78) inkluderer 22 primærstudier, hvorav 13 fra USA, tre fra Australia, to hver fra Canada og Storbritannia, og én hver fra Irland og New Zealand. Studiepopulasjonen i 15 av studiene har ulike karakteristika knyttet til en lav sosioøkonomisk status. Blant disse 15 er fem beskrevet som en blandet risikopopulasjon som også inkluderte familier med rus og vold, tre studiepopulasjoner var tenåringsmødre og tre etniske minoriteter (afroamerikanere). To av de 22 studiene inkluderte mødre med læringsvansker. De siste fem studiene hadde andre studiepopulasjoner (generell foreldrepopulasjon, førstegangsmødre, foreldre med premature barn). I de fleste studiene startet studiene når barna var spedbarn.

Tiltakene i de inkluderte studiene er alle hjemmebesøksprogram. Tjue av de 22 inkluderte studiene kan betegnes som svært komplekse program med mange formål. For kun få av studiene er det oppgitt nøyaktig antall hjemmebesøk, men majoriteten tilbød ukentlige hjemmebesøk over mange måneder, ofte med mindre hyppige besøk inn i barnets andre og tredje leveår. Alle studiene ga tiltaket individuelt, men i fem av studiene fikk foreldrene også tilbud om foreldretrening i grupper. I flere av studiene fikk deltakerne i tillegg tilbud om senterbaserte tjenester, tilpasset læringsmaterieill eller støtte til å oppsøke sosiale tjenester. I 14 av studiene er det tydelig at kun personell med helsefaglig utdanning leverte tiltaket, mens i de resterende var trenede lekfolk, likemenn eller personer med uspesifisert fagbakgrunn involvert. Kontrollgruppen standard helsetjenestetilbud der studien ble gjennomført, uten at oversikten gir nærmere spesifikasjoner av hva dette var.

Det primære utfallsmålet i oversikten er forekomst av skader og ulykker blant barna, enten foreldrerapportert eller skader vurdert av helsepersonell. Det sekundære utfallsmålet er hvor trygt hjemmemiljøet var målt med HOME skår (se vedlegg 1 for definisjon). Kun et underutvalg av studiene har like nok utfallsmål til at forfatterne av oversikten gjennomførte metaanalyser. Forfatterne av oversikten rapporterer ikke om de så etter mulige uønskede effekter som en følge av tiltaket.

Tabell 4 viser resultatene for effekt av **hjemmebesøksprogram sammenliknet med standard helsetjenestetilbud** på forekomst av skader og ulykker og klassi-

fisering av trygt hjemmemiljø, og våre GRADE-vurderinger for hvert av utfallsmålene. For det primære utfallsmålet, forekomst av skader og ulykker hos barnet, er GRADE-vurderingene basert på oversiktsforfatterens vurderinger om at den samlede dokumentasjonen er av middels kvalitet. Dette skyldes at flere av studiene er uklare på randomiseringsprosedyrene og om allokering var skjult. To av de ti studiene i metaanalysen ikke er målgrupper i vår rapport, henholdsvis vanlige førstegangsforeldre og foreldre med premature barn. Disse to studiene viste imidlertid ingen signifikant effekt på forekomst av skader. De bidrar derfor muligens til et noe mer konservativt resultat (mindre effekt) enn dersom kun våre definerte populasjonene hadde blitt analysert. Studiepopulasjonene var trolig også fattigere enn hva som vanligvis forekommer i Norge. Standard helsetjenestetilbud antas å være relativt ulikt det norske tilbudet. Vi valgte å ikke nedgradere for disse forholdene. Når det gjelder utfallsmålet trygt hjemmemiljø målt av en observatør (HOME-skår) vurderte vi kvaliteten på dokumentasjonen til å være lav. Kun tre små studier rapporterte HOME, og en av studiene hadde betydelige svakheter med høyt frafall og manglende blinding av et subjektivt utfallsmål.

Tabell 4: Oppsummeringstabell og dokumentasjonsgrunnlag for effekt av hjemmebesøksprogram gitt til ulike populasjoner med lav sosioøkonomisk status på forekomst av skader og ulykker, og klassifisering av trygt hjemmemiljø.

Utfall (måleskala)	Sammenlikning av risiko i de to gruppene (95% KI)		Relativ effekt (95% KI)	Antall deltakere (Studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Standard helsetjenestetilbud	Hjemmebesøksprogram				
Forekomst av skader eller ulykker (Ulik rapportering) Oppfølging varierer	190 per 1000	158 per 1000 (139 til 179)	RR 0,83 (0,73 til 0,94)	5074 (10 studier)	⊕⊕⊕○ MIDDELS 1,2,3	
Trygt hjemmemiljø, observert (HOME-skår) Oppfølging varierer	Gjennomsnittlig HOME-skår varierte fra 32,7 til 36,7	Gjennomsnittlig HOME-skår var 0,57 høyere (0,59 lavere til 1,72 høyere)	-	368 (3 studier)	⊕⊕○○ LAV 4,5	
Uønskede utfall av tiltaket	Se kommentar	Se kommentar	-	-	-	Oversikten rapporterer ikke om det ble sett etter mulige uønskede effekter av tiltaket.

* Basert på tall oppgitt for kontrollgruppene i de inkluderte studiene.

1. Flere av studiene var uklare på randomiseringsprosedyrer og om allokering var skjult
2. To av de 10 studiene inkluderer henholdsvis en generell populasjon og foreldre med premature barn. I ingen av disse studiene hadde tiltaket signifikant effekt på forekomst av skader. Basert på en helhetlig vurdering ble det ikke nedgradert på direkthet.
3. Studiepopulasjonene er trolig fattigere/mer sosialt belastet enn vanlig i Norge. Standard helsetjenestetilbud i kontrollgruppene trolig ulikt fra tjenestene i Norge. Dette kan påvirke overførbarheten av resultatene til norsk kontekst, men vi har ikke nedgradert for denne usikkerheten.
4. Stort frafall i en av studiene og manglende analyse av dette. Manglende blinding av subjektive utfallsmål i en studiene.
5. Små studier med få målinger.

RR: Relativ risiko; KI: Konfidensintervall; HOME: Home Observation for Measurement of the Environment), se vedlegg 1 for beskrivelse av målemetoden.

Denne dokumentasjonen sammenlikner standard helsetjenestetilbud der studien ble

gjennomført med hjemmebesøksprogram til familier med lav sosioøkonomisk status. Den viser at:

- Tiltaket trolig gir en moderat reduksjon i forekomst av skader eller ulykker.
- Tiltaket muligens fører til ingen endring i hvor trygt det observerte hjemmemiljøet er målt med HOME-skår metoden.
- Det ikke var rapportert om det forekommer uønskede effekter som en mulig følge av tiltaket.

Oversikten til Kendrick og medarbeidere i 2013 (78) presenterte også utfall knyttet til foreldrenes barnesikring av og beskyttelse mot farer i hjemmet. Utfallsmålene var for ulike til at forfatterne av oversikten gjennomførte metaanalyser.

Effekt av hjemmebesøksprogram på fullføring av barnevaksinasjoner

Oversikten av Kendrick og medarbeidere fra 2000 (77) inkluderer elleve primærstudier, hvorav seks fra USA, to fra Canada, og én hver fra Irland, Storbritannia og Tyrkia. Studiepopulasjonen i ni av studiene hadde ulike karakteristika knyttet til en lav sosioøkonomisk status. Blant disse ni er en studiepopulasjon beskrevet som tenåringsmødre, en etniske minoriteter (afroamerikanere) og en risikofamilier for omsorgssvikt. Den niende studien inkluderte en generell foreldrepopulasjon. Alderen på barna er ikke oppgitt systematisk i oversikten. Studiene antas i hovedsak å være gjennomført i barnets to første leveår, med to unntak der det var oppfølging ved tre og fire års alder.

I alle studiene er tiltaket hjemmebesøk. I oversikten er besøkene kun beskrevet som generell veiledning eller oppmuntring til å ta i bruk helsetjenestens tilbud. Ingen av studiene ga vaksiner i hjemmet. Antall hjemmebesøk varierte mellom studiene fra to til over 30 besøk, og i flere fortsatte hjemmebesøkene inn i barnets andre leveår. Fire av studiene hadde hjemmebesøk også før fødselen. I seks av de elleve studiene ble tiltaket levert av lekfolk eller likemenn, hvorav fem av studiene også er inkludert i kapittelet «Støtte eller oppsøkende arbeid utført av lekfolk eller likemenn». Resultatene fra denne analysen må derfor sees i sammenheng med funnene i tabell 13, der det samme utfallsmålet rapporteres og noen av de samme studiene er inkludert.

Det primære utfallsmålet i oversikten er fullført anbefalte barnevaksinasjoner på det senest tilgjengelige evalueringstidspunktet. Oversikten gir lite informasjon om hvordan og på hvilken tid utfallsmålet ble registrert i de ulike studiene. Forfatterne av oversikten rapporterer ikke om de så etter mulige uønskede effekter som en følge av tiltaket.

Tabell 5 viser resultatene for **effekt av hjemmebesøksprogram sammenliknet med standard helsetjenestetilbud** på fullføring av barnevaksinasjoner, og våre GRADE-vurderinger av utfallsmålet. Det er høy statistisk heterogenitet i resultatene, noe som indikerer at ikke all observert variasjon mellom studiene er tilfeldig. Forfatterne av oversikten (77) gjorde flere delanalyser i et forsøk på å forklare denne

heterogeniteten. De analyserte henholdsvis kun studier av populasjoner med lav sosioøkonomisk status, kun studier hvor helsepersonell hadde utført tiltaket eller kun studier med mer enn 10 hjemmebesøk. Heterogeniteten i resultatene var fremdeles høye. Konklusjonene og presentasjon av analysene ble ikke endret. Vi vurderte den samlede kvaliteten på dokumentasjonen til å være av svært lav kvalitet. Dette skyldes lav kvalitet på studiene, brede konfidensintervall som inkluderer både stor økning og reduksjon i vaksinerings, og uforklart heterogenitet.

Tabell 5: Oppsummeringstabell og dokumentasjonsgrunnlag for effekt av hjemmebesøksprogram gitt til ulike populasjoner med lav sosioøkonomisk status på fullføring av anbefalte barnevaksinasjoner.

Utfall (måleskala)	Sammenlikning av risiko i de to gruppene (95% KI)		Relativ effekt (95% KI)	Antall deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Standard helsetjenestetilbud	Hjemmebesøksprogram				
Fullført anbefalt barnevaksinasjon (Målemetode uklar) Oppfølging varierer	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	OR 1,17 (0,33 til 4,17)	Antall deltakere ikke oppgitt (9 studier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1,2,3}	
Uønskede utfall av tiltaket	Se kommentar	Se kommentar	-	-	-	Oversikten rapporterer ikke om det ble sett etter mulige uønskede effekter av tiltaket.

1. Median kvalitetsskår for studiene var 0,32 på skala fra 0-1 (1 best score). Det er uklart hvilke aspekter ved studiedesign, gjennomføring og rapportering som trekker kvalitetsscore ned.
2. Forfatterne av oversikten beskriver høy heterogenitet i resultatene. Det er forsøkt å forklare heterogeniteten gjennom delanalyser, men ingen forklaringsmodeller ble funnet.
3. Studiepopulasjonene er trolig fattigere/mer sosialt belastet enn vanlig i Norge. Standard helsetjenestetilbud i kontrollgruppene trolig ulikt fra tjenestene i Norge. Dette kan påvirke overførbareheten av resultatene til norsk kontekst, men vi har ikke nedgradert for dette aspektet.
4. Konfidensintervallet for effekten inkluderer både stor ønsket og stor uønsket effekt.

KI: Konfidensintervall; OR: Odds ratio

Denne dokumentasjonen sammenlikner standard helsetjenestetilbud der studien ble gjennomført med hjemmebesøksprogram til ulike populasjoner med lav sosioøkonomisk status. Den viser at:

- Det er usikkert om tiltaket har noen effekt på fullføring av anbefalte barnevaksinasjoner.
- Det ikke var rapportert om det forekommer uønskede effekter som en mulig følge av tiltaket.

Foreldretreningsprogram, individ eller i gruppe

To systematiske oversikter ser på effekten av foreldretreningsprogram til sårbare grupper. Den ene ser på effekten av tilpassede program for å forbygge psykisk uhelse hos barnet (82) og den andre effekter av program tilpasset tenåringsmødre (74). Vi fant ingen oversikter om *tilpassede* foreldretreningsprogram med andre relevante

tema eller utfallsmål. Formålet med den ene systematiske oversikten, fra Statens beretning for medisinsk utvärdering (SBU), Sverige (82), er å undersøke effekten av alle typer program rettet mot å forebygge psykisk uhelse blant barn 0-18 år. Rapporten deler studiene inn etter hvorvidt tiltakene var gitt universelt, selektivt eller på indikasjon (tidlig behandling). Vi vurderte at tiltak gitt selektivt var relevant for rapporten vår. SBU definerer at selektiv prevensjon «...vänder sig till gupper av personer utifrån någon gemensam riskfaktor för psykisk ohälsa, t ex en socialt usatt boendemiljö eller föräldrars missbruk» (82). Innenfor de selektive prevensjonsprogrammene, er bare en analyse av foreldre med barn under fem år – de andre omhandler eldre barn (se vedlegg 4). Den systematiske oversikten av Barlow og medarbeidere (74) ser på effekten av foreldretreningsprogram tilpasset til tenåringsforeldre. Denne har som inklusjonskrav at programmene skulle være strukturerte, tilpasset denne foreldregruppas spesielle behov og rettet mot å bedre holdninger, atferd, kunnskap eller trivsel hos foreldrene. Ingen av oversiktene setter krav til hvem som skal levere tiltaket. De to oversiktene har ingen felles studier.

Effekt av gruppebaserte foreldretreningsprogram på forebygging av utagerende problematferd hos barnet

Den analysen vi inkluderte fra oversikten til SBU (82) har åtte primærstudier, hvorav fem fra USA, to fra Tyskland og en fra Australia. Studiepopulasjonen i seks av disse studiene hadde ulike karakteristika knyttet til å ha lav sosioøkonomisk status. Tre av disse er også beskrevet som etniske minoriteter (afroamerikanere, latinamerikanere i USA, blandet populasjon) og to studier som blandet risikoprofil som innebefattet rus, vold og kriminalitet. I de gjenværende to studiene hadde familiene høyere sosioøkonomisk status, men de var rekruttert basert på foreldrenes egen opplevelse av høyt konfliktnivå i parforholdet. En av de åtte studiene inkluderte foreldre med barn opptil sju års alder, og to studier hadde barn mellom to til tolv år. Vi kan ikke skille ut effektene kun for de yngste barna.

Tiltakene i studiene er to kjente foreldretreningsprogram gitt selektivt, henholdsvis programmet De utrolige årene (Incredible Years) (fem studier) og Triple-P (Positive Parenting Program) (tre studier). Begge disse programmene kan tilpasses graden av problemer i familiene. De fem studiene av De utrolige årene var mest intense med mellom åtte til 22 gruppesamlinger for foreldrene og, i et tilfelle, ytterligere ti hjemmebesøk. De fleste av disse studiepopulasjonene hadde svært sosialt belastende oppvekstmiljø. De tre studiene av Triple-P programmet varierte fra fire gruppesamlinger til 15 timer kontakt totalt (gruppesamlinger og telefonkontakt). I alle de åtte studiene ble tiltaket levert av trent personell, men ikke nødvendigvis autorisert helsepersonell. Kontrollgruppene fikk ingen intervensjon bortsett, fra i en studie av Triple-P der foreldrene fikk parrådgiving.

De primære utfallsmålene for analysen er symptomvurdering av utagerende atferd hos barnet minst seks måneder etter avsluttet intervensjon. De ulike studiene brukte forskjellige måleinstrument og resultatene er derfor presentert som SMD (se vedlegg 1 for definisjon og hvordan verdiene kan fortolkes). Siden De utrolige årene og

Triple-P har noe ulik faglig innhold valgte vi å presentere SBUs analyse av de to programmene separat. Forfatterne av oversikten rapporterer ikke om de så etter mulige uønskede utfall av tiltakene.

Tabell 6 viser resultater effekt av **foreldretreningsprogrammet De utrolige årene sammenliknet med ingen intervensjon/standard helsetjenestetilbud** på utagerende atferd hos barnet, og våre GRADE-vurderinger av disse utfallsmålene. Vi vurderte kvaliteten på dokumentasjonen til å være lav eller svært lav. Den lave kvaliteten skyldes uklare aspekter ved studiedesign, stort frafall i studiene og heterogenitet i resultatene. Studiene er primært gjennomført i områder med svært sosialt belastende boområder i USA (mye fattigdom, kriminalitet, rus og vold). Vi antar at standard helsetjenestetilbud i studiene er relativt ulik norsk kontekst, men vi har ikke nedgradert for dette. Et av utfallsmålene er basert på blindede observatørens vurdering av barnas atferd. Dette utfallsmålet vurderer vi til å være mindre utsatt for systematiske feil enn foreldrevurdert atferd.

Tabell 6: Oppsummeringstabell og dokumentasjonsgrunnlag for effekt av foreldretreningsprogrammet De utrolige årene gitt selektivt sammenliknet med ingen intervensjon til populasjoner med lav sosioøkonomisk status i belastede boområder på forebygging av utagerende atferd hos barnet.

Studiepopulasjon: Familier med karakteristika på lav sosioøkonomisk status i svært belastede boområder Land: USA Intervensjon: Foreldretreningsprogrammet De utrolige årene gitt selektivt Sammenlikning: Ingen intervensjon/standard helsetjenestetilbud						
Utfall (måleskala)	Sammenlikning av risiko i de to gruppene (95% KI)		Relativ effekt (95% KI)	Antall deltakere (Studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Ingen intervensjon	Foreldretreningsprogram				
Symptomvurdering, utagerende atferd (Ulike måleinstrument, foreldrevurdert) Oppfølging 6-8 mnd	Gjennomsnittlig skår i kontrollgruppen ikke oppgitt	Gjennomsnittlig skår i intervensjonsgruppa var 0,07 SMD lavere (0,36 lavere til 0,23 høyere)	-	174 (2 studier)	⊕○○○ SVÆRT LAV 1,2,3,4,5	
Symptomvurdering, utagerende atferd (Ulike måleinstrument, foreldrevurdert) Oppfølging 12-16 mnd	Gjennomsnittsskår i kontrollgruppen ikke oppgitt	Gjennomsnittsskår i intervensjonsgruppa var 0,09 SMD lavere (0,23 lavere til 0,04 høyere)	-	923 (5 studier)	⊕⊕○○ LAV 1,2,4	
Symptomvurdering, utagerende atferd (Ulike måleinstrument, blindet observatør) Oppfølging 12-16 mnd	Gjennomsnittsskår i kontrollgruppen ikke oppgitt	Gjennomsnittsskår i intervensjonsgruppa var 0,22 SMD lavere (0,42 lavere til 0,02 lavere)	-	852 (4 studier)	⊕⊕○○ LAV 1,3,4	
Uønskede utfall av tiltaket	Se kommentar	Se kommentar	-	-	-	Oversikten rapporterer ikke om det ble sett etter mulige uønskede effekter av tiltaket.

1. Uklare aspekter ved studiedesign, spesielt randomiseringsprosedyrer, og stort frafall i studiene.
2. Foreldrevurdert atferd som utfallsmål.
3. Moderat til høy heterogenitet i resultatene basert på I².
4. Studiene ble gjennomført i svært sosialt belastede oppvekstmiljø med mye kriminalitet. Dette kan påvirke overførbareheten av resultatene til norsk kontekst, men vi har ikke nedgradert for denne usikkerheten.
5. Små studier med få målinger.

KI: Konfidensintervall; **SMD:** Standardisert gjennomsnittlig forskjell

Denne dokumentasjonen sammenlikner ingen intervensjon med foreldretreningsprogrammet De utrolige årene tilpasset familier med lav sosioøkonomisk status i belastede boområder. Den viser at:

- Tiltaket muligens gir en positiv effekt på barnas utagerende atferd målt av blinde observatører 12-16 måneder etter avsluttet intervensjon.
- Tiltaket muligens har liten eller ingen effekt på foreldrenes egen vurdering av barnas utagerende atferd.
- Det ikke var rapportert om det forekommer uønskede effekter som en mulig følge av tiltaket.

Tabell 7 viser resultatene for effekt av **foreldretreningsprogrammet Triple-P sammenliknet med ingen intervensjon** på utagerende atferd hos barnet, og våre GRADE-vurdering av disse utfallsmålene. Vi vurderte kvaliteten på dokumentasjonen til å være lav eller svært lav. Den lave kvaliteten skyldes manglende analyse av frafallet i studiene og manglende blinding ved selvrapporterte utfall. Med hensyn til overføring av resultatene må man ta hensyn til at noen av barna var eldre (opptil tolv år) enn aldersgruppa som har fokus i rapporten.

Tabell 7: Oppsummeringstabell og dokumentasjonsgrunnlag for effekt av foreldretreningsprogrammet Triple-P gitt selektivt til foreldre med selvrapportert stress i parforholdet eller lav sosioøkonomisk status sammenliknet med ingen intervensjon på forebygging av utagerende atferd hos barnet.

Utfall (måleskala)	Sammenlikning av risiko i de to gruppene (95% KI)		Relativ effekt (95% KI)	Antall deltakere (Studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Ingen intervensjon	Foreldretreningsprogram				
Symptomvurdering, utagerende atferd (Ulike måleinstrument, foreldrevurdert) Oppfølging 6-8 mnd	Gjennomsnittsskår i kontrollgruppen ikke oppgitt	Gjennomsnittsskår i intervensjonsgruppa var 0,19 SMD lavere (0,49 lavere til 0,11 høyere)	-	172 (2 studier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1,2,3}	
Symptomvurdering, utagerende atferd (ulike måleinstrument, foreldrevurdert) Oppfølging 12 mnd	Gjennomsnittsskår i kontrollgruppen ikke oppgitt	Gjennomsnittsskår i intervensjonsgruppa var 0,27 SMD lavere (0,47 lavere til 0,07 lavere)	-	388 (3 studier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1,2,3}	
Uønskede utfall av tiltaket	Se kommentar	Se kommentar	-	-	-	Oversikten rapporterer ikke om det ble sett etter mulige uønskede effekter av tiltaket.

1. Manglende analyse av frafall og manglende blinding ved selvrapporterte utfall.
2. Studiepopulasjon har et større aldersspenn på barna (2-12 år) enn den som sees på helsestasjonen
3. Små studier med få målinger.

KI: Konfidensintervall; SMD: Standardisert gjennomsnittlig forskjell

Denne dokumentasjonen sammenlikner ingen intervensjon med foreldretreningsprogrammet Triple-P tilpasset familier med opplevd familiestress eller lav sosioøkonomisk status. Den viser at:

- Det er usikkert om tiltaket påvirker foreldrevurdert skår på barnas utagerende atferd seks til åtte eller tolv til 16 måneder etter avsluttet intervensjonen.
- Det ikke var rapportert om det forekommer uønskede effekter som en mulig følge av tiltaket.

Effekt av foreldretreningsprogram tilpasset tenåringsforeldre for psykososiale faktorer hos mor og barn

Oversikten til Barlow og medarbeidere (74) inkluderer åtte primærstudier, hvorav seks fra USA og to fra Canada. Studiepopulasjonen i alle studiene er tenåringsmødre. Blant disse er seks studiepopulasjoner også beskrevet som etniske minoriteter (afroamerikanere eller blandet populasjon). Alderen på barna er ikke oppgitt systematisk i oversikten, men studiene antas i hovedsak å være gjennomført i barnets første leveår.

Tiltakene i de inkluderte studiene varierer i intensitet og omfang. Tre av studiene er standardiserte foreldretreningsprogram som varte mellom seks til ti uker. Tre studier hadde lite intensive tiltak og besto av en til to samlinger med videoinstruksjoner. De siste to var middels intense intervensjoner med fokus på mor-barn samspill.

Forfatterne av oversikten ønsket å oppsummere utfallsmål knyttet til psykososial utvikling hos barnet og mål på foreldre-barn relasjonen, men studiene benyttet mange ulike måleinstrumenter og skalaer. Forfatterne vurderte at de fleste av disse målene var for ulike for metaanalyser. Forfatterne av oversikten rapporterer ikke om de så etter mulige uønskede utfall av tiltakene.

Tabell 8 viser resultatene for effekt av **foreldretreningsprogram tilpasset tenåringsmødre sammenliknet med ingen intervensjon** på psykososiale faktorer og samspillsfaktorer mellom mor og barn, og våre GRADE-vurderinger av resultatene. Vi vurderte kvaliteten på dokumentasjonen til å være svært lav. Den lave kvaliteten skyldes uklare aspekter ved studiedesign, manglende blinding i studier med subjektive målinger og stort frafall i studiene. I tillegg var det stor heterogenitet i resultatene, og mange var små studier med veldig kort oppfølgingstid (maksimalt fem uker etter tiltakets slutt).

Tabell 8: Oppsummeringstabell og dokumentasjonsgrunnlag for effekt av foreldretreningsprogram tilpasset tenåringsmødre sammenliknet med ingen intervensjon for psykososiale faktorer og samspillsfaktorer mellom mor og barn.

Studiepopulasjon: Tenåringsmødre
Settings: USA, Canada
Intervensjon: Foreldretreningsprogram tilpasset tenåringsmødre/-foreldre
Sammenlikning: Ingen intervensjon

Utfall (måleskala)	Sammenlikning av risiko i de to gruppene (95% KI)		Relativ effekt (95% KI)	Antall deltakere (Studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Ingen intervensjon	Foreldretrening til tenåringsmødre				
Alderstilpasset forventning til barnet (AAPI-spørreskjema) Oppfølging tiltaksslutt	Gjennomsnittsskår i kontrollgruppene ikke oppgitt	Gjennomsnittsskår i intervensjonsgruppa var 0,17 SMD høyere (0,96 lavere til 1,30 høyere)	-	70 (2 studier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1,2,3}	
Manglende empatisk holdning (AAPI-spørreskjema) Oppfølging tiltaksslutt	Gjennomsnittsskår i kontrollgruppene ikke oppgitt	Gjennomsnittsskår i intervensjonsgruppa var 0,02 SMD høyere (1,46 lavere til 1,50 høyere)	-	69 (2 studier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1,2,3}	
Tar avstand fra fysisk avstraffelse (AAPI-spørreskjema) Oppfølging tiltaksslutt	Gjennomsnittsskår i kontrollgruppene ikke oppgitt	Gjennomsnittsskår i intervensjonsgruppa var 0,26 SMD høyere (0,22 lavere to 0,73 høyere)	-	69 (2 studier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1,2,3}	
Fravær av snudde mor-barn roller (AAPI-spørreskjema) Oppfølging tiltaksslutt	Gjennomsnittsskår i kontrollgruppene ikke oppgitt	Gjennomsnittsskår i intervensjonsgruppa var 0,09 SMD høyere (0,38 lavere til 0,56 høyere)	-	70 (2 studier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1,2,3}	
Mors samspill med barnet (Observert – NCATS) Oppfølging 4-5 uker	Gjennomsnittsskår i kontrollgruppene ikke oppgitt	Gjennomsnittsskår i intervensjonsgruppa var 6,11 lavere (17,0 lavere til 4,7 høyere)	-	47 (2 studier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1,2,3}	
Barnets respons overfor mor (Observert – NCATS) Oppfølging 4-5 uker	Gjennomsnittsskår i kontrollgruppene ikke oppgitt	Gjennomsnittsskår i intervensjonsgruppa var 0,65 SMD lavere (1,25 lavere til 0,06 lavere)	-	47 (2 studier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1,2,3}	
Samlet mor-barn samspill (Observert – NACATS) Oppfølging 4-5 uker	Gjennomsnittsskår i kontrollgruppene ikke oppgitt	Gjennomsnittsskår i intervensjonsgruppa var 0,90 SMD lavere (1,51 lavere til 0,30 lavere)	-	47 (2 studier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1,2,3}	
Uønskede utfall av tiltaket	Se kommentar	Se kommentar	-	-	-	Oversikten rapporterer ikke om det ble sett etter mulige uønskede effekter av tiltaket.

1. Uklare aspekter ved randomiseringsprosedyrene, manglende blinding ved datainnsamlingen og høyt frafall i studiene
2. Stor heterogenitet i resultatene
3. Svært små studier med få målinger og brede konfidensintervaller

KI: Konfidensintervall; **SMD:** Standardisert gjennomsnittlig forskjell; **AAPI:** Adult-Adolescent Parenting Inventory; **NACATS:** Nursing Child Assessment Teaching Scale, se vedlegg 1 for beskrivelse.

Denne dokumentasjonen sammenlikner standard helsetjenestetilbud der studiene ble gjennomført med tilbud om foreldretreningsprogram tilpasset tenåringsmødre. Den viser at:

- Det er usikkert om tiltaket påvirker ulike mål på mors holdning til barnet og foreldrerollen, samt samspillet mellom mor og barn.
- Det ikke var rapportert om det forekommer uønskede effekter som en mulig følge av tiltaket.

Hjemmebaserte stimuleringsprogram for barnets kognitive utvikling

En oversikt av Miller og medarbeidere (80) oppsummerer effekten av hjemmebaserte stimuleringsprogram til sårbare grupper for å fremme barnets kognitive utvikling. Vi fant ingen oversikter om hjemmebaserte stimuleringsprogram med andre relevante tema eller utfallsmål. Tiltakene i oversikten er komplekse program der foreldrene fikk opplæring og støtte til, gjennom hjemmebesøk med undervisning, instruksjon og øvelser, til å gi barna et mer stimulerende hjemmemiljø. I følge inklusjonskriteriene måtte intervensjonene være tilpasset svakerestilte familier. Tiltakene måtte ha en læreplan med alderstilpasset læremateriell (bøker, puslespill, musikk og liknende) for å støtte barnets intellektuelle, sosiale og emosjonelle utvikling og for å styrke relasjonen mellom foreldre og barn. Forfatterne av oversikten setter ikke krav til hvem som skulle levere tiltaket. En av studiene brukte lekfolk til å gjennomføre tiltaket. Denne studien inngår også under kapitlet «Støtte og oppsøkende arbeid utført av lekfolk eller likemenn», men med andre utfallsmål.

Effekt av hjemmebaserte stimuleringsprogram på barnets utvikling

Oversikten til Miller og medarbeidere (80) inkluderer sju primærstudier, hvorav to var fra USA, én hver fra Canada, Bermuda, Jamaica og Irland, mens en studie ikke oppgir hvor studien var gjennomført. Studiepopulasjonen i seks av studiene var kvinner med ulike karakteristika på lav sosioøkonomisk status, hvorav fem også beskrives med en høy andel etniske minoriteter og én var tenåringsmødre. I alle studiene var barna under fire år gamle.

