

2017

RAPPORT

Gruppetiltak og kurs for foreldre

Norsk praksis, erfaringer og
effektevalueringer

Nima Wesseltoft-Rao
Tonje Holt
Maren Sand Helland

Gruppetiltak og kurs for foreldre

Norsk praksis, erfaringer og effektevalueringer

Nima Wesseltoft-Rao

Tonje Holt

Maren Sand Helland

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Område for psykisk og fysisk helse
Avdeling for barns utvikling
Mai 2017

Tittel:

Gruppetiltak for foreldre.
Norsk praksis, erfaringer og effektevalueringer

Forfattere:

Nima Wesseltoft-Rao
Tonje Holt
Maren Sand Helland

Prosjektleder:

Heidi Aase

Korrektur:

Kari Voll

Referanseliste:

Marita Heintz

Oppdragsgiver:

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet

Publikasjonstype:

Rapport

Bestilling:

Rapporten kan lastes ned som pdf
på Folkehelseinstituttets nettsider: www.fhi.no

Lay-out korrektur:

Per Kristian Svendsen

Grafisk omslag:

Fete Typer

Trykk:

wj.no

Opplag: 50

ISBN trykt utgave 978-82-8082-844-6
ISBN elektronisk utgave 978-82-8082-843-9

Emneord (MeSH): Kunnskapsstatus, kunnskapsbasert, evaluering, risiko for systematiske skjevheter, gruppe, intervensjon, tiltak, familie, foreldre, barn og unge, psykisk helse.

Sitering: Wesseltoft-Rao N, Holt T, Helland MS. «Gruppetiltak for foreldre. Norsk praksis, erfaringer og effektevalueringer.» [Group interventions for parents. Norwegian practice, experience and effect evaluations.] Rapport 2017. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2017.

Innholdsfortegnelse

Hovedbudskap	6
Sammendrag	7
Forord	9
1 Innledning	10
1.1 Oppdraget	11
1.2 Struktur i rapporten	12
1.3 Teoretiske rammeverk	12
1.3.1 Atferdsorientert læringsteori (atferdsteori)	13
1.3.2 Kognitiv læringsteori	13
1.3.3 Sosial læringsteori	13
1.3.4 Tilknytningsteori	14
1.3.5 Systemteori	14
1.3.6 Den biopsykososiale modellen og transaksjonsmodellen	15
1.4 Gruppetiltak for foreldre	15
1.4.1 Gruppetiltak i Norge	16
1.4.2 Universelle, selektive og indikative gruppetiltak for foreldre	16
1.5 Barn og familier med særlige utfordringer	17
1.5.1 Barn med psykiske vansker og atferdsvansker	17
1.5.2 Barn med kroniske sykdommer og funksjonsnedsettelse	18
1.5.3 Samlivsproblemer	18
1.6 Avgrensinger	19
1.6.1 Gruppetiltak for foreldre	19
1.6.2 Utfallsvariabler	20
1.6.3 Evidensbasert praksis som basis for inkluderte effekt- og evalueringsdesign	20
2 Metode og datagrunnlag	23
2.1 Kartlegging av gruppetiltak som tilbys i Norge	23
2.2 Litteratursøk	27
2.2.1 Søkestrategi	28
2.2.2 Databaser	28
2.2.3 Tilleggssøk	29
2.2.4 Eksklusjon og inklusjon	29
2.2.5 Oppdatert litteratursøk	29
2.3 Vurdering av risiko for systematiske skjevheter	31
2.3.1 Samlet vurdering av risiko for systematiske skjevheter	32
2.3.2 Robuste Samliv og Ungsinns vurdering:	33

3 Resultater	34
3.1 Tilbud i Norge	34
3.2. Circle of Security (COS).....	36
3.2.1 Innhold og teoretisk forankring av COS.....	36
3.2.2 Bruk av COS-grupper i Norge.....	38
3.2.3 Brukerevalueringer	40
3.2.4 Hva vet vi om effekten av COS?.....	40
3.3 International Child Development Program (ICDP).....	41
3.3.1 Innhold og teoretisk forankring av ICDP.....	41
3.3.2 Bruk og implementering av ICDP i Norge	42
3.3.3 Brukerevalueringer, kvalitative studier og implementeringsstudier.....	44
3.3.4 Hva vet vi om effekten av ICDP?.....	45
3.4 De Utrolige Årene (DUÅ).....	46
3.4.1 Innhold og teoretisk forankring.....	46
3.4.2 Bruk og implementering av DUÅ-grupper i Norge	47
3.4.3 Brukerevalueringer, kvalitative studier og implementeringsstudier.....	49
3.4.4 Hva vet vi om effekten av DUÅ-foreldreveiledning?	50
3.5 Parent Management Training-Oregon modellen (PMTO)-foreldregrupper.....	52
3.5.1 Innhold og teoretisk forankring.....	52
3.5.2 Bruk og implementering av PMTO-grupper i Norge.....	53
3.5.3 Brukerevalueringer, kvalitative studier og implementeringsstudier.....	55
3.5.4 Hva vet vi om effekten av PMTO-foreldregruppe	56
3.6 Samlivstiltak	57
3.6.1 Innhold og teoretisk forankring av samlivskursene Godt samliv, Bufferkurs og PREP.....	57
3.6.2 Bruk av samlivskursene Godt Samliv, Bufferkurs og PREP i Norge.....	58
3.6.3 Brukerevalueringer av samlivstiltakene	60
3.6.4 Hva vet vi om effekten av samlivskursene Godt Samliv, Bufferkurs og PREP	61
3.7 Hva med oss? og Hva med meg?.....	61
3.7.1 Innhold og teoretisk forankring ved foreldrekursene Hva med oss? og Hva med meg?	61
3.7.2 Bruk av foreldrekursgruppene Hva med oss? og Hva med meg? i Norge	62
3.7.3 Brukerevaluering av Hva med oss?.....	62
3.8 Løft i grupper	62
3.8.1 Innhold og teoretisk forankring av Løft	62
3.8.2 Bruk av LØFT-grupper i Norge	63
3.8.3 Brukerevaluering og evidensgrunnlaget for LØFT i grupper	63
3.9 Samspillsmetoden DIALOG.....	64
3.9.1 Innhold og teoretisk forankring av Samspillsmetoden DIALOG	64
3.9.2 Bruk av Samspillsmetoden DIALOG i Norge	64
3.9.3 Brukererfaringer og evaluering av Samspillsmetoden DIALOG.....	65

3.10 Narrativ tilnærming.....	65
3.10.1 Innhold og teoretisk forankring ved narrative foreldreveiledningsgrupper	65
3.10.2 Narrativ tilnærming til familierapi i Norge	66
3.10.3 Brukererfaringer og evidensgrunnlaget for narrative foreldreveiledningsgrupper	66
3.11 Emosjonsfokusert terapi (EFT), Smarte Foreldre, Psykoedukativ flerfamiliegrupper (PEFFG) og Funksjonell familierapi (FFT)	66
3.11.1 EFT	66
3.11.2 Smarte foreldre.....	68
3.11.3 PEFFG	68
3.11.4 FFT.....	68
3.12 Fortsatt Foreldre	69
3.12.1 Innhold og teoretisk forankring.....	69
3.12.2 Bruk av Fortsatt Foreldre i Norge	69
3.12.3 Brukerevaluering av Fortsatt Foreldre	70
4 Diskusjon	71
4.1 Eksisterende tilbud i Norge	71
4.2 Universalforebyggende, selektive og indikative tiltak.....	72
4.3 Innhold og teoretisk forankring	74
4.4 Brukerevalueringer	75
4.5 Effektevalueringene.....	76
4.6 Effekt for noen, men ikke for alle.....	77
4.7 Effektivitetsstudier og implementering	78
4.8 Styrker og svakheter ved kunnskapsstatusen	79
4.9 Behov for videre forskning	80
5 Oppsummering og konklusjon.....	82
Forkortelser og ordforklaringer	84
Mål på sammenhenger.....	87
Litteraturliste.....	88
Vedlegg.....	99

Hovedbudskap

Gruppetiltak for foreldre kan støtte barns utvikling og hjelpe foreldre til å skape en tryggere oppvekst for sine barn.

Gruppetiltak for foreldre er et lavterskeltilbud som kan bidra til å styrke mødre og fedre i foreldrerollen. Gjennom å styrke samspillet mellom foreldre og barn, kan tiltakene bidra til å forebygge psykisk uhelse og fremme positiv utvikling hos barn og unge. Gruppebaserte tiltak til foreldre er en viktig del av folkehelsearbeidet og tilbys gjennom helse- og velferdstjenesten i Norge. Gruppetiltakene som ble rapportert mest brukt i vår kartleggingsundersøkelse, var Circle of Security (COS), International Child Development Programme (ICDP), De utrolige årene (DUÅ), Parent Management Training-Oregonmodellen (PMTO), Fortsatt Foreldre, og samlivskurset Godt Samliv. De fleste oppga at de tilbyr tiltakene universelt (til alle foreldre uavhengig av behov) og selektivt (til foreldre og familier i risiko).

Hovedfunnene i denne kunnskapsstatusen viser at alle gruppetiltakene for foreldre bygger på faglige og teoretiske grunnprinsipper om barns utvikling, tilknytning og atferd, og støttende foreldreatferd. Brukerevalueringene viser at både terapeuter og foreldre er tilfredse med tiltakene, og at deltakerne vil anbefale tiltakene til andre. Det er gjennomført flere effektstudier av tiltakene COS, ICDP, DUÅ og PMTO, og resultatene antyder positive effekter på foreldreatferd, tilknytning og samspill mellom foreldre og barn, på barns og foreldres trivsel, psykiske helse og atferd. De fleste tiltakene hadde god effekt på de fenomenene de var ment å virke på. Effektevalueringene av DUÅ og PMTO anses som de mest robuste fordi de har brukt RCT-design, et studiedesign som antas å gi resultater med minst feil og skjevheter.

Det er behov for flere effektstudier, implementeringsstudier og langtidsstudier av gruppetiltakene som tilbys i Norge i dag. Det er og behov for mer kunnskap om hvordan tiltakene virker på sårbare grupper og hvordan vi kan nå fram til de som særlig trenger slike tiltak.

Sammendrag

Foreldres viktigste oppgave er å beskytte barn og legge til rette for at de utvikler seg positivt, både emosjonelt, kroppslig og kognitivt. Denne utviklingen skjer i samspill med omsorgsgivere, som også danner en trygg omsorgsbasis for barna. Gruppetiltak til foreldre omfatter tiltak som støtter og styrker foreldrene i foreldrerollen og derigjennom bidrar til å sikre en positiv utvikling og forebygge psykisk uhelse hos barna. Vi mangler en oversikt over hvilke gruppetiltak for foreldre som brukes i Norge i dag, samt en oppdatert oversikt over erfaringer og effekt-evalueringer som er gjennomført av gruppetiltakene.

Denne rapporten er skrevet på oppdrag av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) og formålet har vært å få oppdatert kunnskap om effekt av og erfaring med bruk av gruppetiltak for foreldre i det forebyggende og det kliniske arbeidet som tilbys i Norge.

Mer spesifikt har målet vært å undersøke:

1) Eksisterende tilbud

- a. Hvilke eksisterende gruppetiltak benyttes av ulike aktører i Norge i dag?
- b. Hvilke gruppetiltak benyttes hvor, innen helse- og velferdstjenestene?
- c. Brukes gruppetiltakene som universalforebyggende, selektive eller indikative tiltak?
- d. Hvilken teoretisk og empirisk forankring har du ulike tiltakene?

2) Å sammenstille og vurdere eksisterende effektevalueringer og annen forskning om effekt av og erfaring med gruppetiltak i klinisk og forebyggende arbeid

- a. I hvilken grad, for hvem og under hvilke betingelser har gruppetiltak dokumentert effekt?
- b. Hvilke erfaringer har veiledere og deltakere med gruppetiltakene?

Vi hadde en todelt metodisk tilnærming for å svare på problemstillingene. Først ble det gjennomført en elektronisk kartleggingsundersøkelse over hvilke tilbud som finnes i Norge i dag. Til sammen ble 703 spørreskjemaer sendt ut til blant annet kommuner, bydeler, familievernkontor og barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikker (BUP). Deretter ble det gjennomført et litteratursøk for å undersøke om gruppetiltakene som brukes har blitt evaluert, og kvaliteten på studiene vurdert. Studiene ble gradert etter Cochrane-verktøyene Risk of Bias (ROB) og Risk Of Bias in Non-randomized Studies of Interventions (ROBINS-I).

Hovedfunnene fra kunnskapsstatusen viste at:

- Gruppetiltakene som ble rapportert mest brukt innen helse- og velferdstjenesten var COS, ICDP, DUÅ, PMTO, Fortsatt Foreldre, og samlivskurset Godt Samliv.
- De fleste som oppga at de benyttet COS, ICDP, DUÅ og PMTO svarte på vegne av helsestasjoner og barnevernstjenester.
- De fleste oppga at de tilbyr tiltakene universelt (til alle foreldre uavhengig av behov) og selektivt (til foreldre og familier i risiko). ICDP tilbys mest som et universalforebyggende tiltak, mens COS, DUÅ og PMTO tilbys først og fremst som selektive tiltak.
- Alle gruppetiltakene for foreldre bygger på faglige og teoretiske grunnprinsipper om barns utvikling, tilknytning, barns atferd og støttende foreldreatferd.

- Det er gjennomført brukerevalueringer av de fleste gruppetiltakene. Evalueringene viser at både terapeuter og foreldre er tilfredse med tiltakene og at deltakerne vil anbefale tiltakene til andre.
- Det er gjennomført effektevaluering av både COS, ICDP, DUÅ og PMTO. Disse viser at tiltakene har effekt på foreldrekompetanse, tilknytning og samspill mellom foreldre og barn og på barns og foreldres trivsel og psykiske helse.
- Det er først og fremst effektstudiene av DUÅ og PMTO som har benyttet et RCT-design, mens de fleste andre har benyttet et pre-post design eller et design med en ikke-randomisert sammenligningsgruppe.
- Risikoen for systematiske skjevheter ble vurdert som lav, uklar eller høy i RCT-studiene, og som moderat, alvorlig eller kritisk i studiene uten kontrollgruppe eller uten en randomisert kontrollgruppe.
- Alle COS-studiene har et pre-post design og er derfor blitt vurdert til å ha en kritisk risiko for skjevheter. Dette gjelder også ICDP-studiene som ikke har en kontrollgruppe. I studiene av ICDP og DUÅ som har en sammenligningsgruppe, er det mangel på justering for konfunderende faktorer i analysene, mangel på informasjon om programintegritet og på hvordan studiene har håndtert frafall og manglende data som har trukket ned kvaliteten på studiene. I RCT-studiene av DUÅ, PMTO, LØFT og EFT som har fått en annen vurdering enn «lav risiko for systematiske skjevheter», er det først og fremst manglende informasjon om randomiseringsnøkkel, mangelfull håndtering av, og informasjon om frafall, av deltakere og mangelfull informasjon om programintegritet som har trukket ned vurderingen.
- Det er behov for videre studier som evaluerer effekt og brukertilfredshet ved gruppetiltakene for foreldre. Det er spesielt behov for studier som følger deltakere over tid, studier fra norske forhold, studier som følger opp deltakere som dropper ut av tiltakene og studier som undersøker implementeringen av gruppetiltakene.

Forord

Rapporten «Gruppetiltak og kurs for foreldre. Norsk praksis, erfaringer og effektevalueringer» er skrevet på oppdrag fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). Formålet har vært å få oppdatert kunnskap om effekt av, og erfaring med, bruk av gruppetiltak i det forebyggende og kliniske arbeidet som tilbys foreldre i Norge.

Familien danner den viktigste rammen for barns liv, og det er her barn lærer å regulere følelser og atferd på måter som fremmer god trivsel og positiv utvikling. Men familien opplever små og store utfordringer gjennom barnets oppvekst, og noen ganger kan utfordringene utgjøre en risiko for barnets psykiske helse og trivsel. Gruppetiltak for foreldre er et lavterskeltilbud som kan nå mange, bidra til å styrke mødre og fedre i foreldrerollen og styrke samspillet mellom foreldre og barn. De gruppebaserte tiltakene kan være en arena der foreldre kan lære å håndtere utfordringer på gode måter, samtidig som de møter andre i samme situasjon. På denne måten vil tiltakene kunne forebygge senere psykisk uhelse og legge til rette for at barn får optimale betingelser for en sunn utvikling.

Forebyggende og helsefremmende tiltak for barn og unges psykiske helse og trivsel er et satsingsområde for folkehelsearbeidet i Norge. Gruppebaserte tiltak til foreldre er en naturlig og viktig del av dette arbeidet. Selv om det finnes et stort og variert tilbud av gruppebaserte tiltak for foreldre i Norge, er ikke tilbudet jevnt fordelt i kommunene og vi vet ikke alltid hvilke instanser som tilbyr hvilke tiltak. Vi mangler også kunnskap om effekten av de ulike tiltakene og kunnskap om hvordan terapeuter og mottakere opplever tiltakene. Med denne rapporten vil vi gi en oversikt over ulike tiltak som tilbys i Norge i dag og hvem som tilbyr disse. Rapporten gir også en oversikt over nåværende kunnskapsstatus om effekt og evaluering av de ulike tiltakene og peker på områder der vi trenger mer forskning.

Vi vil takke våre eksterne fagfeller; forsker og seksjonsleder Hege Kornør ved R-BUP Øst og Sør og forsker Silje Hukkelberg ved Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge (NUBU) for viktige kommentarer og innspill i arbeidet med rapporten. Takk også til Nora Blaasvær og Rigmor Berg i Område for helsetjenester (tidligere Kunnskapscenteret) for nyttige innspill om vurdering av studieeffekt og bedømmelsesverktøy. Vårt ønske er at denne rapporten skal stimulere til økt fokus på tiltak som bidrar til å styrke mødre og fedre i foreldrerollen slik at de kan skape trygge og gode oppvekstbetingelser for sine barn.

Oslo, mai 2017

Knut-Inge Klepp
Områdedirektør for Psykisk og fysisk helse
Folkehelseinstituttet

1 Innledning

Familien er den mest sentrale og stabile arenaen for barns sosialisering og utvikling (1). Barn trenger helt fra starten av å inngå i gjensidige relasjoner basert på kjærlighet, tillit og trygghet. Samspillet med nære omsorgsgivere er avgjørende for barns modning og utvikling. Det er gjennom tilknytning til dem at barn får en opplevelse av seg selv som et sosialt individ. Dette samspillet danner grunnlag for videre god psykisk helse og for godt samspill med andre også senere i barnets liv, fordi barn som etablerer trygge bånd tidlig i livet kan bygge på dette i sine relasjoner til andre gjennom ungdomsårene og i voksenlivet (2). I hjemmet lærer barna også familiens normer, kulturelle normer i samfunnet, og hvordan de kan håndtere vanskelige livssituasjoner (3). Foreldre skal også hjelpe barn å håndtere og regulere følelser (4). I tillegg kan økonomiske, materielle, kulturelle og sosiale vilkår påvirke familien og barnet. Dette kan bidra til store forskjeller i barns oppvekstvilkår (2).

Foreldrenes psykiske helse og sosiale fungering, utøvelse av foreldreskapet og kvaliteten på samlivet mellom foreldrene vil påvirke hvordan de klarer å møte barnas behov og deri-gjennom utviklingen av barnas helse og atferd (5;6). Denne utviklingen skjer i en gjensidig sosialisering-prosess mellom foreldrene og barn, der barna, med sine individuelle egenskaper også kan endre sine omgivelser og påvirke foreldres atferd (7). For eksempel kan perioder med utfordrende atferd hos barna bli et stressmoment for foreldrene, noe som igjen kan bidra til både økt stress i foreldreskapet og konflikter i parforholdet (8-10). Andre ganger kan barnet ha egenskaper som kanskje vekker eller utfordrer såre sider hos foreldrene (4). Da kan foreldrene streve med å gi barna den støtten og tryggheten de trenger. Derfor handler det å være foreldre i stor grad om å kunne håndtere egne følelser. Noen ganger har foreldrene også med seg egne problemer inn i foreldre-barnrelasjonen. De kan ha psykiske vansker, vanskelige barndomserfaringer eller en vanskelig livssituasjon. I tillegg kan økonomiske, materielle, kulturelle og sosiale vilkår påvirke familien og barnet. Dette kan bidra til store forskjeller i barns oppvekstvilkår (2).

Hensikten med gruppetiltak for foreldre eller andre omsorgspersoner er å støtte og styrke foreldrene i foreldrerollen, styrke samspillet med barna og bidra til å sikre barns rett til omsorg og beskyttelse for derigjennom å forebygge psykisk uhelse og de konsekvenser dette kan ha for barn når de vokser opp (2). Ulike tilnærminger forsøker å dyktiggjøre foreldrene i å bygge gode relasjoner til barna sine og til å hjelpe barna på en utviklingsstøttende måte. Gruppetiltak til foreldre omfatter foreldreveiledningsprogrammer og samlivskurs for foreldre. Tiltakene kan hjelpe foreldrene til å forstå hvordan egen atferd kan påvirke barna. De kan i tillegg bidra til å styrke foreldrenes psykososiale fungering, kvaliteten på samspillet i familien og trygge foreldrene i deres rolle overfor barna, noe man antar vil komme barna til gode (11;12). Mange foreldre har stort utbytte av gruppetiltak. Samtidig som de lærer nye ferdigheter, kan de møte og utveksle felles erfaringer, utfordringer og bekymringer med andre foreldre (13). Tanken er at tiltakene legger til rette for gode oppvekstvilkår for barn generelt, ved at flere barn får en sunn psykososial utvikling. Det er også flere studier som har vist at ulike gruppetiltak har positive effekter både på barnet, foreldrene og samspillet mellom dem, særlig når tiltak settes i gang tidlig i foreldreskapet eller tidlig i et barns liv (14). Det er imidlertid et behov for å systematisere de effektstudiene som foreligger, både med hensyn til hvilket tiltak som benyttes, hvem som benytter tiltaket og hva som regnes som utfall i studiene. Det trenger vi for å få mer innsikt i hva som har effekt og for hvem tiltaket har effekt. Det er også behov for å oppsummere hvilke erfaringer deltakere og veiledere har med tiltakene. Det er ønskelig at alle foreldre som trenger

det skal ha tilgang på tiltak som bidrar til å støtte og styrke familien som et trygt og solid fundament for barns utvikling og helse. Formålet med denne kunnskapsstatusen er å kartlegge eksisterende gruppetiltak som tilbys til foreldre i Norge i dag, å vurdere i hvilken grad eksisterende tiltak har blitt evaluert og hvilken kvalitet det er på disse evalueringene.

1.1 Oppdraget

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) har fått i oppdrag fra Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD) å styrke familievernets arbeid med forebyggende familievern gjennom foreldrestøttene tiltak, arbeid rettet mot høykonfliktfamilier og mot familier med vold i nære relasjoner. Direktoratet gir årlige oppdrag til familievernkontorene som blant annet har ansvar for opplæringen av kursholdere og veiledere til ulike gruppetilbud og gruppetiltak for foreldre og omsorgsgivere. Det vil si at mange gruppetilbud og tiltak gjennomføres i kommunene, ved helsestasjoner og spesialisthelsetjenesten, for eksempel barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikker (BUP), mens enkelte tilbud fortsatt gis i familievernet.

Bufdir skal styrke kunnskapsgrunnlaget når det gjelder gruppetiltak for foreldre. En kunnskapsstatus om hvilke tiltak som tilbys vil gi et godt og felles kunnskapsgrunnlag i det forebyggende familievernet. Formålet med kunnskapsstatusen er derfor å få oppdatert kunnskap om effekt av og erfaring med bruk av gruppetiltak for foreldre i det forebyggende og kliniske arbeidet som tilbys i Norge.

Målet med rapporten er:

- 1) Å kartlegge eksisterende tilbud og hvilken teoretisk og empirisk forankring de enkelte tilbudene har; blant annet i hvilken grad eksisterende tilbud er blitt evaluert; og
- 2) Å sammenstille og vurdere eksisterende evalueringer (jfr. punkt 1) og annen forskning om effekt av og erfaring med gruppetiltak i klinisk arbeid. Med vurderingen menes i denne sammenhengen en vurdering av de inkluderte studienes kvalitet. Rapporten skal også synliggjøre områder med behov for mer forskning.

I forhold til punkt 1) ber Bufdir Folkehelseinstituttet (FHI) om å besvare følgende problemstillinger:

- a) Hvilke eksisterende gruppetiltak benyttes av ulike aktører i Norge i dag?
- b) Hvilke gruppetiltak benyttes hvor innen helse- og velferdstjenestene inkludert familievern, barnevern, kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester i Norge?

I forhold til punkt 2) ber Bufdir FHI å besvare følgende problemstillinger:

- a) I hvilken grad og for hvem og under hvilke betingelser har gruppetiltak dokumentert effekt?
- b) Hvilke erfaringer har veiledere og deltakere med gruppetiltak?

FHI bes om å identifisere relevante studier og kategorisere tiltakene som enten universalforebyggende, selektive eller indikative tiltak. Utfall som Bufdir er mest interessert i er: tilfredshet, misnøye, opplevd økt eller redusert foreldrekompetanse og bedre samspill i familien.

For å identifisere hvilke aktører som benytter foreldretiltak (punkt 1 i oppdraget) gjennomførte vi en kartleggingsundersøkelse av hvilke gruppetiltak som benyttes innen helse- og velferds-

tjenestene i Norge i dag; herunder familievern, barnevern, kommunale tjenester og spesialhelse-tjenesten, lærings- og mestringssentre, frivillige organisasjoner, brukerorganisasjoner og interesseorganisasjoner. Deretter gjennomførte vi et litteratursøk for å undersøke om de aktuelle gruppetiltakene var evaluert i internasjonale og norske studier.

For å få oversikt over aktuelle gruppetiltak, tok vi utgangspunkt i rapporten Robuste Samliv (15). For å besvare spørsmålene om evalueringer av gruppetiltakenes effekt og deltakernes og veilederes erfaringer med gruppetiltakene (punkt 2 i oppdraget), beskrev og vurderte vi studier av de aktuelle tiltakene, samt redegjorde for aktuelle brukerevalueringer.

1.2 Struktur i rapporten

Innledningsvis redegjør vi for de mest sentrale teoriene som gruppetiltakene er basert på. Vi gir deretter en beskrivelse av hva et gruppetiltak er og de ulike elementene i tiltakene. I den forbindelse presenterer vi de ulike nivåene som gruppetiltakene gis på, og vi gir en kort beskrivelse av tiltakene, inndelt i universelle, selektive og indikative tiltak. I tillegg presenterer vi kort gruppetiltak som gis til barn og familier med spesifikke utfordringer. Avslutningsvis i innledningen beskriver vi hvordan man vurderer effekt av tiltak og litt om rapportens avgrensning. I kapittel to (metodedelen) beskriver vi metodene for informasjonsinnhenting, inkludert hvordan kartleggingen av tiltakene er foretatt, hvordan litteratursøket er gjennomført og hvordan vi har vurdert kvaliteten på de vitenskapelige studiene. I kapittel tre (resultatdelen) omtales de kartlagte gruppetiltakene som ble identifisert i litteratursøket. Innhold, teoretisk forankring, hvilke instanser som bruker tiltakene, hvilke målgrupper de rettes mot og hvilke erfaringer terapeuter og deltakere har med tiltakene blir beskrevet. Til slutt tar vi for oss hva vi vet om effekten av tiltakene og hvordan vi har vurdert kvaliteten på de ulike studiene. I kapittel fire diskuterer vi hvilke foreldretiltak i grupper som tilbys i Norge i dag, og om tiltakene brukes universelt-, selektivt- eller indikativt forebyggende. Vi diskuterer tiltakenes innhold og teoretiske forankring, bruker- og effektevalueringer og hva det er behov for av fremtidig forskning. Rapporten avsluttes med en oppsummering og en konklusjon.

1.3 Teoretiske rammeverk

De ulike gruppetiltakene som tilbys til foreldre i Norge i dag er forankret i ulike psykologiske teorier. Grovt skissert kan en skille mellom tiltak som har som hovedmål å korrigere barnets atferd og tiltak hvor det primære målet er å styrke tilknytning og samspill mellom barn og omsorgspersoner (2). I virkeligheten er ikke dette skillet så tydelig, ettersom alle tiltakene baserer seg på at barn utvikler seg i samspill med sine omsorgsgivere og at de har som mål at foreldrene skal være sensitive og handlende overfor barnas behov.

I teksten nedenfor beskriver vi kort noen av teoriene som ligger til grunn for mange av de ulike gruppetiltakene for foreldre. Det er viktig å presisere at gruppetiltakene ofte er eklektiske i den forstand at de baserer seg på flere ulike teknikker og metoder og forankret i flere av teoriene som blir presentert. Vi presenterer noen av de mest sentrale teoriene, mens flere av tiltakene også har annet teoretisk grunnlag eller andre inspirasjonskilder.

1.3.1 Atferdsorientert læringsteori (atferdsteori)

Gode teknikker og framgangsmåter for å håndtere barns atferdsvansker er ofte forankret i atferdsorientert læringsteori. Denne teorien tar utgangspunkt i at atferd etableres og opprettholdes av sine konsekvenser (16). Det betyr at dersom konsekvensene av en handling er vellykket, er det større sjans for at barnet gjentar handlingen. Vi sier at handlingen forsterkes. Som foreldre kan man bidra til at barna utvikler mer funksjonell og ønsket atferd ved å forsterke slik atferd gjennom blant annet positiv involvering og ros. Atferdsendring forutsetter at barnas atferd blir møtt med konsekvente og umiddelbare reaksjoner. Videre kan mestring av ny atferd ha en forsterkende effekt gjennom styrket selvfølelse.

Atferdskorrigerende foreldretiltak baserer seg først og fremst på positive forsterkere, men kan i noen tilfeller også ta i bruk teknikker for å redusere uønsket atferd, som å ignorere atferden, oppfordre barnet til å ta tenkepauser («timeout»), eller trekke tilbake privilegier (17). Tiltak som er basert på atferdsteori brukes ofte i arbeid med barn med atferdsvansker (18).

1.3.2 Kognitiv læringsteori

Kognitiv læringsteori handler om at barn lærer og endrer atferd gjennom tenkning, forståelse, problemløsning og indre motivasjon. Det er barnas egne tankeprosesser som vektlegges og regnes som de viktigste virkemidlene for læring. Kognitiv læringsteori har med seg elementer fra atferdsteori, men legger større vekt på bearbeiding av tanker og på at atferd kan endres på eget initiativ. Mens en atferdsteoretisk tilnærming grovt sett legger til grunn at barn endrer atferd gjennom å oppleve konsekvenser av sine handlinger, legger kognitiv læringsteori til grunn at atferd kan endres gjennom å endre hvordan barn tenker om og forstår det de skal lære.

Mange gruppetiltak for foreldre baserer seg på kognitiv læringsteori i den forstand at veileder eller kursholder legger til rette for refleksjon og drøfting i gruppa. På denne måten kan tankeprosesser endres, læring finne sted og foreldre kan øke sin sensitivitet ovenfor barna og bli mer bevisst egen fungering. Det finnes også ulike kognitive teknikker som har til hensikt å endre uhensiktsmessige tankemønstre som kan virke destruktive og styrende for hvordan barn eller foreldre handler. Slike tanker kan være rettet mot en selv, for eksempel «jeg klarer ingenting», eller de kan være rettet mot omgivelsene, for eksempel «alle er ute etter meg». Gjennom å endre slike tanker kan både foreldre og barn få det bedre og relasjoner og samspillsmønstre kan endres i positiv retning.