Tiltakene omfatter sammensatte program med teoretisk tilnærming til undervisning, instruksjon og øvelser gitt i hjemmet. I én av studiene startet intervensjonen før fødsel. Antall hjemmebesøk varierte fra åtte besøk totalt opp til to besøk per uke over to skoleår. I alle studiene ble tiltaket levert av utdannet personell (sykepleiere eller psykologer). Kontrollgruppen fikk ingen intervensjon.

De primære utfallsmålene i oversikten er barnets kognitive og sosioemosjonelle utvikling. Utfallsmålene er kun like nok til at forfatterne gjorde metaanalyser for det første. Studiene brukte forskjellige måleinstrument for kognitiv utvikling og derfor presenteres resultatene som standardisert gjennomsnittlig forskjell (SMD) (se vedlegg 1). Forfatterne ønsket å analysere om tiltaket kunne gi uønskede effekter. De så spesielt etter mål på opplevelse av maktesløshet blant foreldrene. Imidlertid rapporterer ingen av primærstudiene slike utfallsmål.

Tabell 9 viser resultatene for effekt av **hjemmebaserte stimuleringsprogram sammenliknet med ingen intervensjon** på barnets utvikling, og våre GRADE-vurderinger for hvert av utfallsmålene. For kognitiv utvikling er GRADE-vurderingene basert på oversiktsforfatternes egne vurderinger om at den samlede dokumentasjonen er av svært lav kvalitet. Den lave kvaliteten skyldes uklare aspekter ved

studiedesign, spesielt randomiseringsprosedyrer, stort frafall i studiene og manglene justeringer for frafallet. De trekker også fram at alle studiene er gamle – den nyeste ble publisert i 1993.

Tabell 9: Oppsummeringstabell og dokumentasjonsgrunnlag for effekt av hjemmebaserte stimuleringsprogram til populasjoner med lav sosioøkonomisk status sammenliknet med ingen intervensjon på barnets utvikling.

Utfall (måleskala)	Sammenlikning av risiko i de to gruppene (95% CI)		Relativ effekt (95% KI)	Antall deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Ingen intervensjon	Hjemmebaserte stimuleringsprogram				
Kognitiv utvikling (Kognitiv utviklingsskår, ulike tester) Oppfølging varierer	Gjennomsnittsskår i kontrollgruppene var 98,6 til 114,9	Gjennomsnittsskår var 0,30 SMD høyere (0,18 lavere til 0,78 høyere)	-	285 (4 studier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1,2,3}	
Sosioemosjonell utvikling (Utviklingsskår, ulike tester) Oppfølging varierer	To studier (n=80 og n=125) med kort oppfølging fant positive effekter på sosioemosjonell utvikling (ulike mål), en studie (n=107) fant ingen effekter på sosioemosjonell utvikling etter tre år.		-	260 (3 studier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1,2,3}	Forfatterne utførte ikke metaanalyse.
Uønskede utfall av tiltaket	Se kommentar	Se kommentar	-	(0 studier)	-	Forfatterne av oversikten så etter utfall knyttet til makteløshet, men ingen av studiene rapporterte slike utfall.

1. Uklare aspekter ved studiedesign, spesielt randomiseringsprosedyrer, og gjennomføring av studiene. Stort frafall i studiene.
2. Stor heterogenitet i resultatene.
3. Små studier med få målinger

KI: Konfidensintervall; SMD: Standardisert gjennomsnittlig forskjell

Denne dokumentasjonen sammenlikner ingen intervensjon med hjemmebaserte stimuleringsprogram for barnets kognitive utvikling. Den viser at:

- Det er usikkert om tiltaket påvirker barnas kognitive eller sosioemosjonelle utvikling.
- Det ikke var rapportert om det forekommer uønskede effekter som en mulig følge av tiltaket.

Støtte eller oppsøkende arbeid utført av lekfolk eller likemenn

Tre systematiske oversikter ser på effekten av program som bruker lekfolk eller likemenn i helsearbeid til oppgaver som er relevante for helsestasjonen og denne rapportens formål (75, 79, 83). To av disse oversiktene, fra Lewin og medarbeidere (79) og Wolfenden og medarbeidere (83) inkluderte mange tiltak og analyser. En oversikt over problemstillingene og hvilke som er valgt ut finnes i vedlegg 4. Oversikten til Lewin og medarbeidere (79) ser på effekt av tiltak der lekfolk eller likemenn (lay health workers) utfører oppgaver i helsevesenet. Lay health workers defineres som enhver som utfører funksjoner relatert til levering av helsetjenester, som har mottatt

trening i å levere tiltaket, men som ikke har formell helseutdanning på videregående nivå eller høyere. Oversikten til Glenton og medarbeidere (75) bruker samme definisjon. Formålet med oversikten til Wolfenden og medarbeidere (83) er å oppsummere effekt av tiltak for å øke frukt og grønnsaksinntaket hos barn under fem år. En av analysene i oversikten ser på effekt av hjemmebesøk av frivillige til svakerestilte familier med fokus på å etablere sunne kostvaner.

Effekt av støtte eller oppsøkende arbeid utført av lekfolk eller likemenn for å øke oppstart og omfang av amming

Lewin og medarbeidere (79) inkluderer flere studiepopulasjoner i sin analyse som ikke er relevante for denne rapporten. Vi hadde imidlertid anledning til å re-analysere dataene med kun de studiene som ble gjennomført blant sårbare grupper (se vedlegg 8). I denne analysen er det sju primærstudier, hvorav tre fra USA, to fra Brasil og én hver fra Storbritannia og Mexico. Alle studiepopulasjonen beskrives med ulike karakteristika på lav sosioøkonomisk status, hvorav tre også som etniske minoriteter (latinamerikanere i USA, blandet populasjon). Formålet i alle studiene er å støtte kvinnene til å starte og fortsette med amming.

Tiltakene besto av at lekfolk oppsøkte mødre på vegne av helsetjenesten for å informere om fordelene ved amming og gi praktisk hjelp og støtte. I en studie fikk kvinnene kun tre hjemmebesøk, mens i de andre studiene varierte antall hjemmebesøk fra seks opptil minst 19 kontaktpunkt. I tre av studiene fikk kvinnene også besøk under graviditeten og lekfolkene viste en video om amming. Lekfolkene var i hovedsak kvinner som selv hadde god ammeerfaring. I noen av studiene var disse etnisk eller språklig matchet til kvinnene de besøkte. De fleste hadde fått fra en uke til et par måneders opplæring for rollen. Kontrollgruppene fikk standard helsetjenestetilbud der studiene ble gjennomført, uten at oversikten gir mer informasjon om dette.

Det primære utfallsmålet for analysene er oppstart av amming, amming opp til tolv måneders alder (ulike måletidspunkt i de ulike studiene) og fullamming opp til seks måneder (ulike måletidspunkt i de ulike studiene). Siden studiene rapporterer ulike utfallsmål er kun et underutvalg av studiene med i de tre metaanalysene. Forfatterne av oversikten rapporterer ikke om de så etter om de så etter mulige uønskede effekter som en følge av tiltaket.

Tabell 10 viser resultatene for **effekt av støtte eller oppsøkende arbeid for amming utført av lekfolk eller likemenn sammenliknet med standard helsetjenestetilbud**, og våre GRADE-vurderinger for hvert av utfallsmålene. Vi vurderte kvaliteten på dokumentasjonen til å være av henholdsvis middels til lav kvalitet. Den lavere kvaliteten skyldes uklare randomiseringsprosedyrer og om allokering var skjult. Det er også stor heterogenitet i noen av resultatene. I tillegg er andelen av mødre som startet å amme i studiepopulasjonene lavere enn vanlig i Norge. Standard helsetjenestetilbud antas å være relativt ulikt det norske tilbudet. Vi valgte å ikke nedgradere for denne usikkerheten.

Tabell 10: Oppsummeringstabell og dokumentasjonsgrunnlag for effekt av støtte eller oppsøkende arbeid knyttet til amming utført av lekfolk eller likemenn tilpasset mødre med lav sosioøkonomisk status på oppstart og omfang av amming.

Populasjon: Mødre med karakteristika på lav sosioøkonomisk status
Settings: USA, Brasil, Storbritannia, Mexico
Intervensjon: Støtte eller oppsøkende arbeid knyttet til amming utført av lekfolk eller likemenn
Sammenlikning: Standard helsetjenestetilbud der studien ble gjennomført

Utfall (måleskala)	Sammenlikning av risiko i de to gruppene (95% KI)		Relativ effekt (95% KI)	Antall deltakere (Studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Standard helsetjenestetilbud	Støtte fra lekfolk eller likemenn				
Oppstart amming (all amming) -	631 per 1000	700 per 1000 (587 to 826)	RR 1,11 (0,93 til 1,31)	3154 (5 studier)	⊕⊕○○ LAV 1,2,3,4	
Barnet blir fullammet (kun fullamming) Opp til 6 måneder	134 per 1000	576 per 1000 (170 to 538)	RR 4,31 (1,27 til 14,6)	1665 (4 studier)	⊕⊕○○ LAV 1,2,3,4	
Barnet blir ammet (all amming) Opp til 12 måneder (ulike måletidspunkt)	419 per 1000	541 per 1000 (474 to 620)	RR 1,29 (1,13 til 1,48)	1996 (6 studier)	⊕⊕⊕○ MIDDELS 1,3,4	
Uønskede utfall av tiltaket	Se kommentar	Se kommentar	-	-	-	Oversikten rapporterer ikke om det ble sett etter mulige uønskede effekter av tiltaket.

1. Noen av studiene var uklare på randomiseringsprosedyrer og om allokering var skjult.
2. Høy heterogenitet i resultatene basert på I².
3. En lavere andel startet å amme i studiepopulasjonene enn det som er vanlig i Norge. Standard helsetjenestetilbud i kontrollgruppene trolig ulikt fra tjenestene i Norge. Dette kan påvirke overførbareheten av resultatene til norsk kontekst, men vi har ikke nedgradert for dette aspektet.
4. Vide konfidensintervall. Basert på en helhetlig vurdering ble det ikke nedgradert for lav presisjon.

RR: Relativ risiko; KI: Konfidensintervall

Denne dokumentasjonen sammenlikner standard helsetjenestetilbud der studiene ble gjennomført med støtte eller oppsøkende arbeid av lekfolk eller likemenn for kvinner med lav sosioøkonomisk status. Den viser at:

- Tiltaket muligens har ingen effekt på andelen som starter å amme.
- Tiltaket muligens gir betydelig økning i andelen som fullammer barnet ved oppfølging opp til 6 måneders alder.
- Tiltaket trolig stimulerer flere til å amme barnet ved oppfølging opp til tolv måneders alder.
- Det ikke var rapportert om det forekommer uønskede effekter som en mulig følge av tiltaket.

Effekt av støtte eller oppsøkende arbeid utført av lekfolk eller likemenn på fullføring av anbefalte barnevaksinasjoner

Den relevante analysen fra oversikten til Glenton og medarbeidere (75) inkluderer sju primærstudier, hvorav seks fra USA og én fra Irland. Studiepopulasjonen i alle studiene hadde karakteristika på lav sosioøkonomisk status, og fem er også beskrevet som etniske minoriteter eller innvandrere (afroamerikanere, latinamerikanere i USA, høy andel minoriteter). Alle studiene har fokus på barn under fem år.

Tiltakene besto av at lekfolk eller likemenn oppsøkte familiene hjemme på vegne av helsetjenesten eller en frivillig organisasjon. De tilbød enkel opplæring i fordelene med å vaksinere barna og oppmuntret foreldrene til å møte opp. I noen studier kunne de hjelpe til med å gjøre avtaler og assistere ved konsultasjonene. I fire av studiene var informasjon om vaksinasjon en del av en bredere veiledning relatert til barnets helse. Antall hjemmebesøk/kontaktpunkt varierte fra kun ett til jevnlig kontakt over en periode. Det var noe variasjon i hvor like lekfolkene var til de familiene de besøkte, men generelt var de fra samme samfunnslag, boområde eller etnisk/språklig bakgrunn. Det fleste var kvinner. I de fleste studiene hadde lekfolkene/likemennene fra en uke til et par måneders opplæring. Kontrollgruppene fikk standard helsetjenestetilbud der studiene ble gjennomført. Et unntak er én studie der besøk av lekfolk i seks måneder sammenliknes med ett besøk av helsepersonell.

Det primære utfallsmålet i oversikten er at barnet har gjennomført alle vaksinasjoner på evalueringstidspunktet. Oversikten gir lite informasjon om hvordan og på hvilken tid utfallsmålet ble registrert i de ulike studiene. Forfatterne av oversikten rapporterer ikke om de så etter mulige uønskede effekter som en følge av tiltakene.

Tabell 11 viser resultatene for **effekt av støtte eller oppsøkende arbeid utført av lekfolk eller likemenn på fullføring av barnevaksinasjoner sammenliknet med standard helsetjenestetilbud**, og våre GRADE-vurderinger for hvert av utfallsmålet. GRADE-vurderingene er basert på forfatterens egne vurderinger om at dokumentasjonen er av middels kvalitet. Dette skyldes manglende blinding av datainnsamlingen i en studie og baselineulikheter i en annen. I tillegg er det stor heterogenitet i resultatene. Studiepopulasjonene var trolig fattigere enn hva som vanligvis forekommer i Norge. Standard helsetjenestetilbud antas å være relativt ulikt det norske tilbudet. Vi valgte å ikke nedgradere for denne usikkerheten.

Tabell 11: Oppsummeringstabell og dokumentasjonsgrunnlag for effekt av støtte eller oppsøkende arbeid utført av lekfolk eller likemenn for familier med lav sosioøkonomisk status sammenliknet med standard helsetjenestetilbud på fullføring av barnevaksinasjon.

Utfall (måleskala)	Sammenlikning av risiko i de to gruppene (95% KI)		Relativ effekt (95% KI)	Antall deltakere (Studies)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Standard helsetjenestetilbud	Støtte fra lekfolk eller likemenn				
Fullført anbefalt barnevaksinasjon (Målemetode uklar) Oppfølging varierer	482 per 1000	574 per 1000 (525 til 627)	RR 1,19 (1,09 til 1,30)	3568 (4 studier)	⊕⊕⊕○ MIDDELS ^{1,2,3}	
Uønskede utfall av tiltaket	Se kommentar	Se kommentar	-	-	-	Oversikten rapporterer ikke om det ble sett etter mulige uønskede effekter av tiltaket.

1. Manglende blinding ved datainnsamlingen for en av studiene, samt selektiv rekruttering og baselineforskjeller.
2. Stor heterogenitet i resultatene.
3. Studiepopulasjonene er trolig fattigere/mer sosialt belastet enn vanlig i Norge. Standard helsetjenestetilbud i kontrollgruppene trolig ulikt fra tjenestene i Norge. Dette kan påvirke overførbareheten av resultatene til norsk kontekst, men vi har ikke nedgradert for dette aspektet.

KI: Konfidensintervall; RR: Relativ risiko

Denne dokumentasjonen sammenlikner standard helsetjenestetilbud der studiene ble gjennomført med støtte eller oppsøkende arbeid av lekfolk eller likemenn for kvinner med lav sosioøkonomisk status. Den viser at:

- Tiltaket trolig øker noe den andelen som fullfører anbefalte barnevaksinasjoner.
- Det ikke var rapportert om det forekommer uønskede effekter som en mulig følge av tiltaket.

Effekt av støtte eller oppsøkende arbeid utført av lekfolk eller likemenn for å fremme sunne matvaner

Den relevante analysen fra oversikten til Wolfenden og medarbeidere (83) inkluderer to primærstudier, hvorav én fra USA og én fra Storbritannia. Studiepopulasjonen i begge studiene hadde karakteristika på lav sosioøkonomisk status, hvorav én er også beskrevet med høy andel etniske minoriteter. I den ene studien var barna spedbarn. I den andre var de fleste barna under tre år, men familier med barn opp til fem år ble inkludert.

Tiltakene besto av at lekfolk eller likemenn oppsøkte familiene i hjemmene på vegne av henholdsvis helsetjenesten eller en frivillig organisasjon. De tilbød praktisk støtte knyttet til å gi barnet sunne matvaner, med fokus på økt inntak av frukt og grønnsaker. En av studiene inkluderte også skriftlig og lydbasert informasjonsmateriale og nyhetsbrev. Antall hjemmebesøk varierte fra fire til ni besøk. Intervensjonene varte henholdsvis sju og ni måneder. I begge studiene ble lokale kvinner rekruttert som lekfolk. I den ene studien fikk de fire timers opplæring, mens for den andre studien gis det ingen detaljer om opplæring. Kontrollgruppene fikk standard helsetjeneste der studiene ble gjennomført, uten at oversikten gir mer informasjon om dette.

Utfallsmålet for analysen er fruktinntak hos barna basert på intervjudata fra foreldrene. Forfatterne av oversikten rapporterer ikke om de så etter mulige uønskede effekter som en følge av tiltaket.

Tabell 12 viser resultatene for **effekt av støtte eller oppsøkende arbeid knyttet til sunne matvaner utført av lekfolk eller likemenn sammenliknet med standard helsetjenestetilbud**, og våre GRADE-vurderinger av utfallsmålet. Vi vurderte den samlede kvaliteten på dokumentasjonen til å være av middels kvalitet. Dette skyldes at det er uklart om allokering var skjult i den største studien, samt uklårheter i oppfølging av frafall.

Tabell 12: Oppsummeringstabell og dokumentasjonsgrunnlag for effekt av støtte eller oppsøkende arbeid knyttet til sunne kostvaner utført av lekfolk eller likemenn til familier med lav sosioøkonomisk status sammenliknet med standard helsetjenestetilbud på fruktinntak.

Utfall (måleskala)	Sammenlikning av risiko i gruppene (95% KI)		Relativ Effekt (95% KI)	Antall deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Standard helsetjenestetilbud	Støtte fra lekfolk eller likemenn				
Frukt inntak (Spørreskjema) Oppfølging: <12 mnd	Gjennomsnittlig fruktinntak i kontrollgruppene ikke oppgitt	Gjennomsnittlig fruktinntak i intervensjonsgruppa var 0,01 SMD høyere (0,09 lavere til 0,11 høyere)	-	1518 (2 studier)	⊕⊕⊕○ MIDDELS ¹	
Uønskede utfall av tiltaket	Se kommentar	Se kommentar	-	-	-	Oversikten rapporterer ikke om det ble sett etter mulige uønskede effekter av tiltaket.

1. Uklart om allokering var skjult i den største studien, uklar oppfølging av frafall.

KI: Konfidensintervall; SMD: Standardisert gjennomsnittlig forskjell

Denne dokumentasjonen sammenlikner standard helsetjenestetilbud der studiene ble gjennomført med støtte eller oppsøkende arbeid av lekfolk eller likemenn for kvinner med lav sosioøkonomisk status. Den viser at:

- Tiltaket trolig har liten eller ingen effekt på barnas fruktinntak.
- Det ikke var rapportert om det forekommer uønskede effekter som en mulig følge av tiltaket.

Effekt av støtte eller oppsøkende arbeid for å stimulere til bedre familiesamspill og forebyggende helseatferd utført av lekfolk eller likemenn

Oversikten til Lewin og medarbeider (79) presenterer også studier av støtte eller oppsøkende arbeid for å stimulere til bedre familiesamspill eller forebyggende helseatferd utført av lekfolk eller likemenn. Tre av de fem studiene som presenteres hadde studiepopulasjoner som var relevante for denne rapporten. Imidlertid valgte forfatterne av oversikten å ikke presentere resultatene av studiene fordi utfallsmålene egner seg dårlig for metaanalyser. Resultater fra disse studiene er derfor ikke tatt med i denne rapporten.

Tiltak for å fremme samspill med barnet for mødre med fødselsdepresjon

En oversikt av Poobalan og medarbeidere i 2007 (81) oppsummerer om ulike tiltak for mødre med fødselsdepresjon har effekt på utfall relatert til barnets utvikling og mor-barn samspillet. Vi fant ingen oversikter om behandling av mors fødselsdepre-

sjon som omhandler andre utfallsmål relatert til barnet eller foreldrerollen. Tiltakene i denne oversikten er, ifølge inklusjonskriteriene, innsnevret til alle typer behandlinger eller intervensjoner for mødre som var diagnostisert med fødselsdepresjon (postpartum depresjon). Selv om det ikke er et inklusjonskrav, er alle de inkluderte tiltakene ikke-medikamentell behandling.

Effekt av behandling av depresjon hos mor på barnets kognitive utvikling og mor-barn samspillet.

Oversikten til Poobalan og medarbeidere (81) inkluderer åtte primærstudier, hvorav fem fra USA, to fra Storbritannia og én fra Australia. Populasjonen i alle studiene er kvinner med diagnostisert fødselsdepresjon og som hadde barn under to år, i de fleste studiene et spedbarn. Ingen andre relevante demografiske kjennetegn er beskrevet i oversikten.

Tiltakene varierer fra studie til studie, og omfatter ulike former for terapi (psykoterapi, kognitiv atferdsterapi, *interaction coaching*), opplæring i å registrere spedbarnets signaler og praktisk trening i babymassasje. I de fleste studiene fikk kvinnene individuell terapi, i ett tilfelle kombinert med hjemmebesøk, mens for en studie er det tydelig at terapien ble gitt i gruppe. Varigheten på tiltakene varierte fra fem uker til over ett år, men for to studier oppgis ikke varighet av tiltaket. Der profesjon oppgis var det helsepersonell som utførte tiltaket. Fire av studiene sammenlikner effekten av tiltaket mot en kontrollgruppe eller venteliste av deprimerte mødre, to sammenlikner mer enn en type tiltak (ulike terapiformer) med kontrollgruppe, en annen sammenlikner tiltaket mot både en kontrollgruppe av deprimerte mødre og en kontrollgruppe av friske mødre, mens den siste sammenlikner støttegrupper for deprimerte kvinner med eller uten praktisk trening i babymassasje.

Det primære utfallsmålet i oversikten er kognitiv utvikling hos barnet, men kun tre av de åtte studiene rapporterer dette. De andre fem studiene har utfallsmål knyttet til mor-barn-samspill eller kommunikasjon. To av studiene har lengre tids oppfølging av deltakerne i studien, de resterende målte effekt rett etter eller kort tid etter avsluttet intervensjon. Forfatterne av oversikten rapporterer ikke om de så etter mulige uønskede effekter som en følge av tiltaket.

Tabell 13 viser antall deltakere, studier og tekstpresentasjon av resultater for **effekt av behandling av depresjon hos mor sammenliknet med ingen intervensjon/venteliste/annen intervensjon** på kognitiv utvikling hos barnet eller mor-barn samspillet, og vår GRADE-vurdering av dokumentasjonen. Siden studiene både hadde ulike tiltak og benyttet forskjellige måleinstrumenter konkluderte forfatterne av oversiktene med at de er for ulike for metaanalyser. Resultatene er derfor presentert som tekst.

Tabell 13: Oppsummeringstabell og dokumentasjonsgrunnlag for effekt av behandling av depresjon hos mor sammenliknet med ingen intervensjon/venteliste/annen intervensjon på kognitiv utvikling hos barnet eller mor-barn samspillet.

Studiepopulasjon: Mødre med fødselsdepresjon
Land: USA, Storbritannia, Canada
Intervensjon: Tiltak for å behandle depresjon hos mor
Sammenlikning: Ingen intervensjon/venteliste/annen intervensjon

Utfall (måleskala)	Sammenlikning av risiko i de to gruppene (95% KI)		Relativ effekt (95% KI)	Antall deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Ingen intervensjon	Behandling av depresjon hos mor				
Kognitiv utvikling hos barnet (Ulike tester i studiene) Ulik oppfølgingstid i studiene	En studie (n=187) med lang oppfølging fant positive effekter, en studie (n=39) med kort oppfølging fant ikke forskjell, en studie (n=193) fant bedre effekt av CBT enn psykologisk veiledning.		-	419 (3 studier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1,2}	Forfatterne utførte ikke meta-analyse.
Mor-barn samspill (Ulike tester i studiene) Ulik oppfølgingstid i studiene	Sju av åtte studier (n=569) konkluderte positivt (data ikke presentert)		-	752 (8 studier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1,2}	Forfatterne utførte ikke meta-analyse.
Uønskede utfall av tiltaket	Se kommentar	Se kommentar	-	-	-	Oversikten rapporterer ikke om det ble sett etter mulige uønskede effekter av tiltaket.

1. Uklare aspekter ved randomiseringsprosedyrene, manglende blinding og informasjon om direktet
 2. Svært små studier med få målinger

KI: Konfidensintervall; **CBT:** Cognitive behavioural therapy, se vedlegg 1 for beskrivelse.

De tre studiene i oversikten som rapporterer mål på barnets kognitive utvikling hadde alle tiltak i form av individuell terapi. Forfatterne av oversikten tolker, basert på en studie, at terapi til mor over lengre tid muligens kan gi gunstig effekt på barnets kognitive utvikling, spesielt den språklige utviklingen. Dette sees imidlertid ikke i studiene med kun kort oppfølging. Forfatterne tolker også på grunnlag av alle åtte studiene, at behandling av mors depresjon tenderer til å ha gunstige korttidseffekter på mors samspill og kommunikasjon med barnet. Få av studiene har målt på om slike effekter vedvarer over lengre tid. Selv om tiltakene som presenteres er svært ulike i form, teoretisk tilnærming og lengde på tiltaket, ser tiltakene ut til å ha tendens til positive effekter på samspill mellom mor og barn. Praktisk opplæring i baby-massasje i en støttegruppe ser i en studie ut til å ha gunstig effekt på mor-barn samspillet sammenliknet med kun å være i støttegruppe. De fleste studiene har også mål på symptomforbedring hos mor, men forfatterne av oversikten oppsummerer ikke disse funnene.

Denne dokumentasjonen sammenlikner intervensjon/venteliste/annen intervensjon med tiltak for mødre med fødselsdepresjon. Den viser at:

- Det er svært usikkert om tiltakene har effekt på barnets kognitive utvikling og aspekter ved mors samspill med barnet.
- Det ikke var rapportert om det forekommer uønskede effekter som en mulig følge av tiltaket.

Diskusjon

Denne rapporten oppsummerer resultater fra ti systematiske oversikter. I fire av disse var det primære fokuset tilpassede tiltak. De resterende besvarte problemstillingen vår enten gjennom delanalyser eller indirekte ved at våre populasjonsgrupper utgjorde en høy andel av studiepopulasjonene. Tre av de fire gruppene vi søkte etter – grupper med lav sosioøkonomisk status, etniske minoriteter og tenåringsmødre – er til dels overlappende. De fleste oversiktene legger vekt på karakteristika knyttet til lav sosioøkonomisk status, slik som lav inntekt, lav utdanning, arbeidsløshet eller belastende boforhold. Dette kan reflektere hva oversiktsforfatterne anser som de viktigste risikofaktorene. Slike vurderinger er også i tråd med forskning som peker på at helseproblemer blant innvandrere i stor grad er et levekårsproblem (34). Imidlertid kan da forhold knyttet til språklige og kulturelle utfordringer bli undervurdert. En del av primærstudiene hadde etniske minoriteter i studiepopulasjon, hvorav noen sannsynligvis var immigranter. Imidlertid hadde ingen av oversiktene analyser som belyste effekt av tilpassede tiltak til etniske minoriteter spesielt.

Funnene våre og det antallet oversikter vi ekskluderte viser at relativt få forfattere har fokus på sårbare grupper av foreldre. Dette til tross for at mange, både av de inkluderte og ekskluderte oversiktene, drøfter at helseutfordringer er skjevfordelt i befolkningen og at tiltak kan ha ulik effekt i ulike befolkningsgrupper. Innenfor Cochrane-samarbeidet er det opprettet en metodegruppe som arbeider for at systematiske oversikter skal belyse relevante spørsmål for å oppnå likeverdige helsetjenester og samfunnsstrukturer. Rapporten vår viser at disse metodiske retningslinjene, the PRISMA-Equity guidelines (84), er lite i bruk på dette temaområdet.

I arbeidet med rapporten var det utfordrende å vurdere når tiltak var *tilpasset eller utvidet til populasjonen* (jamfør kapittelet om inklusjonskriteriene). Delvis var dette knyttet til om tiltak som er *gitt til en spesiell gruppe* kan defineres som *tilpasset til denne gruppen*, selv om forfatterne av oversiktene ikke selv bruker slike begrep. Vi har derfor ikke en helt entydig definisjon på hva et tilpasset tiltak er. En annen utfordring var at mange av oversiktene vurderte effekten av tiltak uavhengig av hvilken populasjonsgruppe tiltaket var gitt til. Ofte ble slike oversikter fanget opp i litteratursøket fordi aspekter knyttet til våre populasjoner, spesielt lav sosioøkonomisk status, ble drøftet i sammendraget.

Vi valgte å gruppere tiltakene i seks kategorier. Ulike former for undervisning, opplæring og rådgiving var felleselementer i de fleste tiltakene. Omfang av og innhold i slik kommunikasjon er ofte relativt kort beskrevet. Basert på oversiktens omtaler

får man likevel et inntrykk av at tiltakene hadde relativt strukturert kommunikasjon med elementer av opplæring. Hjemmebesøk inngikk som en måte å levere tjenester på i flere av tiltakskategoriene. Formen på og innhold i hjemmebesøkene er trolig relativt varierte. Det var også variasjon i hvor stor grad oversiktene vektla hvem, det vil si hvilken profesjon eller lekfolk, som utførte tiltaket. Deltakerne i studiene møtte trolig helsearbeidere mye hyppigere enn familiene i kontrollgruppene. Forskjellene i frekvens kan imidlertid ikke beregnes siden standard helsetjenestetilbud knapt beskrives i oversiktene.

Helseveiledning, -opplæring og -informasjon som hovedtiltak

Vi vurderte at veiledning, opplæring og informasjon om amming fra helsearbeidere tilpasset mødre med lav sosioøkonomisk status trolig øker andelen som starter å amme og som ammer ved oppfølging etter 3-6 måneder. Trolig øker tiltaket også andelen som fullammer. GRADE-vurderingen viser at vi har middels eller lav tillit til at effektestimater er nær den sanne effekten.

Med hensyn til overføringsverdien av disse resultatene er det viktig å legge merke til at kun 45% i studienes kontrollgruppe startet å amme. I Norge starter 99 % av alle mødre å amme (85). I USA og Storbritannia starter om lag 70 % (86). Selv ved fire og seks måneders alder ammes henholdsvis 85 % og 80 % av norske barn, men en vesentlig lavere andel fullammes – 46 % ved fire måneders alder (85). Det er imidlertid mindre amming blant lavt utdannede og blant yngre (<24 år) norske mødre (24). Tall for norske barn med mødre født utenfor Vesten er ennå ikke publisert (30). Ved høy etterlevelse av anbefalt atferd er potensialet for å forbedre andelen mindre, men fullamming kan fremdeles økes i Norge. En studie rettet seg mot en etablert minoritetsbefolkning (afroamerikanere) og en annen studie var sannsynligvis immigranter (latinamerikanere i USA), men vi kan trolig ikke si noe om tiltakenes effekt i undergrupper.