1.3.3 Sosial læringsteori

Sosial læringsteori er en tilnærming som vektlegger at læring skjer i interaksjon mellom individet og dets sosiale omgivelser. I følge Bandura (19) læres menneskelige handlinger først og fremst gjennom modellering. Ved at et barn for eksempel observerer andre får det nye ideer om hvordan han eller hun skal handle i en bestemt situasjon. Sosial læringsteori er, i likhet med atferdsteori, basert på at læring skjer gjennom reaksjoner fra omgivelsene. Tilnærmingen tar imidlertid også høyde for de mentale prosessene som finner sted mellom en handling og reaksjonene fra omgivelsene. Den vektlegger dermed i større grad enn atferdsteorien den gjensidige påvirkningen mellom barnet, atferden og miljøet (20).

Forankret i Banduras sosiale læringsteori har Gerald Patterson videreutviklet en teori som kalles sosial interaksjonsteori (21). En interaksjon er en gjensidig påvirkning mellom to eller flere personer som kommuniserer og utveksler tanker, forventninger, ris, ros og belønning. Det samme kan skje i samspill mellom foreldre og barn. I foreldreveiledningstiltak som bruker prinsipper fra sosial læringsteori, lærer foreldrene hvordan de kan endre hendelser som leder opp til problematferd ved å erstatte kritikk og inkonsekvente handlinger med ros, positiv samhandling og forhandling (21;22).

1.3.4 Tilknytningsteori

Tilknytning handler om et barns tilbøyelighet til å knytte sterke følelsesmessige bånd til nære omsorgspersoner. John Bowlby (23) beskrev det som et kontrollsystem som bidrar til å opprettholde nærhet mellom foreldre og barn. Kontrollsystemet skal til enhver tid sikre at foreldrene har en sterkt behov for å beskytte barnet sitt, og at barnet har et behov for å bli beskyttet. Et slikt system sikrer dermed omsorg og beskyttelse for barna. I følge Bowlby danner de første samspillserfaringene som barnet gjør seg med sine omsorgsgivere indre arbeidsmodeller som fungerer som rettesnorer for barnet også i fremtidige relasjoner og situasjoner og danner grunnlaget for hvordan barnet har det sammen med andre personer videre i livet.

Mary Ainsworth videreutviklet tilknytningsteorien (24). Hun utviklet en metode som hun kalte «Fremmedsituasjonen» («Strange Situation») for å måle tilknytningsmønsteret mellom barn og omsorgsperson. Metoden er basert på at omsorgspersonen forlater barnet i et rom sammen med en fremmed person. Dette kan skape stress og redsel hos barnet. Når barnet så gjenforenes med omsorgspersonen vil barnets tilknytningssystem aktiveres. Ainsworth identifiserte tre tilknytningsmønstre; trygg, utrygg-unnvikende og utrygg-ambivalent tilknytning. Det ble senere utviklet en fjerde kategori som kalles desorganisert tilknytning. Studier viser at utrygg og desorganisert tilknytning er risikofaktorer for senere psykiske vansker, og at kvaliteten på tilknytningen er viktig for at barn skal utvikle seg til selvstendige voksne individer (25). Ainsworth var videre opptatt av at foreldrene danner en trygg omsorgsbasis for barna i de tidlige leveårene, ved at foreldre er sensitive overfor barnas ønsker, behov og følelser. Ainsworth påpekte at sensitive foreldre er tilgjengelige, pålitelige og forutsigbare. Barn som utvikler en trygg tilknytningsatferd har opplevd foreldre som møter deres behov med tilgjengelighet, oppmerksomhet og handling. De har lettere for å stole på og knytte seg til andre mennesker, og den trygge tilknytningsatferden kan virke beskyttende og forebygge at barnet utvikler vansker senere. Flere gruppetiltak for foreldre har som mål å sensitivisere foreldrene. Det innebærer at samspillet mellom foreldre og barn skal være basert på at foreldrene er tilgjengelige, pålitelige og forutsigbare og at de skal kunne se, forstå og møte barnas behov.

1.3.5 Systemteori

Systemteori tar utgangspunkt i hvordan strukturelle forhold i familien legger rammer for hvordan enkeltindividene i familien handler (26). I et systemperspektiv legges det avgjørende vekt på at individet til enhver tid er i interaksjon med sine omgivelser, og at individ og omgivelser sammen utgjør et system. I dette perspektivet vil et barns problemer ses på som et symptom på et dysfunksjonelt system. Det betyr at symptomene hos det enkelte individ reflekterer familiens samhandling, og at symptomreduksjonen skjer mellom, og ikke i, de enkelte

familiemedlemmene (27). På denne måten er det familien og systemet som utgjør enheten for et tiltak, ikke enkeltindividene, og familien må restruktureres før symptomene kan reduseres.

I følge systemteorien oppstår det ofte problemer når familiesystemet ikke er i stand til å hankses med endringer og overganger i familiens livssyklus. Målet med systemrettede tiltak er derfor å identifisere, restrukturere og til slutt endre familiens organisering og de samspillsmønstre som er lite hensiktsmessige. Mange systemrettede veiledere eller kursholdere bruker aktiviteter når de arbeider, som for eksempel rollespill. Dette baserer seg på en grunntanke om at handling kommer før ny forståelse, og at endring i handlingssekvenser fører til nye erfaringer, som til slutt fører til ny innsikt (28;29).

1.3.6 Den biopsykososiale modellen og transaksjonsmodellen

Den biopsykososiale modellen har med seg en forståelse av at mennesket er helhetlig og sammensatt (30). Modellen ble utviklet som et alternativ til den biomedisinske modellen for om lag 30 år siden (31). Den tar utgangspunkt i at psykologiske og sosiale faktorer bør integreres i den biologiske forståelsen av mennesket. På denne måten forstås helse mer helhetlig enn kun biologiske faktorer og mer som et komplekst samspill mellom både biologi, psykologi og sosiale faktorer. Den biopsykososiale modellen har fått kritikk fordi den er lite konkret og fordi den ikke gir noen nærmere forklaring på hvordan de tre ulike faktorene interagerer eller påvirker hverandre. Flere gruppeveiledningstiltak for foreldre har imidlertid vært opptatt av hvordan både biologiske, sosiale og psykologiske faktorer er med på å påvirke samspillet mellom foreldre og barn (31). En tenker seg at barnets utvikling og modning skjer i samspill mellom barnets biologi og dets sosiale omgivelsene, i en prosess som varer livet ut.

Transaksjonsmodellen er en annen modell som utdyper hvordan samspillet og interaksjonen mellom psykologiske, biologiske og miljømessige faktorer er av betydning for barns utvikling (32). Modellen tar høyde for at de ulike faktorene er i kontinuerlig og gjensidig interaksjon over tid, og at barnet bidrar til sin egen utvikling ved at det aktivt kan endre og påvirke sine omgivelser og organisere egne erfaringer. Samspillet mellom barn og foreldre ses på som en gjensidig prosess der barnet reagerer på stimulering fra den voksne, samtidig som barnets reaksjon har en virkning på den voksnes handlinger (33).

1.4 Gruppetiltak for foreldre

I et gruppetiltak møtes to eller flere deltakere med en eller flere veiledere, kursholdere eller terapeuter over en viss periode. Gruppens deltakere har ofte felles opplevde vansker eller utfordringer som man gjennom tiltaket ønsker å forebygge eller behandle. Gruppebaserte tiltak kan gi fordeler som man ikke får i individuelt orienterte tiltak. Erfaringsdeling og læring i gruppe sammen med andre familier kan, i tillegg til å virke sosialt styrkende, bidra til normalisering og gi sosial trening. Det kan også bidra til å redusere opplevelsen av stigma (29). I gruppen får deltakerne også viktig tilbakemeldinger om seg selv. Samhørighet mellom gruppe-medlemmene kan bidra til å øke et gruppemedlems selvfølelse gjennom aksept og empati fra de andre i gruppen. Gruppetiltaket kan være ekstra virksomt dersom veileder eller kursholder klarer å integrere deltakerne i gruppen slik at de føler gruppetilhørighet. I tillegg bør ikke

deltakerne føle seg stigmatisert over å tilhøre gruppen (34). Det er studier som viser at gruppetiltak er mer kostnadseffektive sammenlignet med individuelle tiltak (14;35).

Gruppetiltakene tilbys vanligvis i en periode på 8-12 uker, i 1-2 timer per uke. De gjennomføres ofte av veiledere med videreutdanning eller opplæring i det spesifikke gruppetiltaket som benyttes. Tiltakene kan tilbys i ulike tjenester i kommunene, som for eksempel på helsestasjoner, i frivillig og privat sektor og i spesialisthelsetjenesten. Ofte er de mer eller mindre manualiserte og standardiserte, og de varierer fra de som støtter foreldre generelt, til de som jobber med foreldre som har særskilte problemer (22;36).

1.4.1 Gruppetiltak i Norge

I Norge fins det flere ulike gruppetiltak til foreldre som dekker ulike behov. Blant annet tilbys foreldregrupper for de som har utfordringer i samspill med barna sine, for foreldre til barn med atferdsvansker, for foreldre til barn med nedsatt funksjonsevne og for de som har utfordringer i parforholdet på en måte som går ut over barna. Tiltak for barn og ungdom med atferdsvansker har det siste tiåret vært et satsningsområde for BLD, Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet. Dette har resultert i opprettelsen av en rekke tilbud, blant annet gruppetiltak til foreldre som Parent Management Training - Oregonmodellen (PMTO) og De utrolige årene (DUÅ). Selv om det er kjent at en del tiltak tilbys en del steder, vet vi ikke hvilke gruppetiltak som tilbys hvor, hvor mange som tilbyr dem eller hvem som gir tilbudene (37).

1.4.2 Universelle, selektive og indikative gruppetiltak for foreldre

Innenfor helse- og oppvekstsektoren defineres ofte forebyggende innsats ut fra to ulike perspektiv; det sykdomsforebyggende og det helsefremmende (2). Et fellestrekk for forebyggende arbeid er at man søker å forhindre uønskede hendelser (sykdom, skader) gjennom å redusere kjente risikofaktorer hos personer eller i miljøet. Helsefremmende tiltak tar sikte på å bedre psykisk og fysisk helse ved å tilrettelegge eller sette inn støttende tiltak i det sosiale miljøet, slik at resultatet for eksempel blir økt livskvalitet, trivsel og evne til å takle motgang og belastninger.

Det er vanlig å dele tiltak inn i de tre forebyggingskategoriene universelle, selektive og indikative tiltak (Boks 1).

Boks 1

Gruppetiltak til foreldre kan gis på tre nivåer:

Universelle tiltak rettes mot alle, uavhengig av risikofaktorer.

Selektive tiltak rettes mot grupper med forhøyet risiko for å utvikle psykiske plager og lidelser.

Indikative tiltak rettes mot individer med forhøyet symptomnivå og forhøyet risiko for å utvikle langvarige psykiske plager og lidelser. I denne rapporten har vi definert at indikative tiltak gis til omsorgspersoner hvor problemer (for eksempel samspillsproblemer eller atferdsproblemer hos barnet) har vart i mer enn seks måneder. Indikative tiltak brukes ofte synonymt med behandlingstiltak.

Grovt sett kan man si at universelle tiltak ovenfor foreldre søker å styrke foreldreskapet i samfunnet generelt og å forebygge at barn utvikler vansker. Tiltak på selektivt og indikativt nivå søker å korrigere og forbedre foreldre-barn relasjonen der det allerede er, eller synes å være, risiko for utfordringer (2). Det kan være uklare skillelinjer mellom hvordan de ulike tiltakene brukes, og det er knyttet usikkerhet til inndelingen. Likevel kan det være en nyttig inndeling for å få en generell oversikt over tiltakenes bruksområder.

Universalforebyggende tiltak til foreldre kan være frivillige gruppetiltak som alle foreldre kan delta på. Det kan også være informasjons- eller undervisningsmateriell om for eksempel gode foreldrestrategier som kan distribueres i form av brosjyrer, informasjonsvideoer eller dvd-er og materiell på nett (35). Denne typen tiltak kan nå ut til mange mennesker og kan i prinsippet komme hele befolkningen til gode. Virkningen er derfor potensielt stor for hele samfunnet (13). Selektive forebyggingstiltak er tiltak som rettes mot grupper med kjent og forhøyet risiko. Risikofaktorene kan være både miljøbaserte og individbaserte. Selektive forebyggende gruppetiltak for foreldre rettes mot familier der barna er i risiko for en uheldig utvikling, for eksempel i form av sosiale vansker, atferdsvansker og andre psykiske vansker. Tiltakene kan for eksempel rette seg mot foreldre i skilsmisse. Indikative forebyggingstiltak er tiltak rettet mot familier med stor risiko, der barna for eksempel har nedsatt funksjonsevne, kroniske eller somatiske sykdommer eller atferdsproblemer. Barna har allerede utviklet et høyt symptomnivå og plagene har vedvart over tid. I spørreundersøkelsen definerte vi indikative tiltak som tiltak som gis til omsorgspersoner hvor problemer (for eksempel atferdsproblemer hos barnet) har vart i mer enn seks måneder. Både selektive og indikative tiltak kan ha stor innvirkning på individer og på grupper av individer, men har i mindre grad innvirkning på samfunnet som helhet.

De ulike forebyggingsnivåene bestemmes i stor grad av hvilken målgruppe som får tiltaket. I teksten nedenfor presenteres noen målgrupper med spesifikke utfordringer. Disse er ofte målgrupper for de selektive og indikative tiltakene.

1.5 Barn og familier med særlige utfordringer

1.5.1 Barn med psykiske vansker og atferdsvansker

I følge Folkehelse rapporten om helsetilstanden i Norge (38) har 15-20 prosent av norske barn og unge mellom tre og 18 år nedsatt funksjon på grunn av psykiske plager som angst, depresjon og atferdsproblemer. Omtrent åtte prosent av barna og ungdommene har så alvorlige og omfattende symptombelastninger at de tilfredsstiller diagnostiske kriterier for en psykisk lidelse. Barn med psykiske lidelser har ofte plager som i betydelig grad går utover trivsel, daglige gjøremål og samvær med andre. Det har likevel vist seg at psykiske lidelser er mindre vanlig hos norske barn enn hos barn i flere andre vestlige land (39;40).

Psykiske vansker hos barn henger ofte sammen med vansker i familien. Samspillsvansker, konflikter og fiendtlighet mellom foreldre og andre familiemedlemmer kan føre til at barna opplever både uro, skyldfølelse og tristhet. Plagene hos barna kan påvirke deres fungering i familien, og fungering blant venner og på skolen. Små barn er ofte aktive, og mange kan i perioder være sinte. Mange foreldre synes det er vanskelig å takle dette. Både negativ foreldrepraksis, preget av inkonsekvent og straffende grensesetning, og foreldre-barn konflikter kan predikere atferdsproblemer hos barn i tidlig alder. Å lære å håndtere aggresjon hos små barn

kan være god forebygging mot senere atferdsproblemer (41;42). Positiv og negativ forsterkning og straff er sentrale begreper i denne prosessen. I tillegg kan positiv involvering, forutsigbarhet og problemløsning være med på å dempe barns atferdsvansker (43).

Gruppetiltak for foreldre som har barn med emosjonelle problemer eller atferdsproblemer kan bidra til å bedre foreldres sensitivitet og samspill med barna, men også betingelsene i familien, og derigjennom bidra til positiv utvikling hos barnet (44;45).

1.5.2 Barn med kroniske sykdommer og funksjonsnedsettelse

Kronisk sykdom hos barn, som for eksempel diabetes eller kreft, kan i stor grad prege familiens hverdag og være en utfordring for barnets utvikling av ferdigheter, selvfølelse og selvstendighet. I en slik situasjon kan mange foreldre oppleve usikkerhet i foreldrerollen. En utfordring kan for eksempel være grensesetting, da barna kan reagere på dette med sinne og frustrasjon, noe som igjen kan forsterke symptomene på sykdommen. I tillegg kan parforholdet settes på prøve når et barn er kronisk sykt (46). Foreldre som har vedvarende bekymring for barn, uro eller usikkerhet rundt hvordan de best skal takle sykdommen og barnets reaksjoner, opplever ofte at dette tærer på forholdet mellom dem. Mangel på tid og overskudd, eller at mødre og fedre håndterer og oppfatter situasjonen ulikt, er faktorer som bidrar (11).

Barn med funksjonsnedsettelse kan være alt fra multifunksjonshemmede barn til de som har mindre eller ikke synlige vansker (31). Det å ha ett eller flere barn med nedsatt funksjonsevne virker inn på livet til alle familiens medlemmer slik at både foreldrerollen, familieliv og samliv påvirkes på ulike måter. Mange par opplever for eksempel at det blir liten tid til å prioritere parforholdet. Dette kan etter hvert bidra til at par opplever avstand og dårlig kommunikasjon, og unødige konflikter kan utvikle seg (47).

Gruppetiltak til foreldre som har barn med kroniske sykdommer og/eller funksjonsnedsettelse omfatter vanligvis psykoedukasjon, løsningsfokustert tenkning og/eller systemiske tilnærminger. Metodene har som mål å støtte og hjelpe foreldrene til økt selvrefleksjon slik at de kan endre holdninger og måter å samhandle med barna på (46;48), samt å styrke parforholdet mellom foreldrene og samarbeidet i familien (47).

1.5.3 Samlivsproblemer

Et godt parforhold bidrar til god helse og trivsel hos både foreldre og barn. På den annen side, kan vansker og konflikter i parforholdet medføre en rekke negative konsekvenser for barn. Foreldre som lever i konfliktfylte parforhold har en tendens til å ha hardere og mer aggressive foreldrestrategier preget av redusert engasjement, støtte og inkonsistens (12). Studier viser at konflikter mellom foreldrene, spesielt de som er preget av aggressivitet og fiendtlighet, kan skape utrygge omgivelser for barna. Konfliktene kan forstyrre foreldreskapet ved at foreldrene opplever manglende overskudd til å involvere seg positivt i barna (12;49). Foreldrenes problematiske parforhold kan også medføre at barn lærer foreldrenes uheldige konfliktløsningsstrategier gjennom modellering. I tillegg kan vanskelighetene oppleves som en generell stressfaktor i barns miljø, noe som kan gi barn en manglende trygghetsfølelse (50). Negative effekter av utfordrende samarbeid mellom foreldre er funnet både i familier der foreldrene bor sammen

og etter samlivsbrudd der foreldre må samarbeide om omsorg for barna. Noen årsaker til at barn kan oppleve utfordringer etter at foreldrene har gått fra hverandre kan blant annet være at barna ser foreldrene sine mindre, økonomiske problemer og vedvarende problemer mellom foreldre (51).

Samlivskurs til foreldre er en form for samlivsstyrkende tiltak, der en ved å formidle informasjon og ferdighetstrening gir par kunnskap og verktøy til å opprettholde og forbedre parforholdet (52). Målet er å bedre barns psykososiale utvikling ved å styrke kvaliteten på foreldrenes parforhold. Det finnes to typer tiltak som retter seg mot parforholdet; universalforebyggende- og selektive/-indikative tiltak. Den første består av ulike tiltak som har til hensikt å hjelpe par til å fungere sammen på måter som forebygger problemer og en negativ utvikling av samhandlingsmønstre i parforholdet. Den andre kategorien er i form av familie/ekteskapsrådgivning og retter seg mot par som allerede har utviklet problemer. Eksisterende samlivskurs varierer noe i teoretisk og ideologisk utgangspunkt, hvilke metoder de bruker og hvilke aspekter ved parforholdet og samlivet de berører. Noen samlivskurs fokuserer innsatsen mot faktorer som i forskningen har vist seg å ha sammenheng med en positiv utvikling i parforhold, for eksempel kommunikasjon og konflikt-håndtering. Andre samlivskurs har en eklektisk tilnærming med utgangspunkt i flere psykoterapeutiske skoler, men med vekt på for eksempel læringsteori eller kognitiv atferdsorientert parterapi (52). I en oversiktsartikkel viste Jakubowski og medarbeidere at samlivskurs generelt kan påvirke kommunikasjonsferdigheter og tilfredshet med parforholdet (50).

De fleste samlivskurs har som utgangspunkt å hjelpe par i første fasen av forholdet, uten et spesielt foreldrefokus. En del samlivskurs har valgt å fokusere på par med barn, par som blir foreldre for første gang eller par som har barn med spesielle utfordringer. Andre kurs igjen har fokus på dannelsen av såkalte ny-familier, altså familier hvor en eller begge partene i forholdet har barn fra tidligere forhold (53). I denne rapporten vil vi fokusere på samlivskurs til par som har ansvar for barn.

1.6 Avgrensinger

1.6.1 Gruppetiltak for foreldre

Et gruppetiltak defineres i denne rapporten til å være tiltak gitt til to eller flere personer på samme tid, over en viss periode. Vi har avgrenset temaet om gruppetiltak til å omhandle foreldrestøttende tiltak gitt til to eller flere foreldre/ foreldrepar/ omsorgspersoner samtidig der hensikten er å forebygge utfordringer eller problemer gjennom blant annet å styrke eller bedre kvaliteten på kommunikasjonen mellom familiemedlemmer, spesielt mellom foreldre og barn. Gruppetiltak gis både til biologiske foreldre og andre omsorgspersoner til barn, som for eksempel fosterforeldre, adoptivforeldre og steforeldre. For enkelhets skyld vil vi heretter benytte ordet «foreldre» om alle omsorgspersonene til barn. Vi kommer til å fokusere på foreldre-barnrelasjonen og ikke relasjoner mellom andre familiemedlemmer som for eksempel relasjonen mellom voksne og deres foreldre eller søsken, eller innen par uten barn. Evaluering er en vurdering basert på systematisk datainnsamling og analyse av en aktivitet, tiltak, et virkemiddel eller en sektor. Evalueringer settes i gang når vi ønsker å gjøre oss opp en mening om reformene/programmene/tiltakene går eller har gått bra – eller mindre bra. Evalueringer kan altså karakteriseres som en form for tilbakemelding (54).

Et av formålene med denne kunnskapsstatusen er at vi ønsker å få oppdatert kunnskap om det forebyggende og kliniske arbeidet som tilbys foreldre i Norge. Vi skal også kategorisere gruppetiltakene som enten universelle-, selektive- eller indikative tiltak. Begrepet «klinisk arbeid» vil i denne rapporten forstås som «behandlingstiltak» og begrepet «indikative tiltak» vil brukes og sidestilles med «klinisk arbeid» og «behandlingstiltak». For å kunne si noe om programintegritet (fidelity)¹, altså i hvilken grad tiltaket blir igangsatt og gjennomført i tråd med dets mål og innhold, vil vi i denne rapporten kun beskrive tiltak som er beskrevet i en manual eller som har en standardisert beskrivelse av prosedyrer og innhold. Vi vil imidlertid kommentere tilbud om tiltak som blir gitt, men som ikke er beskrevet i en manual.

1.6.2 Utfallsvariabler

Bufdir var i utgangspunktet mest interessert i utfallene tilfredshet, opplevd økt eller redusert foreldrekompetanse og bedre samspill i familien. Mange av studiene av gruppetiltak inkluderer imidlertid også utfall på barn, som for eksempel barns psykiske helse. Videre er foreldrenes psykiske helse et utfallsmål som ofte er inkludert. Ettersom disse er relevante mål for mange av tiltakene, har vi valgt å inkludere disse som utfallsmål når vi skal identifisere relevante studier i denne kunnskapsstatusen.

1.6.3 Evidensbasert praksis som basis for inkluderte effekt- og evalueringsdesign

Evidensbasert psykologisk praksis (EBPP) defineres som «integrasjon av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med klientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål» (55). Definisjonen hviler på tre kriterier; i) beste forskningsevidens, ii) klinisk ekspertise og iii) klientens egenskaper, verdier og kontekst. Det slås fast at alle tre er like viktige for å utøve faget godt og forsvarlig og at de tre kriteriene skal integreres. Ungsinn² har utviklet et klassifikasjonssystem for vurdering av graden av dokumentert effekt beregnet på tiltak satt inn for å bedre barns og unges psykiske helse. Dette er et klassifikasjonssystem som har fått stor innflytelse, og som vi kommer tilbake til andre steder i denne kunnskapsstatusen.

Både evidensbegrepet som er beskrevet tidligere og Ungsinns klassifikasjonssystem er langt videre enn det klassisk forskningsbaserte effektbegrepet, hvor gjennomføring av randomiserte kontrollerte studier (Randomized Controlled Trial (RCT)) har vært den eneste gyldige tilnærmingen for å oppnå valid kunnskap om hva som er virksomt i psykoterapi (56). Evidensbegrepet legger til grunn et mer fleksibelt system for vurdering av evidens ved at flere metodiske aspekter vektlegges. I tillegg åpnes det opp for flere metodiske design ved vurderingene av forskningsevidens, som for eksempel observasjonsstudier, kvalitative studier,

¹ Heretter kun brukt programintegritet.

² Ungsinn (<https://www.ungsinn.no/>) er et elektronisk vitenskapelig tidsskrift om tiltak for barn og unges psykiske helse. Tidsskriftet inneholder systematiske kunnskapsoppsummeringer om enkelttiltak, med praktisk informasjon om tiltakene og gjennomgang av hvor godt dokumentert effekten av tiltakene er. Ungsinn drives av Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – Nord (RKBU Nord) ved Universitetet i Tromsø, på oppdrag fra Helsedirektoratet.

brukerevalueringer og kasusstudier (57). I tillegg vurderes kvaliteten på implementeringen av tiltaket. I teksten nedenfor gjennomgår vi ulike studiedesign som er relevante for inklusjon i denne rapporten.

Eksperimentelle design: Eksperimentelle design brukes ofte i studier av gruppetiltak til foreldre. RCT-designet er spesielt utviklet for å undersøke hvorvidt tiltak virker som forventet. I disse studiene er deltakerne tilfeldig fordelt (randomisert) til en eller flere tiltaksgrupper og kontrollgrupper, slik at det kun er tiltaket som er systematisk forskjellig mellom gruppene. En RCT kan involvere blinding, hvor deltakerne ikke vet om de får tiltaket eller ikke, eller dobbeltblinding, hvor verken deltakerne, de som fordeler deltakerne eller de som måler endring vet hvem som får tiltaket. Utfall måles på ulike oppfølgingspunkter etter tiltaket. Forskjeller mellom gruppene er uttrykk for størrelsen på effektene. En kvasi-eksperimentell studie har et enklere design, hvor deltakerne blir ikke-tilfeldig fordelt i en eller flere tiltaksgrupper og kontrollgrupper (50). Selv om man i slike studier vil bestrebe seg på å gjøre gruppene så sammenlignbare som mulig, vil det være økt risiko for systematiske forskjeller fordi gruppene ikke er tilfeldig allokert. Ofte gjør man en måling før og etter tiltaket. Etter tiltaket sammenligner man endring i utfallsmålene som var fokus for tiltaket.

Pre-post studier, brukerevalueringer, kvalitative studier og implementeringsstudier: I studier med pretest-posttest design undersøker man aktuelle utfallsmål før og etter et tiltak og undersøker om utfallsmålene har endret seg. Mangel på kontrollgruppe gjør at man ikke kan avgjøre hvilke endringer som skyldes tiltaket og hvilke som skyldes andre forhold, for eksempel naturlig bedring. Selv om resultatene fra disse studiene er usikre, vil de gi oss kunnskap om tiltakets potensielle effekter, og de kan være et godt supplement til eksperimentelle studier (Ungsinn). Brukerevalueringer måler brukernes tilfredshet med tiltaket, som oftest umiddelbart etter at gruppetiltaket er gjennomført. Brukertilfredshet sier ofte lite om effekten av tiltakene. Noen ganger kan tiltakene ha positive effekter og samtidig oppleves som mindre bra. Det har til nå vært lite fokus på hvordan mottakere av et tiltak opplever tiltaket; om de for eksempel opplever den som nyttig eller som stigmatiserende. Slik kunnskap er viktig for å forstå forutsetninger for at tiltakene virker, og for å kunne implementere en metode på en god måte (2). Å innhente brukerevalueringer vil også være en viktig tilnærming for kunne forstå brukernes egenskaper, verdier og kontekst. Kvalitative studier blir også brukt i å dokumentere hvordan et tiltak virker. Slike studier kan for eksempel handle om hvordan deltakere opplever et tiltak. Kvalitative studier kan ikke si noe om effekt, men kan derimot gi kunnskap og innsikt om virkninger og subjektive oppfatninger av tiltaket (15). Kvalitative studier kan ofte gi oss innsikt i endringsprosessen som gruppedeltakerne går gjennom. Disse endringsprosessene kan igjen gi innsikt i en modells virksomme elementer. Implementeringsstudier vektlegger hvordan tiltaket skal overføres og implementeres til praksisfeltet som senere skal bruke det. Forskning på programintegritet, opplæring samt ledelses- og organisasjonsstrukturer er sentrale temaer i implementeringsforskningen.

Systematiske oversikter og metaanalyser: Både systematiske oversikter og metaanalyser oppsummerer tidligere forskning og hjelper leseren med å få oversikt over studier eller artikler som berører samme tema. I systematiske oversikter blir enkeltstudier funnet, vurdert og oppsummert på en bestemt måte. I en metaanalyse blir de empiriske resultatene i tillegg sammenstilt ved hjelp av statistiske metoder.

Med utgangspunkt i EBPP-definisjonen og Ungsinns klassifikasjonssystem, vil vi i denne kunnskapsstatusen inkludere effektstudier med ulike forskningsdesign (både RCT'er, studier med en ikke randomisert kontrollgruppe og studier med pre-post design). Vi vil også inkludere noen brukerevalueringer, kvalitative studier og implementeringsstudier. Når det gjelder brukerevalueringene, har vi først og fremst omtalt studier som er gjennomført i en nordisk kontekst. Vi kommer ikke til å omtale pilotstudier og kasusstudier.

En annen avgrensning ved denne rapporten er at vi ikke kommer til å evaluere eller omtale studier som allerede er vurdert i systematiske oversikter eller metaanalyser. Vi har for eksempel ikke gradert studiene som allerede har blitt vurdert i rapporten Robuste Samliv.

2 Metode og datagrunnlag

Før utarbeidelsen av denne kunnskapsstatusen gjennomførte vi en kartleggingsundersøkelse av hvilke tilbud som finnes i Norge i dag. Deretter gjennomførte vi systematiske litteratursøk for å undersøke om effekten av gruppetiltakene som brukes har vært evaluert. Studiene som ble funnet gjennom litteratursøkene ble deretter gradert etter Cochranes verktøy for å vurdere risiko for systematiske skjevheter i RCT'er; Risk of Bias (ROB) og Cochranes verktøy for å vurdere risiko for systematiske skjevheter i observasjonsstudier (ikke-RCT'er); Risk Of Bias in Non-randomized Studies of Interventions (ROBINS-I). For å finne brukerevalueringer av tiltakene, ble det gjort googlesøk med ordene «evaluering» og tiltakenes navn, f.eks «Circle of security».

2.1 Kartlegging av gruppetiltak som tilbys i Norge

Vi gjennomførte en spørreundersøkelse våren 2016 for å kartlegge hvilke foreldrestøttende gruppetiltak som tilbys av hvilke aktører i Norge. På forhånd identifiserte vi aktuelle gruppetiltak gjennom internettsøk, samtaler med Bufdir og i ulike rapporter. Vi hadde ikke anledning til å kartlegge tilbudet i de andre nordiske landene og tok derfor utgangspunkt i Robuste Samliv sin kartlegging. Robuste Samliv er en kunnskapsstatus om foreldrestøttende tiltak i Norden (15). Vi fant til sammen 27 gruppetiltak til foreldre og 10 samlivskurs som kunne være relevante.

Gruppetiltakene er vist i tabellene under. De er delt inn i tre ulike tabeller; Tabell 1 viser de universelle gruppetiltakene, Tabell 2 viser de selektive og indikative gruppetiltakene og Tabell 3a og 3b viser samlivstiltakene som blir gitt til grupper av par.