Vi gjør oppmerksom på at tiltakene i analysen varierer en del med hensyn til hvor intense de er. Flertallet av studiene har hyppig kontakt mellom helsepersonell og mødrene de første dagene og ukene etter fødsel. Oversikten gir ingen informasjon om hvor mye ammerådgeving som blir gitt ved standard helsetjenestetilbud, men de fleste studiene er utført blant fattige grupper i USA. Kvinnene i intervensjonsgruppene fikk derfor generelt mer veiledning og hyppigere møtepunkt med helsepersonell enn kvinnene i kontrollgruppene.

Oversikten gir relativt lite informasjon om hvor strukturerte tiltakene var, men systematisk opplæring inngår i flere av studiene. En Cochrane-oversikt av ammeintervensjoner under graviditeten fant at ammeopplæring og veiledning tilpasset kvinner med lav sosioøkonomisk status økte andelen som startet å amme. Både individuell, uformell opplæring og mer strukturert opplæring hadde god effekt (72). En annen Cochrane-oversikt ser på ammefremmende tiltak til mødre med ulike karakteristika analysert samlet. Denne trekker fram at effekten trolig er bedre når helsepersonell

tar initiativet til kontakt og gir systematisk opplæring, enn veiledning som kun gis når kvinnene selv tar kontakt fordi hun vil ha råd eller opplever problemer (87).

Videre gir oversikten lite informasjon om hvordan tiltakene er tilpasset til målgruppene. Det er grunn til å anta at tiltak som er tilpasset til sosiokulturelle forhold ved målgruppa blir bedre mottatt enn intervensjoner med generelt innhold (87). Oppsummeringer basert på kvalitative studier viser at både innvandrerkvinner (88) og kvinner med lav sosioøkonomisk status (89) kan oppleve mange barrierer knyttet til det å amme, inkludert utfordringer knyttet til divergerende råd og oppfatninger mellom deres sosiale omgivelser og det de møter i rådgivingen hos helsepersonell.

Hjemmebesøksprogram

Vi vurderte at hjemmebesøksprogram til familier med lav sosioøkonomisk status trolig reduserer antall barneulykker noe, men det er usikkert om tiltaket fører til at flere fullfører anbefalte barnevaksinasjoner. GRADE-vurderingen viser at vi har middels tillit til resultatene for forebygging av ulykker. Vi har svært lav tillit til resultatene for fullføring av anbefalte barnevaksinasjoner.

Med hensyn til overføringsverdien av disse resultatene er det viktig å legge merke til at mange av studiene ble gjennomført i storbyer i USA. Vi har ikke funnet sammenliknbare tall på forekomsten av ulykker i studienes kontrollgrupper med forekomst av ulykker her. Forekomsten av alvorlige ulykker blant norske barn er på et historisk lavt nivå (90), men det er sosiale ulikheter i forekomst av alvorlige ulykker (21). Oversikten til Kendrick og medarbeidere (77) oppgir ikke hvor stor andel som vaksineres i kontrollgruppene. Blant norske toåringer er vaksinasjonsdekningen godt over 90 % for alle anbefalte enkeltvaksiner (91). Vi har ikke funnet norske data på sosial fordeling blant de som utelater å fullvaksinere barna. Flere av studiene var rettet mot etablerte minoritetsgrupper (afroamerikanere) eller tenåringsmødre, men vi kan trolig ikke si noe om tiltakenes effekt i undergrupper.

Vi gjør oppmerksom på at for utfallsmålet forebygging av ulykker besto tiltakene av svært mange hjemmebesøk med omfattende innhold. Majoriteten tilbød ukentlige hjemmebesøk over flere måneder og år. For utfallsmålet vaksinasjonsdekning varierte antall hjemmebesøk mer i de inkluderte studiene. Standard helsetjenestetilbud i studiene var trolig vesentlig mindre omfattende enn det som tilbys i Norge. Oversiktene gir lite informasjon om hvor ofte kontrollgruppene møtte helsepersonell. Vi hentet inn litteratur som beskriver noen av de store amerikanske hjemmebesøksprogrammene i oversikten. Disse gir et klart bilde av at intervensjonsgruppene møtte helsepersonell vesentlig flere ganger og fikk betydelig mer veiledningstid i barnas første leveår enn det kontrollgruppene gjorde (92, 93).

Oversiktene gir noe informasjon om innholdet i hjemmebesøksprogrammene og hvordan tiltakene var tilpasset til målpopulasjonene. De fleste hjemmebesøksprogrammene besto av mange elementer, inkludert hyppig kontakt, bred veiledning om barnets helse og utvikling, sosiale forhold og tett oppfølging av foreldrerollen, alt gitt

i hjemmet. I flere av studiene fikk deltakerne også andre hjelpetiltak. På grunnlag av de inkluderte systematiske oversiktene kan vi ikke skille effekten av ulike komponenter fra hverandre, for eksempel om det er viktig at tiltaket foregår i hjemmet. En Cochrane-oversikt sammenlikner effekt av samme antall konsultasjoner gitt henholdsvis på klinikk/helsestasjon eller som hjemmebesøk. Det uklart om de to måtene å møte kvinnene på gir vesentlig forskjellig effekt på helse- og atferdsmål. Imidlertid var mødrene i denne Cochrane-oversikten primært fra allmenne populasjoner uten kjente spesielle behov (94).

I rapporten «Sosial ulikhet i helse: en norsk kunnskapsoversikt», som ble publisert våren 2014, anbefales hjemmebesøk som tiltak for å redusere sosiale ulikheter i muligheter for barn og unge (11). Denne anbefalingen er i hovedsak basert på studier av The Nurse-Family Partnership program, et godt dokumentert og teoretisk underbygget hjemmebesøksprogram fra USA. Programmet er utformet for å supplere det begrensede tjenestetilbudet som gis til personer uten helseforsikring, med fokus på førstegangsmødre med lav sosioøkonomisk status eller andre risikofaktorer (92). Det er satt et maksimumstall for hvor mange familier en sykepleier kan følge opp. Familiene får hyppig og omfattende veiledning over en lang tidsperiode. Helsepersonellet er spesialtrent til programmet og får selv jevnlig veiledning. Det er flere likheter og overlapp i innholdet og tilnærming til den rådgivingen som gis i dette programmet sammenliknet med norske helsestasjoner, men også flere ulikheter (95). Studiene av The Nurse-Family Partnership program er inkludert i de to oversiktene vi har oppsummert.

Som det fremgår her, kan det være hensiktsmessig å tydelig skille de to begrepene *hjemmebesøk* og *hjemmebesøksprogram* fra hverandre, både i beskrivelse av tiltak og omtale av forskningen. Hjemmebesøk kan være en måte å ta kontakt eller å levere en tjeneste på, mens hjemmebesøksprogrammene ofte er svært omfattende og komplekse tiltak. For å være mer entydig i omtalen av slike tiltak bør formål og innhold av hjemmebesøk eller hjemmebesøksprogram beskrives mer. Konklusjonene presentert i denne rapporten gjelder kun omfattende hjemmebesøksprogram, og kan ikke overføres til å gjelde effektene av hjemmebesøk som arbeidsform generelt.

Foreldretreningsprogram, individ eller i gruppe

Vi vurderte at det muligens er slik at foreldretreningsprogram tilpasset sosialt belastede familier forebygger visse typer utagerende atferd hos barnet. Basert på GRADE-vurderingene er dokumentasjonen svakere for Triple-P programmet enn De utrolige årene, begge programmene er gitt selektivt. Det er usikkert om foreldretreningsprogram tilpasset tenåringsforeldre kan forbedre aspekter ved mors samspill med barnet. GRADE-vurderingene viser at vi har svært lav tillit til resultatene.

Med hensyn til overføringsverdien av disse resultatene er det viktig å legge merke til at de tre analysene (tabellene 6-8) er utført i svært forskjellige populasjoner. Vurde-

ring av foreldretreningsprogrammet De utrolig årene er utført i svært belastede bo-områder. Triple-P var vurdert særlig i familier med høyere sosioøkonomisk status som rapporterte konflikt i parforholdet. Den tredje analysen er studier av tenåringsmødre, hvor en høy andel var etniske minoriteter (afroamerikanere). Vi trolig ikke grunnlag for å si noe om tiltakenes effekt i undergrupper.

Vi gjør oppmerksom på at De utrolig årene og Triple-P er omfattende og teoretisk forankrede foreldretreningsprogram, men kursene er beskyttet av opphavsrett (96, 97). Det faglige innholdet i programmene gitt til tenåringsmødre var mer uklare og varierte i sin form. Det er utviklet en rekke foreldretreningsprogram de siste tiårene med ulikt teoretisk forankring, form og innhold. Vi vet ikke om resultatene fra disse tre kategoriene av foreldretreningsprogrammene gitt selektiv er overførbare til andre foreldretreningsprogram.

Oversiktene gir lite informasjon om hvordan foreldretreningsprogrammene var tilpasset til målpopulasjonene. For tenåringsmødrene ble det spesifisert at mødre trengte spesiell støtte knyttet til personlig utvikling og utdanning, praktiske hverdagen og emosjonell modenhet. Vi fant ingen systematiske oversikter som oppsummerte effekten av foreldretreningsprogram gitt til eller tilpasset til etniske minoriteter eller immigranter. En rapport av Barlow og medarbeidere som drøfter kulturtilpassede foreldretreningsprogram (98) viser imidlertid at det finnes noen effektstudier av slike program, i tillegg til kvalitative studier av brukererfaringer (98).

Hjemmebaserte stimuleringsprogram for barnets utvikling

Vi vurderte at det er usikkert om hjemmebaserte stimuleringsprogram tilpasset familier med lav sosioøkonomisk status påvirker kognitiv og sosioemosjonell utvikling hos barnet. GRADE-vurderingene viser at vi har svært lav tillit til dokumentasjonen.

Med hensyn til overføringsverdien av resultatene bemerkes at studiene er utført i populasjoner med relativt stor materiell fattigdom og sosial belastning. Formålene med tiltakene er å hjelpe foreldrene til å gi barn under fire år et mer stimulerende hjemmemiljø med tanke på både intellektuell, sosial og emosjonell utvikling. Formålet er å gjøre dem bedre rustet til skolestart. Alle populasjonene i de inkluderte studiene hadde lav sosioøkonomisk status. En var også tenåringsmødre. Vi har ikke grunnlag for å si noe om tiltakenes effekt i undergrupper.

Vi gjør oppmerksom på at tiltakene som beskrives trolig ikke har vært gjennomført i Norge. Tiltakene som inngår ligger i grenseland mellom helsestasjonstjenestens og utdanningssystemets virksomhetsområder, hvor et viktig kriterium var strukturert innsatser med læreplan og materiell tilpasset målgruppen. Studiene i oversikten er gamle – den nyeste er publisert i 1993 selv om søket er fra 2010.

Støtte eller oppsøkende arbeid utført av lekfolk eller likemenn

Vi vurderte at støtte eller oppsøkende arbeid utført av likemenn eller lekfolk til familier med lav sosioøkonomisk status trolig ikke endrer andelen som starter å amme, men kan muligens gi en betydelig økning i andelen som fullammer første halvår og som ammer i første leveår. Slike tiltak fører også trolig til at flere fullfører anbefalte barnevaksinasjoner, men har trolig ingen effekt på fruktinntak hos barna. GRADE-vurderingene viser at vi har middels til lav tillit til dokumentasjonen.

Med hensyn til overføringsverdien av resultatene må man også her ta hensyn til at studiene er utført i populasjoner med relativt stor materiell fattigdom og med en mindre tilgjengelig helsetjeneste. Andelen som startet å amme og vaksinasjonsdekningen i studiepopulasjonene er også lavere enn vanlig i Norge. Flertallet av studiene utført blant etniske minoriteter, primært afroamerikanere, men noen var trolig immigranter. Med forbehold, kan det vurderes om disse funnene er overførbare til immigranter i Norge.

Vi gjør også oppmerksom på at tiltakene varierte en del knyttet til hvordan lekfolkene/likemennene og familiene hadde kontakt, hvor ofte, hva formålet var og hvor mye opplæring som var gitt på forhånd. I studiene av vaksinasjonsdekning hadde lekfolkene/likemennene en rolle som veiviser og talsmann for å utnytte mulighetene i helsevesenet til beste for barnet. I studiene der formålet var å øke fruktinntak skulle lekfolk gi støtte til å etablere sunne matvaner. Forskjellen i lekfolkenes/likemennenes rolle kan muligens være relevant for å tolke effektene. I studiene av amming hadde de trolig noe blandede roller (både forbindelse mot helsevesenet og gi råd og støtte). Tiltakene var generelt var et tillegg til standard helsetjenestetilbud, som en forlengelse av helsetjenestens oppsøkende arbeid. Tiltakene skiller seg derfor fra Ammehjelpen i Norge, hvor frivillige ammerådgivere gir veiledning og støtte til kvinner som selv tar kontakt ved problemer eller behov (99).

Oversiktene gir noe informasjon om hvordan tiltakene var tilpasset til målpopulasjonene. Primært var tilpassing knyttet til at lekfolkene/likemennene ble rekruttert fra samme sosiale eller kulturelle gruppe som familiene de oppsøkte. Noen spesifiserte også at lekfolkene/likemennene behersket et minoritetsspråk.

I denne oversikten har vi brukt begrepene lekfolk og likemenn. Både på norsk og engelsk er det imidlertid vanskelig å finne gode betegnelser på denne rollen. Oversikten til Lewin og medarbeidere bruker lay health worker som et overordnet begrep. Definisjonen er en person som utfører oppgaver (frivillig eller betalt) relatert til helsetjenesten, som har noe opplæring i rollen, men ikke har formell helsefaglig utdanning på videregående nivå eller høyere. De nevner andre betegnelser fra den internasjonale litteraturen: community health workers, village health workers og peer counsellors (79). I lekmannsarbeid overfor immigranter brukes også begrep som ethnic health care advisors (100). To relevante norske begrep i bruk er amnehjelper (99) og familiekontakt (101).

Tiltak for å fremme samspill med barnet for mødre med fødselsdepresjon

Vi vurderte at det er svært begrenset dokumentasjon om tiltak for mødre med fødselsdepresjon kan påvirke mors samspill med barnet. Det er ikke beregnet noen samlede effektestimater, men vi vurderte dokumentasjonen som helhet til å være av svært lav kvalitet i henhold til GRADE-metodikken. Vi gjør oppmerksom på at det finnes flere systematiske oversikter som oppsummerer effekt av behandlingstiltak for mødre med fødselsdepresjon som måler utfallsmål knyttet til mors psykiske helse (for eksempel referanse 102).

Med hensyn til overføringsverdien av resultatene vet vi lite om eventuelle demografiske kjennetegn ved mødrene utover at de bodde i tre vestlige land. Tiltakene som inngår i denne systematiske oversikten er relativt ulike. De kan kategoriseres i to grupper: enten ulike former for individuell terapi eller mødregrupper som får støtte, opplæring i å tolke barnets signaler og/eller opplæring i baby massasje. Den første kategorien er relativt intense tiltak, både med tanke på personell og hvor lenge tiltaket varte. I den andre kategorien hadde tiltakene noe kortere varighet. Effekten av at mødre får opplæring i baby massasje på barnets fysiske og psykiske helse er oppsummert i en Cochrane-oversikt (103). Denne oversikten fant at det var begrensede og usikre effekter av baby massasje på barnets fysiske og psykiske helse, og foreldre-barn interaksjon. Imidlertid var mor-barn-parene i primærstudiene regnet som lavrisiko grupper. Forfatterne av oversikten etterlyser mer forskning på effekter blant mødre med ulike risikofaktorer, inkludert mødre med depresjon.

Betraktninger over resultatene i forhold til litteratursøk og eksklusjon på grunn av kvalitetsvurderingen

I denne oversikten søkte vi etter alle mulige relevante tiltak for helsestasjonstjenestens forebyggende og helsefremmende arbeid, med fokus på familier med fire typer av karakteristika. Den type karakteristika som ble beskrevet oftest var forhold knyttet til lav sosioøkonomisk status. Imidlertid hadde mange studiepopulasjoner flere karakteristika. Blant studiene som oppgav at deltakerne var etniske minoriteter var det flest som inkluderte afroamerikanere. Ingen spesifiserte spesifikt at studiepopulasjonen var immigranter eller urbefolkninger. Imidlertid er det sannsynlig at noen studiepopulasjoner var immigranter når det beskrives at deltakerne hadde svake engelskferdigheter (for eksempel latinamerikanere i USA).

Blant de elleve oversiktene vi ekskluderte på grunn av lav eller middels metodisk kvalitet, omhandlet to oversikter effekt av hjemmebesøksprogram (62, 66), to oversikter effekt av egne tjenester rettet mot tenåringsmødre (61, 69), én oversikt om effekt av støtte eller oppsøkende arbeid utført av lekfolk eller likemenn (71) og én oversikt om tiltak for mødre med svangerskapsdepresjon (63). Tre oversikter inklu-

derte to eller flere tiltak rettet mot et spesifikt utfall, men tiltakene i disse var relatert til de seks kategoriene av tiltak vi har omtalt i resultatene (65, 67, 104). Tiltakene i disse ni ekskluderte oversiktene er derfor i stor grad dekket av de resultatene vi presenterer. De to gjenværende oversiktene så på effekt av tiltak som henholdsvis kan øke inntak av vitamin D (64) og forbygge karies (70).

Styrker og begrensninger ved den metodiske tilnærmingen

Denne rapporten er en oversikt over systematiske oversikter. Det vil si at vi har søkt etter, hentet inn, kritisk vurdert og oppsummert resultater fra eksisterende systematiske oversikter. Kunnskapssenteret utarbeider oversikter over systematiske oversikter når det finnes flere mulige tiltak for samme populasjon, eller når det er flere populasjoner som kan behandles med samme tiltak og vi ønsker å vite om tiltaket er effektivt i de forskjellige populasjonene. Fordelen med en oversikt over systematiske oversikter er at vi kan dekke et større temaområde på en effektiv måte. Søket etter litteratur ble samordnet med prosjekt «Effekt av tiltak for risikofamilier med barn 0-6 år». Vi valgte å søke bredt og vurderte et høyt antall titler og sammendrag manuelt. De systematiske og uavhengige vurderingene gir høy sannsynligheten for at alle relevante oversikter har blitt fanget opp. Det er likevel mulig at det finnes systematiske oversikter som ikke nevner våre populasjonsgrupper i verken tittel, sammendrag eller emneord, men som likevel inneholder relevante analyser.

Oversikter over systematiske oversikter gir imidlertid ikke uttømmende oversikt over kunnskapen på området. Den viktigste begrensningen er at vi er prisgitt hvilke problemstillinger andre forskere systematisk har oppsummert kunnskap om. Vi er også begrenset av hvordan de har definert tiltak, populasjon og utfall, hvilken informasjon de oppgir fra studiene, og hvilke resultat de har analysert og sammenfattet. Dette problemet kommer spesielt tydelig fram i vår målsetning om å vurdere effekt av tiltak som er tilpasset til spesifikke populasjonsgrupper. I flere av oversiktene har forfattere gitt begrenset informasjon om karakteristika ved studiepopulasjonene. I andre var tilpassede tiltak inkludert i samleanalyser av en type tiltak generelt, og vi kunne ikke si noe om effekten for våre grupper spesifikt.

Eventuelle kunnskapshull i denne rapporten vil derfor primært være knyttet til at ingen har gjort en systematisk oversikt på problemstillingen. I tillegg vil ikke de aller nyeste studiene på området være inkludert, spesielt i oversiktene der søkene er gjort en tid tilbake. Det er et flertall av randomiserte kontrollerte studier i oversiktene, både individ- og grupperandomiserte. Siden rapporten er en oversikt over systematiske oversikter er andre som har definerte inklusjonskriteriene for primærstudiene. Studier med andre design kan derfor være utelatt fra dokumentasjonsgrunlaget.

Videre er det en utfordring å sammenstille resultater fra systematiske oversikter der tiltakene er definert på ulike måter. Spesielt tre kategorier av tiltak har noe uklare grenseopp ganger: «Hjemmebesøksprogram», «Hjemmebaserte stimuleringsprogram for barnets utvikling» og «Støtte eller oppsøkende arbeid utført av lekfolk eller

likemenn». For at leserne av denne skal kunne vurdere tiltakenes relevant for norsk helsestasjonstjeneste har vi trukket ut så mye informasjon fra oversiktene om tiltakene som mulig. Beskrivelsene av både tiltakene og kontrollintervensjonen var imidlertid knappere enn ønskelig.

Kvaliteten på dokumentasjonen

Kun systematiske oversikter av høy kvalitet i henhold til våre sjekklister ble inkludert i denne oversikten over systematiske oversikter. Selv om en oversikt er metodisk godt gjennomført, kan de inkluderte primærstudiene i oversikten være av varierende kvalitet. En systematisk oversikt av høy kvalitet skal ha funnet alle relevante studier, kvalitetsvurdert disse og sammenstilt utfyllende informasjon om styrker og svakheter ved hver enkelt studie. Denne informasjonen brukes i GRADE-vurderingene. Målet med våre GRADE-vurderingene er å evaluere hvor stor tillit vi har til effektestimatene.

Generelt hadde vi middels til lav tillit til effektestimatene. For flere hadde vi svært lav tillit. Den lave kvaliteten skyldes oftest uklare eller mangelfulle aspekter ved gjennomføring av primærstudiene, og små studier med få målinger eller hendelser. Vi valgte å ikke nedgradere for overførbarhet på grunn av at majoriteten av studiene var gjennomført i USA eller andre land der helsetjenesten er organisert annerledes enn i Norge. Selv om helsetjenestetilbudet i USA har høy kvalitet, har det vært et vedvarende problem at tjenestene er mindre tilgjengelig for fattige og andre som mangler helseforsikring (105). Studiepopulasjonen i mange av de inkluderte studiene var trolig vesentlig fattigere og mer sosialt utsatt enn det som er vanlig i Norge.

Vi har ikke nedgradert for overførbarhet på grunn av ulikheter i standard helsetjenestetilbud. Selv om få land organiserer det forebyggende og helsefremmende arbeidet til barn på samme måte som i Norge, blir de enkelte oppgavene utført mange andre steder. Ved bruk av disse funnene inn i en norsk kontekst må det vurderes om noe av innholdet i intervensjonstiltakene allerede inngår som standard helsetjenestetilbud i Norge. Dette kan for eksempel gjelde omfang av og innhold i veiledningen, samt antall kontaktpunkt mellom helsesøster og familiene.

Det er viktig å presiserte at selv om vi har liten tillit til at effektestimatet ligger nær den sanne effekten, så betyr det ikke at tiltaket er effektløst. Tiltaket kan ha effekt, men datagrunnlaget fra oversikten gir oss ikke godt nok grunnlag til å si noe om hvor store slike eventuelt effekter er eller ikke er.

Konklusjon

Vi fant ti relevante systematiske oversikter av høy metodisk kvalitet, men kan likevel bare delvis belyse formålet med rapporten. Dette skyldes ikke bare et lavt antall systematiske oversikter med relevante tiltak og mangel på primærstudier. Mange systematiske oversikter skiller ikke ut effekten av tiltak gitt eller tilpasset til sårbare grupper fra tiltak gitt universelt.

Fire hovedkategorier av tilpassede tiltak viste mulig effekt på minst ett utfallsmål; Veiledning, opplæring og informasjon om amming fra helsearbeidere, hjemmebesøksprogram, tilpassede foreldretreningsprogram; og støtte eller oppsøkende arbeid utført av likemenn eller lekfolk. Alle tiltakene var tilpasset til familier med lav sosioøkonomisk status. Flere av studiepopulasjonene besto av etniske minoriteter, men ingen av oversiktene belyste spesifikt effekt av tiltak tilpasset etniske minoriteter. Det er svært begrenset dokumentasjon om foreldretreningsprogram for tenåringsmødre og tiltak for deprimerte mødre kan påvirke mors samspill med barnet.

Behov for videre forskning

Det er sannsynligvis datagrunnlag i både eldre og nyere primærstudier til å gjennomføre systematiske oversikter om tilpassede tiltak til spesifikke grupper av foreldre med barn i alderen 0-6 år. Denne oversikten over systematiske oversikter viser at det mangler oppsummert kunnskap om effekt av tiltak som tilpasser helsestasjonstjenester til etniske minoriteter, spesielt immigranter og urbefolkninger. Det er svært lite dokumentasjon som belyser effekt av tiltak for mødre med fødselsdepresjon på mors samspill med barnet, samt effekt av tiltak for tenåringsmødre.

Referanser

1. Sosial- og helsedirektoratet. Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450. 2004. (IS-1154).
2. Helsedirektoratet. Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. 2010. (IS-1798).
3. Sosial- og helsedirektoratet. Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450. 2005. (IS-1154).
4. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for oppfølging av for tidlig fødte barn. 2007. (IS-1419).
5. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for veiing og måling i helsestasjons og skolehelsetjenesten. 2010. (IS-1736).
6. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge. 2010. (IS-1734).
7. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. (Stmeld nr 47 (2008-2009)).
8. Departementene. Regjeringens strategi for forebygging. Fellesskap - trygghet - utjevning. 2009. (Planer).
9. Helse- og omsorgsdepartementet. Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017. 2013
10. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Folkehelse rapport 2010. Helsetilstanden i Norge. 2010. (Rapport 2010:2).
11. Dahl E, Bergsli H, van der Wel KA. Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus; 2014

12. Lorenc T, Petticrew M, Welch V, Tugwell P. What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *J Epidemiol Community Health* 2013;67(2):190-193.
13. Oslo universitetssykehus HF. Strategi for likeverdig helsetjeneste og mangfold 2011-2015. Oslo universitetssykehus HF. Oslo: 2011
14. Petersen CB, Mortensen LH, Morgen CS, Madsen M, Schnor O, Arntzen A, et al. Socio-economic inequality in preterm birth: a comparative study of the Nordic countries from 1981 to 2000. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2009;23(1):66-75.
15. Mortensen LH, Diderichsen F, Arntzen A, Gissler M, Cnattingius S, Schnor O, et al. Social inequality in fetal growth: a comparative study of Denmark, Finland, Norway and Sweden in the period 1981-2000. *J Epidemiol Community Health* 2008;62(4):325-331.
16. Wiggen TI, Espelid I, Skaare AB, Wang NJ. Family characteristics and caries experience in preschool children. A longitudinal study from pregnancy to 5 years of age. *Community Dent Oral Epidemiol* 2011;39(4):311-317.
17. Wiggen TI, Wang NJ. Caries and background factors in Norwegian and immigrant 5-year-old children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2010;38(1):19-28.
18. Biehl A, Hovengen R, Groholt EK, Hjelmesaeth J, Strand BH, Meyer HE. Adiposity among children in Norway by urbanity and maternal education: a nationally representative study. *BMC Public Health* 2013;13:842.
19. Boe T, Overland S, Lundervold AJ, Hysing M. Socioeconomic status and children's mental health: results from the Bergen Child Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47(10):1557-1566.
20. Duric NS, Elgen I. Characteristics of Norwegian children suffering from ADHD symptoms: ADHD and primary health care. *Psychiatry Res* 2011;188(3):402-405.
21. Lindbaek M, Wefring KW, Grangard EH, Ovsthus K. Socioeconomical conditions as risk factors for bronchial asthma in children aged 4-5 yrs. *Eur Respir J* 2003;21(1):105-108.
22. Groholt E, Stigum H, Nordhagen R, Kohler L. Recurrent pain in children, socio-economic factors and accumulation in families. *Eur J Epidemiol* ; 2003;18:965-975.
23. Myhre MC, Thoresen S, Groggaard JB, Dyb G. Familial factors and child characteristics as predictors of injuries in toddlers: a prospective cohort study. *BMJ Open* 2012;2(2):e000740.

24. Kristiansen AL, Lande B, Overby NC, Andersen LF. Factors associated with exclusive breast-feeding and breast-feeding in Norway. *Public Health Nutr* 2010;13(12):2087-2096.
25. Lande B, Andersen LF, Veierod MB, Baerug A, Johansson L, Trygg KU, et al. Breast-feeding at 12 months of age and dietary habits among breast-fed and non-breast-fed infants. *Public Health Nutr* 2004;7(4):495-503.
26. Kumar BN. The Oslo Immigrant Health Profile. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2008. (Rapport 7).
27. Blom S. Innvandreres helse 2005/2006. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2008. (Rapporter 2008/35).
28. Skeie MS, Espelid I, Skaare AB, Gimmestad A. Caries patterns in an urban preschool population in Norway. *Eur J Paediatr Dent* 2005;6(1):16-22.
29. Brunvand L, Brunvatne R. Helseproblemer blant innvandrerbarn i Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001;121:715-718.
30. Grewal NK. Personlig kommunikasjon. Fafo; 2013
31. Abebe DS, Lien L, Hjelde KH. What We Know and Don't Know About Mental Health Problems Among Immigrants in Norway. *Journal of Immigrant and Minority Health* 2012;Epub ahead of print Nov. 3
32. Oppedal B, Azam GE, Dalsøren SB, Hirsch SM, Jensen L, Kiamanesh P, et al. Psykososial tilpasning og psykiske problemer blant barn i innvandrerfamilier. Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2008. (Rapport 2008:14).
33. Blom S. Sosiale forskjeller i innvandreres helse. Funn fra undersøkelsen Levekår blant innvandrere 2005/2006. Statistisk sentralbyrå; 2010. (Rapporter 47/2010).
34. Acevedo-Garcia D, Sanchez-Vaznaugh EV, Viruell-Fuentes EA, Almeida J. Integrating social epidemiology into immigrant health research: a cross-national framework. *Soc Sci Med* 2012;75(12):2060-2068.
35. Statistisk sentralbyrå. Husholdningenes inntekter, ulike grupper, 2011.[Lest 30.07.2014]. Tilgjengelig fra: <http://ssb.no/inntekt-og-forbruk/statistikker/inntind/aar/2013-02-14>.
36. Wernersen C, Helljesen V. Forsker: – Det er jo vanvittig alvorlig at fattigdommen rammer så etnisk skjevt [Lest 29.06.2014]. Tilgjengelig fra: <http://www.nrk.no/valg2013/frykter-ny-underklasse-i-norge-1.11193568>.