Tabell 1: Universelle gruppetiltak for foreldre

Gruppetiltak (Tiltakseier/tilbyder)	Målgruppe	Formål	Alder på barnet	Teoretisk forankring
Aktivt föräldraskap (Familjeakademin AB, Sverige)	Foreldre som ønsker å skape gode relasjoner og få en mer håndterbar familiehverdag	Utvikle gode relasjoner mellom barn og foreldre, skape en håndterbar hverdag i familien/skolen	1–4 år 5–12 år 13–19 år	Psykoanalytisk teori Humanistisk psykologi
Alla Barn i Centrum (ABC) (Stockholm kommune, Sverige)	Foreldre med barn i aldersgruppen	Fremme barns utvikling gjennom å styrke relasjonen mellom foreldre og barn	3-12 år	Sosial læringsteori Tilknytningsteori
Community Parent Education Services (COPE) (Svenska COPE föreningen)	Alle foreldre som opplever behov for støtte i foreldreskapet	Forbedre samspillet i familien og gi foreldre verktøy for deres foreldreskap	3-12 år 13-18 år	Læringsteori Sosial læringsteori Kognitiv attribusjonsteori Systemisk familieteori
Circle of Security * (COS) (Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP), region Øst og Sør)	Foreldre som har behov for å forbedre samspill og styrke tilknytning mellom foreldre og barn. Brukes også selektivt	Hjelpe foreldre til å forstå barnet og hvordan barnet kan hjelpes i sin utvikling. Målet er at barnet skal bli trygt og utvikle god selvregulering og sosial kompetanse	Barn i førskolealder	Tilknytningsteori
Familjeverkstan (Stockholm kommune, Sverige)	Alle foreldre med barn i aldersgruppen 3-12 år	Utvikle foreldreskapet, samspillet og styrke relasjonen mellom foreldre og barn	3–12 år	Læringsteori Atferdsanalyse Tilknytningsteori Kognitiv atferdsterapi Sosial læringsteori Kognitiv teori
Från första början (Svenska COPE föreningen)	Alle foreldre med spedbarn, herunder de med risiko for ulike utfordringer	Bedre foreldres evner til å lese barns signaler og respondere på en sensitiv måte	0-2 år	Læringsteori Sosial læringsteori Kognitiv attribusjonsteori Systemisk familieteori
Föräldrastegen/Nya Steg (Iowa Strengthening Families Program)	Foreldre med barn i begynnelsen av tenårene	Forebygge tobakks-, alkohol- og narkotikabruk	7-17 år	Teori om resiliens Sosioøkologisk teori
International child Development Programme ** (ICDP) (Bufdir/ICDP Norge)	Foreldre og andre omsorgspersoner til barn	Hjelpe foreldre til å fremme en positiv utvikling hos barnet og forebygge psykiske vansker gjennom å styrke foreldrene i omsorgsrollen, øke deres bevissthet for barnas signaler og behov, og gjøre dem i stand til å møte disse behovene	0-18 år	Tilknytningsteori Den biopsykososiale modellen Utviklingspsykologiske teorier
LØFT (Voksne for barn)	Foreldre og andre omsorgspersoner til barn	Styrke foreldrene i deres tro på seg selv i forelderollen og lære dem løsningsorienterte oppdragsstrategier	3-18 år	Narrativ teori Tilknytningsteori Sosial-konstruktivistisk teori
Samspillmetoden Dialog (SHK-kommunikasjon)	Foreldre og andre omsorgsgivere til barn	Hjelpe foreldre med å øke kvaliteten på samspillet med barn og tilrettelegge for barnets positive utvikling. Skape en langsiktig forandring og styrking av kvaliteten på samspillet	0-18 år	Utviklingsteori Systemisk familieteori Neurobiologisk teori
Ömsesidig Respekt (Mutual Respect) (Åre kommune, Sverige)	Alle foreldre	Utvikle forståelse for grensesetting med gjensidig respekt	Alle aldre	Ingen overordnet teori, men har et sosialpedagogisk utgangspunkt

* COS Intervention (COS-International) og COS-Virginia er varianter av den terapeutiske modellen til COS og er behandlingstiltak for familier som trenger mer omfattende hjelp for å styrke relasjonen til barnet og barnets tilknytning. ** ICDP er et universelt forebyggende tiltak, men har varianter som er tilpasset til spesielle målgrupper; foreldre med minoritetsbakgrunn, personale i barnehager, foreldre til ungdom, omsorgsgivere til barn med funksjonsnedsettelse og for fedre som er i fengsel/ kriminalomsorgen.

Tabell 2: Selektive- og indikative gruppetiltak til foreldre

Gruppetiltak (Tiltakseier/tilbyder)	Målgruppe	Formål	Alder på barnet	Teoretisk forankring
Connect (Örebro universitet og Örebro kommune, Sverige)	Foreldre til barn med atferdsproblemer eller andre psykiske vansker.	Bedre tilknytningen mellom foreldre og barn som kan fremme positiv utvikling hos barnet	9–17 år	Tilknytningsteori
DUÅ* (RKBU Nord og RKBU Midt)	Foreldre, barn og ansatte i skoler, SFO og barnehager, fokus på atferdsproblemer	Forebygge og behandle atferdsproblemer hos barn	0–1 år 1–3 år 2–6 år 3–6 år 6–12 år	Atferdsteori Tilknytningsteori Sosial læringsteori Nettverksteori
Emosjonsfokusert parterapi (EFT) (Norsk institutt for emosjonsfokusert terapi)	Foreldre til barn med psykiske vansker	Hjelpe foreldre i å styrke emosjonelle relasjoner i familien. Støtte foreldre til å være aktive agenter i å hjelpe barna med deres symptomer, stress og emosjonelle reaksjoner	Ikke oppgitt spesifikk aldersgruppe på hjemmesider	Humanistisk terapi Familieterapi Sosial nevrobiologi
Funksjonell familieterapi (FFT) i grupper (Bufdir)	Familier hvor en ungdom viser atferdsvansker	Behandle ungdom med alvorlige atferdsvansker eller som er i risiko for å utvikle dette	11-18 år	Systemisk familieteori Atferdsteori
Home Instruction for Parents of Preschool Youngsters (HIPPY/HippHopp) (Socialstyrelsen, Danmark)	Foreldre med lav utdanning og lav sosioøkonomisk status	Forberede barnet på faglige og sosiale utfordringer som er forutsetninger for å klare seg i en skoleklasse	3-5 år	Sosiokulturell teori
Klar til barn (Socialstyrelsen, Sverige)	Vordende foreldre med høy risiko for uforsiktig håndtering av barnet	Forebygge uforsiktig samspill med barn og stimulere foreldrenes følelsesmessige tilknytning til barnet	Ikke oppgitt spesifikk aldersgruppe på hjemmesider	Ingen informasjon om teoretisk forankring på hjemmesider
Komet (Stockholm kommune, Sverige)	Foreldre til barn med atferdsproblemer og andre vansker (f.eks. atferdsvansker og sosiale vansker). Brukes også universelt, og det finnes en egen internetbasert versjon	Forbedre samspillet mellom foreldre og barn	3–11 år 12–18 år	Kognitiv atferdsterapi Sosial læringsteori Kognitiv teori
Kompetente foreldre (Akershus universitetssykehus)	Foreldre som har barn med funksjonsnedsettelse og kronisk sykdom	Gi foreldre fellesskap, erfaringslæring og veiledning. Hovedmålet er å styrke den enkelte deltaker til mestring i hverdagen med familien.	Ikke oppgitt spesifikk aldersgruppe på hjemmesider	Gestaltpsykologi Humanistisk psykologi
Metoder i Vardagen (MIV) (Uppsala län, Sverige)	Foreldre til barn med Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) eller Oppositional Defiant Disorder (ODD)	Hjelpe foreldre og lærere til barn med ADHD eller ODD med kommunikasjon og problemløsning	7–10 år	Psykoedukasjon om ADHD og ODD Kommunikasjonsteori strategier for problemløsning
Psykoedukativ flerfamiliegrupper (PEFFG) (Helseforetakene)	Foreldre med barn som har psykoselidelse	Gi brukere og pårørende kunnskap om sykdommen slik at barna skal kunne mestre sykdommen bedre	17-18 år	Stress-sårbarhetsteori Atferdsteori Kognitiv teori
Parent Management Training – Oregonmodellen (PMTO) (Atferdssenteret/ Bufetat)	Foreldre som har relasjonsproblemer med barna sine, og hvor barna har atferdsproblemer	Gjenopprette en positiv relasjon mellom foreldre og barn slik at opposisjonell atferd brytes og positiv utvikling fremmes	3–12 år	Sosial læringsteori Sosial interaksjonsteori Atferdsteori
Smarte foreldre (Voksne for barn)	Foreldre med engstelige eller triste barn	Lære foreldre grunnleggende prinsipper om mestring av angst og depresjon hos sine barn	0–18 år	Kognitiv atferdsterapi Sosial læringsteori Kognitiv teori

Treatment Foster Care Oregon (TFCO) (Atferdssenteret)	Fosterforeldre til ungdommer med alvorlige atferdsproblemer, utviklet som alternativ til institusjonsplassering eller annen gruppebasert plassering	Hjelp familien med å legge forholdene til rette slik at ungdommen skal kunne flytte hjem igjen	12–17 år	Sosial læringsteori
Tuning Into Kids (TIK) (RBUP Øst og Sør)	Foreldre til barn med atferds- og emosjonsvansker. Kan også brukes som et universelt tiltak	Hjelp foreldre å bli emosjonsveiledere for barnet sitt ved å bli mer sensitive og hjelpe barnet til å regulere følelser samt hjelpe barnet med problemløsning	1-18 år	Sosial læringsteori Tilknytningsteori Emosjonsteori
Triple P (Ingen nordisk forvalter)	Foreldre som opplever problemer med barnas utvikling eller atferd	Fremme positive relasjoner mellom foreldre og barn, og forbedre barnets psykiske helse	0–16 år	Sosial læringsteori Kognitiv atferdsteori
Trygg base (RKBU)	Fosterforeldre	Hjelp fosterforeldre til å gi sensitiv omsorg som utvikler trygge, nære relasjoner	0-18 år	Tilknytningsteori Teori om resiliens

*DUÅ er et selektivt forebyggende tiltak, men har en universalforebyggende variant som er tilpasset alle foreldre.

Tabell 3a: Universelle samlivstiltak til grupper av par*

Universelle samlivstiltak			
Gruppetiltak	Målgruppe	Formål	Teoretisk forankring
Bufferkurs (Anne Marie Fosse Teigen)	Alle par som har vært sammen en stund (par som ofte opplever at konfliktene gjentar seg)	Forstå og takle følelsene som vekkes av at forskjellene i paret blir tydeligere. Par lærer hvordan varige forskjeller kan håndteres på en måte som styrker forholdet, i stedet for å skape avstand	Affektbevissthetsteori Emosjonsteori Tilknytningsteori
Du og jeg og vi to/ Nyfamiliens muligheter (Nasjonalforeningen for folkehelsen)	Par som har noen utfordringer i parforholdet, men fortsatt er glade i hverandre og har lyst til å forbedre forholdet / familier hvor en av partene eller begge har barn fra tidligere forhold	Styrke parforholdet, skape en større forståelse mellom partene, og stimulere dem til å verdsette forskjeller. Dette kan resultere i en utvikling i familien og dermed fremme både barns og voksnes helse	Systemisk familieteori
Familiefokus (Familiefokus, Ungdom i Oppdrag)	Alle par som vil styrke parforholdet	Hjelp familier til å fungere best mulig sammen. Formålet er også å hjelpe familiene og enkeltindivider til et rikere kristenliv	Tilknytningsteori Kristent fundament
Godt samliv (Bufdir)	Alle førstegangsfødende	Å styrke parforholdet når par får sitt første barn og forebygge vansker som kan oppstå i denne fasen av samlivet	Ingen informasjon om teoretisk forankring på hjemmesider
Navigatorenes samlivskurs (Navigatorene)	Par som ønsker et samlivskurs med et kristent menneskesyn	Styrke parrelasjonen og samspillet mellom foreldre og barn ut fra et systemisk helhetssyn på familien	Systemisk familieteori
Prevention and Relationship Enhancement Program (PREP) (Modum bad)	Alle par som vil forsterke og fremheve de gode sidene i samlivet og grunnene til at de valgte hverandre	Å lære par å kjenne igjen hva slags konflikter som skader forholdet og få verktøy til å forbedre kommunikasjonen og løse problemer	Kognitiv atferdsteori Innflytelse fra atferdsorientert parterapi

Tabell 3b: Selektive og indikative samlivstiltak til grupper av par*

Selektive- og indikative samlivstiltak			
Gruppetiltak	Målgruppe	Formål	Teoretisk forankring
Fortsatt foreldre (Bufdir)	Kurs for foreldre etter samlivsbrudd	At barna skal få oppleve at foreldrene klarer å samarbeide og kommunisere etter bruddet slik at barnas hverdag blir mest mulig forutsigbar og trygg	Ingen informasjon om teoretisk forankring på hjemmesider
Hva med meg? (Bufdir)	Aleneforeldre som har barn med nedsatt funksjonsevne, fysiske eller psykiske vansker eller kronisk sykdom. Aleneforeldre som ønsker fokus på samarbeidet med andre viktige personer og hjelpeapparatet	Å gi aleneforeldre til barn med nedsatt funksjonsevne mulighet for påfyll og til å treffe andre i samme situasjon	Ingen informasjon om teoretisk forankring på hjemmesider
Hva med oss? (Bufdir)	Foreldrepar som har barn med nedsatt funksjonsevne, fysiske eller psykiske vansker eller kronisk sykdom. Samlivskurs for foreldre som vil sette fokus på parforholdet sitt	Forbedre kommunikasjon og forebygge samlivsbrudd	Bygger på erfaringer fra foreldre til barn med nedsatt funksjonsevne
Narrativ tilnærming til familierapi (Bufetat)	Mennesker som forteller historier som er av patologisk eller diagnostisk karakter. Har fokus på de historiene den enkelte forteller om seg selv og sine relasjoner	Å endre, omskrive eller nyskrive klientens egenhistorier og erstatte de med andre historier som gir økt selvfølelse, handlekraft, energi og mestringsevne	Systemisk familieteori Narrativ teori

* Samlivskursene er opprinnelig utviklet for alle par, men er tatt med her fordi de også tilbys til par med barn.

Respondenter kunne krysse av for type tiltak på bakgrunn av listen over. Dersom de brukte andre gruppetiltak til foreldre, ble de bedt om å spesifisere disse i et åpent tekstfelt. Respondentene ble også spurt om de tilbød gruppetiltakene på et universelt, selektivt eller indikativt nivå. I tillegg ble de spurt om de brukte manual og eventuelt hva slags manual de brukte (standardversjonen av manualen, en manual for tilpasset versjon eller om de hadde laget en egen versjon).

Kartleggingsundersøkelsen ble gjennomført elektronisk ved hjelp av programmet Questback (<https://www.questback.com/no>). En e-post med lenke til undersøkelsen ble sendt til alle Norges 428 kommuner og til alle bydeler i Oslo og Bergen, til 27 familievernkontor, 74 ledere i BUP, 38 lærings- og mestringssentre ved Helseforetakene i Sør-Øst-, Vest-, Midt- og Nord Norge og til 112 frivillige organisasjoner, bruker- og interesseorganisasjoner og til andre relevante prosjekter og tiltak. Til sammen ble det sendt ut 703 spørreskjemaer. I tillegg ble mottakerne forespurt om å sende undersøkelsen videre til andre etater i kommunen som gjennomførte gruppetiltak for foreldre. Eksempler på disse var; Helsestasjon, kommunalt barnevern, NAV og barnehager/skoler. Kartleggingsundersøkelsen var godkjent av personvernombudet ved Folkehelseinstituttet.