37. Norum J, Nieder C. Socioeconomic characteristics and health outcomes in Sami speaking municipalities and a control group in northern Norway. *Int J Circumpolar Health* 2012;71:19127.
38. Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken. 06990: Levendefødte, etter morens alder.[Lest 20.05.2014]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statistikkbanken/SelectVarVal/Define.asp?MainTable=AlderMorBarn&KortNavnWeb=fodte&PLanguage=0&checked=true>.
39. Kleven L, Haugen O. Norske tenåringsmødre - få, men fattige. *Samfunnsspeilet* 2004;2004/3.
40. Glavin K, Leahy-Warren P. Postnatal Depression Is a Public Health Nursing Issue: Perspectives from Norway and Ireland. *Nurs Res Pract* 2013;2013:813409.
41. Glavin K, Smith L, Sorum R. Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway. *Scand J Caring Sci* 2009;23(4):705-710.
42. Beck CT. Maternal depression and child behaviour problems: a meta-analysis. *J Adv Nurs* 1999;29(3):623-629.
43. Elstad JI. Sosioøkonomiske ulikheter i helse. Teorier og forklaringer. . Sosial- og helsedirektoratet; 2005. (IS-1282).
44. Pettersen S. Er også naturfagdidaktikk godt for helsen? I: Bungum B, Jorde D, red. *Naturfagdidaktikk Perspektiver - Forskning - Utvikling*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2003. s. 273-288.
45. Berkman ND, Sheridan S, Donahue K, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, et al. *Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2011. (Evidence Report/Technology Assessment No 199).
46. Finbråten HS, Pettersen KS. En norsk pilotstudie av helsesøsteres oppfatninger av pasienters health literacy: helsefremmende allmenndannelse. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* 2012;8(1):63-77.
47. Finnvold JE. *Likt for alle? Sosiale skillelinjer i bruk av helsetjenester*. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. (IS-1738).
48. Jensen A. *Sosiale ulikheter i bruk av helsetjenester: en analyse av data fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse om helse, omsorg og sosial kontakt*. Statistisk sentralbyrå; 2009. (Rapporter 2009/6).
49. Hansen AH, Halvorsen PA, Ringberg U, Forde OH. Socio-economic inequalities in health care utilisation in Norway: a population based cross-sectional survey. *BMC Health Serv Res* 2012;12:336.

50. Groholt EK, Stigum H, Nordhagen R, Kohler L. Health service utilization in the Nordic countries in 1996: Influence of socio-economic factors among children with and without chronic health conditions. *Eur J Public Health* 2003;13(1):30-37.
51. Syse A, Lyngstad TH, Kravdal O. Is mortality after childhood cancer dependent on social or economic resources of parents? A population-based study. *Int J Cancer* 2012;130(8):1870-1878.
52. Oliver A, Mossialos E. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *J Epidemiol Community Health* 2004;58(8):655-658.
53. Norredam M, Nielsen SS, Krasnik A. Migrants' utilization of somatic healthcare services in Europe--a systematic review. *Eur J Public Health* 2010;20(5):555-563.
54. Kale E, Syed H. Language barriers and the use of interpreters in the public health services: A questionnaire-based survey. *Patient Education and Counseling* 2010;81(2):187-191.
55. Higginbottom GM, Hadziabdic E, Yohani S, Paton P. Immigrant women's experience of maternity services in Canada: a meta-ethnography. *Midwifery* 2014;30(5):544-559.
56. Garnweidner LM, Sverre Pettersen K, Mosdol A. Experiences with nutrition-related information during antenatal care of pregnant women of different ethnic backgrounds residing in the area of Oslo, Norway. *Midwifery* 2013;29(12):e130-137.
57. Jansson A, Sivberg B, Larsson BW, Uden G. First-time mothers' satisfaction with early encounters with the nurse in child healthcare: home visit or visit to the clinic? *Acta Paediatr* 2002;91(5):571-577.
58. Kakad M. The effect of early intervention programmes for families at risk, on the psychiatric outcomes of small children aged 3 and under. *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*; 2006. (Rapport fra Kunnskapssenteret nr 4-2006).
59. Hammerstrøm KT, Johansen S, Wollscheid S, Munthe-Kaas HM. Tiltak for risikofamilier med barn mellom 0-3 år. *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*; 2012. (Notat fra Kunnskapssenteret).
60. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Slik oppsummerer vi forskning. *Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*. 3.2. reviderte utg. Oslo: 2013

61. Akinbami LJ, Cheng TL, Kornfeld D. A review of teen-tot programs: comprehensive clinical care for young parents and their children. *Adolescence* 2001;36(142):381-381.
62. Kendrick D, Elkan R, Hewitt M, Dewey M, Blair M, Robinson J, et al. Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta analysis. *Archives of Disease in Childhood* 2000;82(6):443-451.
63. Kersten-Alvarez LE, Hosman CM, Riksen-Walraven JM, Van Doesum KTM, Hoefnagels C. Which preventive interventions effectively enhance depressed mothers' sensitivity? A meta-analysis. *Infant Mental Health Journal* 2011;32(3):362-376.
64. Kwan I, Jacklin P, Cullum A, Retsa P, O'Connell A-M, Dougherty M, et al. PH11 Maternal and child nutrition: supporting evidence. Review 7: The effectiveness and cost-effectiveness of interventions to promote an optimal intake of Vitamin D to improve the nutrition of pre-conceptual, pregnant and post-partum women and children, in low income households. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2007. (Improving the nutrition of pregnant and breastfeeding mothers and children in low-income households: NICE public health guidance 11).
65. Moreton JA, King SE, D'Souza L, McFadden A, McCormick F, Renfrew MJ. PH11 Maternal and child nutrition: supporting evidence. Review 4: The effectiveness of public health interventions to promote safe and healthy milk feeding practices in babies. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2008. (Improving the nutrition of pregnant and breastfeeding mothers and children in low-income households: NICE public health guidance 11).
66. Peacock S, Konrad S, Watson E, Nickel D, Muhajarine N. Effectiveness of home visiting programs on child outcomes: a systematic review. *BMC Public Health* 2013;13:17.
67. Reynolds AJ, Mathieson LC, Topitzes JW. Do early childhood interventions prevent child maltreatment? A review of research. *Child Maltreatment* 2009;14(2):182-206.
68. Shaw E, Levitt C, Wong S, Kaczorowski J, McMaster University Postpartum Research G. Systematic review of the literature on postpartum care: effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health. *Birth* 2006;33(3):210-220.
69. Strunk JA. The effect of school-based health clinics on teenage pregnancy and parenting outcomes: an integrated literature review. *Journal of School Nursing* (Allen Press Publishing Services Inc) 2008;24(1):13-20.

70. Twetman S. Prevention of early childhood caries (ECC)--review of literature published 1998-2007. *European Archives of Paediatric Dentistry: Official Journal of the European Academy of Paediatric Dentistry* 2008;9(1):12-18.
71. Wade K, Cava M, Douglas C, Feldman L, Irving H, O'Brien MA, et al. A systematic review of the effectiveness of peer/paraprofessional 1:1 interventions targeted towards mothers (parents) of 0-6 year old children in promoting positive maternal (parental) and/or child health/development outcomes (Report). Hamilton, ON: Effective Public Health Practice Project (EPHPP). 1999.
72. Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2005(2):CD001688.
73. Roberts I, Kramer MS, Suissa S. Does home visiting prevent childhood injury? A systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 1996;312(7022):29-33.
74. Barlow J, Smailagic N, Bennett C, Huband N, Jones H, Coren E. Individual and group based parenting programmes for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011.
75. Glenton C, Scheel IB, Lewin S, Swingler GH. Can lay health workers increase the uptake of childhood immunisation? Systematic review and typology. *Tropical Medicine and International Health* 2011;16(9):1044-1053.
76. Ibanez G, de Reynal de Saint M, Denantes M, Saurel-Cubizolles MJ, Ringa V, Magnier AM. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials evaluating primary care-based interventions to promote breastfeeding in low-income women. *Family Practice* 2012;29(3):245-254.
77. Kendrick D, Hewitt M, Dewey M, Elkan R, Blair M, Robinson J, et al. The effect of home visiting programmes on uptake of childhood immunization: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Public Health Medicine* 2000;22(1):90-98.
78. Kendrick D, Mulvaney CA, Ye L, Stevens T, Mytton JA, Stewart-Brown S. Parenting interventions for the prevention of unintentional injuries in childhood. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;3:CD006020.
79. Lewin S, Munabi-Babigumira S, Glenton C, Daniels K, Bosch-Capblanch X, van Wyk BE, et al. Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010(3):CD004015.
80. Miller S, Maguire LK, Macdonald G. Home-based child development interventions for preschool children from socially disadvantaged families. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011(12):CD008131.

81. Poobalan AS, Aucott LS, Ross L, Smith WC, Helms PJ, Williams JH. Effects of treating postnatal depression on mother-infant interaction and child development: systematic review. *British Journal of Psychiatry* 2007;191:378-386.
82. SBU. Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2010. (SBU-rapport nr 202).
83. Wolfenden L, Wyse RJ, Britton BI, Campbell KJ, Hodder RK, Stacey FG, et al. Interventions for increasing fruit and vegetable consumption in children aged 5 years and under. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012;11:CD008552.
84. Tugwell P, Petticrew M, Kristjansson E, Welch V, Ueffing E, Waters E, et al. Assessing equity in systematic reviews: realising the recommendations of the Commission on Social Determinants of Health. *BMJ* 2010;341:c4739.
85. Øverby NC, Kristiansen AL, Andersen LF, Lande B. Spedkost - 6 måneder. Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant 6 måneder gamle barn. Oslo: Helsedirektoratet; 2008. (IS-1535).
86. Ibanez G, Martin N, Denantes M, Saurel-Cubizolles MJ, Ringa V, Magnier AM. Prevalence of breastfeeding in industrialized countries. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2012;60(4):305-320.
87. Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B, Dowswell T. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *CochraneDatabaseof SystematicReviews* 2012.
88. Schmied V, Olley H, Burns E, Duff M, Dennis CL, Dahlen HG. Contradictions and conflict: a meta-ethnographic study of migrant women's experiences of breastfeeding in a new country. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012;12:163.
89. MacGregor E, Hughes M. Breastfeeding experiences of mothers from disadvantaged groups: a review. *Community Pract* 2010;83(7):30-33.
90. Kjelvik J, (red.). Barn og unges miljø og helse 2011. Utvalgte indikatorer om barn og unges fysiske og sosiale miljøfaktorer. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2012. (Rapporter 12/2012).
91. Folkehelseinstituttet. 2013: Høy oppslutning om det norske barnevaksinasjonsprogrammet. [Lest 19.05.2014]. Tilgjengelig fra: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6499&Main_6157=6263:0:25,6566&Content_6499=6178:109674::0:6271:6:::0:0
92. Olds DL. The nurse-family partnership: An evidence-based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal* 2006;27(1):5-25.

93. Donelan-McCall N, Eckenrode J, Olds DL. Home visiting for the prevention of child maltreatment: lessons learned during the past 20 years. *Pediatr Clin North Am* 2009;56(2):389-403.
94. Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R. Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;7:Cd009326.
95. Glavin K, Schaffer MA. A comparison of the Well Child Clinic services in Norway and the Nurse Family Partnership programme in the United States. *J Clin Nurs* 2014;23(3-4):492-503.
96. Statistisk sentralbyrå. Samer, 2009-2011.[Lest 13.09.2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/samisk/hvert-2-aar>.
97. Kommunal- og regionaldepartementet. Nasjonale minoriteter i Noreg - Om statleg politikk overfor jødar, kvener, rom, romanifolket og skogfinnar. 2000. (Stmeld nr 15 (2000-2001)).
98. Barlow J, Shaw R, Stewart-Brown S. Parenting programmes and minority ethnic families. Experiences and outcomes. . Oxford: National Children's Bureau; 2004
99. Normann TM. Fattigdomsrisiko - en levekårstilnærming. Statistisk sentralbyrå; 2009. (Rapporter 2009/11).
100. Hesselink AE, Verhoeff AP, Stronks K. Ethnic health care advisors: a good strategy to improve the access to health care and social welfare services for ethnic minorities? *J Community Health* 2009;34(5):419-429.
101. Home-Start Familiekontakten. Tilgjengelig fra: <http://home-start-norge.no/til-frivillige>.
102. Dennis CL, Hodnett E. Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2007(4):Cd006116.
103. Bennett C, Underdown A, Barlow J. Massage for promoting mental and physical health in typically developing infants under the age of six months. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;4:Cd005038.
104. Bambra CL, Hillier FC, Moore HJ, Summerbell CD. Tackling inequalities in obesity: a protocol for a systematic review of the effectiveness of public health interventions at reducing socioeconomic inequalities in obesity amongst children. *Systems Review* 2012;rev..1.
105. IOM. America's uninsured crisis: Consequences for health and health care. Committee on Health Insurance Status and Its Consequences. Board on

Health Care Services. Institute of Medicine of the National Academies.
Washington D.C.: The National Academies Press; 2009.

106. Næss Ø, Rognerud M, Strand BH. Sosial ulikhet i helse. En faktarapport. Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2007. (Rapport 2007:1).
107. Kirkeberg MI, Epland J, Normann TM. Økonomi og levekår for ulike lavinntektsgrupper 2011. Statistisk sentralbyrå 2012. (Rapporter 8/2012).
108. Hansen M, Jacobsen H. Sped- og småbarn i risiko: En kunnskapsstatus. Oslo: Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion øst og sør; 2008

Vedlegg

Vedlegg 1: Begrepsforklaringer

Begrep	Beskrivelse eller forklaring
AAPI	<p><i>AAPI: Adult-Adolescent Parenting Inventory</i></p> <p>The Adult-Adolescent Parenting Inventory er utviklet for å kunne vurdere hvilke holdninger voksne og tenåringer har til foreldrerollen og barneoppdragelse. Målemetoden er basert på forskning om hvilke holdninger som er assosiert med barnemishandling og omsorgssvikt. Målemetoden fokuserer på fem aspekt:</p> <ul style="list-style-type: none">• Foreldrenes forventninger til barnets ferdigheter og evner• Foreldrenes empati for barnets behov• Foreldrenes holdninger til bruk av fysisk avstraffelse• Foreldrenes holdninger til rolleforholdet mellom foreldre og barn• Foreldrenes holdninger til barnets egenmakt og uavhengighet <p>Metoden ble utviklet av Bavolek 1978-80 og er senere revidert (AAPI-2) (publisert i Bavolek SJ. Adult-Adolescent Parenting Inventory (AAPI). Park City: Family Development Resources, Inc; 1984).</p> <p><i>Kilde: Assessing parenting. Family Development Resources. URL (lest 5.juni 2014):</i> https://www.assessingparenting.com/assessment/aapi</p>
Allokering	<p>Fordeling av deltakere i et forsøk til tiltaks- og kontrollgruppe. Skjult allokering betyr at det er gjort grep for å skjule allokeringen til gruppene fra dem som er ansvarlig for å vurdere deltakere når de inngår i studien. Dette sikres ved robuste randomiseringsprosedyrer. Åpen allokering betyr at fordelingen til tiltaks- og kontrollgruppe ikke er skjult for dem som vurderer deltakere når de inngår i studien.</p>

Assosiasjon	Sammenhengen mellom to karakteristika, slik at når én endres, vil den andre også endres på en forutsigbar måte.
Baseline data	Verdier av demografiske, kliniske eller andre variabler som blir innhentet fra hver deltaker ved oppstarten av et forsøk, før tiltaket blir gitt.
Blinding	I et kontrollert forsøk: prosessen som hindrer at de som er involvert i forsøket, vet hvilken gruppe én deltaker tilhører. Risikoen for skjevhet blir redusert når så få personer som mulig vet hvem som mottar et eksperimentelt tiltak og hvem som er i kontrollgruppen. Deltakere, helsepersonell, forsker (utfallsmåler) og den som gjør analysene, er alle kandidater for blinding. Blinding av enkelte grupper er ikke alltid mulig, f.eks. for kirurger i kirurgiske forsøk. Begrepene enkelt-blind, dobbelt-blind og trippel-blind blir ofte brukt, men blir ikke brukt konsistent og er tvetydige dersom det ikke oppgis hvilke personer som er blindet.
Data	Råmateriale fra forskning som ennå ikke er organisert til informasjon.
Effekt	Den observerte sammenheng mellom et tiltak eller en eksposisjon og et utfall som blir uttrykt i et effektmål.
Effektmål	Mål for effekt, f.eks. gjennomsnitt, frekvens, prosent, relativ risiko, odds ratio, «numbers needed to treat to benefit,» standardisert gjennomsnittlig forskjell eller vektet gjennomsnittlig forskjell.
Eksklusjonskriterier	Karakteristika ved potensielle deltakere i en studie (eller studier i en systematisk oversikt) som gjør at de ikke kan delta i studien (eller inkluderes i oversikten).
Etnisk minoritets-tilhørighet	Etnisk minoritetstilhørighet kan forstås som personer med en annen kulturell eller språklig bakgrunn enn et lands majoritetsbefolkning og inkluderer både innvandrere, urbefolkninger og nasjonale minoriteter. Det registreres ikke offisiell informasjon om etnisk tilhørighet i Norge. Personer med samisk tilhørighet og bakgrunn regnes som urbefolkning (96), mens jøder, kvener, rom, romanifolket og skogfinner regnes som nasjonale minoriteter (97). Se også Innvandrere .
Estimat	Et anslag, dvs. en tallfesting med en viss usikkerhet. Nesten all måling har noe usikkerhet. Vi bruker ordet estimat når målingen er grov, og usikkerheten derfor større enn det vi forbinder med målinger.
Frafall	Bortfall av deltakere underveis i en studie. Deltakere som blir borte eller ikke blir gjort rede for kalles ofte dropouts.

Fødsels- depresjon	<p>Kalles også barselsdepresjon. Medisinsk term er postpartum depresjon. En depresjon som inntreffer etter fødselen. Depresjonen kan variere i alvorlighetsgrad, fra en lettere til en mer uttalt depresjon. For at tilstanden skal kunne kalles en depresjon i medisinsk forstand, må den oppfylle diagnosen for klinisk depresjon etter kriteriene i International classification of diseases (ICD-10).</p> <p><i>Kilde: Folkehelseinstituttet. URL (lest 30.juli 2014):</i> http://www.fhi.no/tema/svangerskap-fodsel-og-spedbarns-helse/fodselsdepresjon</p>
Gjennomsnitt	<p>Kalkuleres ved å summere individuelle verdier i et sett av målinger og så dele summen på antall målinger.</p>
Helsefremmende allmenndannelse	<p>Helsefremmende allmenndannelse er definert som de personlige, kognitive og sosiale ferdigheter som er avgjørende for enkeltindivids evne til å få tilgang til, forstå og anvende helseinformasjon for å fremme og ivareta god helse.</p> <p><i>Definisjon av Nutbeam D. Health Promotion International 2000; 15(3):259–267.</i></p>
Heterogen/ heterogenitet	<p>Ulik, uensartet. Populasjoner eller studier er heterogene når gir et uensartet eller ulikt uttrykk, noe som betyr at de er forskjellige fra hverandre.</p>
HOME skår	<p><i>HOME: Home Observation for Measurement of the Environment</i></p> <p>HOME skår er en målemetode som brukes for å observere og vurdere hvor godt et barn blir stimulert, får støtte og struktur i hjemmemiljøet. Det finnes ulike versjoner av målemetoden tilpasset alderen på barnet. Den versjonen som brukes for sped- og småbarn opptil tre års alder fokuserer på seks aspekt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvor godt foreldrene gir emosjonell og verbal respons • Aksept for barnets oppførsel • Organisering av de fysiske omgivelsene og rutineaktiviteter • Tilbudet av alderstilpassede leker/aktiviteter • Foreldrenes involvering med barnet • Muligheter for variasjon i daglige aktiviteter <p>Metoden ble utviklet av Caldwell og Bradley (publisert i Caldwell B, Bradley R. Professional manual: Home Observation for measurement of the Environment. Little Rock: University of Arkansas; 1984).</p> <p><i>Kilde: Illinois Department of Human Services. URL (lest 5.juni 2014):</i> http://www.dhs.state.il.us/page.aspx?item=36653#a_NCATS</p>

I²	<p><i>I²: I-square</i></p> <p>Statistisk test for heterogenitet. I en metaanalyse er den totale variasjonen summen av variasjonen innenfor studiene pluss variasjonen mellom studiene. I² er et mål for hvor mange prosent variasjonen mellom studiene utgjør av totalvariasjonen. I en GRADE-vurdering inngår I² i vurderingen av konsistens mellom studiene. I² under 40 % er lav, 30-60 % er moderat, 50-90 % er betydelig, og 75-100 % omfattende.</p> <p><i>Kilde I² i GRADE-vurdering: Guyatt et al. J Clin Epidemiol 2011; (64):1294-1302.</i></p>
Inklusjonskriterier	<p>Karakteristika ved/krav som stilles til potensielle deltakere i en studie eller studier i en systematisk oversikt som gjør at de kan delta i studien eller inkluderes i oversikten.</p>
Innvandrerere	<p>Innvandrerere defineres av Statistisk sentralbyrå som ”Bosatte i Norge som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre” og norskfødte med innvandrerbakgrunn defineres som ”Personer som er født i Norge med to foreldre som er født i utlandet, og som i tillegg har fire besteforeldre født i utlandet”. Se også Etnisk minoritetstilhørighet.</p> <p><i>Kilde: Statistisk sentralbyrå. URL (lest 30.juli 2014):</i> http://ssb.no/omssb/om-oss/nyheter-om-ssb/ny-innvandrergruppering</p>
Intervju	<p>I forskning: en planlagt samtale mellom to (eller flere) personer der personene har ulike roller. Intervjueren stiller spørsmål og intervjuobjektet (den som blir intervjuet) svarer.</p>
Konfidensintervall (KI)	<p>Statistisk uttrykk for feilmargin fra frekvensstatistikk. Det angir intervallet som med en spesifisert sannsynlighet (vanligvis 95 %) inneholder den ”sanne” verdien av variabelen man har målt. Presisjonen på resultatet angis som ytterpunktene for et intervall, f.eks. når man skriver 10,5 ± 0,5 (95 % KI), så betyr dette at målingen var 10,5, og at konfidensintervallet strekker seg fra 10,0 til 11,0. Jo smalere intervall, desto større presisjon.</p>
Kontekst	<p>Et begrepet for omstendighetene omkring en hendelse eller en tilstand (f.eks. geografisk beliggenhet, tidspunkt, type helseforetak). Konteksten virker inn på hvordan man tolker denne hendelsen eller tilstanden, og den kan også virke inn på hvordan hendelsen forløper.</p>
Kontrollert før- og-etter-studie	<p><i>CBA: Controlled before and after study</i></p>

	Et ikke-randomisert studiedesign hvor man har to grupper, en tiltaksgruppe og en kontrollgruppe, og innhenter data fra begge gruppene både før og etter tiltaket.
Kontrollgruppe	En gruppe som brukes som sammenligning for en tiltaksgruppe. Den har lignende karakteristika som tiltaksgruppen, men mottar et alternativt tiltak eller ingen tiltak.
Kvalitet på dokumentasjon	En rangering av kvaliteten på kunnskapsgrunnet som uttrykker i hvilken grad en kan stole på dokumentasjonen av effekt. Instrumentet GRADE brukes ofte for dette formålet.
Kvalitet på rapportering	En rangering av i hvilken grad den metodiske kvaliteten av en studie redegjøres for i rapporteringen av studien.
Lav sosioøkonomisk status	I norsk kontekst kartlegges sosioøkonomisk status i relasjon til helseparametere ofte ut fra variablene utdanningslengde, inntekt og, til en viss grad, yrke og bostedskarakteristika (106). Lav inntekt kan defineres relativ til inntektsmål i befolkningen, og SSBs levekårsundersøkelser bruker to slike mål (107): <i>"Den ene tar utgangspunkt i beløpet som utgjør 50 prosent av medianinntekten for alle personer, etter at husholdningsinntektene er regnet om til forbruksenheter ved hjelp av OECD-skalaen. Alle personer med en inntekt per forbruksenhet lavere enn dette, regnes da som tilhørende lavinntektsgruppen. Den andre definisjonen tar utgangspunkt i den som i dag benyttes av EU, det vil si at lavinntektsgrensen settes lik 60 prosent av medianinntekten for alle personer, etter å ha korrigert for ulikheter i husholdningsstørrelse ved hjelp av EU-skalaen"</i> (ibid). Andre definisjoner relaterer seg til fattigdom og hvordan dette arter seg i form av levekårsproblemer, eventuelt tar hensyn til om den lave inntekten skal ha vedvart over tid (99).
Median	I et sett med data er median den verdien av observasjonen som kommer halvveis når observasjonene er rangert etter verdi.
Metaanalyse	Statistiske teknikker i en systematisk oversikt for å integrere resultatene av inkluderte studier. Begrepet er noen ganger feilaktig brukt som synonym for systematiske oversikter som inkluderer en metaanalyse.
Metodisk kvalitet	Vurdering av den helhetlige kvaliteten av en studie eller en systematisk oversikt. Dette gjøres ved å vurdere design, gjennomføring, resultater osv. Sjekklistene benyttes ofte til dette formålet.

NACATS	<i>NCATS: Nursing Child Assessment Teaching Scale</i>
	<p>The Nursing Child Assessment Teaching Scale brukes for sped- til småbarn opptil tre års alder. Målemetoden brukes for å observere og vurdere samspillet mellom foreldre og barna i en ukjent situasjon for å se på hvor sterkt foreldre-barn-samspillet er og hvilke områder som kan forbedres. Målemetoden legger vekt på fire aspekter ved foreldrenes atferd i samspillet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvor sensitive de er for barnet signaler • Respons på uro hos barnet • Hvor godt de fremmer sosioemosjonell utvikling hos barnet • Hvor godt de fremmer kognitiv utvikling hos barnet <p>I tillegg måles barnets evne til å uttrykke signaler og hvilken respons det gir til foreldrene. Metoden ble utviklet av Sumner og Speitz (publisert i Sumer G, Speitz A. Caregiver/parent-child interaction teaching manual. Seattle: University of Washington; 1994).</p> <p><i>Kilde: Illinois Department of Human Services. URL (lest 5.juni 2014):</i> http://www.dhs.state.il.us/page.aspx?item=36653#a_NCATS</p>
Observasjon	<p>Systematisk overvåkning av adferd eller tale i naturlige situasjoner. Del-takende observasjon er observasjon hvor forskeren også har en rolle eller part i situasjonen i tillegg til å observere.</p>
Odds	<p>En måte å uttrykke sannsynligheten for en hendelse. Beregnes slik: man deler antall individer i et utvalg som opplever hendelsen, på antallet som ikke opplever den.</p>
Odds ratio	<p><i>OR: Odds ratio</i></p> <p>Ratioen mellom odds for en hendelse i en gruppe og odds for en hendelse i en annen gruppe. I studier av behandlingseffekt er oddsen i behandlingsgruppen vanligvis delt på odds i kontrollgruppen. En odds ratio på 1 indikerer at det ikke er forskjell mellom gruppene. For uheldige utfall indikerer en odds ratio som er mindre enn 1, at tiltaket var effektivt for å redusere risikoen for utfallet.</p>
Oversikt over systematiske oversikter	<p>En systematisk oversikt der den forskningen som blir innsamlet, vurdert og analysert er systematiske oversikter, ikke primærstudier.</p>
Oversiktsartikkel	<p>En artikkel som gir en oversikt eller sammenfatning av forskningslitteratur over et klart definert spørsmål. Se også Systematisk oversikt.</p>

Populasjon	I forskning: gruppen av personer som studeres, vanligvis dannet ved at det trekkes et utvalg fra populasjonen. Populasjoner kan bli definert ut fra enhver egenskap, f.eks. geografi, aldersgruppe, bestemte sykdommer.
Presisjon	I statistikk: Et mål på sannsynligheten for tilfeldige feil i resultatene fra en studie, metaanalyse eller måling. Jo større presisjon, desto færre tilfeldige feil. Konfidensintervaller rundt effektestimater er en måte å beskrive presisjon. Et smalere konfidensintervall betyr større presisjon.
Primærstudie	Original forskning hvor data er samlet inn.
Primærutfall	Det viktigste utfallet i en studie.
Randomisering	Den prosess som tilfeldig fordeler deltakere til en av armene i en kontrollert studie. Det er to komponenter i randomisering: generering av en tilfeldig sekvens, og dens implementering, ideelt på en måte slik at de som inkluderer deltakere i en studie, ikke er klar over sekvensen (skjult allokering).
Randomisert kontrollert studie	Et studiedesign hvor deltakerne er randomisert (tilfeldig fordelt) til en tiltaks- og kontrollgruppe. Resultatene blir vurdert ved å sammenlikne utfall i behandlings-/tiltaksgruppen og kontrollgruppen. En fordel ved en RCT er at den tilfeldige fordeling av deltakere til de to (eller flere) gruppene i teorien sikrer at gruppene er like med hensyn til demografiske og sykdomsspesifikke variabler samt konfunder-variabler.
Relativ risiko	<i>RR: Relative risk</i> Forholdet mellom risikoen i to grupper. I tiltaksstudier er dette risikoen i tiltaksgruppen delt på risikoen i kontrollgruppen. En relativ risiko på 1 indikerer at det ikke er forskjell på de to gruppene. For uønskede utfall indikerer en relativ risiko < 1 at tiltaket er effektivt for å redusere risikoen for dette utfallet.
Risiko	I statistikk: Andelen deltakerne som opplever en hendelse. Hvis 32 av 100 deltakere opplever hendelsen, er risikoen 0,32. Kontrollgruppe-risiko er risikoen i kontrollgruppen.
Risikofamilier	Risikofamilier defineres i rapporten "Sped- og småbarn i risiko. En kunnskapsstatus"(108) som: <i>"Familier hvor flere risikofaktorer er til stede, som oftest både hos foreldre og barn, og hvor disse faktorene er av tilstrekkelig varighet, og</i>

av en slik art, at det sannsynlige utviklingsmessige utfallet hos barnet overstiger baseraten av psykiske vansker/forstyrrelser i barnebefolkningen. Risikofamilier kjennetegnes ved at antallet risikofaktorer overgår antall beskyttende faktorer og hvor det er lite som tyder på at risikofaktorene vil reduseres dersom tiltak ikke settes inn.”

Videre defineres risikofaktorer som: ”Forhold som kjennetegner individer og/eller miljøer, og som kan resultere i økt sannsynlighet for barns senere skjevutvikling eller forstyrrelse”, som for eksempel:

- atypiske egenskaper hos barnet (genetiske, nevrologiske, reguleringsrelaterte)
- vansker hos omsorgspersonen (psykiske og psykososiale problemer som rusmisbruk og psykisk sykdom, traumatiske opplevelser)
- uheldige forhold i det omliggende miljøet (lav sosioøkonomisk status, svakt sosialt nettverk, belastet nabolag etc.)

**Skjult
allokering**

En prosess for å sikre at den personen som beslutter å inkludere en deltaker i en randomisert kontrollert studie, ikke vet hvilken gruppe deltakeren vil bli allokert til. Dette atskiller seg fra blinding, og målet er å forebygge seleksjonsskjevhet. Noen metoder for skjult allokering er mer utsatt for manipulasjon enn andre, og metoden brukt for å skjule allokering benyttes som et element ved vurdering av en studies kvalitet.

Standardavvik

Et mål for spredning eller fordeling av et sett med observasjoner. Beregnes som det gjennomsnittlige avviket fra gjennomsnittet i utvalget.

Standardfeil

Standardavviket for utvalgsfordelingen av et statistisk mål. Målinger foretatt på et utvalg av en populasjon vil variere fra utvalg til utvalg. Standardfeilen er et mål på variasjonen i det statistiske målet på tvers av alle mulige utvalg på samme størrelse. Standardfeilen avtar når utvalgsstørrelsen øker.

**Standardisert
gjennomsnittlig
forskjell**

SMD: Standardised mean difference

Forskjellen mellom to estimerte gjennomsnitt delt på et estimat for standardavviket. Det brukes for å kombinere resultater fra studier som bruker ulike måter å måle det samme begrepet på, f.eks. mental helse. Ved å uttrykke effektene som en standardisert verdi, kan resultatene kombineres da de ikke refererer til en bestemt skala. Standardisert gjennomsnittlig forskjell er noen ganger referert til som en d-indeks.

Statistisk signifikant	Et resultat som det er usannsynlig er fremkommet ved tilfeldigheter. Den sedvanlige grense for denne vurderingen er at resultatet, eller mer ekstreme resultater, ville forekomme med en sannsynlighet mindre enn 5 % hvis nullhypotesen var sann. Statistiske tester gir en p-verdi som brukes for å vurdere dette.
Studiedesign	Hvordan en studie er planlagt for å besvare det aktuelle spørsmålet eller den aktuelle problemstillingen.
Studieutvalg	De individer som inngår i en studie. Individene som inngår i en studie, er et utvalg som er trukket fra en større populasjon.
Subgruppe-analyse	En analyse hvor tiltakseffekten er evaluert i en definert delmengde av deltakerne i en studie, eller i komplementære delmengder, f.eks. fordelt på kjønn eller aldersgrupper.
Systematisk oversikt	<p>En systematisk oversikt er en oversikt over flere artikler om samme emne med et klart definert forskningsspørsmål. Systematiske oversikter bruker systematiske og eksplisitte metoder for å identifisere, utvelge og kritisk vurdere relevant forskning, samt for å innsamle og analyse data fra studiene som er inkludert i oversikten. Tre kriterier må være oppfylt for at en oversikt skal kalles systematisk. Oversikten må:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ha en oppgitt søkestrategi • Inneholde klare inklusjonskriterier • Ha kvalitetsvurdert de inkluderte studiene <p>Statistiske metoder (metaanalyser) vil i noen tilfeller bli brukt for å analysere og oppsummere resultatene fra de inkluderte studiene. I andre tilfeller skjer oppsummering uten bruk av statistiske metoder.</p>
Systematisk skjevhet	<p>Systematiske feil som kan påvirke resultatene i en studie (engelsk: bias). Det finnes mange ulike typer i studier om effekten av tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seleksjons – eller utvalgsskjevhet (selection bias): systematiske skjevheter mellom gruppene som blir sammenliknet. • Eksposisjonsskjevhet (exposure bias): systematiske skjevheter i hvordan tiltaket som blir gitt. • Utøverskjevhet (performance bias): eksposisjon av andre faktorer enn tiltaket av interesse. • Frafallsskjevhet (attrition bias): frafall eller eksklusjon av personer som ble rekruttert til forsøket.

- Måleskjevhet (detection bias): systematisk skjevhet i hvordan utfallsmål ble målt eller vurdert.
- Hukommelsesskjevhet (recall bias): skjevhet som oppstår fra feiltakelser i forhold til å huske hendelser. Feiltakelser kan skje pga. manglende hukommelse, vurdering av hendelser i etterkant og endret oppfatning. Slik skjevhet er en trussel mot validiteten av retrospektive studier.
- Rapporteringsskjevhet (reporting bias): systematiske oversikter kan også være særlig påvirket av skjevheter i relevante data som er tilgjengelige fra inkluderte studier. I tillegg kan en publisert artikkel presentere en skjevt sett med resultater (f.eks. kun utfall eller subgrupper hvor statistisk signifikante resultater fremkom).
- Publikasjonsskjevhet (publication bias): skjevhet som oppstår når kun en del av alle relevante data er tilgjengelig. Publikasjon av forskning kan være avhengig av retning og egenskaper ved resultatene. Studier hvor et tiltak ikke finnes å være effektivt, publiseres ikke alltid. På grunn av dette kan systematiske oversikter, som ikke inkluderer upubliserte studier, overestimere effekten av et tiltak.

Søkestrategi	Metoder brukt for å identifisere relevante studier. Søkestrategier er en kombinasjon av søkeord, søkefilter, tidsrom og elektroniske databaser benyttet for å identifisere studier. Metoden kan suppleres håndstøkk av relevante tidsskrifter, kontakte farmasøytiske bedrifter eller eksperter, andre former for personlig kontakt og å sjekke referanselister.
Tiltak	Inngripping eller behandling. I en eksperimentell studie gir man individer, grupper, enheter eller lignende noe som ikke allerede eksisterer, f.eks. en medisinsk behandling for å undersøke effekten av tiltaket.
Utfall	En komponent av en deltakers status etter et tiltak har blitt anvendt, som brukes for å vurdere effektiviteten av et tiltak. Se også Primærutfall og Sekundærutfall.
Urbefolkning	Se Etnisk minoritetstilhørighet .

Vedlegg 2: Search strategy

Database: Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R) 1946 to Present

Dato: 30.10.2013

Antall treff: 2664

#	Searches	Results
1	exp Socioeconomic Factors/	343821
2	health status disparities/	7782
3	Social Class/	32845
4	Hierarchy, Social/	1826
5	Vulnerable Populations/	5798
6	Social Conditions/	8666
7	Poverty/	27403
8	Health literacy/	1507
9	(socioeconomic* or socio-economic*).tw.	72894
10	(indigen* or unemployed or un-employed or unemployment or un-employment or low* income* or deprived or deprivation or disadvantaged or poverty or underprivileg* or under-privileg* or poor or (health adj2 (litera* or illitera*))).tw.	475248
11	or/1-10	801429
12	Minority Groups/	10556
13	Minority Health/	408
14	exp Ethnic Groups/	115342
15	"Emigrants and Immigrants"/	5742
16	Human Migration/	123

17	Refugees/	6732
18	(refugee* or immigrant* or foreign* or (asylum adj2 seek*) or ((ethnic* or racial) adj2 (group* or minorit* or difference or diversi* or disparit*))).tw.	120524
19	or/12-18	222852
20	risk factors/	571868
21	exp Mental Disorders/	959275
22	exp Substance-Related Disorders/	373733
23	Dangerous Behavior/	3141
24	exp Social Problems/	224632
25	Stress, Psychological/	87438
26	Mentally Ill Persons/	4210
27	or/20-26	1831776
28	exp Domestic Violence/	35586
29	Violence/	24458
30	exp Aggression/	28696
31	Battered Women/	2332
32	Battered Child Syndrome/	627
33	((domest* or home) adj2 (violence or violent or violat*)) or battering or battered or abuse or abusive or abused).tw.	97603
34	or/28-33	156164
35	11 or 19 or 27 or 34	2627851
36	exp Parents/	72877
37	Parenting/	10640
38	maternal behavior/	9440

39	paternal behavior/	1452
40	exp Child Rearing/	5691
41	(parent or parents or parental* or parenting or family or famili* or mother* or father* or mum* or dad* or step-father* or stepfather* or step-mother* or stepmother* or step-parent* or stepparent* or step-famil* or stepfamil* or (child* adj1 rear*) or (foster adj (famil* or carer))).tw.	1161768
42	or/36-41	1186188
43	Child, Preschool/	757778
44	exp Infant/	941898
45	((small or young) adj1 child*).tw.	40321
46	(age adj2 ("1" or "2" or "3" or "4" or "5" or "6" or "0" or one or two or three or four or five or six)).tw.	109444
47	(age adj2 (week* or month* or day*)).tw.	87128
48	(aged adj1 ("1" or "2" or "3" or "4" or "5" or "6" or "0" or one or two or three or four or five or six)).tw.	50423
49	(baby or babies or toddler* or infant* or newborn* or neonate*).tw.	458103
50	or/43-49	1567901
51	exp Child Development/	45809
52	Child Welfare/	19358
53	exp Parent-Child Relations/	45956
54	or/51-53	105007
55	Community Health Centers/	6040
56	Community Mental Health Centers/	2615
57	Community Health Services/	27325
58	Community Mental Health Services/	16749

59	Child Health Services/	17596
60	Child Guidance Clinics/	268
61	Maternal-Child Health Centers/	2198
62	Community Health Nursing/	18327
63	Public Health Nursing/	9752
64	Community Networks/	5603
65	exp Primary Health Care/	80129
66	general practice/	3438
67	family practice/	62174
68	Primary Prevention/	14173
69	Counseling/	28547
70	Directive Counseling/	1321
71	Child Guidance/	791
72	Health Communication/	500
73	Health Promotion/	53952
74	Healthy People Programs/	943
75	health education/	52870
76	consumer health information/	1750
77	health education, dental/	5685
78	patient education as topic/	71217
79	(Health adj2 (clinic* or station* or centre* or center*)).tw.	43134
80	(health visitor* or public health nurs* or home nurs* or home visit* or (general adj2 practi*) or GP).tw.	102951

81	((community or district or neighborhood) adj2 nurs*).tw.	6868
82	(counsel* or guidance or advice*).tw.	159241
83	or/55-82	633839
84	35 and 42 and 50	80295
85	35 and 54	48765
86	35 and 42 and 83	37452
87	35 and 50 and 83	23465
88	or/84-87	149427
89	((systematic* adj2 (review* or search*)) or meta-analys*).tw. or (medline or pubmed or embase or cochrane or cinahl or psycinfo).ab. or meta-analysis.pt. or (review.pt. and exp Clinical trials as topic/)	253448
90	88 and 89	2664

Database: Embase 1974 to 2013 October 29 via Ovid

Dato: 30.10.2013

Antall treff: 2967

#	Searches	Results
1	exp socioeconomic/	175691
2	health disparity/	6590
3	lowest income group/	13254
4	social class/	26511
5	social dominance/	5379
6	vulnerable population/	6188

7	social status/	47172
8	health literacy/	1933
9	poverty/	29915
10	(socioeconomic* or socio-economic*).tw.	81088
11	(indigen\$ or unemployed or un-employed or unemployment or un-employment or low\$ income\$ or deprived or deprivation or disadvantaged or poverty or underprivileg\$ or under-privileg\$ or poor or (health adj2 (litera* or illitera*))).tw.	575842
12	or/1-11	790153
13	minority group/	11168
14	minority health/	294
15	"ethnic and racial groups"/	2456
16	exp ethnic group/	203427
17	ethnic difference/	22537
18	ethnicity/	27393
19	migration/	33429
20	immigration/	3978
21	refugee/	7472
22	(refugee* or immigrant* or foreign* or (asylum adj2 seek*) or ((ethnic* or racial) adj2 (group* or minorit* or difference or diversi* or disparit*))).tw.	136339
23	or/13-22	375279
24	risk factor/	608131
25	high risk behavior/	15056
26	high risk population/	70400
27	exp mental disease/	1532927

28	exp addiction/	226284
29	exp social problem/	663794
30	mental stress/	59104
31	mental patient/	18377
32	or/24-31	2465117
33	exp domestic violence/	41281
34	violence/	34768
35	aggression/	41142
36	battering/	358
37	battered child syndrome/	1091
38	verbal hostility/	777
39	((domest* or home) adj2 (violence or violent or violat*)) or battering or battered or abuse or abusive or abused).tw.	119535
40	or/33-39	199505
41	12 or 23 or 32 or 40	3357307
42	exp parent/	146351
43	exp child parent relation/	66049
44	parental behavior/	8237
45	child rearing/	6329
46	exp family attitude/	6699
47	(parent or parents or parental* or parenting or family or famili* or mother* or father* or mum* or dad* or step-father* or stepfather* or step-mother* or stepmother* or step-parent* or stepparent* or step-famil* or stepfamil* or (child* adj1 rear*) or (foster adj (famil* or carer))).tw.	1634027

48	or/42-47	1688930
49	preschool child/	519051
50	newborn/	495449
51	exp infant/	542885
52	toddler/	1336
53	((small or young) adj1 child*).tw.	48183
54	(age adj2 ("1" or "2" or "3" or "4" or "5" or "6" or "0" or one or two or three or four or five or six)).tw.	143206
55	(age adj2 (week* or month* or day*)).tw.	101413
56	(aged adj1 ("1" or "2" or "3" or "4" or "5" or "6" or "0" or one or two or three or four or five or six)).tw.	61205
57	(baby or babies or toddler* or infant* or newborn* or neonate*).tw.	541644
58	or/49-57	1569063
59	child development/	37947
60	postnatal development/	16589
61	child welfare/	15812
62	child parent relation/	38984
63	father child relation/	3149
64	mother child relation/	19311
65	or/59-64	122073
66	health center/	21389
67	community care/	47413
68	mental health service/	44298
69	child health care/	31096

70	community mental health center/	2917
71	exp community health nursing/	25312
72	exp primary health care/	102733
73	general practice/	70912
74	primary prevention/	26884
75	counseling/	38885
76	directive counseling/	573
77	family counseling/	5386
78	parent counseling/	3324
79	medical information/	48864
80	health promotion/	68667
81	health education/	78226
82	breast feeding education/	1207
83	dental health education/	5280
84	nutrition education/	2173
85	parenting education/	581
86	patient education/	86113
87	consumer health information/	2159
88	(Health adj2 (clinic* or station* or centre* or center*)).tw.	50280
89	(health visitor* or public health nurs* or home nurs* or home visit* or (general adj2 practi*) or GP).tw.	125579
90	((community or district or neighbo?rhood) adj2 nurs*).tw.	7394
91	(counsel* or guidance or advice*).tw.	203765

92	or/66-91	871435
93	41 and 48 and 58	85972
94	41 and 65	53630
95	41 and 48 and 92	53394
96	41 and 58 and 92	25079
97	or/93-96	172230
98	((systematic* adj2 (review* or search*)) or meta-analys*).tw. or (medline or pubmed or embase or cochrane or cinahl or psycinfo).ab. or systematic review/ or meta analysis/	214860
99	97 and 98	2967
100	from 99 keep 1-999	999
101	from 99 keep 1000-1999	1000
102	from 99 keep 2000-2967	968
103	100 or 101 or 102	2967

Database: PsycINFO 1806 to October Week 4 2013 via Ovid

Dato: 30.10.2013

Antall treff: 1848

#	Searches	Re-sults
1	exp socioeconomic status/	36767
2	exp socioeconomic class attitudes/	763
3	health disparities/	2738

4	dominance hierarchy/	1832
5	social structure/	4956
6	disadvantaged/	5877
7	health literacy/	859
8	poverty/	5765
9	(socioeconomic* or socio-economic*).tw.	39685
10	(indigen* or unemployed or un-employed or unemployment or un-employment or low* income* or deprived or deprivation or disadvantaged or poverty or underprivileg* or under-privileg* or poor or (health adj2 (litera* or illitera*))).tw.	134341
11	or/1-10	188222
12	minority groups/	10067
13	exp "racial and ethnic groups"/	89815
14	ethnic identity/	10985
15	"racial and ethnic differences"/	26407
16	immigration/	13430
17	human migration/	4082
18	refugees/	3360
19	(refugee* or immigrant* or foreign* or (asylum adj2 seek*) or ((ethnic* or racial) adj2 (group* or minorit* or difference or diversi* or disparit*))).tw.	58755
20	or/12-19	151332
21	risk factors/	41968
22	at risk populations/	28453
23	exp mental disorders/	421648
24	behavior disorders/	7910

25	exp drug abuse/	84185
26	addiction/	5873
27	alcoholism/	24312
28	drug addiction/	9001
29	exp social issues/	128424
30	psychological stress/	7290
31	or/21-30	656300
32	violence/	22047
33	domestic violence/	8616
34	intimate partner violence/	3508
35	exposure to violence/	149
36	partner abuse/	4346
37	battered females/	2810
38	exp child abuse/	22178
39	emotional abuse/	1875
40	physical abuse/	4800
41	verbal abuse/	322
42	aggressive behavior/	20051
43	(((domest* or home) adj2 (violence or violent or violat*)) or battering or battered or abuse or abusive or abused).tw.	103757
44	or/32-43	144305
45	11 or 20 or 31 or 44	938002
46	exp parents/	68090

47	exp parenting/	71094
48	childrearing attitudes/	1662
49	exp parental characteristics/	30149
50	parental investment/	1009
51	(parent or parents or parental* or parenting or family or famili* or mother* or father* or mum* or dad* or step-father* or stepfather* or step-mother* or stepmother* or step-parent* or stepparent* or step-famil* or stepfamil* or (child* adj1 rear*) or (foster adj (famil* or carer))).tw.	485566
52	or/46-51	490262
53	("100" or "120" or "140" or "160").ag.	398836
54	((small or young) adj1 child*).tw.	29386
55	(age adj2 ("1" or "2" or "3" or "4" or "5" or "6" or "0" or one or two or three or four or five or six)).tw.	27141
56	(age adj2 (week* or month* or day*)).tw.	9864
57	(aged adj1 ("1" or "2" or "3" or "4" or "5" or "6" or "0" or one or two or three or four or five or six)).tw.	23107
58	(baby or babies or toddler* or infant* or newborn* or neonate*).tw.	79041
59	or/53-58	460724
60	exp childhood development/	67036
61	exp child welfare/	5934
62	parent child relations/	22331
63	father child relations/	3928
64	mother child relations/	17413
65	or/60-64	109116
66	exp community services/	24410

67	community mental health centers/	2381
68	exp community mental health services/	6371
69	child guidance clinics/	523
70	public health service nurses/	454
71	primary health care/	11853
72	general practitioners/	4472
73	family medicine/	984
74	family physicians/	1318
75	primary mental health prevention/	2198
76	exp counseling/	64539
77	child guidance/	297
78	health promotion/	13714
79	exp health education/	13678
80	health knowledge/	5165
81	client education/	2883
82	family life education/	228
83	(Health adj2 (clinic* or station* or centre* or center*)).tw.	15035
84	(health visitor* or public health nurs* or home nurs* or home visit* or (general adj2 practi*) or GP).tw.	16117
85	((community or district or neighbo?rhood) adj2 nurs*).tw.	1539
86	(counsel* or guidance or advice*).tw.	130373
87	or/66-86	244064
88	45 and 52 and 59	62190

89	45 and 65	33331
90	45 and 52 and 87	23855
91	45 and 59 and 87	10251
92	or/88-91	99292
93	((systematic* adj2 (review* or search*)) or meta-analys* or search*).tw. or (medline or pubmed or embase or cochrane or cinahl).ab.	78895
94	meta analysis/	3318
95	(systematic review or meta analysis).md.	17675
96	or/93-95	81001
97	92 and 96	1848

Database: Cinahl via EBSCOhost

Dato: 30.10.2013

Antall treff: 1282

#	Query	Results
S1	(MH "Socioeconomic Factors+")	164,170
S2	(MH "Health Status Disparities")	770
S3	(MH "Social Dominance")	236
S4	(MH "Special Populations")	2,440
S5	(MH "Poverty+")	12,905
S6	TI ((socioeconomic* or socio-economic*) OR AB ((socioeconomic* or socio-economic*))	14,620

S7	TI ((indigen* or unemployed or un-employed or unemployment or un-employment or low* income* or deprived or deprivation or disadvantaged or poverty or underprivileg* or under-privileg* or poor or (health N2 (litera* or illitera*)))) OR AB ((indigen* or unemployed or un-employed or unemployment or un-employment or low* income* or deprived or deprivation or disadvantaged or poverty or underprivileg* or under-privileg* or poor or (health N2 (litera* or illitera*)))))	62,355
S8	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7	216,423
S9	(MH "Minority Groups")	6,046
S10	(MH "Ethnic Groups+")	67,718
S11	(MH "Emigration and Immigration")	3,304
S12	(MH "Immigrants+")	6,479
S13	(MH "Refugees")	3,025
S14	TI ((refugee* or immigrant* or foreign* or (asylum N2 seek*) or ((ethnic* or racial) N2 (group* or minorit* or difference or diversi* or disparit*)))) OR AB ((refugee* or immigrant* or foreign* or (asylum N2 seek*) or ((ethnic* or racial) N2 (group* or minorit* or difference or diversi* or disparit*))))	20,466
S15	S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14	86,232
S16	(MH "Risk Factors")	58,779
S17	(MH "Mental Disorders+")	232,621
S18	(MH "Substance Use Disorders+")	69,394
S19	(MH "Risk Taking Behavior")	9,557
S20	(MH "Social Problems+")	137,126
S21	(MH "Stress, Psychological+")	35,267
S22	(MH "Psychiatric Patients")	7,032

S23	S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22	401,730
S24	(MH "Domestic Violence+")	21,157
S25	(MH "Violence")	8,449
S26	(MH "Aggression+")	37,256
S27	(MH "Battered Women")	2,410
S28	TI ((((domest* or home) N2 (violence or violent or violat*)) or battering or battered or abuse or abusive or abused)) OR AB ((((domest* or home) N2 (violence or violent or violat*)) or battering or battered or abuse or abusive or abused))	28,021
S29	S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28	52,507
S30	S8 OR S15 OR S23 OR S29	614,930
S31	(MH "Parents+")	40,504
S32	(MH "Parenting")	6,703
S33	(MH "Maternal Behavior")	1,299
S34	(MH "Paternal Behavior")	121
S35	(MH "Parental Behavior")	431
S36	(MH "Child Rearing+")	3,466
S37	(MH "Family Attitudes+")	12,033
S38	TI ((parent or parents or parental* or parenting or family or famili* or mother* or father* or mum* or dad* or step-father* or stepfather* or step-mother* or stepmother* or step-parent* or stepparent* or step-famil* or stepfamil* or (child* N1 rear*) or (foster N1 (famil* or carer)))) OR AB ((parent or parents or parental* or parenting or family or famili* or mother* or father* or mum* or dad* or step-father* or stepfather* or step-mother* or stepmother* or step-parent* or stepparent* or step-famil* or stepfamil* or (child* N1 rear*) or (foster N1 (famil* or carer))))	156,751

S39	S31 OR S32 OR S33 OR S34 OR S35 OR S36 OR S37 OR S38	177,153
S40	(MH "Child, Preschool")	86,963
S41	(MH "Infant+")	114,072
S42	TI (((small or young) N1 child*)) OR AB (((small or young) N1 child*))	9,859
S43	TI ((age N2 ("1" or "2" or "3" or "4" or "5" or "6" or "0" or one or two or three or four or five or six))) OR AB ((age N2 ("1" or "2" or "3" or "4" or "5" or "6" or "0" or one or two or three or four or five or six)))	20,085
S44	TI ((age N2 (week* or month* or day*))) OR AB ((age N2 (week* or month* or day*)))	7,518
S45	TI ((aged N1 ("1" or "2" or "3" or "4" or "5" or "6" or "0" or one or two or three or four or five or six))) OR AB ((aged N1 ("1" or "2" or "3" or "4" or "5" or "6" or "0" or one or two or three or four or five or six)))	8,485
S46	TI ((baby or babies or toddler* or infant* or newborn* or neonate*)) OR AB ((baby or babies or toddler* or infant* or newborn* or neonate*))	59,197
S47	S40 OR S41 OR S42 OR S43 OR S44 OR S45 OR S46	192,152
S48	(MH "Child Development")	8,919
S49	(MH "Child Welfare")	8,578
S50	(MH "Parent-Child Relations+")	13,631
S51	S48 OR S49 OR S50	29,562
S52	(MH "Community Health Centers")	2,508
S53	(MH "Community Health Services")	10,547
S54	(MH "Community Mental Health Services")	5,676
S55	(MH "Child Health Services")	4,693

S56	(MH "Community Health Nursing+")	20,668
S57	(MH "Community Networks")	1,234
S58	(MH "Primary Health Care")	28,148
S59	(MH "Family Practice")	10,231
S60	(MH "Counseling")	12,727
S61	(MH "Health Promotion+")	29,447
S62	(MH "Health Education")	13,040
S63	(MH "Consumer Health Information")	7,743
S64	(MH "Dental Health Education")	213
S65	(MH "Parenting Education")	1,596
S66	(MH "Patient Education")	36,883
S67	TI ((Health N2 (clinic* or station* or centre* or center*))) OR AB ((Health N2 (clinic* or station* or centre* or center*)))	14,170
S68	TI ((health visitor* or public health nurs* or home nurs* or home visit* or (general N2 practi* or GP)) OR AB ((health visitor* or public health nurs* or home nurs* or home visit* or (general N2 practi* or GP))	20,773
S69	TI (((community or district or neighbo#rhood) N2 nurs*)) OR AB (((community or district or neighbo#rhood) N2 nurs*))	8,657
S70	TI ((counsel* or guidance or advice*)) OR AB ((counsel* or guidance or advice*))	45,282
S71	S52 OR S53 OR S54 OR S55 OR S56 OR S57 OR S58 OR S59 OR S60 OR S61 OR S62 OR S63 OR S64 OR S65 OR S66 OR S67 OR S68 OR S69 OR S70	219,421
S72	S30 AND S39 AND S47	19,822

S73	S30 AND S51	14,240
S74	S30 AND S39 AND S71	12,607
S75	S30 AND S47 AND S71	6,438
S76	S72 OR S73 OR S74 OR S75	41,067
S77	(MH "Meta Analysis")	13,511
S78	(MH "Systematic Review")	15,281
S79	TI ((systematic N2 review* or systematic N2 search* or meta-analys* or metanalys* or metaanalys* or review*)) OR AB ((systematic N2 review* or systematic N2 search* or meta-analys* or metanalys* or metaanalys*))	89,607
S80	S77 OR S78 OR S79	97,221
S81	S76 AND S80	1,282

Database: Cochrane Reviews (Reviews and Protocols), Other Reviews and Technology Assessments via The Cochrane Library

Dato: 30.10.2013

Antall treff: 407

ID	Search	Hits
#1	MeSH descriptor: [Socioeconomic Factors] explode all trees	5794
#2	MeSH descriptor: [Health Status Disparities] this term only	53
#3	MeSH descriptor: [Social Class] this term only	438
#4	MeSH descriptor: [Hierarchy, Social] this term only	10
#5	MeSH descriptor: [Vulnerable Populations] this term only	98
#6	MeSH descriptor: [Social Conditions] this term only	18
#7	MeSH descriptor: [Health Literacy] this term only	67

#8	MeSH descriptor: [Poverty] this term only	722
#9	(socioeconomic* or socio-economic*):ti,ab,kw	3127
#10	(indigen* or unemployed or un-employed or unemployment or un-employment or low* next income* or deprived or deprivation or disadvantaged or poverty or underprivileg* or under-privileg* or poor or (health near/2 (litera* or illitera*))) :ti,ab,kw	20318
#11	#1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10	25439
#12	MeSH descriptor: [Minority Groups] this term only	227
#13	MeSH descriptor: [Minority Health] this term only	9
#14	MeSH descriptor: [Ethnic Groups] explode all trees	2524
#15	MeSH descriptor: [Emigrants and Immigrants] this term only	68
#16	MeSH descriptor: [Human Migration] this term only	0
#17	MeSH descriptor: [Refugees] this term only	60
#18	(refugee* or immigrant* or foreign* or (asylum near/2 seek*) or ((ethnic* or racial) near/2 (group* or minorit* or difference or diversi* or disparit*))) :ti,ab,kw	2880
#19	#12 or #13 or #14 or #15 or #16 or #17 or #18	4615
#20	MeSH descriptor: [Risk Factors] this term only	17598
#21	MeSH descriptor: [Mental Disorders] explode all trees	39688
#22	MeSH descriptor: [Substance-Related Disorders] explode all trees	10858
#23	MeSH descriptor: [Dangerous Behavior] this term only	30
#24	MeSH descriptor: [Social Problems] explode all trees	2969
#25	MeSH descriptor: [Stress, Psychological] this term only	3084
#26	MeSH descriptor: [Mentally Ill Persons] this term only	33
#27	#20 or #21 or #22 or #23 or #24 or #25 or #26	61989
#28	MeSH descriptor: [Domestic Violence] explode all trees	590
#29	MeSH descriptor: [Violence] this term only	349
#30	MeSH descriptor: [Aggression] explode all trees	799
#31	MeSH descriptor: [Battered Women] this term only	49
#32	MeSH descriptor: [Battered Child Syndrome] this term only	0

#33	(((domest* or home) near/2 (violence or violent or violat*)) or battering or battered or abuse or abusive or abused):ti,ab,kw	4930
#34	#28 or #29 or #30 or #31 or #32 or #33	5883
#35	#11 or #19 or #27 or #34	86655
#36	MeSH descriptor: [Maternal Behavior] this term only	189
#37	MeSH descriptor: [Paternal Behavior] this term only	18
#38	MeSH descriptor: [Child Rearing] explode all trees	90
#39	MeSH descriptor: [Parents] explode all trees	2313
#40	MeSH descriptor: [Parenting] this term only	568
#41	(parent or parents or parental* or parenting or family or famili* or mother* or father* or mum* or dad* or step-father* or stepfather* or step-mother* or stepmother* or step-parent* or stepparent* or step-famil* or stepfamil* or (child* near/1 rear*) or (foster next (famil* or carer))):ti,ab,kw	27432
#42	#36 or #37 or #38 or #39 or #40 or #41	27474
#43	MeSH descriptor: [Child, Preschool] this term only	60
#44	MeSH descriptor: [Infant] explode all trees	12303
#45	((small or young) near/1 child*):ti,ab,kw	2825
#46	(age near/2 (1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 0 or one or two or three or four or five or six)):ti,ab,kw	24342
#47	(age near/2 (week* or month* or day*)):ti,ab,kw	4718
#48	(aged near/1 (1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 0 or one or two or three or four or five or six)):ti,ab,kw	10263
#49	(baby or babies or toddler* or infant* or newborn* or neonate*):ti,ab,kw	35811
#50	#43 or #44 or #45 or #46 or #47 or #48 or #49	56829
#51	MeSH descriptor: [Child Development] explode all trees	1493
#52	MeSH descriptor: [Child Welfare] this term only	281
#53	MeSH descriptor: [Parent-Child Relations] explode all trees	1114
#54	#51 or #52 or #53	2708
#55	MeSH descriptor: [Community Health Centers] this term only	142