2.2 Litteratursøk

I samsvar med oppdraget fra Bufdir gjennomførte vi et litteratursøk etter forskning som rapporterte om effekter av, og erfaringer med, foreldrestøttende gruppetiltak og samlivskurs. Identifiserte studier som svarte til våre inklusjonskriterier (Tabell 4) ble vurdert og oppsummert. I dette kapittelet vil vi gjøre rede for søkestrategien, gjennomføringen av søket, sortering av treff og presentere verktøyene ROB og ROBINS-I.

2.2.1 Søkestrategi

En bibliotekar gjennomførte søket med følgende søkeord: «group» kombinert med termene «psychotherapy/ intervention/ training/ education/ interaction/ instruction/ program/ course/ therapy/ counseling». Disse søkeordene ble kombinert med begreper om barn og unge, foreldre (inkludert steforeldre, fosterforeldre og adoptivforeldre), atferdsproblemer, mors og fars atferd, foreldre-barn interaksjon, relasjoner i familien eller mellom foreldre, tilfredshet, misnøye, velvære, motstandsdyktighet, psykisk helse, problemløsning, kommunikasjon, internaliserende og eksternaliserende problemer, tilpasning, somatisk sykdom og uførhet. Disse termene ble igjen kombinert med navnene på de 37 gruppetiltakene som ble identifisert før vi utviklet spørreundersøkelsen, samt søkeord som dekket tiltak, intervensjon og program (fra oversiktsartikler, observasjonsstudier til kvasiekperimentelle og RCT'er). Fullstendig søkestreng er vedlagt i vedlegg 1.

Tabell 4: Inklusjons- og eksklusjonskriterier for litteratursøk

	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Utvalg	Foreldre, omsorgspersoner til barn, kronisk syke, atferdsproblemer, funksjonsnedsettelse	Par uten barn
Tiltak	Gruppetiltak	Medikamentutprøving, individuell terapi, dyrestudier
Sammenligning*	Ingen gruppetiltak	
Utfall	Primærutfall: tilfredshet/misnøye, opplevelse av økt eller redusert foreldrekompetanse/ mestring, bedre samspill i familien Sekundærutfall: barne- og foreldreutfall, f.eks. foreldres og barns psykiske helse	
Studiedesign	RCT'er, kvasiekperimentelle studier, pre-post-test studier, longitudinelle studier, tverrsnittstudier, kohort- eller kasus-kontrollstudier, oversiktsartikler og metaanalyser	

* Studier uten sammenligningsgruppe ble også inkludert.

2.2.2 Databaser

Det ble gjennomført søk i databasene Medline (1946- i dag (mars 2016)), EMBASE (1974- i dag (mars 2016)), PsycINFO (1967- i dag (mars 2016)), Cochrane Reviews & Method studies, DARE/Other Reviews og Trials and Technology Assessments. I alle databasene ble det søkt på engelskspråklige og skandinaviske artikler. Dato for endelig søk var 3. mars 2016. Se vedlegg 1 for endelige strenger for søkeordene brukt i samtlige databaser.

Totalt etter at duplikater var fjernet ble det importert 1498 titler til EndNote. Denne lista ble gjennomgått manuelt, og relevante artikler ble plukket ut basert på tittel og sammendrag (abstract), etter kriteriene i tabell 4. En person gjennomgikk litteraturlista i EndNote.

Noen av studiene inneholdt brukerevalueringer av tiltakene. Disse brukerevalueringene blir også omtalt. Der det ikke var gjort brukerevalueringer gjorde vi et søk i google med søkeordene «evaluering» og de aktuelle tiltakenes navn, f.eks «Circle of security». Det ble gjort et forsøk på å finne minst en evaluering basert på deltakeres erfaringer av gruppetiltaket og en evaluering basert på veilederes/terapeuters erfaringer. Vi tok også kontakt med tiltakseiere og ba om supplerende informasjon om relevante brukerevalueringer og om informasjon om hvordan tiltaket er implementert i Norge.

2.2.3 Tilleggssøk

Etter det første litteratursøket, ble det gjennomført et nytt søk på de enkelte foreldrestøttende gruppetiltakene i google.no og google scholar for å finne eventuelle studier og oppsummeringsartikler som ikke hadde blitt fanget opp av det opprinnelige litteratursøket.

2.2.4 Eksklusjon og inklusjon

Tiltak som ble gitt til andre enn foreldre/omsorgsgivere, for eksempel tiltak til barnehageansatte, dagmammaer, lærere eller direkte til barn ble ekskludert. Kun studier fra Vest-Europa, Australia og USA ble inkludert. Tiltak gjort i andre land som for eksempel asiatiske, afrikanske og sør-amerikanske land ble ekskludert på grunn av manglende generaliserbarhet til norske forhold.

Etter gjennomgang av titlene i EndNote ble 1447 publikasjoner ekskludert basert på ovenstående eksklusjonskriterier. Dette resulterte i en litteraturliste med 51 artikler som omhandler relevante gruppetiltak til foreldre. Disse artiklene ble lest i fulltekst, og litteraturlisten ble redusert etter inklusjons- og eksklusjonskriteriene vist i tabell 4. Vi vurderte ikke enkeltstudier som også var inkludert i oversiktsartikler eller kunnskapsoppsummeringer. I oppsummering av resultatene fra systematiske oversiktsartikler eller kunnskapsoppsummeringer benyttet vi artikkelforfatternes vurderinger av primærstudienes kvalitet og risiko for systematiske skjevheter. Mange av artiklene inneholdt kun beskrivelser av tiltakene og ikke evaluering av effekter, og disse ble ekskludert eller brukt som bakgrunnsinformasjon i rapporten. Det ble i tillegg inkludert åtte artikler fra enkeltøk i google.no og pubmed. Det totale antallet artikler fra litteratursøket er 26 fagfelleverderte, engelskspråklige artikler (figur 1). For å vurdere og gradere kvaliteten på studiene, brukte vi sjekklisten ROB (tabell 5) på 14 studier som hadde et RCT-design og sjekklisten ROBINS-I (tabell 6) på 15 studier som hadde et design uten randomisert kontrollgruppe (kun en sammenligningsgruppe) og et pre-post design. Det finnes ulike verktøy for å vurdere kvalitet av effektstudier. ROB og ROBINS-I ble valgt på bakgrunn av råd fra fagpersoner.

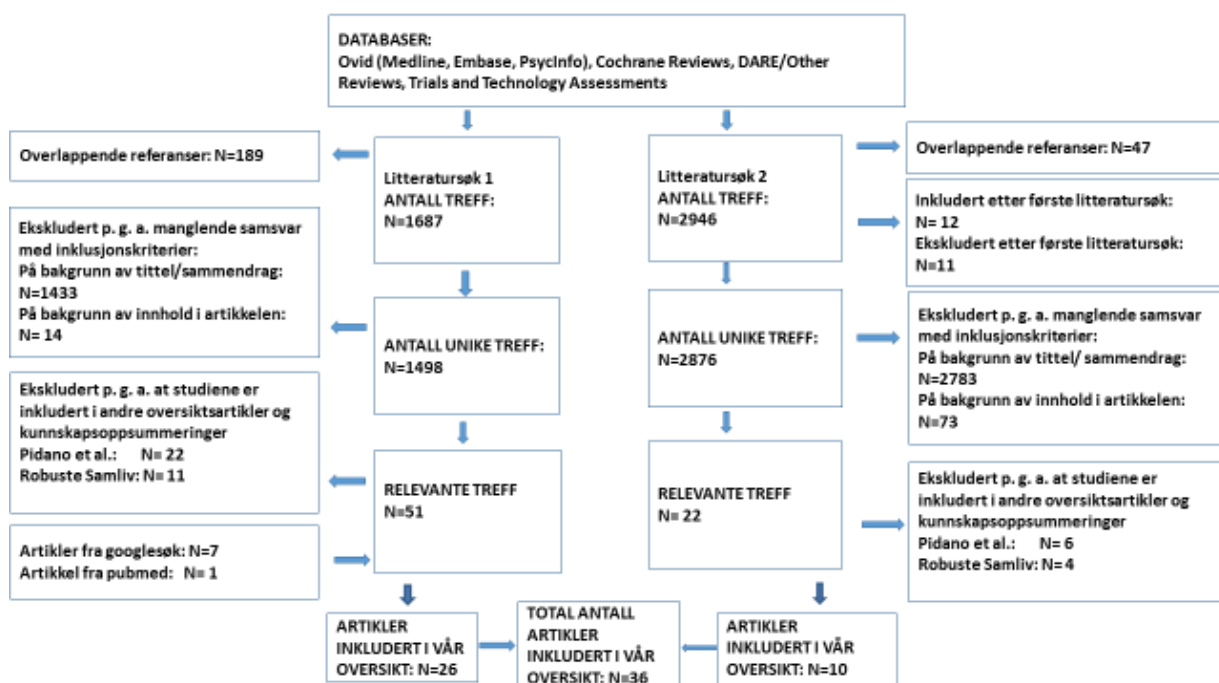
2.2.5 Oppdatert litteratursøk

For å få med nye studier fra 2016 og 2017, ble det i februar 2017 gjort et oppdatert litteratursøk, utført av samme bibliotekar som utførte det første litteratursøket. Begge søkene ble foretatt på samme måte, med noen få unntak: Litteratursøket i Ovid-basene ble gjort uten avgrensning i tittel, noe som ble ansett som feil i det første litteratursøket (se punkt 17 i Ovid-søket, vedlegg 1

og punkt 40 i Ovid-søket, vedlegg 2). I Cochrane-søket var det også noen punkter som ble rettet opp i (se Cochrane-søket, vedlegg 1 og punkt #1, #4, #5 i Cochrane søket, vedlegg 2).

Etter gjennomført oppdatert litteratursøk, oppdaget vi at tiltaksnavnet "Parent management program Oregon" ble feilaktig brukt i søkestrengene (vedlegg 1 og 2). Dette ble kompensert for ved at vi gjorde et eget søk på det riktige navnet "Parent management training Oregon" i databasene i EndNote (Library of Congress, LISTA, Medline og Web of Science Core Collection). Det ble funnet ti artikler i disse databasene, hvorav ni artikler hadde blitt fanget opp av det oppdaterte litteratursøket vårt. Den ene artikkelen som ikke hadde blitt fanget opp i det oppdaterte litteratursøket, svarte ikke til inklusjonskriteriene for denne kunnskapsstatusen og ble ikke inkludert.

Etter at duplikater var fjernet ble det importert totalt 2946 titler til EndNote. Denne lista ble gjennomgått manuelt, og relevante artikler ble plukket ut basert på tittel og sammendrag etter kriteriene i tabell 4. Etter gjennomgang av titlene i EndNote, ble 2854 publikasjoner ekskludert basert på ovenstående eksklusjonskriterier. Dette resulterte i en litteraturliste med 22 artikler som omhandler relevante gruppetiltak til foreldre. Disse artiklene ble lest i fulltekst og litteraturlisten ble redusert etter inklusjons- og eksklusjonskriteriene vist i tabell 4. I tilfeller der enkeltstudier også er inkludert i oversiktsartikler eller kunnskapsoppsummeringer ble kun de siste beholdt. Det totale antallet artikler fra dette litteratursøket er 10 fagfelleverderte, engelskspråklige artikler (figur 1). Til sammen er det inkludert 36 fagfelleverderte, engelskspråklige artikler i denne kunnskapsstatusen.



Figur 1: Flyttdiagram over litteratursøkene

2.3 Vurdering av risiko for systematiske skjevheter

Vi vurderte om det var risiko for systematiske skjevheter («Risk of Bias») i studiene som er inkludert i kunnskapsstatusen. Systematiske skjevheter betyr at studiene kan ha systematiske feil som en konsekvens av studiedesign, gjennomføring av studien eller analyser av data. Sjekklisten ROB ble brukt for RCT-studiene, og ROBINS-I ble brukt for studiene som ikke hadde et RCT-design. De to verktøyene har hver sju kriterier (tabell 5 og tabell 6).

Tabell 5: Sjekkliste ROB

Kriterium	Forklaring på vurdering for enkeltkriteriene
1	Randomiseringssekvens: Hvorvidt studiens tiltaksgrupper er tilfeldig fordelt.
2	Randomiseringssekvens: Hvorvidt fordelingen holdes skjult eller om fordelingsnøkkel er oppgitt.
3	Blinding: Hvorvidt gruppefordeling er skjult for deltakerne og de som administrerer studien (f. eks terapeutene).
4	Blinding: Hvorvidt gruppefordeling er skjult for de som administrerer utfallsmålingen (f. eks forskerne).
5	Ufullstendige data: Hvorvidt deltakere har blitt ekskludert eller det mangler utfallsdata.
6	Resultatrapportering: Hvorvidt det forekommer selektiv rapportering av resultatene, f. eks om alle forskningsspørsmålene besvares.
7	Annet: Hvorvidt det forekommer andre systematiske skjevheter, f. eks om forskerne har målt programintegritet.

Alle studiene som ble gradert med ROB ble skåret med 1) lav, 2) uklar eller 3) høy risiko for systematiske skjevheter for hvert av kriteriene i listen.

Tabell 6: Sjekkliste ROBINS-I

Kriterium	Forklaring på vurdering for enkeltkriteriene
1	Skjevhet på grunn av konfundering: Hvorvidt forfatterne har identifisert og tatt hensyn til mulige bakenforliggende faktorer i studiens design og/eller i analysene.
2	Skjevhet på grunn av seleksjon av deltakere til studien: Hvorvidt deltakere ble valgt ut på en tilfredsstillende måte.
3	Skjevhet i klassifiseringen av tiltakene: Hvorvidt utfallene ble registrert i tiltaksperioden. Hadde man kjennskap til utfallene når tiltaket ble vurdert?
4	Skjevhet på grunn av avvik fra planlagt tiltak: Hvorvidt andre tiltak ble tilbudt samtidig, om det var bytte av tiltak underveis og om det eventuelt ble gjort rede for eller justert for disse tiltakene. Om tiltakene ble utført i tråd med manualen (Programintegritet).
5	Skjevhet på grunn av manglende data: Ufullstendige data og målinger: Hvorvidt det mangler utfallsdata i studiene, for eksempel om deltakere ble ekskludert på grunn av manglende data?
6	Skjevhet i utfallsmåling: Hvorvidt det foreligger systematisk skjevheter med hensyn til måling eller erindring av utfall.
7	Skjevhet på grunn av resultatrapportering: Hvorvidt det foreligger selektiv rapportering av resultater (for eksempel hvorvidt problemstillingene følges opp eller hvorvidt det er uklare utfallsmål i problemstillingene).

Alle studiene som ble gradert med ROBINS-I ble skåret med enten 1) lav risiko, 2) moderat risiko, 3) alvorlig risiko, 4) kritisk risiko eller 5) Ingen informasjon.

To personer vurderte studiene opp mot ROB og ROBINS-I kriteriene uavhengig av hverandre. Uoverensstemmelser i vurderingene ble diskutert og endelig vurdering er basert på konsensus.

2.3.1 Samlet vurdering av risiko for systematiske skjevheter

Kvaliteten på en studie bestemmes av i hvilken grad forskerne utførte forskningsprosjektet i samsvar med en akseptert standard for hvordan studier bør utføres. En studie kan imidlertid være utført i samsvar med en god standard samtidig som det kan være risiko for systematiske skjevheter i resultatene. For eksempel er det i mange situasjoner umulig å gjennomføre blinding av veiledere/terapeuter og deltakere. Da blir det urimelig å si at det er lav kvalitet på studien, selv om manglende blinding kan utgjøre en risiko for systematiske skjevheter.

Hensikten med å vurdere risiko for systematiske skjevheter er å angi i hvilken grad vi kan ha tillitt til resultatene som presenteres. Mangelfull blinding og frafall fra studiene kan gi ulik risiko for systematiske skjevheter i ulike typer studier. Det brukes derfor en del skjønn for å vurdere i hvilken grad vi kan stole på resultatene.