#56	MeSH descriptor: [Community Mental Health Centers] this term only	85
#57	MeSH descriptor: [Community Health Services] this term only	729
#58	MeSH descriptor: [Community Mental Health Services] this term only	598
#59	MeSH descriptor: [Child Health Services] this term only	287
#60	MeSH descriptor: [Child Guidance Clinics] this term only	1
#61	MeSH descriptor: [Maternal-Child Health Centers] this term only	40
#62	MeSH descriptor: [Community Health Nursing] this term only	362
#63	MeSH descriptor: [Public Health Nursing] this term only	71
#64	MeSH descriptor: [Community Networks] this term only	107
#65	MeSH descriptor: [Primary Health Care] explode all trees	3304
#66	MeSH descriptor: [General Practice] this term only	121
#67	MeSH descriptor: [Family Practice] this term only	2090
#68	MeSH descriptor: [Primary Prevention] this term only	695
#69	MeSH descriptor: [Counseling] this term only	2613
#70	MeSH descriptor: [Directive Counseling] this term only	220
#71	MeSH descriptor: [Child Guidance] this term only	9
#72	MeSH descriptor: [Health Communication] this term only	23
#73	MeSH descriptor: [Health Promotion] this term only	3205
#74	MeSH descriptor: [Healthy People Programs] this term only	11
#75	MeSH descriptor: [Health Education] this term only	2703
#76	MeSH descriptor: [Consumer Health Information] this term only	53
#77	MeSH descriptor: [Health Education, Dental] this term only	207
#78	MeSH descriptor: [Patient Education as Topic] this term only	5917
#79	(Health near/2 (clinic* or station* or centre* or center*)):ti,ab,kw	2584
#80	(health next visitor* or public next health next nurs* or home next nurs* or home next visit* or (general near/2 practi*) or GP):ti,ab,kw	7820
#81	((community or district or neighbo*hood) near/2 nurs*):ti,ab,kw	626
#82	(counsel* or guidance or advice*):ti,ab,kw	10950

#83	#55 or #56 or #57 or #58 or #59 or #60 or #61 or #62 or #63 or #64 or #65 or #66 or #67 or #68 or #69 or #70 or #71 or #72 or #73 or #74 or #75 or #76 or #77 or #78 or #79 or #80 or #81 or #82	32853
#84	#35 and #42 and #50	2593
#85	#35 and #54	1234
#86	#35 and #42 and #83	2788
#87	35 and #50 and #83	382
#88	#84 or #85 or #86 or #87 in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols), Other Reviews and Technology Assessments	407

Database: Science Citation Index Expanded (SCI-EXPANDED) --1975-present;
Social Sciences Citation Index (SSCI) --1975-present

Dato: 30.10.2013

Antall treff: 1703

Nr.	Search	Hits
#1	TS=((socioeconomic* OR socio-economic*) OR (indigen* OR unemployed OR un-employed OR unemployment OR un-employment OR low* income* OR deprived OR deprivation OR disadvantaged OR poverty OR underprivileg* OR under-privileg* OR poor OR (health NEAR/2 (litera* OR illitera*))))	713,860
#2	TS=(refugee* OR immigrant* OR foreign* OR (asylum NEAR/2 seek*) OR ((ethnic* OR racial) NEAR/2 (group* OR minorit* OR difference OR diversi* OR disparit*)))	194,176
#3	TS=(risk* OR vulnerable OR ((mental* OR psychiatric* OR psychologic* OR substance* OR drug*) NEAR/2 (disorder* OR problem* OR disease* OR diagnos*)))	1,616,870
#4	TS=(((domest* OR home) NEAR/2 (violence OR violent OR violat*)) OR battering OR battered OR abuse OR abusive OR abused OR agressi*)	126,638
#5	#1 OR #2 OR #3 OR #4	2,426,532
#6	TS=(parent OR parents OR parental* OR parenting OR family OR famili* OR mother* OR father* OR mum* OR dad* OR step-father* OR stepfather* OR step-mother* OR	1,433,851

	stepmother* OR step-parent* OR stepparent* OR step-famil* OR stepfamil* OR (child* NEAR/1 rear*) OR (foster NEAR/1 (famil* OR carer)))	
#7	TS=((small OR young) NEAR/1 child*) OR (age NEAR/2 ("1" OR "2" OR "3" OR "4" OR "5" OR "6" OR "0" OR one OR two OR three OR four OR five OR six)) OR (age NEAR/2 (week* OR month* OR day*)) OR (aged NEAR/1 ("1" OR "2" OR "3" OR "4" OR "5" OR "6" OR "0" OR one OR two OR three OR four OR five OR six)) OR (baby OR babies OR toddler* OR infant* OR newborn* OR neonate*))	800,061
#8	TS=((health NEAR/2 (clinic* OR station* OR centre* OR center*)) OR (health visitor* OR public health nurs* OR home nurs* OR home visit* OR (general NEAR/2 practi* or GP) OR ((community OR district OR neighbo*) NEAR/2 nurs*) OR (counsel* OR guidance OR advice*))	316,906
#9	#5 AND #6 AND #7	52,849
#10	#5 AND #6 AND #8	19,546
#11	#5 AND #7 AND #8	11,504
#12	#9 OR #10 OR #11	73,087
#13	TS=("systematic review*" or "systematically review*" or medline or pubmed or psycinfo or cinahl or "meta-analys*" or "meta analys*" or hta or "technology assessment*")	135,583
#14	#12 AND #13	1,703

Vedlegg 3: Methodological quality summary review

Table a: Checklist for reviewing the methodological quality of systematic reviews

Sjekkliste for systematiske oversikter*		Ja	Uklart	Nei
1	Beskriver forfatterne klart hvilke metoder de brukte for å finne primærstudiene?			
	<i>Kommentar</i>			
2	Ble det utført et tilfredsstillende litteratursøk? (bruk hjelpespørsmål på neste side for å besvare dette spørsmålet)			
	<i>Kommentar</i>			
3	Beskriver forfatterne hvilke kriterier som ble brukt for å bestemme hvilke studier som skulle inkluderes (studiedesign, deltakere, tiltak, ev. endepunkter)?			
	<i>Kommentar</i>			
4	Ble det sikret mot systematiske skjevheter (bias) ved seleksjon av studier (eksplisitte seleksjonskriterier brukt, vurdering gjort av flere personer uavhengig av hverandre)?			
	<i>Kommentar</i>			
5	Er det klart beskrevet et sett av kriterier for å vurdere intern validitet?			
	<i>Kommentar</i>			
6	Er validiteten til studiene vurdert (enten ved inklusjon av primærstudier eller i analysen av primærstudier) ved bruk av relevante kriterier?			
	<i>Kommentar</i>			
7	Er metodene som ble brukt da resultatene ble sammenfattet, klart beskrevet?			
	<i>Kommentar</i>			
8	Ble resultatene fra studiene sammenfattet på forsvarlig måte?			
	<i>Kommentar</i>			
9	Er forfatternes konklusjoner støttet av data og/eller analysen som er rapportert i oversikten?			
	<i>Kommentar</i>			
10	Hvordan vil du rangere den vitenskapelige kvaliteten i denne oversikten?			
	<i>Kommentar</i>			

*Basert på EPOC Checklist for Refereeing Protocols for Reviews. EPOC, Effective Practice and Organisation of Care group, Guide for review authors. www.epoc.cochrane.org

Table b: Authors' judgment of the methodological quality items for each of the systematic reviews considered for final inclusion (n=X).

Study First author	Question (number) from checklist									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10: Quality
Akinbami 2001	?	?	+	+	÷	÷	?	÷	?	Deficient
Barlow 2011	+	+	+	+	+	+	+	+	+	High
Dyson 2005	+	+	+	+	+	+	+	+	+	High
Glenton 2011	?	?	+	+	+	+	+	+	+	High
Ibanez 2012	+	+	+	+	+	÷	+	+	+	High
Kendrick 2000a	+	+	+	÷	+	+	+	+	+	High
Kendrick 2000b	+	+	+	÷	+	?	+	÷	?	Medium
Kendrick 2013	+	+	+	+	+	+	+	+	+	High
Kersten-Alvarez 2011	+	?	+	?	+	+	+	÷	+	Medium
Kwan 2007	+	+	+	÷	+	÷	÷	÷	?	Deficient
Lewin 2010	+	+	+	+	+	+	+	+	+	High
Miller 2011	+	+	+	+	+	+	+	+	+	High
Moreton 2008	+	+	?	?	+	+	÷	÷	?	Medium
Peacock 2013	+	+	+	÷	+	+	+	÷	?	Medium
Poobalan 2007	+	+	+	+	+	+	+	+	+	High
Reynolds 2009	?	÷	+	?	?	?	?	+	+	Medium
Roberts 1996	+	?	+	?	+	+	+	+	+	High
SBU 2010	+	+	+	+	+	+	+	+	+	High
Shaw 2006	+	+	+	+	+	+	+	÷	?	Medium
Strunk 2008	+	?	?	?	÷	÷	÷	÷	?	Deficient
Twetman 2008	+	÷	+	?	+	÷	?	÷	?	Deficient
Wade 1999	+	?	+	+	+	+	÷	÷	?	Medium
Wolfenden 2012	+	+	+	+	+	+	+	+	+	High

+ Yes,

? Unclear

÷ No

Vedlegg 4: Description of included systematic reviews

Abbreviations:

RCT: Randomised controlled trial (incl. both individual and cluster randomised)

NRCT: Non-randomised controlled trial/non-randomised trial

CBA: Controlled before-after study

ITS: Interrupted time series

CCT: Controlled clinical trial

Barlow J, Smailagic N, Bennett C, Huband N, Jones H, Coren E. Individual and group based parenting programmes for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011.	
Latest search	May 2010
Interventions	Individual or group-based parenting programs offered ante- and postnatally or just postnatally to teenage mothers and/or fathers; targeted to the needs of teenage parents; using structured formats (manualised or standardised programme or curriculum); focusing on the improvement of parenting attitudes, practices, skills/ knowledge, or well-being. Programmes with home visiting components were only included if they were manualised, short-term programmes with a focus on parenting, delivered one-to-one in the home.
Interventions should be targeted to	Parents aged 20 or under
Comparisons	
1. Parenting programs compared to no intervention	The comparison is included in our report.
Study designs	RCT
Populations included in review (n studies)	Teenage parents (8) – ethnic minority population (6): specified as African American (1), ethnically mixed (5)
Countries (n studies)	USA (6), Canada (2)
Characteristics of the included interventions	Three of the studies evaluated the effect of standard group-based parenting programmes, three studies had quite brief interventions primarily based on videotape interactions, while the remaining two had intermediate intensity. Length of intervention: From one session only to ten sessions over 10 weeks. Length of follow-up: From immediately post-intervention to 5 weeks.
Delivered by	No requirements specified in review.
Control	Waiting-list or no-treatment groups (including treatment-as-usual or normal service provision)
Outcomes	Parental psychosocial outcomes Child health and development outcomes Combined parent-child relationship

Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2005(2):CD001688.	
Latest search	August 2007 (update of search).
Intervention	Any intervention aiming to promote the initiation of breastfeeding.
Interventions should be targeted to	None specified. Review inclusive of interventions given to any population group, except women and infants with a health problem. Incidentally two of four comparisons included only our population groups.
Comparisons	
1. Health education interventions compared to standard care	The comparison is included in our report, but all studies and an updated search is presented in Ibanez 2012 .
2. Peer support interventions compared to standard care	The comparison is included in our report, but all studies and an updated search is presented in Lewin 2010 .
3. Breastfeeding promotion packs compared to standard care	Only one study included of well-educated, high-middle income women. Comparison excluded.
4. Early mother-infant contact after delivery compared to standard care	Not considered relevant for the aim of this report. Comparison excluded.
Results from this overview were not included in our report due to overlap with Ibanez 2012 and Lewin 2010	

Glenton C, Scheel IB, Lewin S, Swingler GH. Can lay health workers increase the uptake of childhood immunisation? Systematic review and typology. Tropical Medicine and International Health. 2011;16(9):1044-53

Latest search	February 2009.
Interventions	Any intervention delivered by lay health workers, which aimed to increase immunisation coverage among children under 5 years of age.
Interventions should be targeted to	None specified. Review inclusive of interventions given to any population group.
Comparisons	<p>1. LHW to promote childhood immunisation compared to standard care. The comparison is included in our report.</p> <p>2. LHW involvement in childhood immunization compared to standard care. The studies, conducted in low- and middle-income countries, were not considered relevant for a Norwegian context because the interventions were given to a general population and/or the LHW vaccinated children themselves. Comparison excluded.</p>
Study designs	RCT, ITS
Populations included in review (n studies)	Comparison 1: Low socioeconomic status (7) – and ethnic minority population (5): Specified as African American and Mexican American (2), Hispanics (1), high proportion of ethnic minorities (2)
Countries (n studies)	USA (6), Ireland (1)
Characteristics of the included interventions	Lay health workers made home visits to parents, giving them information and encouraging them to visit clinics for childhood immunisation. Length of intervention: Poorly described. The majority of the studies appeared to offer contact and/or home visits over some time. Length of follow-up: Variable. Longest given follow up was 24 months.
Delivered by	Lay health workers.
Control	No intervention or standard care.
Outcomes	Immunisation up to date.

Ibanez G, de Reynal de Saint M, Denantes M, Saurel-Cubizolles MJ, Ringa V, Magnier AM. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials evaluating primary care-based interventions to promote breastfeeding in low-income women. Family Practice. 2012;29(3):245-54.	
Latest search	March 2009, limited to studies published after 1985.
Interventions	Any intervention to promote breastfeeding, feasible to be delivered in primary care settings in terms of frequency and duration of consultations, and using technical equipment suitable for a GP's office.
Interventions should be targeted to	Low income women in developed countries.
Comparisons	
1. Breastfeeding counselling, training and support compared to standard care	The comparison is included in our report.
Study designs	RCT
Populations included in review (n studies)	Low socioeconomic status (10) – and ethnic minority population (2): specified as African American and Hispanics (1), African American (1).
Countries (n studies)	USA (9), UK (1)
Characteristics of the included interventions	Structured or individually adapted breastfeeding education/counselling, single or multiple appointments with breastfeeding counsellors, telephone support or educational material, in different combinations. Length of intervention: Initially one to four prenatal sessions or one perinatal session, with varying degree of support in the peri- and postnatal period. Length of follow-up: From only initiation rates to 12 months postpartum.
Delivered by	Health care professionals.
Control	No requirements specified in review.
Outcomes	Initiation of breastfeeding – partial or exclusive Initiation of breastfeeding – exclusive only Short-term duration (6 weeks to 2 months) – partial or exclusive Long-term duration (3-6 months) – partial or exclusive

Kendrick D, Hewitt M, Dewey M, Elkan R, Blair M, Robinson J, et al. The effect of home visiting programmes on uptake of childhood immunization: a systematic review and meta-analysis. Journal of Public Health Medicine 2000;22(1):90-98.

Latest search	July 1996.
Interventions	Any home visiting program with at least one post-natal home visit.
Interventions should be targeted to	Review inclusive of interventions given to any population group.
Comparisons	
1. Home visiting programs compared to no home visiting/ standard care	The comparison is included in our report.
Study designs	RCT, NRCT
Populations included in review (n studies)	Low socioeconomic status (6) Teenage parents (1) Ethnic minority population (2): specified as African American (2) Mothers at risk of child abuse (1) Other populations – combined in main analysis (1)
Countries (n studies)	USA (6), Canada (2), Ireland (1), Turkey (1), UK (1)
Characteristics of the included interventions	Home visits to parents with infants. Four of the interventions also visited the families prenatally. When described, content of visit contained counselling/advice, support and/or encouragement to visit services. Length of intervention: Studies varied from two home visits in total up to more than 30 home visits Length of follow-up: Poorly described. Outcome measurements appears to have been collected during the intervention. Longest follow up according to the child's age was 24 months.
Delivered by	Health visitors or personnel delivering tasks within the remit of British home visiting.
Control	No requirements specified in review.
Outcomes	Completed childhood immunization schedule at longest evaluation point.

Kendrick D, Mulvaney CA, Ye L, Stevens T, Mytton JA, Stewart-Brown S. Parenting interventions for the prevention of unintentional injuries in childhood. Cochrane Database Syst Rev 2013;3:CD006020.

Latest search	January 2011
Interventions	Individual and groups based parenting interventions defined as interventions with a specified protocol, manual, or curriculum aimed at changing knowledge, attitudes, or skills covering a range of topics relevant to parenting.
Interventions should be targeted to	Review inclusive of interventions given to any population group.
Comparisons	
1. Home visiting programs compared to usual care.	The comparison is included in our report.
Study designs	RCT, NRCT, CBA
Populations included in review (n studies)	Low socioeconomic status (15) – and mixed at risk population (3), young mothers (3), ethnic minority population (3): specified as African American Mothers with a learning disability (2) Other populations (5): Mothers with low birth weight premature infants (1), first-time mothers (2), general population (2)
Countries (n studies)	USA (13), Australia (3), Canada (2), UK (2), Ireland (1), New Zealand (1)
Characteristics of the included interventions	Multi-faceted home visiting programs aimed at improving a range of child, and often maternal, outcomes. In three of the studies, the home visits were part of a larger paediatric practice-based intervention. The majority provided both parenting education and other support services. Four studies provided opportunities for peer support. In all of the studies, the intervention were given individually, but five studies also offered group-based parenting programs. Length of intervention: Poorly described. The majority of the studies appeared to offer weekly home visits over many months, extending into less frequent visits in the child's second and third year for some studies. Length of follow-up: Poorly described. Injuries for the first two years if life and HOME score measured at 12 months are presented in the meta-analyses.
Delivered by	Health care professionals only (14 studies), or lay health care workers/unspecified/collaborations.
Control	Should not be provided with a parenting intervention.
Outcomes	Self-reported or medically attended unintentional injury (primary outcome) Home Observation for Measurement of the Environment (HOME) Inventory

Lewin S, Munabi-Babigumira S, Glenton C, Daniels K, Bosch-Capblanch X, van Wyk BE, et al. Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010(3):CD004015.

Latest search	February 2009
Interventions	Any intervention delivered by lay health workers intended to improve maternal or child health, or the management of infectious diseases.
Interventions should be targeted to	Review inclusive of interventions given to any population group
Comparisons	
1. LHW interventions to promote immunisation uptake compared with usual care.	The comparison is included in our report, but all studies and an updated search is presented in Glenton 2011 .
2. LHW interventions to reduce mortality and morbidity in children under five compared with usual care.	The LHW perform tasks not considered relevant in a Norwegian context (i.e. management of illnesses, distribution of vaccines or medicines, growth monitoring). Comparison excluded.
3. LHW interventions to promote breastfeeding compared with usual care.	The comparison is included in our report.
4. LHW interventions to provide support to mothers of sick children compared with usual care.	Not one of our defined study populations (parents with sick children). Comparison excluded.
5. LHW interventions to prevent or reduce child abuse compared with usual care.	Included in a parallel report in progress at the Norwegian Knowledge Center for the Health Services.
6. LHW interventions to promote parent-child interaction or health promotion compared with usual care.	No data present in report. The comparison is included in our as a short description.
7. LHW interventions to support women with a high risk of low birthweight babies or other poor outcomes in pregnancy..	Not one of our defined study populations (pregnant women). Comparison excluded.
8. LHW interventions to improve TB treatment and prophylaxis outcomes compared with other [...]	Not one of our defined study populations (TB patients). Comparison excluded.
Populations included in review (n studies)¹	Economically disadvantaged populations in high-income countries (7)
Study designs	RCT
Interventions	The overview presents eight comparisons (see Supplementary table for Lewin 2010). Number 1 (as Glenton 2011), 3 and 6 were included in our report. Further descriptions and analyses of number 3 in Vedlegg (Appendix) 8.
Delivered by	Lay health workers (LHW)
Control	No intervention or standard care

Miller S, Maguire LK, Macdonald G. Home-based child development interventions for preschool children from socially disadvantaged families. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011(12):CD008131.	
Latest search	October 2010
Intervention	Home-based interventions designed to improve child intellectual and socio-emotional development through the provision of relevant knowledge and skills to the parent.
Interventions should be targeted to	Socially disadvantaged populations
Comparisons	1. Home-based child development interventions compared to no intervention. The comparison is included in our report.
Study designs	RCT
Populations included in review (n studies)	Socially disadvantaged populations (7) – and teenage mothers (1), low socioeconomic status (6)
Countries (n studies)	USA (2), Canada (1), Bermuda (1), Jamaica (1), Ireland (1)
Characteristics of the included interventions	Individually delivered programs to the mothers, with theoretically based training components to create a more stimulating home environment. All studies included families with children under the age of 4 years. Length of intervention: Studies varied from eight home visits in total to twice-weekly home visits over two school calendar years. Length of follow up: From post-test only to 7 year follow-up
Delivered by	Either trained lay or professional family visitors
Control	No intervention/standard care
Outcomes	Primary: Child cognitive development and child sosioemotional development Secondary: Child physical development, parenting behaviour, parenting attitudes, quality of the home environment Adverse effects: Parents feel disempowered

Poobalan AS, Aucott LS, Ross L, Smith WC, Helms PJ, Williams JH. Effects of treating postnatal depression on mother-infant interaction and child development: systematic review. British Journal of Psychiatry. 2007;191:378-86.	
Latest search	2005
Interventions	All types of treatment interventions (Pharmacological and non-pharmacological) for mothers diagnosed with post-partum depression; with outcomes measured in the children.
Interventions should be targeted to	Mothers diagnosed with post-partum depression
Comparisons	
1. Interventions to treat postnatal depression.	The comparison is included in our report.
Study designs	RCT, CCT
Populations included in review (n studies)	Mothers with post-partum depression (8)
Countries (n studies)	USA (5), UK (2), Australia (1)
Characteristics of the included interventions	The studies included different forms of therapy (psychotherapy, cognitive behaviour therapy, interaction coaching), support/teaching programmes, support group with infant massage. Length of intervention: From five weeks to over one year. Length of follow-up: From post-test only to 5 year follow-up
Delivered by	Trained staff, predominantly health care workers
Control	Varies. From no intervention to other interventions.
Outcomes	Cognitive development in children (primary) Mother-infant interaction or relationship (secondary)

Roberts I, Kramer MS, Suissa S. Does home visiting prevent childhood injury? A systematic review of randomised controlled trials. BMJ. 1996;312(7022):29-33.	
Latest search	April 1995
Intervention	Interventions with one or more postnatal home visit.
Interventions should be targeted to	Review inclusive of interventions given to any population group
Comparisons	
1. Home visiting programs compared to no home visiting/standard care.	The comparison is included in our report, but six of eight included studies and an updated search is presented in Kendrick 2013 .
Results from this overview were not included in our report due to overlap with Kendrick 2013.	

SBU. Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2010. (SBU-rapport nr 202).	
Latest search	October 2009, limited to studies published after 1990
Interventions	Standardised interventions for individuals or groups aimed at children and/or parents, with an aim of preventing child mental health problems. Minimum 6 months follow-up time. Separate analyses of programs aimed at preventing externalising problems and internalising problems respectively.
Interventions should be targeted to	The review considered three main categories of interventions: Universally delivered programs, selectively given programs and programs given based on indication (related to behavioural problems in the child). We only considered the selectively given programs our report. The review authors defined <i>selective prevention programs</i> as interventions given to groups with some common external risk factor.
Comparisons	From the selective prevention programs sections only
1. Parent training programs compared to no intervention.	Four of the eight included studies had study populations with a wider age-range of the children than defined in our inclusion criteria (3-7 years (2 studies) and 2-12 years (2 studies)). Results for the younger children could not be separated from the main analyses. The comparison is included in our report.
2. Family support programs compared to no intervention.	All the included study populations targeted school-aged children. Comparison excluded.
3. Complex programs compared to no intervention.	All the included study populations targeted school-aged children. Comparison excluded.
4. Programs for prevention of anxiety and depression.	All the included study populations targeted school-aged children. Comparison excluded.
Study designs	RCT, NRCT
Populations included in review (n studies)	Comparison 1: Low socioeconomic status (6), parents with marital stress (2) – and mixed risk populations (3); ethnic minority populations (3): specified as African American and Hispanics (1), African American (2).
Countries (n studies)	Comparison 1: USA (5), Germany (2), Australia (1)
Characteristics of the included interventions	Comparison 1: Two parent training programmes were included: The Incredible Years program (5 studies) and Triple-P (Positive Parenting Program), level 4 (3 studies). Length of intervention: From 4 hours of group sessions up to 22 group sessions combined with 10 home visits. Length of follow-up: Minimum 6 months post-intervention
Delivered by	No requirements specified in review
Control	No requirements specified in review
Outcomes	Symptom score for externalising behaviour

Wolfenden L, Wyse RJ, Britton BI, Campbell KJ, Hodder RK, Stacey FG, et al. Interventions for increasing fruit and vegetable consumption in children aged 5 years and under. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012;11:CD008552.

Latest search	May 2010
Interventions	Any educational, experiential, health promotion and/or physiological or family or behavioural therapy or counselling or management or structural or policy or legislative reform interventions designed to increase fruit and/or vegetable consumption in children aged five years or under.
Interventions should be targeted to	None specified. Review inclusive of interventions given to any population of children aged five years or under.
Comparisons	
1. Repeat exposure interventions compared with no intervention on child consumption of a target vegetable.	Not considered relevant for the aim of this report. Comparison excluded.
2. LHW interventions to promote fruit and vegetable intake compared with usual care.	Home visits by trained volunteers – incidentally 2 of the 2 included studies targeted low-income families. The comparison is included in our report.
3. Preschool intervention compared with no intervention on child consumption vegetables.	Not considered relevant for the aim of this report. Comparison excluded.
Study designs	RCT
Populations included in review (n studies)	Low socioeconomic status (2) – and ethnically mixed populations (1)
Countries (n studies)	USA (1), UK (1)
Characteristics of the included interventions	Trained volunteers made home visits who provided practical support on infant feeding practices with emphasis on fruit and vegetable intake. One of the studies also had tailored newsletters, print and audio-materials. Length of intervention: From four contacts to nine contacts. Length of follow-up: 7-18 months
Delivered by	Trained volunteers
Control	Any alternate intervention to encourage fruit and vegetable consumption, or a no intervention control or attention control or wait-list control
Outcomes	Fruit intake and/or vegetable intake

Vedlegg 5: List of protocols for ongoing systematic reviews

Published protocols of ongoing systematic reviews relevant to the objective of this review:

Bambra CL, Hillier FC, Moore HJ, Summerbell CD. Tackling inequalities in obesity: a protocol for a systematic review of the effectiveness of public health interventions at reducing socioeconomic inequalities in obesity amongst children. *Systems Review* 2013; 2: 27.

Kristjansson E, Shea BJ, Greenhalgh T, Rader T, Noonan E, Janzen L, et al. Feeding Interventions for Improving the Physical and Psychosocial Health of Disadvantaged Children Aged Three Months to Five Years: Protocol for a Systematic Review. <http://www.campbellcollaboration.org/lib/project/102/>

MacDonald G, Bennett C, Higgins JPT, Dennis JA. Home visiting for socially disadvantaged mothers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 10. Art. No.: CD008784. DOI: 10.1002/14651858.CD008784. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008784/full>

MacVicar S, Wilcock S. The effectiveness and maternal satisfaction of interventions supporting the establishment of breast-feeding for women from disadvantaged groups: A comprehensive systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. 2013;11(8):48-63.

Shlonsky A, Macvean M, Devine B, Mildon R, Barlow J. Individual and Group-Based Parenting Programmes for Improving Psychosocial Outcomes for Indigenous Parents and their Children: A Systematic Review. 2013. <http://www.campbellcollaboration.org/lib/project/287/>

Vedlegg 6: Excluded publications

Excluded publications	Cause for exclusion of study
Albernaz E, Victora CG. Impact of face-to-face counseling on duration of exclusive breast-feeding: a review. <i>Pan American Journal of Public Health</i> . 2003;14(1):17-24.	The review examined the effect of face-to-face breastfeeding counselling combining both relevant and non-relevant populations to our report in the same analyses.
Ammerman RT, Putnam FW, Bosse NR, Teeters AR, Van Ginkel JB. Maternal depression in home visitation: A systematic review. <i>Aggression and Violent Behavior</i> . 2010;15(3):191-200.	Not a systematic review (no methods description).
Anachebe NF. Racial and ethnic disparities in infant and maternal mortality. <i>Ethnicity & Disease</i> . 2006;16(2):71-6.	Not a systematic review - assessment of extent and causes of disparities.
Anderson LM, Shinn C, Fullilove MT, Scrimshaw SC, Fielding JE, Normand J, et al. The effectiveness of early childhood development programs. A systematic review. <i>American Journal of Preventive Medicine</i> . 2003;24(3:Suppl):Suppl-46.	The interventions were given directly to the children.
Anderson LM, Shinn C, St CJ, Fullilove MT, Scrimshaw SC, Fielding JE, et al. Community interventions to promote healthy social environments: early childhood development and family housing. A report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. <i>Morbidity and Mortality Weekly Report</i> . 2002;51(RR-1):1-8.	Not a systematic review - presentation of guideline development.
Appleton JV. The role of the health visitor in identifying and working with vulnerable families in relation to child protection: a review of the literature. <i>Journal of Advanced Nursing</i> . 1994;20(1):167-75.	Not a systematic review (no methods description).
Arblaster L, Lambert M, Entwistle V, Forster M, Fullerton D, Sheldon T, et al. A systematic review of the effectiveness of health service interventions aimed at reducing inequalities in health. <i>Journal of Health Services Research & Policy</i> . 1996;1(2):93-103.	Not a systematic review (no risk of bias assessment).
Austin MP, Middleton P, Reilly NM, Highet NJ. Detection and management of mood disorders in the maternity setting: the Australian Clinical Practice Guidelines. <i>Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives</i> . 2013;26(1):2-9.	Not a systematic review - presentation of guideline development.
Austin MP, Priest SR. Clinical issues in perinatal mental health: new developments in the detection and treatment of perinatal mood and anxiety disorders. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i> . 2005;112(2):97-104.	Not a systematic review (only a selection of studies included, no risk of bias assessment).

Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH, Juffer F. Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. <i>Psychological Bulletin</i> . 2003;129(2):195-215.	The review examines the influence of design features of attachment interventions on parental sensitivity and infant attachment security. No relevant subgroup analyses presented.
Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH, Bradley RH. Those who have, receive: The Matthew effect in early childhood intervention in the home environment. <i>Review of Educational Research</i> . 2005;75(1):1-26.	The review examined the effect of early childhood interventions on changes in home environments and factors associated with effect size. No relevant subgroup analyses presented.
Barlow J, Coren E, Stewart-Brown S. Meta-analysis of the effectiveness of parenting programmes in improving maternal psychosocial health. <i>British Journal of General Practice</i> . 2002;52(476):223-33.	Based on data from Barlow & Coren (2001), a Cochrane review, latest update 2012.
Barlow J, Coren E. Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health. <i>Cochrane database of systematic reviews (Online)</i> . 2004(1):CD002020.	A Cochrane review, latest update 2012.
Barlow J, McMillan AS, Kirkpatrick S, Ghate D, Barnes J, Smith M. Health-Led Interventions in the Early Years to Enhance Infant and Maternal Mental Health: A Review of Reviews. <i>Child and Adolesc Mental Health</i> . 2010;15(4):178-85.	Review of reviews. All referenced reviews considered for inclusion.
Barlow J, Parsons J, Stewart-Brown S. Preventing emotional and behavioural problems: the effectiveness of parenting programmes with children less than 3 years of age. <i>Child: Care, Health and Development</i> . 2005;31(1):33-42.	Based on data from Barlow & Parson (2004), a Cochrane review with the latest update in 2012.
Barlow J, Shaw R, Stewart-Brown S. Parenting programmes and minority ethnic families. London: National Children's Bureau; 2004.	Not a systematic review (search terms and methods for risk of bias assessment not specified).
Barlow J, Smailagic N, Ferriter M, Bennett C, Jones H. Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in children from birth to three years old. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2010(3):CD003680.	The review examined the effect of group-based parent training programmes related to children 0-3 years irrespectively of any relevant characteristics of the study population or whether the children had established behavioural problems or not. No relevant sub-group analyses reported.
Barlow J, Smailagic N, Huband N, Roloff V, Bennett C. Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. <i>Cochrane database of systematic reviews (Online)</i> . 2012;6:CD002020.	The review examined the effect of group-based parent training on parental psychosocial health irrespectively of any relevant characteristics of the study population, whether the children had established behavioural problems or not, or the age of the children. No relevant sub-groups analyses reported.