Den samlede vurderingen av studiene som hadde et RCT- design

I den samlede vurderingen så vi bort fra punkt 3 (tabell 5) som handler om blinding av deltakere, da det er nærmest umulig å blinde deltakerne i studier av psykologiske tiltak. Basert på skåringene av de andre enkeltkriteriene, ble den samlede vurderingen av RCT'ene vurdert til å være av enten lav, uklar eller høy risiko for systematiske skjevheter.

Lav risiko for systematiske skjevheter: Det er skåret lav risiko for systematiske skjevheter på alle/nesten alle de syv kriteriene. Det vil si at dersom det er skåret lav risiko på alle kriteriene utenom ett, vil den samlede vurderingen av systematiske skjevheter i studien bli *lav*. Dette betyr at eventuelle systematiske skjevheter vurderes ikke å påvirke studiens resultater, og at det er grunn til å ha tillit til effektene og resultatene som presenteres.

Uklar risiko for systematiske skjevheter: Det er skåret uklar risiko for systematiske skjevheter på flere av de syv kriteriene. Det vil si at dersom det er skåret uklar eller høy risiko på to eller flere av kriteriene, vil den samlede vurderingen av systematiske skjevheter i studien bli *uklar*. Dette betyr at det er uklart om det foreligger systematiske skjevheter som kan påvirke studiens konklusjon.

Høy risiko for systematiske skjevheter: Det er skåret høy risiko for systematiske skjevheter på flere av de syv kriteriene. Det vil si at dersom det er skåret høy risiko på to eller flere av kriterier, vil den samlede vurderingen av systematiske skjevheter bli *høy*. Dette betyr at de systematiske skjevhetene i studien kan innebære at studiens konklusjon er gal, og at det er grunn til å ha begrenset tillit til resultatene eller effektene som presenteres.

Den samlede vurderingen av studiene som ikke hadde et RCT-design

Den samlede vurderingen av studiene som ikke hadde et RCT-design ble vurdert med kategoriene lav risiko-, moderat risiko-, alvorlig risiko-, kritisk risiko- for systematiske

skjevheter eller Ingen informasjon. Den samlede vurderingen var basert på vurdering på hvert enkelt kriterium og ble vurdert slik:

Lav risiko for systematiske skjevheter: Dersom det er skåret lav risiko for systematiske skjevheter på alle av de syv kriteriene, vil den samlede vurderingen av systematiske skjevheter i studien bli lav. Dette betyr at studien kan sammenlignes med en godt utført RCT.

Moderat risiko for systematiske skjevheter: Dersom det er skåret moderat risiko for systematiske skjevheter på minst ett av de syv kriteriene, og det ikke er skåret alvorlig eller kritisk risiko for systematiske skjevheter på noen av kriteriene, vil den samlede vurderingen av systematiske skjevheter i studien bli moderat. Dette betyr at det er noe hold i resultatene som presenteres. Studien kan likevel ikke sammenlignes med en RCT.

Alvorlig risiko for systematiske skjevheter: Dersom det er skåret alvorlig risiko for systematiske skjevheter på minst ett av de syv kriteriene, og det ikke er skåret kritisk risiko for systematiske skjevheter på noen av kriteriene, vil den samlede vurderingen av systematiske skjevheter i studien bli alvorlig. Dette betyr at det er store svakheter ved studien, og at det er grunn til å ha begrenset tillit til resultatene.

Kritisk risiko for systematiske skjevheter: Dersom det er skåret kritisk risiko for systematiske skjevheter på minst ett av de syv kriteriene, vil den samlede vurderingen av systematiske skjevheter i studien bli kritisk. Dette betyr at det er store svakheter ved studien, og at det er grunn til å ha svært begrenset tillit til resultatene som presenteres.

Ingen informasjon om risiko for systematiske skjevheter: Dersom det ikke er noen klar indikasjon på at studien har lav, moderat, alvorlig eller kritisk risiko for systematiske skjevheter, og det er mangel på informasjon om ett eller flere av kriteriene i skåringsverktøyet, vil vi vurdere at det er ingen informasjon om risiko for systematiske skjevheter i studien.

2.3.2 Robuste Samliv og Ungsinns vurdering:

Rapporten Robuste Samliv har oppsummert og vurdert noen av studiene som var inkluderbare i vår kunnskapsstatus. Vi har ikke inkludert disse studiene i vår gradering og omtale av enkeltstudier, men rapporterer om Robuste Samliv sin samlede vurdering av de aktuelle tiltakene. Når Robuste Samliv vurderer effekt av foreldrestøttende tiltak (15), brukes Ungsinn sine fire evidensnivåer som var gjeldende fram til 2015 (15). Det laveste evidensnivået er 1, og det høyeste evidensnivået er 4. På nivå 1, potensielt virksomt tiltak, ligger det et krav om at tiltaket skal ha en plausibel teori. På nivå 2, sannsynlig virksomt tiltak, er det et krav om at det skal være demonstrert at tiltaket fører til måloppnåelse. På nivå 3, funksjonelt virksomt tiltak, skal det være dokumentert at det er en sammenheng mellom tiltaket og de resultatene som vises. På nivå 4, dokumentert virksomt tiltak, skal det ha vært en replikasjon av funnene på nivå 3 av minst én uavhengig forsker og under naturlige betingelser.

3 Resultater

3.1 Tilbud i Norge

Totalt 500 respondenter svarte på kartleggingsundersøkelsen. Av disse svarte om lag en fjerdedel ($n = 123$; 24,6 %) at de aldri hadde tilbudt gruppetiltak for foreldre (verken de opplistede tiltakene³ eller andre tiltak). Se tabellen under (tabell 7) for hvilke gruppetiltak de resterende 377 respondentene rapporterte at de benyttet. Respondentene kunne krysse av for flere enn ett tiltak. Kategoriene er derfor ikke gjensidig utelukkende, og de ulike prosentandelene summerer seg ikke til 100 %.

Tabell 7: Gruppetiltak for foreldre, N = 377

Tiltak	N (%)
COS	111 (29,4)
ICDP	91 (24,1)
DUÅ	41 (10,9)
PMTO	31 (8,2)
Fortsatt Foreldre	28 (7,4)
Godt Samliv	22 (5,8)
Bufferkurs	12 (3,2)
LØFT	9 (2,4)
Hva med oss	5 (1,3)
Narrative foreldregrupper	4 (1,1)
Samspillsmetoden Dialog	4 (1,1)
PREP	4 (1,1)
EFT	2 (0,5)
FFT	1 (0,3)
Smarte Foreldre	1 (0,3)
PEFFG	1 (0,3)
Hva med meg	1 (0,3)
Andre tiltak enn tiltak på listen ³	100 (26,5)

Som vist i tabellen, er det flest respondenter som rapporterer at de benytter COS og ICDP. Ingen av respondentene svarte at de benyttet TIK, Kompetente foreldre, Trygg base, TFCO, Nyfamiliens

³ Se oversikt over de opplistede tiltakene i tabell 1

muligheter, Du og jeg og vi to, Familieskolen, Aktivt föräldraskap, ABC, COPE, Familieverkstan, Från första början, Föräldrastegen/Nya Steg, Ömsesidig Respekt, Connect, HIPPY/HippHopp, Klar til barn, Kommet, Metoder i Vardagen (tabell 1-3).

Tiltakene som ble oppgitt i kategorien «andre» blir ikke behandlet videre i denne kunnskapsstatusen. De fleste ble ekskludert fordi de kun ble beskrevet med målgruppe, uten nærmere beskrivelse av tiltaket. For eksempel ble det oppgitt kurs for foreldre som har barn med angst og kurs for foreldre som har barn med autisme, ADHD og rusproblemer. Ellers var det mange som rapporterte om fødselsforberedende kurs, foreldreforberedende kurs og barselgrupper. Fødsels- og foreldreforberedende kurs ble ekskludert fordi de er kurs for par som ennå ikke har blitt foreldre, og barselgrupper ble ekskludert fordi de ikke primært har som målsetting å bedre samspillet mellom foreldre og barn.

De som svarte at de benyttet gruppetiltak for foreldre representerte og arbeidet ved ulike etater og enheter. Se tabellen under (tabell 8) for en oversikt over dette. Kategoriene er ikke gjensidig utelukkende, og de ulike prosentandelene summerer seg derfor ikke til 100 %.

Tabell 8: Antall enheter/ instanser som rapporterer om ett eller flere gruppetiltak

Tiltak	N (%)
Helsestasjon	180 (47,7)
Barnevernstjeneste	68 (18)
Barnehage/ skole	32 (8,5)
PPT	27 (7,2)
Overordnet kommunal etat	24 (6,4)
Familievernkontor	21 (5,6)
BUP	17 (4,5)
Sykehusavdelinger	9 (2,4)
NAV	4 (1,1)
Frivillige organisasjoner	3 (0,8)
Barneavdelinger ved sykehus	2 (0,5)
Andre enheter/ instanser ⁴	51 (13,5)

Som det vises av tabellen, var det flest respondenter som svarte på vegne av en helsestasjon ($n = 180$, 47,7 %), men det var også mange som svarte på vegne av barnevernstjenesten ($n = 68$, 18 %).

Videre i resultatdelen følger en omtale av alle de anvendte gruppetiltakene vi har identifisert i kartleggingsundersøkelsen. Vi redegjør for innhold og opprinnelse, teoretisk forankring, bruken

⁴ Hovedsakelig andre kommunale tilbud, som familiesenter og kommunale PMTO-grupper

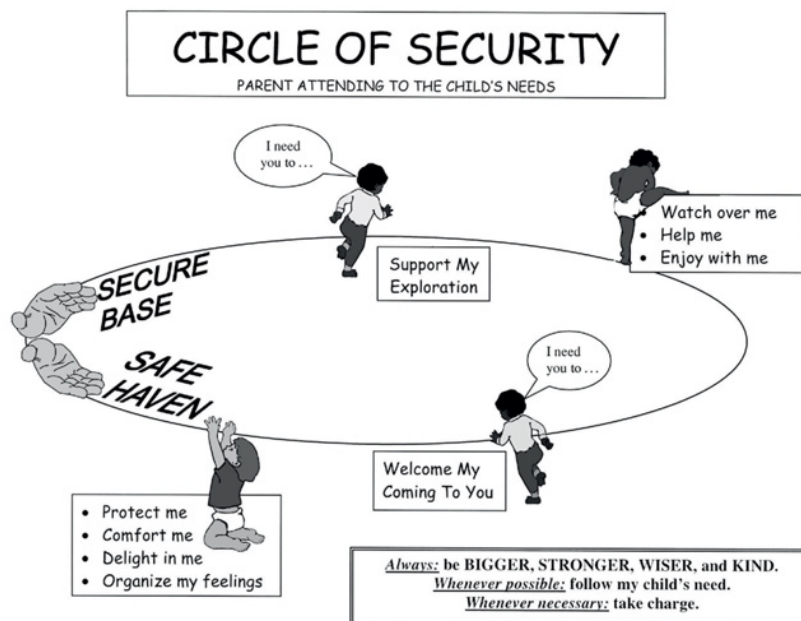
av tiltaket i Norge, aktuelle brukerevalueringer, samt forskningsgrunnlaget for tiltakene. Vi starter med gruppetiltakene som ifølge kartleggingsundersøkelsen brukes mest i Norge.

3.2. Circle of Security (COS)

3.2.1 Innhold og teoretisk forankring av COS

COS er et tiltak som ble utviklet i USA av Cooper, Hoffman, Powel og Marvin (25). Det finnes to versjoner av COS; COS Virginia og COS International. De to versjonene deler idégrunnlag, begrepsapparat og pedagogiske verktøy, og begge har et psykoedukativt gruppetilbud og en terapeutisk behandlingsintervensjon. Det er Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse, RBUP Øst og Sør som implementerer COS Virginia i Norge. Kompetansenettverket er i samarbeid med opphavsmiljøet i USA ansvarlig for opplæring og sertifisering i metoden. Den andre versjonen, COS International, implementeres av to psykologer som er tilknyttet Nic Waals Institutt.

Begrepet Circle of Security viser til COS-sirkelen (se figur 2), også kalt trygghets sirkelen, og til tilknytningsbegrepene denne sirkelen illustrerer (58). Barnets utforskningsystem og behov er representert på toppen av sirkelen, mens barnets tilknytningssystem er representert på bunnen av sirkelen. Ytterkantene av sirkelen viser til ulike behov hos barnet ved aktivisering av de to systemene (59). «Hendene» på sirkelen representerer omsorgspersonene som holder verden sammen for barnet, gjennom å være både en sikker base og en trygg havn (58;60).



Figur 2: Circle of Security; også kalt Trygghets sirkelen

COS Virginia består av to modeller; familiemodellen og gruppemodellen. Begge modellene har en sterk tilknytningsteoretisk og utviklingspsykologisk forankring. Veiledere gjennomgår en omfattende opplæring i observasjon av barns tilknytningsmønster, blant annet av observasjonsmetoden i "Fremmedsituasjonen". Det er kun gruppemodellen som omtales videre i denne kunnskapsstatusen, siden familiemodellen gis til enkeltfamilier. COS Virginia Gruppemodell er bygd opp som et psykoedukativt tiltak med foreldregrupper som har barn i alderen 1- 6 år. Gruppene anbefales for foreldre til barn der det har vært brudd i tidlige omsorgsrelasjoner, som for eksempel hos foster- og adoptivbarn, og er i utgangspunktet et selektivt forebyggende tiltak. Tiltaket kan imidlertid også fungere som et universalforebyggende tiltak, og det kan brukes indikativt der det allerede har oppstått utfordringer i foreldre – barn relasjonen.

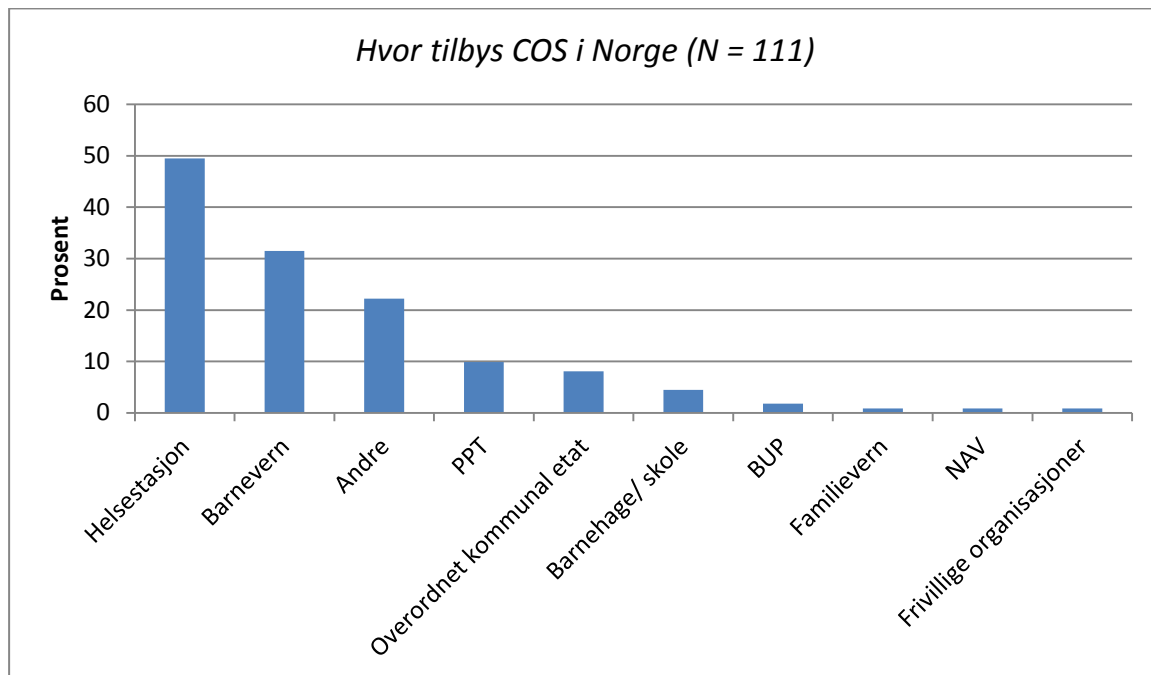
Gjennom gruppemodellen av COS Virginia får foreldrene en forståelse av hva barn trenger for å utvikle en trygg tilknytning til sine omsorgsgivere. De trener på å analysere barnets tilknytningsatferd, på å forstå hvordan barnet signaliserer sine behov og på å imøtekomme barnas behov med reaksjoner som fremmer trygghet og utviklingsstøttende samspill. Foreldrene lærer også noe om egne tilknytningsbehov, slik at de blir oppmerksomme på hvordan egen sårbarhet kan påvirke samspillet med barna. Opplæringen foregår sammen med en relativ intensiv veiledning.