Bayer J, Hiscock H, Scalzo K, Mathers M, McDonald M, Morris A, et al. Systematic review of preventive interventions for children's mental health: what would work in Australian contexts? <i>Australian and New Zealand Journal of Psychiatry</i> . 2009;43(8):695-710.	Does not examine effect of interventions.
Beelmann A. Effects of prevention in childhood and adolescence: Results and implications of research reviews and meta-analyses. <i>Zeitschrift fur Klinische Psychologie und Psychotherapie</i> . 2006;35(2):151-62.	Review of reviews. Referenced reviews considered for inclusion.
Bennett C, Macdonald GM, Dennis J, Coren E, Patterson J, Astin M, et al. Home-based support for disadvantaged adult mothers. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2007(3):CD003759.	Cochrane review, withdrawn.
Bermejo E, Lopez-Dicastillo O. Mental health promotion in children: A literature review. <i>Atencion Primaria</i> . 2013;Conference: 1st World Congress of Children and Youth Health Behaviors / 4th National Congress on Health Education Viseu Portugal. Conference Publication:154.	Poster abstract - no publication finalised.
Branscum P, Sharma M. A systematic analysis of childhood obesity prevention interventions targeting Hispanic children: Lessons learned from the previous decade. <i>Obesity Reviews</i> . 2011;12(501):e151-e8.	Not a systematic review (no risk of bias assessment).
Campbell K, Waters E, O'Meara S, Kelly S, Summerbell C. Interventions for preventing obesity in children. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2002(2):CD001871.	Cochrane review, latest update 2005.
Carter FA. Postnatal home visits from healthcare professionals show promise for preventing postnatal depression. <i>Evidence Based Mental Health</i> . 2005;8(4):108-.	Not a systematic review - presentation of and commentary on Dennis 2005.
Chabrol H, Callahan S. Prevention and treatment of postnatal depression. <i>Expert Review of Neurotherapeutics</i> . 2007;7(5):557-76.	Not a systematic review (no methods description).
Chand A, Thoburn J. Research review: child and family support services with minority ethnic families: what can we learn from research? <i>Child & Family Soc Work</i> . 2005;10(2):169-78.	Not a systematic review (no methods description).
Chapman DJ, Perez-Escamilla R. Breastfeeding among minority women: moving from risk factors to interventions. <i>Advances in Nutrition</i> . 2012;3(1):95-104.	Not a systematic review (no risk of bias assessment).
Chopra M, Sharkey A, Dalmiya N, Anthony D, Binkin N. Strategies to improve health coverage and narrow the equity gap in child survival, health, and nutrition. <i>The Lancet Vol 380(9850)</i> , Oct 2012, pp1331-1340. 2012(9850):Oct-1340.	Not a systematic review - policy discussion paper.
Christensen H, Griffiths KM, Gulliver A, Clack D, Kijakovic M, Wells L. Models in the delivery of depression care: a systematic review of randomised and controlled intervention trials (DARE structured abstract). <i>BMC Family Practice</i> . 2008;9:25.	Interventions aimed at other population groups.

Clare CA, Yeh J. Postpartum depression in special populations: a review. <i>Obstetrical and Gynecological Survey</i> . 2012;67(5):313-23.	Not a systematic review (no methods description)
Clark R, Allender S, Waters E, Armstrong R, Swinburn B. Evidence summary: Achieving equity in community-based obesity prevention interventions for children and adolescents. <i>Obesity Reviews</i> . 2010;Conference: 11th International Congress on Obesity, ICO 2010 Stockholm Sweden. Conference Publication:448.	Conference abstract - content analyses of systematic reviews.
Clelland N, Gould T, Parker E. Searching for evidence: what works in Indigenous mental health promotion? <i>Health Promotion Journal of Australia</i> . 2007;18(3):208-16.	Not a focus on our specified population (parents with children < 5 years)
Comfort CB. Evaluating the effectiveness of parent training to improve outcomes for young children: A meta-analytic review of the published research. <i>Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering</i> Vol65(9-B),2005, pp4867. 2005(9-B):2005.	The review examines characteristics associated with effectiveness of parent training programs, and combines programmes give universally, selective, indicated and as treatment.
Coren E, Barlow J, Stewart-Brown S. The effectiveness of individual and group-based parenting programmes in improving outcomes for teenage mothers and their children: a systematic review. <i>Journal of Adolescence</i> . 2003;26(1):79-103.	Based on data from Coren & Barlow (2001), a Cochrane review, latest update 2011.
Coren E, Barlow J. Individual and group-based parenting programmes for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2001(3):CD002964.	A Cochrane review, latest update 2011.
Cox J. Review: Preventing and treating postpartum depression in women – a municipality model. <i>Journal of Research in Nursing</i> . 2012;17(2):157-8.	Not a systematic review - commentary on primary study.
Daley AJ, Jolly K, Sharp DJ, Turner KM, Blamey RV, Coleman S, et al. The effectiveness of exercise as a treatment for postnatal depression: study protocol. <i>BMC Pregnancy and Childbirth</i> . 2012;12:45.	Protocol for a RCT
Deal LW. The effectiveness of community health nursing interventions: a literature review. <i>Public Health Nursing</i> . 1994;11(5):315-23.	Not a systematic review (no methods description).
Demirtas B. Strategies to support breastfeeding: a review. <i>International Nursing Review</i> . 2012;59(4):474-81.	Not a systematic review (no risk of bias assessment).
Dennis CL, Creedy D. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2004(4):CD001134.	A Cochrane review, latest update 2013.
Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2013;2:CD001134.	The review examined the effect of group cognitive behavioural therapy to treat postpartum depression. No outcome measures related to

	the child or the parental role reported for our defined population groups.
Dennis CL, Kingston D. A systematic review of telephone support for women during pregnancy and the early postpartum period. <i>JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing</i> . 2008;37(3):301-14.	One intervention strategy used for different purposes and in different populations combined in the analyses.
Dennis CL. Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. <i>JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing</i> . 2002;31(1):12-32.	Not a systematic review (only selection of studies included, no risk of bias assessment)
Dennis CL. Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. <i>BMJ</i> . 2005;331(7507):15.	Interventions to prevent maternal mental health problems - no outcome measures related to the children/parental role.
Dennis CL. Treatment of postpartum depression, part 2: a critical review of nonbiological interventions. <i>Journal of Clinical Psychiatry</i> . 2004;65(9):1252-65.	The review examined the effect of non-biological interventions to treat postpartum depression. No outcome measures related to the child or the parental role reported.
DeWalt DA, Hink A. Health literacy and child health outcomes: a systematic review of the literature. <i>Pediatrics</i> . 2009;124:Suppl-74.	Does not examine effect of interventions.
Dickinson DK, Brady JP. Toward Effective Support for Language and Literacy Through Professional Development. Zaslow, Martha [Ed]; Martinez-Beck, Ivelisse [Ed](2006)Critical issues in early childhood professional development. Baltimore, US: Paul H Brookes Publishing; 2006(2006):412.	Not a systematic review - book chapter.
Drummond JE, Weir AE, Kysela GM. Home visitation programs for at-risk young families. A systematic literature review. <i>Canadian Journal of Public Health</i> . 2002;93(2):153-8.	Not a systematic review (only selection of studies included)
D'Souza L, Garcia J. Improving services for disadvantaged childbearing women. <i>Child: Care, Health and Development</i> Vol30(6), Nov 2004, pp599-611. 2004(6):Nov-611.	Not a systematic review (no risk of bias assessment).
D'Souza L, King SE, Moreton JA, McCormick F, McFadden A, Renfrew MJ. PH11 Maternal and child nutrition: supporting evidence. Review 6: The effectiveness of public health interventions to improve the nutrition of 2 to 5 year old children. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2008. (Improving the nutrition of pregnant and breast-feeding mothers and children in low-income households. NICE public health guidance 11). http://guidance.nice.org.uk/PH11/SupportingEvidence	Review of reviews. Only selected reviews relevant – all references considered for inclusion.
Dumaret AC. Early intervention and psycho-educational support: a review of the English language literature. <i>Archives de Pediatrie</i> . 2003;10(5):448-61.	Not a systematic review (no risk of bias assessment).

Dumka LE, Lopez VA, Carter SJ. Parenting interventions adapted for Latino families: Progress and prospects. Contreras, Josefina M [Ed]; Kerns, Kathryn A [Ed]; Neal-Barnett, Angela M [Ed](2002)Latino children and families in the United States: Current research and future directions. Westport, CT, US: Praeger Publishers/Greenwood. 2002(2002):283.	Not a systematic review (no risk of bias assessment)
Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev 2005(2):CD001688.	Only interventions conducted during the pregnancy or at the maternity ward.
Els A, Walsh C. The impact of preschool feeding programmes on the growth of disadvantaged young children in developing countries: A systematic review of randomised trials. South African Journal of Clinical Nutrition. 2013;26(2):33-40.	Primarily interventions for children with established malnutrition (treatment).
Engle PL, Fernald LCH, Alderman H, Behrman J, O'Gara C, Yousafzai A, et al. Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. The Lancet. 2011;378(9799):1339-53.	The review examined the effect of early child development interventions in low- and middle-income countries, irrespectively of any relevant characteristics of the study population. No relevant subgroup analyses reported.
Eshel N, Daelmans B, de Mello MC, Martines J. Responsive parenting: interventions and outcomes. Bulletin of the World Health Organization. 2006;84(12):991-8.	Not a systematic review (only selection of studies included, no risk of bias assessment)
Faraz A. Clinical recommendations for promoting breastfeeding among Hispanic women. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. 2010;22(6):292-9.	Not a systematic review - assessment of extent and causes of low breastfeeding rates.
Fowles ER, Cheng HR, Mills S. Postpartum health promotion interventions: a systematic review. Nursing Research. 2012;61(4):269-82.	Combines different postpartum health promotion interventions in different populations.
Froschl B, Wirl C, Haas S. Overweight prevention in adolescents and children (behavioural and environmental prevention). GMS Health Technology Assessment. 2009;5:Doc05.	Primarily interventions for other age groups (> 5 years) and school-based.
Furey A. Are support and parenting programmes of value for teenage parents? Who should provide them and what are the main goals? Public Health. 2004;118(4):262-7.	Not a systematic review (no risk of bias assessment)
Gerlsma C, Emmelkamp PMG, Arrindell WA. Anxiety, depression, and perception of early parenting: A meta-analysis. Clinical Psychology Review. 1990;10(3):251-77.	Does not examine effect of interventions.
Gjerdingen D, Katon W, Rich DE. Stepped care treatment of postpartum depression: a primary care-based management model. Womens Health Issues. 2008;18(1):44-52.	Not a systematic review (no risk of bias assessment).
Gjerdingen D. The effectiveness of various postpartum depression treatments and the impact of antidepressant drugs on nursing infants. Journal of the American Board of Family Practice. 2003;16(5):372-82.	Not a systematic review (no risk of bias assessment).

Gogia S, Sachdev HS. Home visits by community health workers to prevent neonatal deaths in developing countries: a systematic review. <i>Bulletin of the World Health Organization</i> . 2010;88(9):658-66B.	The context is considered too different from that of Norwegian Health Visiting: The included populations had poor access to facility-based health care.
Griffith JR. Assessing childhood obesity programs in low-socioeconomic and diverse communities. <i>Journal of the National Medical Association</i> . 2009;101(5):421-9.	Not a systematic review (analysed a convenience sample of ongoing US programmes).
Grusso P, Quatraro RM. Postnatal depression. Definition, identification, and treatment. <i>Giornale Italiano di Psicologia</i> Vol37(2), May 2010, pp293-318. 2010(2):May-318.	Does not examine effect of interventions.
Guidance for midwives, health visitors, pharmacists and other primary care services to improve the nutrition of pregnant and breastfeeding mothers and children in low income households (DARE structured abstract). <i>Health Technology Assessment Database</i> . 2008.	Not a systematic review - guidelines. Underlying documentation searched.
Hayward S. Review: home visitation by nurses beginning prenatally and extending through infancy prevents child abuse and neglect. <i>Evidence Based Nursing</i> . 2001;4(3):80-.	Not a systematic review - presentation of and commentary on Macmillian & Canadian Task Force on Preventive Health (2000).
Higgins S, Washio Y, Heil S, Solomon L, Gaalema D, Higgins T, et al. Financial incentives for smoking cessation among pregnant and newly postpartum women. <i>Preventive Medicine</i> . 2012;55:S33-S40.	Not a systematic review (no description of systematic search nor risk of bias assessment).
Hodnett ED, Roberts I. Home-based social support for socially disadvantaged mothers. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2000(2):CD000107.	Cochrane review, latest update withdrawn.
Hodnett ED, Roberts I. Home-based social support for socially disadvantaged mothers. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2007(3):CD000107.	Cochrane review, withdrawn.
Hubner-Liebermann B, Hausner H, Wittmann M. Recognizing and treating peripartum depression. <i>Deutsches Arzteblatt International</i> . 2012;Arztebl.(24):419-24.	Not a systematic review (no risk of bias assessment).
Imdad A, Yakoob MY, Bhutta ZA. Effect of breastfeeding promotion interventions on breastfeeding rates, with special focus on developing countries. <i>BMC Public Health</i> . 2011;11.	The review examined the effect of breastfeeding promotion in low- and middle-income countries irrespectively of any relevant characteristics of the study population. No relevant subgroup analyses reported.
Imdad A, Yakoob MY, Bhutta ZA. Impact of maternal education about complementary feeding and provision of complementary foods on child growth in developing countries. <i>BMC Public Health</i> . 2011;11.	The review examined the effect of maternal nutrition education and use of complementary foods irrespectively of any relevant characteristics of the study population. No relevant subgroup analyses reported.
Ingram JC, Deave T, Towner E, Errington G, Kay B, Kendrick D. Identifying facilitators and barriers for home injury prevention interventions for pre-school children: a systematic review	Further analyses of Kendrick, Coupland, Mulvaney et al. (2007)

of the quantitative literature. <i>Health Education Research</i> . 2012;27(2):258-68.	
Jennett PA, Hall LA, Hailey D, Ohinmaa A, Anderson C, Thomas R, et al. The socio-economic impact of telehealth: a systematic review. <i>Journal of Telemedicine and Telecare</i> . 2003;9(6):311-20.	One intervention strategy (telecare) used for different purposes and in different populations combined in the analyses.
Joanna Briggs I. Best Practice Information Sheet: Women's perceptions and experiences of breastfeeding support. <i>Nursing and Health Sciences</i> . 2012;14(1):133-5.	Not a systematic review - discussion of best practice.
Jolly K, Ingram L, Khan KS, Deeks JJ, Freemantle N, MacArthur C. Systematic review of peer support for breastfeeding continuation: metaregression analysis of the effect of setting, intensity, and timing. <i>British Medical Journal</i> . 2012;344.	The review examined the effect of peer support for breastfeeding related to setting (country income level), intensity and timing, irrespective of any relevant characteristics of the study population. No relevant subgroup analyses reported.
Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH. Promoting positive parenting: An attachment-based intervention. (2008) Promoting positive parenting: An attachment-based intervention. New York, NY: Taylor & Francis Group/Lawrence Erlbaum Associates. 2008(2008):238.	Not a systematic review - book chapter.
Kaminski JW, Valle LA, Filene JH, Boyle CL. A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. <i>Journal of Abnormal Child Psychology</i> . 2008;36(4):567-89.	The review examined the effect of parent training irrespective of any relevant characteristics of the study population, whether the children had established behavioural problems or not, or the age of the children. No relevant sub-groups analyse reported.
Kane GA, Wood VA, Barlow J. Parenting programmes: A systematic review and synthesis of qualitative research. <i>Child: Care, Health and Development</i> . 2007;33(6):784-93.	Does not examine effect of interventions.
Kearney MH, York R, Deatrck JA. Effects of home visits to vulnerable young families. <i>Journal of Nursing Scholarship</i> . 2000;32(4):369-76.	Not a systematic review (no description of systematic search)
Kendrick D, Barlow J, Hampshire A, Stewart-Brown S, Polnay L. Parenting interventions and the prevention of unintentional injuries in childhood: Systematic review and meta-analysis. <i>Child: Care, Health and Development</i> . 2008;34(5):682-95.	Analyses based on Kendrick, Barlow, Hampshire et al. (2007), a Cochrane review with latest update in 2013.
Kendrick D, Coupland C, Mulvaney C, Simpson J, Smith SJ, Sutton A, et al. Home safety education and provision of safety equipment for injury prevention. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2007(1):CD005014.	Cochrane review, latest update 2012.
Kendrick D, Smith S, Sutton A, Watson M, Coupland C, Mulvaney C, et al. Effect of education and safety equipment on	Based on data from Kendrick, Coupland, Mulvaney et al. (2007), a Cochrane review with latest update in 2012.

poisoning-prevention practices and poisoning: systematic review, meta-analysis and meta-regression. <i>Archives of Disease in Childhood</i> . 2008;93(7):599-608.	
Kendrick D, Smith S, Sutton AJ, Mulvaney C, Watson M, Coupland C, et al. The effect of education and home safety equipment on childhood thermal injury prevention: meta-analysis and meta-regression. <i>Injury Prev</i> 2009;15(3):197-204.	Based on data from Kendrick, Coupland, Mulvaney et al. (2007), a Cochrane review with latest update in 2012.
Kendrick D, Young B, Mason-Jones AJ, Ilyas N, Achana FA, Cooper NJ, et al. Home safety education and provision of safety equipment for injury prevention. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2012;9:CD005014.	The review examines the effect of home safety education for injury prevention with all sub-populations of parents combined. Analyses of differential effect by social variables are presented, but no effect by sub-groups related to your defined populations.
Kotliarenco MA, Gomez E, Munoz MM, Aracena M. The characteristics, effectiveness and challenges of home visiting in early intervention programmes. <i>Revista de Salud Publica</i> . 2010;12(2):184-96.	Not a systematic review (no methods description).
Lagerberg D. Secondary prevention in child health: effects of psychological intervention, particularly home visitation, on children's development and other outcome variables. <i>Acta Paediatrica</i> . 2000;89:43-52.	Not a systematic review (no methods description).
Lagerberg D. Secondary prevention in child health: effects of psychological intervention, particularly home visitation, on children's development and other outcome variables. <i>Acta Paediatrica</i> . 2000;89:43-52.	Not a systematic review (no methods description).
Lavender T, Richens Y, Milan SJ, Smyth RMD, Dowswell T. Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2013.	One intervention strategy (telephone support) used for different purposes and in different populations combined in the analyses.
Leis JA, Mendelson T, Tandon SD, Perry DF. A systematic review of home-based interventions to prevent and treat postpartum depression. <i>Archives of Womens Mental Health</i> . 2009;12(1):3-13.	Not a systematic review (no risk of bias assessment).
Levitt C, Shaw E, Wong S, Kaczorowski J, Springate R, Sellers J, et al. Systematic review of the literature on postpartum care: Methodology and literature search results. <i>Birth</i> . 2004;31(3):196-202.	Not a systematic review - methods description paper.
Lundahl B, Risser HJ, Lovejoy MC. A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. <i>Clinical Psychology Review</i> . 2006;26(1):86-104.	Interventions for parents of children with established disruptive behaviours.
Macdonald G, Bennett C, Dennis J, Coren E, Patterson J, Astin M, et al. Home-based support for disadvantaged teenage mothers. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2007(3):CD006723.	Cochrane review, latest update withdrawn.

Macdonald G, Bennett C, Dennis J, Coren E, Patterson J, Astin M, et al. Home-based support for disadvantaged teenage mothers. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2008(1):CD006723.	Cochrane review, withdrawn.
Macdonald G, Bennett C, Higgins-Julian PT, Dennis JA. Home visiting for socially disadvantaged mothers. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2010.	Cochrane review, withdrawn.
Manning M, Homel R, Smith C. A meta-analysis of the effects of early developmental prevention programs in at-risk populations on non-health outcomes in adolescence. <i>Children and Youth Services Review</i> . 2010;32(4):506-19.	Not a systematic review (no risk of bias assessment)
Manz PH, Hughes C, Barnabas E, Bracaliello C, Ginsburg-Block M. A descriptive review and meta-analysis of family-based emergent literacy interventions: To what extent is the research applicable to low-income, ethnic-minority or linguistically-diverse young children? <i>Early Childhood Research Quarterly</i> . 2010;25(4):409-31.	Not a systematic review (no risk of bias assessment).
Maulik PK, Darmstadt GL. Community-based interventions to optimize early childhood development in low resource settings. <i>Journal of Perinatology</i> . 2009;29(8):531-42.	The review examined the effect of community-based early childhood interventions suitable for low- and middle-income countries, irrespective of any relevant characteristics of the study population. No relevant subgroup analyses reported.
McCormick F, Moreton JA, D'Souza L, King SE, McFadden A, Renfrew MJ. PH11 Maternal and child nutrition: supporting evidence. Review 5: The effectiveness of public health interventions to improve the nutrition of young children aged 6-24 months. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2008. (Improving the nutrition of pregnant and breastfeeding mothers and children in low-income households NICE public health guidance 11). http://guidance.nice.org.uk/PH11/SupportingEvidence	Review of reviews. Only selected reviews relevant – each of them considered for inclusion.
Mejia A, Calam R, Sanders MR. A review of parenting programs in developing countries: opportunities and challenges for preventing emotional and behavioral difficulties in children. <i>Clinical Child and Family Psychology Review</i> . 2012;15(2):163-75.	Not a systematic review (no risk of bias assessment)
Moran P, Gbate D, van der Merwe. What works in parenting support? A review of the international evidence. London: Home Office/Department for Education and Skills; 2004.	Not a systematic review – narrative presentation of programs, features and outcome commentaries.
Nievar MA, Van Egeren LA, Pollard S. A Meta-Analysis of Home Visiting Programs: Moderators of Improvements in Maternal Behavior. <i>Infant Mental Health Journal</i> . 2010;31(5):499-520.	Not a systematic review (no risk of bias assessment).

Oldroyd J, Burns C, Lucas P, Haikerwal A, Waters E. The effectiveness of nutrition interventions on dietary outcomes by relative social disadvantage: a systematic review. <i>Journal of Epidemiology and Community Health</i> . 2008;62(7):573-9.	Primarily interventions for other age groups (> 5 years).
Olhaberry M, Escobar M, Cristobal PS, Santelices MP, Farakas C, Rojas G, et al. Psychological perinatal interventions in maternal depression and mother-child bond: A systematic review. <i>Terapia Psicologica</i> . 2013;31(2):249-61.	Not a systematic review (no risk of bias assessment).
Ontai L, Ritchie LD, Williams ST, Young T, Townsend MS. Guiding family-based obesity prevention efforts in low-income children in the United States. Part I: What determinants do we target? <i>International Journal of Child and Adolescent Health</i> Vol2(1), 2009, pp19-30. 2009(1):2009, pp-30.	Not a systematic review (no risk of bias assessment).
Oyo-Ita A, Nwachukwu CE, Oringanje C, Meremikwu MM. Interventions for improving coverage of child immunization in low- and middle-income countries. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2011(7).	The review examined the effect of intervention strategies to improve immunization coverage in low- and middle-income countries irrespective of any relevant characteristics of the study population. No relevant subgroup analyses reported.
Patel M, Bailey R, Jabeen S, Ali S, Barker N, Osiezagha K. Postpartum depression: a review. <i>Journal of Health Care for the Poor & Underserved</i> . 2012;23(2):534-42.	Not a systematic review (no methods description).
Piquero AR, Farrington DP, Welsh BC, Tremblay R, Jennings WG. Effects of early family/parent training programs on antisocial behavior and delinquency. <i>Journal of Experimental Criminology</i> . 2009;5(2):83-120.	The review examined the effect of early family/parent training on antisocial behaviour and delinquency irrespective of any relevant characteristics of the study population. No relevant sub-group analyses reported.
Prost A, Colbourn T, Seward N, Azad K, Coomarasamy A, Copas A, et al. Women's groups practising participatory learning and action to improve maternal and newborn health in low-resource settings: a systematic review and meta-analysis. <i>Lancet</i> . 2013;381(9879):1736-46.	The review examined the effect of interventions using women's groups conducted in low- and middle-income countries only, irrespective of any relevant characteristics of the study population. No relevant subgroup analyses reported.
Rahman A, Fisher J, Bower P, Luchters S, Tran T, Yasamy M, et al. Interventions for common perinatal mental disorders in women in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. <i>Bulletin of the World Health Organization</i> . 2013;91(8):593-601.	The review examined the effect of interventions for common perinatal mental disorders conducted in low- and middle-income countries only, irrespective of any relevant characteristics of the study population. No relevant subgroup analyses reported.
Ray KK, Hodnett ED. Caregiver support for postpartum depression. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2001(3):CD000946.	Cochrane review, withdrawn.
Ray KL, Hodnett ED. Caregiver support for postpartum depression. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2000(2):CD000946.	Cochrane review, latest update withdrawn.

Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B, Dowswell T. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. The Cochrane database of systematic reviews. 2012;5:CD001141.	The review examined the effect of support to breastfeeding mothers irrespectively of any characteristics of the study population. No relevant sub-group analyses reported.
Renfrew MJ, Spiby H, D'Souza L, Wallace LM, Dyson L, McCormick F. Rethinking research in breast-feeding: a critique of the evidence base identified in a systematic review of interventions to promote and support breast-feeding. Public Health Nutrition. 2007;10(7):726-32.	Further analyses and discussion of Renfrew, Wallace, Dyson et al. (2005). A Cochrane review with update X
Romeiro J, Lourenco M. Nursing interventions for preventing child maltreatment: A systematic literature review. Atencion Primaria. 2013;Conference: 1st World Congress of Children and Youth Health Behaviors/4th National Congress on Health Education Viseu Portugal. Conference Publication: 98.	Poster abstract - no publication finalised.
Schlickau JM, Wilson ME. Breastfeeding as health-promoting behaviour for Hispanic women: literature review. Journal of Advanced Nursing. 2005;52(2):200-10.	Not a systematic review (no risk of bias assessment).
Schulte-Korne G, Schiller Y. Efficacy of universal and selective prevention on depression in children and adolescents. A systematic review. Zeitschrift fur Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Vol40(6), Nov 2012, pp385-396. 2012(6):Nov-396.	Interventions aimed directly at the children, primarily populations older than 5 years.
Scope A, Booth A, Sutcliffe P. Women's perceptions and experiences of group cognitive behaviour therapy and other group interventions for postnatal depression: a qualitative synthesis. Journal of Advanced Nursing. 2012;68(9):1909-19.	Does not examine effect of interventions.
Seo DC, Sa J. A meta-analysis of obesity interventions among U.S. minority children. Journal of Adolescent Health. 2010;46(4):309-23.	Interventions for children aged 6-19 years.
Sguassero Y, de OM, Carroli G. Community-based supplementary feeding for promoting the growth of young children in developing countries. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2005(4):CD005039.	Cochrane review, latest update 2012.
Sguassero Y, de Onis M, Bonotti AM, Carroli G. Community-based supplementary feeding for promoting the growth of children under five years of age in low and middle income countries. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012(6).	Primarily interventions for children with established malnutrition (treatment).
Shapiro G, Fraser W. Review: Psychosocial and psychological interventions reduce postpartum depression. ACP Journal Club. 2013;159(4):1-.	Not a systematic review - presentation of and commentary on Dennis & Dowswell (2013)
Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S, Wade A. Support for breastfeeding mothers: a systematic review. Paediatric and Perinatal Epidemiology. 2003;17(4):407-17.	Based on data from Sikorski & Renfrew (2001), a Cochrane review with latest update 2011.

Sikorski J, Renfrew MJ. Support for breastfeeding mothers. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2000(2):CD001141.	A Cochrane review, latest update 2012.
Singleton JL. Parent-infant interaction interventions: A meta-analysis. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering Vol65(7-B), 2005, pp3725. 2005(7-B):2005, pp.	The review examined the effect of parent-infant interaction interventions and factors associated with this, combining studies of parent-infant dyads with risk of maladaptive social-emotional development based on both environmental of biological risk factors. No relevant subgroup analyses reported.
Socialstyrelsen. Insatser för att främja goda matvanor och fysisk aktivitet bland barn och ungdomar – en systematisk översikt. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013	The review examined the effect of interventions to promote healthy diets and physical activity, irrespectively of any relevant characteristics of the study population. No relevant subgroup analyses reported.
Spiby H, McCormick F, Wallace L, Renfrew MJ, D'Souza L, Dyson L. A systematic review of education and evidence-based practice interventions with health professionals and breast feeding counsellors on duration of breast feeding. Midwifery. 2009;25(1):50-61.	The review examines the effect of training, education and practice change for health professionals or lay breastfeeding educators/counsellors on the breastfeeding duration (i.e. not targeting the parents).
Stevenson MD, Scope A, Sutcliffe PA, Booth A, Slade P, Parry G, et al. Group cognitive behavioural therapy for postnatal depression: a systematic review of clinical effectiveness, cost-effectiveness and value of information analyses. Health Technology Assessment. 2010;14(44):IX-+.	The review examined the effect of group cognitive behavioural therapy to treat postpartum depression. No outcome measures related to the child or the parental role reported.
Stuart S, O'Hara MW, Gorman LL. The prevention and psychotherapeutic treatment of postpartum depression. Archives of Women's Mental Health. 2003;6:Suppl-69.	Not a systematic review (no methods description).
Summerbell CD, Waters E, Edmunds LD, Kelly S, Brown T, Campbell KJ. Interventions for preventing obesity in children. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2005(3):CD001871.	A Cochrane review, latest update 2011.
Sweet MA, Appelbaum MI. Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. Child Development. 2004;75(5):1435-56.	Not a systematic review (no risk of bias assessment).
Sword W. Review: some specific preventive psychosocial and psychological interventions reduce risk of postpartum depression. Evidence Based Nursing. 2005;8(3):76-.	Not a systematic review - presentation of and commentary on Dennis & Creedy (2004)
Taylor YJ, Nies MA. Measuring the impact and outcomes of maternal child health federal programs. Maternal and Child Health Journal Vol17(5), Jul 2013, pp886-896. 2013(5):Jul-896.	Not a systematic review (no risk of bias assessment).

Thach TS, Bhutta Z, Flenady V, Bubner T, Crowther C, Middleton P, et al. Nutrition interventions and programs for reducing mortality and morbidity in pregnant and lactating women and women of reproductive age: a systematic review. 2012.	Interventions aimed at improving maternal health.
Thomas H. Review: group based parent training programmes lead to short term improvements in maternal psychosocial health. Evidence Based Nursing. 2001;4(3):81-.	Commentary on Coren and Barlow (2001), a Cochrane review with latest update 2012.
Thomas R, Zimmer-Gembeck MJ. Behavioral outcomes of Parent-Child Interaction Therapy and Triple P-Positive Parenting Program: a review and meta-analysis. Journal of Abnormal Child Psychology. 2007;35(3):475-95.	Not a systematic review (no risk of bias assessment).
van Sluijs EM, McMinn AM, Griffin SJ. Effectiveness of interventions to promote physical activity in children and adolescents: systematic review of controlled trials. BMJ. 2007;335(7622):703.	Primarily interventions for other age groups (> 5 years) or not targeted to our defined population groups.
Walther VN. Postpartum depression: a review for perinatal social workers. Social Work in Health Care. 1997;24(3/4):99-111.	Not a systematic review (no methods description).
Warr-Leeper GA. A review of early intervention programs and effectiveness research for environmentally disadvantaged children. Journal of Speech-Language Pathology & Audiology. 2001;25(2):89-102.	Not a systematic review - overview of current programmes.
Waters E, de Silva-Sanigorski A, Hall BJ, Brown T, Campbell KJ, Gao Y, et al. Interventions for preventing obesity in children. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011(12).	The review examined the effect of obesity prevention interventions in children irrespective of any relevant characteristics of the study population. No relevant sub-group analyses reported.
Westhues A, Nelson G, MacLeod J. The Long-Term Impact of Preschool Prevention Programs: Looking to the Future. Prevention & Treatment Vol6(1), Dec 2003, ppNo Pagination Specified ArtID 36r. 2003(1):Dec.	Not a systematic review - comments.
White K, Casto G. An integrative review of early intervention efficacy studies with at-risk children: Implications for the handicapped. Analysis & Intervention in Developmental Disabilities Vol5(1-2), 1985, pp7-31. 1985(1-2):1985, pp-31.	The interventions are given directly to the children.
White KR, Bush DW, Casto GC. Learning from reviews of early intervention. The Journal of Special Education Vol19(4), Win 1985-1986, pp417-428. 1985(4):Win-1986, pp.	Not a systematic review – methods discussion paper.
Whitlock EP, Williams SB, Gold R, Smith PR, Shipman SA. Screening and interventions for childhood overweight: a summary of evidence for the US Preventive Services Task Force. Pediatrics. 2005;116(1):e125-e44.	Interventions for overweight children (treatment).

<p>Yuen RK. The effectiveness of culturally tailored interventions: A meta-analytic review. <i>Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering</i> Vol65(8-B),2005, pp4311. 2005(8-B):2005, pp.</p>	<p>A meta-analytical study of the effect of culturally tailored primary and secondary prevention programs and positive competence development interventions from infancy to 25 years. No relevant subgroup analysed presented.</p>
<p>Zahr L. An integrative research review of intervention studies with premature infants from disadvantaged backgrounds. <i>Maternal-Child Nursing Journal</i>. 1994;22(3):90-101.</p>	<p>Interventions for premature children only.</p>
<p>Zhang YL, Zhang GQ. Occurrence and interventional measures of postpartum depression. <i>Journal of Clinical Rehabilitative Tissue Engineering Research</i>. 2007;11(52):10648-50+53.</p>	<p>Newer reviews with the same focus have been included - not considered necessary to translate from Chinese.</p>

Vedlegg 7: GRADE evidence profiles

List of tables:

Table a: GRADE evidence profiles for results presented in table 3 regarding effect of breastfeeding counselling, education and information by health care workers adapted to low-income women compared to standard care on initiation and duration of breastfeeding.

Table b: GRADE evidence profiles for results presented in table 4 regarding effect of home visiting programs in different populations, predominantly low-income, compared to standard care on prevalence of injuries and quality of the home environment.

Table c: GRADE evidence profiles for results presented in table 5 regarding effect of home visiting programs in different populations, predominantly low-income, compared to standard care on uptake of childhood immunizations.

Table d: GRADE evidence profiles for results presented in table 6 regarding effect of the Incredible Years parent training program delivered selectively compared to no intervention/standard care on prevention of externalising behaviour by the child.

Table e: GRADE evidence profiles for results presented in table 7 regarding effect of the Triple-P parent training program delivered selectively compared to no intervention/standard care on prevention of externalising behaviour by the child.

Table f: GRADE evidence profiles for results presented in table 8 regarding effect of parent training programs for teenage mothers compared to no intervention/standard care on parental psychosocial factors and parent-child interaction.

Table g: GRADE evidence profiles for results presented in table 9 regarding effect of home-based child development interventions for preschool children from socially disadvantaged families compared to no intervention on child cognitive development and socioemotional outcomes.

Table h: GRADE evidence profiles for results presented in table 10 regarding effect of support or outreach regarding breastfeeding by lay health workers to families with low socioeconomic status compared to standard healthcare on breastfeeding outcomes.

Table i: GRADE evidence profiles for results presented in table 11 regarding effect of support or outreach regarding vaccination by lay health workers to families with low socioeconomic status compared to standard healthcare on childhood vaccination outcomes.

Table j: GRADE evidence profiles for results presented in table 12 regarding effect of support or outreach regarding health food habits by lay health workers to families with low socioeconomic status compared to standard healthcare on child fruit intake.

Table k: GRADE evidence profiles for results presented in table 13 regarding effect of treating postnatal depression compared to no intervention/waiting list control group/other interventions on child cognitive development and mother infant interaction.

Table a: GRADE evidence profiles for results presented in table 3 regarding effect of breastfeeding counselling, education and information by health care workers adapted to low-income women compared to standard care on initiation and duration of breastfeeding.

Systematic review: Ibanez et al. 2012, reference (76)

Settings: USA, Great Britain

Quality assessment							№ of patients		Effect		Quality	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Breastfeeding counselling, education and information by health care workers	Standard care	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Initiation of breastfeeding (all breastfeeding) (follow up: -; assessed with: unspecified)												
7	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious ^{2,3}	not serious	none	184/293 (62.8%)	146/324 (45.1%)	RR 1.39 (1.21 to 1.59)	176 more per 1000 (from 95 more to 266 more)	⊕⊕⊕○ MODERATE	
Initiation of breastfeeding (exclusive breastfeeding) (follow up: -; assessed with: unspecified)												
4	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious ^{2,3}	serious ⁴	none	91/167 (54.5%)	58/167 (34.7%)	RR 1.72 (1.34 to 2.21)	250 more per 1000 (from 118 more to 420 more)	⊕⊕○○ LOW	
Breastfeeding between 6 to 8 weeks (all breastfeeding) (follow up: range 6-8 weeks, assessed with: unspecified)												
7	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious ^{2,3}	not serious	none	321/521 (61.6%)	365/671 (54.4%)	RR 1.19 (0.97 to 1.37)	103 more per 1000 (from 16 fewer to 201 more)	⊕⊕⊕○ MODERATE	
Breastfeeding between 3 to 6 months (all breastfeeding) (follow up: range 3-6 months, assessed with: unspecified)												
5	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious ^{2,3}	serious ⁴	none	196/416 (47.1%)	235/568 (41.4%)	RR 1.15 (1.01 to 1.30)	62 more per 1000 (from 4 more to 124 more)	⊕⊕○○ LOW	

CI – confidence interval, RR – relative risk

- Several of the studies had unclear randomization procedures and no information regarding allocation concealment.
- Relatively heterogeneous interventions combined. Based on an overall rating of confidence in the effect estimate, we did not downgrade for indirectness.
- Much lower breastfeeding initiation rates in the study populations than seen in Norway. Standard health care offered to most of the study populations probably different from care given in Norway. This may affect the transferability of results to the Norwegian context, but we have not downgraded for this aspect.
- Small studies with few events

Table b: GRADE evidence profiles for results presented in table 4 regarding effect of home visiting programs in different populations, predominantly low-income, compared to standard care on prevalence of injuries and quality of the home environment.

Systematic review: Kendrick et al. 2013, reference (78)

Settings: USA, Australia, Canada, Great Britain, Ireland, New Zealand

Quality assessment							№ of patients		Effect		Quality	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Home visiting programs	Standard care	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Medically attended or self-reported injuries (follow up: varies; assessed with: unspecified)												
10	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious ^{2,3}	not serious	none	337/2350 (14.3%)	518/2724 (19.0%)	RR 0.83 (0.73 to 0.94)	32 fewer per 1000 (from 11 fewer to 51 fewer)	⊕⊕⊕○ MODERATE	
Observed safe home environment (follow up: varies; assessed with: HOME score)												
3	randomised trials	serious ⁴	not serious	not serious ³	serious ⁵	none	188	180	-	MD 0.57 higher (0.59 lower to 1.72 higher)	⊕⊕○○ LOW	


CI – confidence interval, RR – relative risk, MD – mean difference

- Several of the studies had unclear randomization procedures and no information regarding allocation concealment.
- Two of the studies in the meta-analysis were performed in a population of general parents or parents with a premature infant, respectively. In none of these studies, the intervention had a significant effect on the outcome. Based on an overall rating of confidence in the effect estimate, we did not downgrade for indirectness.
- The study populations were most likely poorer / more socially deprived than common in Norway. Standard health care offered to most of the study populations probably different from care given in Norway. This may affect the transferability of results to the Norwegian context, but we have not downgraded for this aspect.
- High proportion of dropouts in one of the three included studies and no analyses of this. Lack of blinding for assessment of a highly subjective outcome measure.
- Small studies with few events.

Table c: GRADE evidence profiles for results presented in table 5 regarding effect of home visiting programs in different populations, predominantly low-income, compared to standard care on uptake of childhood immunizations.

Systematic review: Kendrick et al. 2000, reference (77)

Settings: USA, Canada, Ireland, Great Britain, Turkey

Quality assessment							№ of patients		Effect		Quality	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Home visiting programs	Standard care	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Immunization uptake (follow up: varies; assessed with: unspecified)												
8	randomised trials	very serious ¹	serious ²	not serious ³	serious ⁴	none	-	-	OR 1.17 (0.33 to 4.17)	-	 VERY LOW	

CI – confidence interval, RR – relative risk, MD – mean difference

1. Median quality score for the studies was 0.32 on a scale from 0-1 (1 best score). It is unclear which aspects of study design, performance and reporting affect the quality score.
2. The overview authors describe high heterogeneity in the effect sizes. The heterogeneity was explored by restricting the analyses in several ways, but no explanatory model was found.
3. The study populations were most likely poorer / more socially deprived than common in Norway. Standard health care offered to most of the study populations probably different from care given in Norway. This may affect the transferability of results to the Norwegian context, but we have not downgraded for this aspect.
4. The confidence interval for the effect includes both a large favourable and a large non-favourable effect.

Table d: GRADE evidence profiles for results presented in table 6 regarding effect of the Incredible Years parent training program delivered selectively compared to no intervention/standard care on prevention of externalising behaviour by the child.

Systematic review: SBU 2010, reference (82)

Settings: USA

Quality assessment							№ of patients		Effect		Quality	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Incredible Years parent training program	No intervention/ standard care	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Symptom assessment, externalising behaviour (follow up: range 6-8 months; assessed with: parental assessment, various questionnaires)												
2	randomised trials	serious 1,2	serious 3	not serious 4	serious 5	none	86	88	-	SMD 0.07 lower (0.36 lower to 0.23 higher)	⊕○○○ VERY LOW	
Symptom assessment, externalising behaviour (follow up: range 12-16 months; assessed with: parental assessment, various questionnaires)												
5	randomised trials	serious 1,2	not serious	not serious 4	not serious	none	551	372	-	SMD 0.09 lower (0.23 lower to 0.04 higher)	⊕⊕○○ LOW	
Symptom assessment, externalising behaviour (follow up: range 12-16 months; assessed with: independent observers, various assessment tools)												
4	randomised trials	serious 1	serious 3	not serious 4	not serious	none	515	337	-	SMD 0.22 lower (0.42 lower to 0.02 lower)	⊕⊕○○ LOW	

CI – confidence interval, SMD – standardised mean difference

1. Unclear aspects of the study design, particularly randomization procedures, and high proportion of dropouts.
2. Parental assessment as the outcome measure.
3. Moderate to high heterogeneity in the results based on I².
4. The studies were performed in very socially deprived and poor neighbourhoods with high rates of criminal activity. Standard health care offered to most of the study populations probably different from care given in Norway. This may affect the transferability of results to the Norwegian context, but we have not downgraded for this aspect.
5. Small studies with few events.

Table e: GRADE evidence profiles for results presented in table 7 regarding effect of the Triple-P parent training program delivered selectively compared to no intervention/standard care on prevention of externalising behaviour by the child.

Systematic review: SBU 2010, reference (82)

Settings: Germany, Australia

Quality assessment							№ of patients		Effect		Quality	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Incredible Years parent training program	no intervention/ standard care	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Symptom assessment, externalising behaviour (follow up: range 6-8 months; assessed with: parental assessment, various questionnaires)												
2	randomised trials	serious ¹	not serious	serious ²	serious ³	none	95	77	-	SMD 0.19 lower (0.49 lower to 0.11 higher)	⊕○○○ VERY LOW	
Symptom assessment, externalising behaviour (follow up: range 12 months; assessed with: parental assessment, various questionnaires)												
3	randomised trials	serious ¹	not serious	serious ²	not serious	none	223	165	-	SMD 0.27 lower (0.47 lower to 0.07 lower)	⊕○○○ VERY LOW	

CI – confidence interval, SMD – standardised mean difference

1. No analyses of attrition and no blinding of a subjective outcome measurement.
2. The study population had a wider age range on the children (2-12 years) than seen at Norwegian primary child health services
3. Small studies with few events.

Table f: GRADE evidence profiles for results presented in table 8 regarding effect of parent training programs for teenage mothers compared to no intervention/standard care on parental psychosocial factors and parent-child interaction.

Systematic review: Barlow et al. 2011, reference (74)

Settings: USA, Canada

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	parent training programs for teenage mothers	no intervention/ standard care	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Parental psychosocial outcomes: Appropriate developmental expectation of children (follow up: Post-intervention; assessed with: AAPI)												
2	randomised trials	very serious ¹	serious ²	not serious	very serious ³	none	32	38	-	SMD 0.17 higher (0.96 lower to 1.30 higher)	⊕○○○ VERY LOW	
Parental psychosocial outcomes: Lack of empathic awareness (follow up: Post-intervention; assessed with: AAPI)												
2	randomised trials	very serious ¹	serious ²	not serious	very serious ³	none	31	38	-	SMD 0.02 higher (1.46 lower to 1.50 higher)	⊕○○○ VERY LOW	
Parental psychosocial outcomes: Non-belief in corporal punishment (follow up: Post-intervention; assessed with: AAPI)												
2	randomised trials	very serious ¹	serious ²	not serious	very serious ³	none	32	37	-	SMD 0.26 higher (0.22 lower to 0.73 higher)	⊕○○○ VERY LOW	
Parental psychosocial outcomes: Lack of parent child role reversal (follow up: Post-intervention; assessed with: AAPI)												
2	randomised trials	very serious ¹	serious ²	not serious	very serious ³	none	33	37	-	SMD 0.09 higher (0.38 lower to 0.81 higher)	⊕○○○ VERY LOW	
Parental psychosocial outcomes: Parent interaction with the child (follow up: range 4-5 weeks; assessed with: NCATS scale by observers)												
2	randomised trials	very serious ¹	serious ²	not serious	very serious ³	none	23	24	-	SMD 6.11 lower (17.0 lower to 4.70 higher)	⊕○○○ VERY LOW	
Child health and development: Infant responsiveness to mother (follow up: range 4-5 weeks; assessed with: NCATS scale by observers)												
2	randomised trials	very serious ¹	serious ²	not serious	very serious ³	none	23	24	-	SMD 0.65 lower (1.25 lower to 0.06 lower)	⊕○○○ VERY LOW	
Combined parent-child interaction (follow up: range 4-5 weeks; assessed with: NCATS scale by observers)												
2	randomised trials	very serious ¹	serious ²	not serious	very serious ³	none	23	24	-	SMD 0.90 lower (1.51 lower to 0.30 lower)	⊕○○○ VERY LOW	

CI – confidence interval, SMD – standardised mean difference, AAPI – Adult Adolescent Parenting Inventory, NACATS – Nursing Child Assessment Teaching Scale

1. Unclear aspects of the randomization procedures, lack of blinding of the outcome assessment, and high proportion of dropouts
2. Large heterogeneity in the results.
3. Very small studies with few measurements.

Table g: GRADE evidence profiles for results presented in table 9 regarding effect of home-based child development interventions for preschool children from socially disadvantaged families compared to no intervention on child cognitive development and socioemotional outcomes.

Systematic review: Miller et al. 2012, reference (80)
Settings: USA, Canada, Bermuda, Jamaica

Quality assessment							№ of patients		Effect		Quality	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Home-based child development interventions	No intervention	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Child cognitive development (follow up: varies; assessed with: Cognitive development score, different tests)												
4	randomised trials	very serious ¹	not serious	not serious ²	serious ³	none	163	122	-	SMD 0.30 higher (0.18 lower to 0.78 higher)	⊕○○○ VERY LOW	
Child socioemotional development												
3	randomised trials	very serious ¹	not serious	not serious ²	serious ¹	none	260 participants in total		-	not estimable*	⊕○○○ VERY LOW	
Adverse effects												
0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	not estimable**		

* The review authors decided that there was insufficient data to combine into a meta-analysis.

** None of the primary studies reported adverse effects.

CI – confidence interval, SMD – standardised mean difference

1. Unclear aspects of the study design, particularly randomization procedures, and high proportion of dropouts.
2. The study populations were most likely poorer / more socially deprived than common in Norway. Standard health care offered to most of the study populations probably different from care given in Norway. This may affect the transferability of results to the Norwegian context, but we have not downgraded for this aspect.
3. Very small studies with few measurements.

Table h: GRADE evidence profiles for results presented in table 10 regarding effect of support or outreach regarding breastfeeding by lay health workers to families with low socioeconomic status compared to standard healthcare on breastfeeding outcomes.

Systematic review: Lewin et al. 2010, reference (79)

Settings: USA, Brasil, UK, Mexico

Quality assessment							№ of patients		Effect		Quality	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Lay health workers	Standard healthcare	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Initiation of breastfeeding (assessed with:												
5	randomised trials	serious ¹	serious ²	not serious ³	serious ⁴	none	980/1494 (65.6%)	1047/1660 (63.1%)	RR 1.11 (0.93 to 1.31)	69 more per 1000 (from 44 fewer to 196 more)	⊕○○○ VERY LOW	
Breastfeeding, any (follow up: up to 12 months; assessed with:												
6	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious ³	serious ⁴	none	574/1032 (55.6%)	404/964 (41.9%)	RR 1.29 (1.13 to 1.48)	122 more per 1000 (from 54 more to 201 more)	⊕⊕○○ LOW	
Exclusive breastfeeding (follow up: 6 months)												
4	randomised trials	serious ¹	serious ²	not serious ³	serious ⁴	none	230/864 (26.6%)	107/801 (13.4%)	RR 4.31 (1.27 to 14.6)	442 more per 1000 (from 36 more to 1817 more)	⊕○○○ VERY LOW	


MD – mean difference, RR – relative risk. Analyses adjusted for clustering.

1. Some of the studies were unclear on randomization procedures and concealed allocation.
2. Large heterogeneity in the results based on I².
3. The study populations were most likely poorer / more socially deprived than common in Norway. Standard health care offered to most of the study populations probably different from care given in Norway. This may affect the transferability of results to the Norwegian context, but we have not downgraded for this aspect
4. Wide CI. Based on an overall rating of confidence in the effect estimate, we did not downgrade for imprecision.

Table i: GRADE evidence profiles for results presented in table 11 regarding effect of support or outreach regarding vaccination by lay health workers to families with low socioeco-nomic status compared to standard healthcare on childhood vaccination outcomes.

Systematic review: Glenton et al. 2010, reference (75)

Settings: USA, Canada, Bermuda, Jamaica

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	trenede lekfolk eller likemenn	standard helsetjenestetilbud	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Immunization uptake (follow up: varies; assessed with: unspecified)												
4	randomised trials	serious ¹	serious ²	not serious ³	not serious	none	574/1000 (57.4%)	482/1000 (48.2%)	RR 1.19 (1.09 to 1.3)	92 more per 1000 (from 43 more to 145 more)	 LOW	

MD – mean difference, RR – relative risk

1. Lack of blinding, selective recruitment and baseline differences in of the studies.
2. Large heterogeneity in the results based on I².
3. The study populations were most likely poorer / more socially deprived than common in Norway. Standard health care offered to most of the study populations probably different from care given in Norway. This may affect the transferability of results to the Norwegian context, but we have not downgraded for this aspect.

Table j: GRADE evidence profiles for results presented in table 12 regarding effect of support or outreach regarding health food habits by lay health workers to families with low socioeconomic status compared to standard healthcare on child fruit intake.

Systematic review: Wolfenden et al. 2012, reference (83)

Settings: USA, UK

Quality assessment							№ of patients		Effect		Quality	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Lay health workers	Standard health care	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Frukt inntak (follow up: mean <12 months; assessed with: (Spørreskjema))												
2	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious	not serious	none	709	809	-	SMD 0.01 higher (0.09 lower to 0.11 higher)	⊕⊕⊕○ MODERATE	

SMD – standardised mean difference

1. The largest study had unclear allocation concealment. Unclear outcome assessment.

Table k: GRADE evidence profiles for results presented in table 13 regarding effect of treating postnatal depression compared to no intervention/waiting list control group/other interventions on child cognitive development and mother infant interaction.

Systematic review: Poobalan et al. 2007, reference (81)

Settings: USA, UK, Australia

Quality assessment							№ of patients		Effect		Quality	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Home-based child development interventions	No intervention	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Child cognitive development in children												
3	randomised trials	very serious ¹	not serious	not serious	serious ²	none	419 participants in total		-	not estimable*	⊕○○○ VERY LOW	
Mother-infant interaction or relationship												
8	randomised trials	very serious ¹	not serious	not serious	serious ²	none	752 participants in total		-	not estimable*	⊕○○○ VERY LOW	

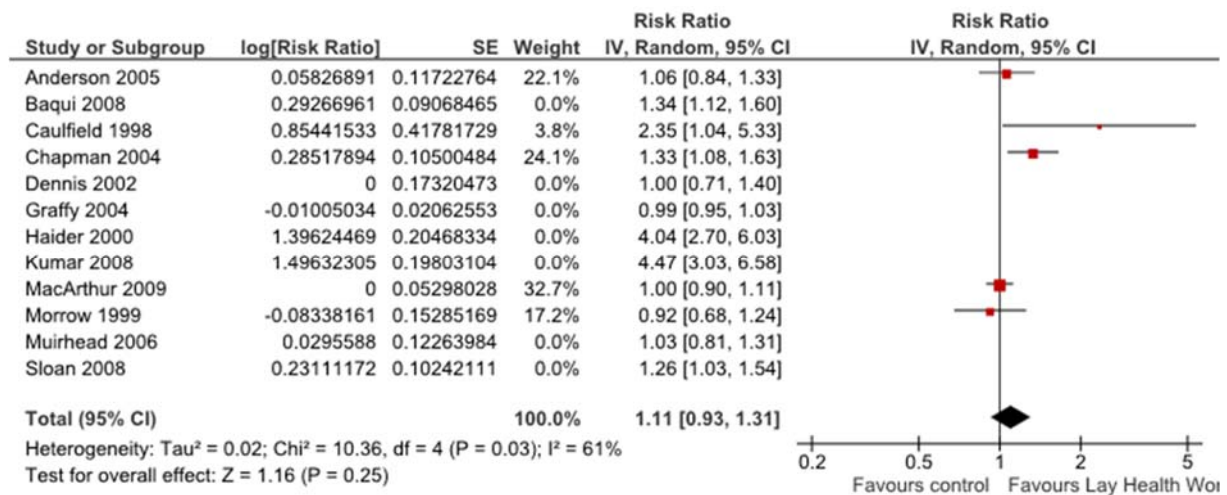
* The review authors decided that both the interventions and the outcome measures were too different to combine into a meta-analysis.

1. Unclear aspects of the study design, particularly randomization procedures, no blinding nor information regarding directness.
2. Very small studies with few measurements

Vedlegg 8: Meta-analyses of targeted lay health worker interventions on breastfeeding outcomes

LHW: Lay health worker

Figure a: Re-analyses of meta-analyses "Figure 10. Forest plot of comparison: 2 LHW interventions to promote breastfeeding compared with usual care, outcome: 2.6 Initiated breastfeeding – adjusted for clustering" from Lewin 2010 (79) using only the five studies with relevant study populations.



Study populations in the five included studies:

Anderson 2005: Low-income population, predominantly Hispanic, USA

Caulfield 1998: Low-income population, USA

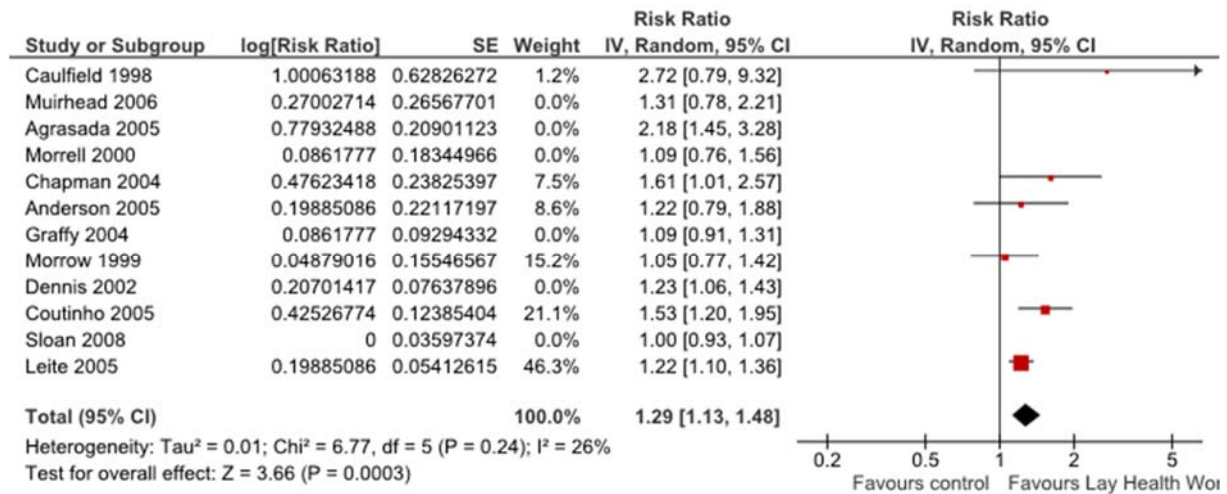
Chapman 2004: Low-income population, predominantly Hispanic, USA

MacArthur 2009: Low-income population, multi-ethnic, UK

Morrow 1999: Poorer urban locations, Mexico

Excluded studies (n=7): Delivered universally or in a low-income country in regions with poor basic health care services, including high proportion home deliveries without skilled attendant.

Figure b: Re-analyses of meta-analyses “Figure 11. Forest plot of comparison: 2 LHW interventions to promote breastfeeding compared with usual care, outcome: 2.7 Any breastfeeding – adjusted for clustering” from Lewin 2010 (79) using only the six studies with relevant study populations.

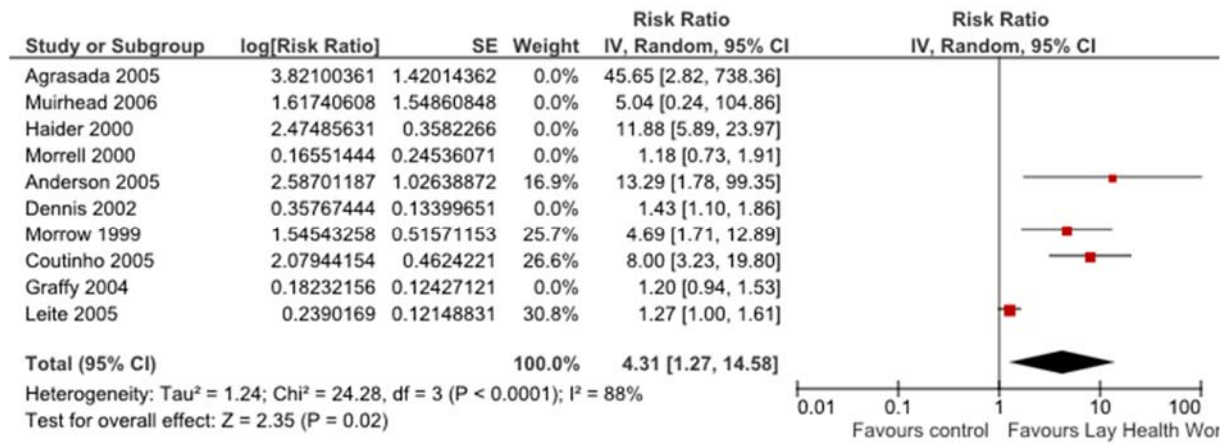


Study populations in the six included studies:

- Caulfield 1998: Low-income population, USA
- Chapman 2004: Low-income population, predominantly Hispanic, USA
- Anderson 2005: Low-income population, predominantly Hispanic, USA
- Morrow 1999: Poorer urban locations, Mexico
- Coutinho 2005: Low-income population, Brasil
- Leithe 2005: Low-income population, Brasil

Excluded studies (n=6): Delivered universally or in a low-income country in regions with poor basic health care services including high proportion home deliveries without skilled attendant.

Figure c: Re-analyses of meta-analyses "Figure 12. Forest plot of comparison: 2 LHW interventions to promote breastfeeding compared with usual care, outcome: 2.8 Exclusive breastfeeding – adjusted for clustering" from Lewin 2010 (79) using only the four studies with relevant study populations.



- Anderson 2005: Low-income population, predominantly Hispanic, USA
- Morrow 1999: Poorer urban locations, Mexico
- Coutinho 2005: Low-income population, Brasil
- Leithe 2005: Low-income population, Brasil

Excluded studies (n=6): Delivered universally or in a low-income country in regions with poor basic health care services including high proportion home deliveries without skilled attendant.