Tiltaket tilbys som et kurs der foreldrene møtes til totimers gruppemøter som ledes av en eller to sertifiserte terapeuter. De 10 første møtene er ukentlige, mens de to siste gangene er oppfriskning ("booster sessions"). Det er utviklet et sett av pedagogiske verktøy (filmer og illustrasjoner) som både bidrar til å illustrere de innholdsmessige grunnprinsippene og til å strukturere møtene. Tiltaket følger en struktur med egne tema, målsetninger og aktiviteter for hvert møte. Den norske versjonen av COS Virginia Gruppemodell er grundig beskrevet i en norsk manual og på egne nettsider. Det er utdannet syv norske veiledere som til sammen dekker hele landet. For sertifisering til å bli terapeut for COS Virginia gruppemodellen, er det en forutsetning å ha minimum tre års helse- og sosialfag høyskoleutdanning, en jobb som egner seg til å anvende metoden samt anledning til å bruke 20 % av arbeidstiden sin til COS-arbeid.

COS International består av to modeller; COS International Intervention og COS International Parenting (COS-P). Tiltaket COS International Intervention gis kun til enkeltfamilier, og det er heller ikke oversatt til norsk. Det omtales derfor ikke videre i denne rapporten. COS-P er imidlertid et gruppetilbud, og det er bygget opp rundt en brukervennlig dvd med eksempler spilt inn av skuespillere. Tiltaket er for foreldre av barn i aldersspekteret 0-10 år, noe som gjør at målgruppen er bredere enn ved gruppemodellen av COS Virginia, som kun hjelper foreldre av barn opp til seks år. Tiltaket kan fungere som et universalforebyggende tiltak ved skolehelsetjenesten, helsestasjon eller i barnehager, og det kan brukes som ett element i et større behandlingsopplegg, både i primær –og spesialisthelsetjenesten. Foreldre møtes i grupper og det gjennomføres åtte møter, á 1,5 timer, ledet av en gruppeleder som administrerer dvd-materialet ut fra en manual. Tema som inngår i COS-P er: gjennomgang av COS sirkelen knyttet til barn og foreldres dagligliv, fokus på barnets emosjonelle behov, hvordan den voksne kan møte disse behovene og hvordan foreldrene kan tolke barnets uttrykk og hjelpe barnet med emosjonsregulering. Til slutt gis foreldrene en mulighet til å si noe om de erfaringene de har gjort ved å delta i COS-P (61;62). Heretter vil gruppemodellen av COS Virginia og COS International bli omtalt som ett tiltak. Opplæringen av COS-veiledere foregår i fire sammenhengende dager i en stor gruppe på 100 – 140 personer. COS-veilederne følges ikke videre opp med veiledning.

3.2.2 Bruk av COS-grupper i Norge

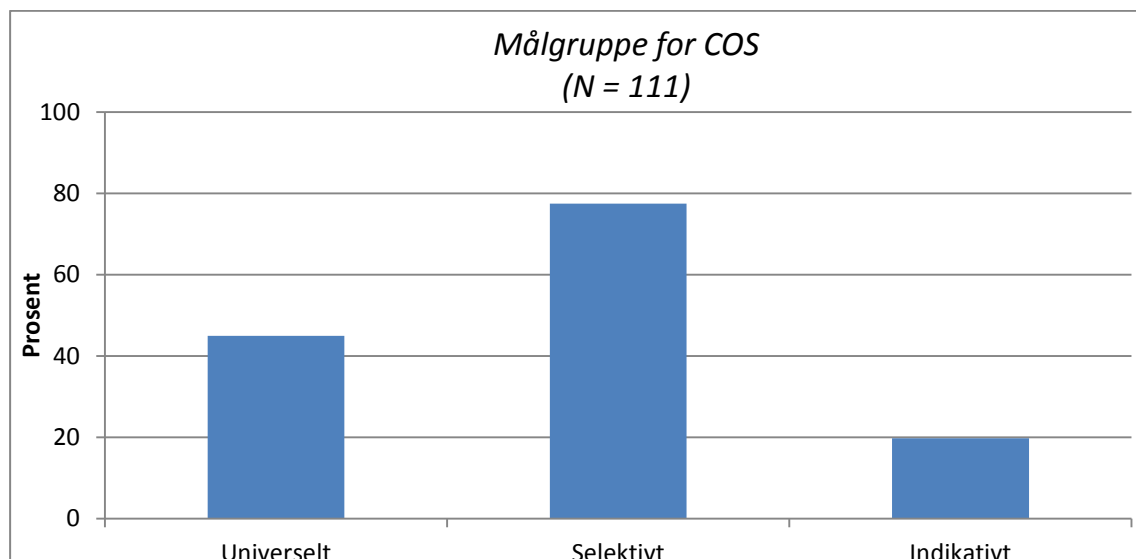
Av de som svarte på undersøkelsen, svarte 111 respondenter at de benyttet COS. Tiltaket ble oftest tilbudt ved helsestasjoner, barnevernstjenester og andre kommunale etater, som ulike psykologiske førstehjelpstjenester. I stolpediagrammet under kan en få en mer detaljert oversikt over hvilke enheter og etater som svarte at de benyttet COS.



Figur 3: Diagrammet viser prosentvis fordeling mellom ulike aktører som tilbyr COS-grupper. Kategoriene er ikke gjensidig utelukkende

Omtrent alle (109 av 111) som svarte at de har tilbudt COS, besvarte spørsmålet om hvor mange COS-grupper de hadde gjennomført i 2015. I gjennomsnitt hadde enhetene hatt 3,4 grupper ($SD = 5,7$) i 2015. Variasjonen var imidlertid stor, og enhetene tilbød alt fra 0-50 grupper. De fleste ($n = 27, 24,8\%$) svarte at de hadde hatt to grupper (median = 2).

På spørsmål om hvem som var målgruppe for COS-gruppene, oppgir de fleste (77,5 %) at tiltaket tilbys til omsorgspersoner som opplever belastninger eller utfordringer i hverdagen, i samlivet eller i forholdet til barna (et selektivt tiltak). Respondentene hadde imidlertid mulighet for å krysse av for flere alternativer, noe flere ($n = 35, 32,4\%$) gjorde. For eksempel tilbød mange grupper som var ment å være både universelt og selektivt forebyggende



Figur 4: Diagrammet viser prosentvis fordeling av hvem som er målgruppen for tilbudet. Kategoriene er ikke gjensidig utelukkende og flere respondenter har krysset av for flere målgrupper.

Resultatene viste videre at de aller fleste respondentene ($n = 98, 88,3\%$) benyttet standardversjonen av COS. Kun syv respondenter ($6,3\%$) benyttet en tilpasset manual, og syv respondenter ($6,3\%$) benyttet en egen manual for tiltaket.

I tillegg til undersøkelse blant tilbydere av tiltaket, stilte vi noen spørsmål til tiltakseier (tabell 9):

Tabell 9: Svar fra tiltakseiere om opplæring og implementering av COS i Norge

Svar fra tiltakseierne om COS-opplæring og implementering	
Tiltakseier:	Spedbarnsnettverket- RBUP Øst og Sør
Antall kursledere opplært i Norge:	42 sertifiserte. 14 er under opplæring. 22 nye deltakere starter i slutten av mai
Kurslederens bakgrunn:	Psykologi, barnevernskonsulent etc.
Hvem gir opplæring til kursledere:	Syv veiledere som er lært opp i spedbarnsnettverket
Hvordan implementeres kurset i kommunene (implementeringsstrategi):	Er organisert som en videreutdanning i regi av spedbarnsnettverket. To ukers intensiv opplæring, en uke av gangen. Deretter veilederne veiledning i ett år på eget arbeid.
Hvordan rekrutteres kursledere:	Utlysning av videreutdanninger og etterutdanningstilbud via hjemmesider og mailer
Hvordan rekrutteres deltakere:	Gjennom individuell kontakt
Antall veiledere som holder kurs:	To veiledere

3.2.3 Brukerevalueringer

Vi har funnet tre brukerevalueringer av COS fra Norge, en som har evaluert deltakernes erfaringer, og to som har evaluert terapeutenes erfaringer. Vi har ikke funnet noen relevante kvalitative studier eller implementeringsstudier. I evalueringen som baserer seg på deltakernes erfaringer, opplevde foreldrene at de ble bedre kjent med seg selv som omsorgs-personer, og at de ble mer bevisste på hvordan de påvirket barnas atferd. De løftet frem trygghetssirkelen som et essensielt verktøy for å forstå barna (63). I den ene av terapeutevalueringene forteller COS-terapeutene om positive erfaringer med bruk av tiltaket ovenfor risikoutvalg som voldsutøvende og traumeutsatte omsorgspersoner (62). I den andre terapeutevalueringen, basert på semistrukturerte kvalitative intervjuer av 11 psykologer som hadde fått COS-opplæring, trakk psykologene frem fem kategorier av erfaringer (60). For det første hadde de positive erfaringer med personen som hadde gitt COS-opplæringen, innholdet i kurset, hvordan kurset var bygget opp og at COS-materialet gjorde det enklere å formidle teoretisk kunnskap på en forståelig måte. For det andre plukket psykologene ut elementer fra COS for å skreddersy egen veiledning. For det tredje beskrev psykologene at COS-opplæringen førte til en endring, hvor noen oppga endringer i behandlingstilbudet de tilbød, og andre oppga nye refleksjoner rundt forholdet til egne barn. For det fjerde fortalte informantene at COS-opplæringen berørte noe personlig. For det femte uttrykte flere et ønske og et behov for ytterligere oppfølging av COS-implementeringen (60).

3.2.4 Hva vet vi om effekten av COS?

Selv om COS brukes mye, er det få studier som undersøker effekten av tiltaket (61). Effekstudiene som finnes har alle benyttet et pre-post design (59), og det er ikke utført randomiserte kontrollerte studier eller studier med kontrollgrupper som måler effekten av tiltaket. Det finnes heller ingen norske empiriske studier av effekten av COS. Det pågår imidlertid forskning. RKBU har fått i oppdrag fra Bufdir å kartlegge og evaluere effekten av COS når tiltaket brukes i barnehager. Tiltaket er vurdert av Ungsinn og klassifiseres som et sannsynlig virksomt tiltak på evidensnivå 2. Ingen COS-studier er evaluert i Robuste Samliv.

Vi har vurdert de studiene som har evaluert tiltaket basert på ROBINS-I-kriterier. På grunn av mangel på kontrollgruppe har alle blitt vurdert til å ha en kritisk risiko for systematiske skjevheter. Se Tabell 10 for vurdering av kvalitet i COS-studiene. Studiene som er vurdert og presentert i tabellen, omtales nærmere i teksten under tabellen i kronologisk rekkefølge. For en mer detaljert oversikt over studiene, se vedlegg 3.

Tabell 10: Gradering av COS-studiene, basert på ROBINS-I-kriterier. Pre-post design

Forfatter	Konfundering	Seleksjon av deltakere	Klassifisering av tiltaket	Avvik fra planlagt tiltak	Manglende data	Utfalls-måling	Resultat-rapportering	Samlet vurdering
Hoffman et al. 2006 (25)	Kritisk risiko	Moderat risiko	Lav risiko	Lav risiko	Moderat risiko	Lav risiko	Lav risiko	Kritisk risiko
Cassidy et al. 2010 (64)	Kritisk risiko	Moderat risiko	Lav risiko	Ingen informasjon	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	Kritisk risiko
Huber et al. 2015 (61)	Kritisk risiko	Moderat risiko	Lav risiko	Lav risiko	Moderat risiko	Lav risiko	Lav risiko	Kritisk risiko
Huber et al. 2015 (65)	Kritisk risiko	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	Kritisk risiko
Horton et al. 2015 (66)	Kritisk risiko	Moderat risiko	Lav risiko	Moderat risiko	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	Kritisk risiko

Hoffman og kolleger (25) gjennomførte en effektstudie av COS med familier med økonomiske vansker. Resultatene viste at andelen barn med desorganisert og usikker tilknytning ble signifikant mindre etter COS-tiltaket.

Cassidy og medarbeidere (64) utførte en studie som målte effekten av en prøveversjon av COS-P DVD. Deltakerne var 40 kvinner i et fengselsavviklingsprogram. Barn med trygg, utrygg og desorganisert tilknytning ble undersøkt. Etter å ha gjennomført tiltaket hadde 70 % av barna tilnærmet samme tilknytning til sine mødre som barn i lavrisikogrupper, og mødrene viste sensitivitet på linje med et normalutvalg.

Huber og medarbeidere (61) utførte en studie med barn i alderen 1-7 år hvor det var bekymringer rundt atferd, internaliserende problemer eller vansker i samspillet med omsorgsperson. Andelen barn med sikker tilknytning økte og andelen med desorganisert tilknytning ble redusert etter gjennomført tiltak. Hos deltakere som hadde desorganisert tilknytning ved oppstart av tiltaket, var det en økning i indikatorer for sikker tilknytning og en reduksjon i indikatorer for desorganisert tilknytning. Ingen av disse endringene var imidlertid signifikante.

En senere studie av Huber og medarbeidere (65) undersøkte om forbedringen i barns tilknytning og foreldrenes fungering sammenfalt med forbedring i barns atferd og emosjonelle fungering. Funnene viste forbedring i foreldres rapportering av barnas sosiale og emosjonelle fungering, barnas atferd og barnas internaliserende og eksternaliserende vansker fra før til etter tiltaket. Alle endringene var signifikante. Lærerne rapporterte om signifikante forbedringer i barnets eksternaliserende problemer.

Horton og kolleger (66) gjennomførte en evaluering av effekten av COS-P i et utvalg av mødre som var i behandling for rusmisbruk. Resultatene indikerte at mødre som deltok på de fleste gruppesesjonene viste størst forbedring i emosjonsregulering og foreldreferdigheter. Mødre som deltok i noen av sesjonene viste noe forbedring. Mødre som ikke deltok, viste ingen forbedring.

Som det er vist i tabellen over (Tabell 10), er risikoen for systematiske skjevheter i alle disse studiene vurdert til å være kritisk. Det betyr at det er store svakheter ved studiene, og at man har grunn til å ha svært begrenset tillitt til resultatene som presenteres. Studiene kan likevel gi oss kunnskap om tiltakets potensielle effekter.

3.3 International Child Development Program (ICDP)

3.3.1 Innhold og teoretisk forankring av ICDP

ICDP er basert på utviklingspsykologiske teorier og er et helsefremmende og forebyggende psykososialt tiltak (67;68). Tiltaket er norsk og utviklet av Karsten Hundeide og Henning Rye. Målgruppen er foreldre og andre omsorgsgivere til barn i alderen 0-18 år. Tiltaket ledes av lokale veiledere som er trent og sertifisert. Standardversjonen av tiltaket retter seg mot foreldre generelt. Det finnes imidlertid også versjoner som er tilpasset spesielle målgrupper, som for eksempel foreldre med minoritetsbakgrunn, foreldre som sitter i fengsel og foreldre til barn med funksjonsnedsettelse (69).

Tiltaket gjennomføres av to ICDP-veiledere og kan benyttes på ulike arenaer, primært i kommunene, som på helsestasjoner og i barnehager. Veilederne er som regel fagfolk som helseøstre og førskolelærere, men kan også være ressurspersoner fra lokalmiljøet. Det siste gjelder spesielt minoritetsversjonen av ICDP. Antallet gruppemøter varierer mellom åtte i standard-

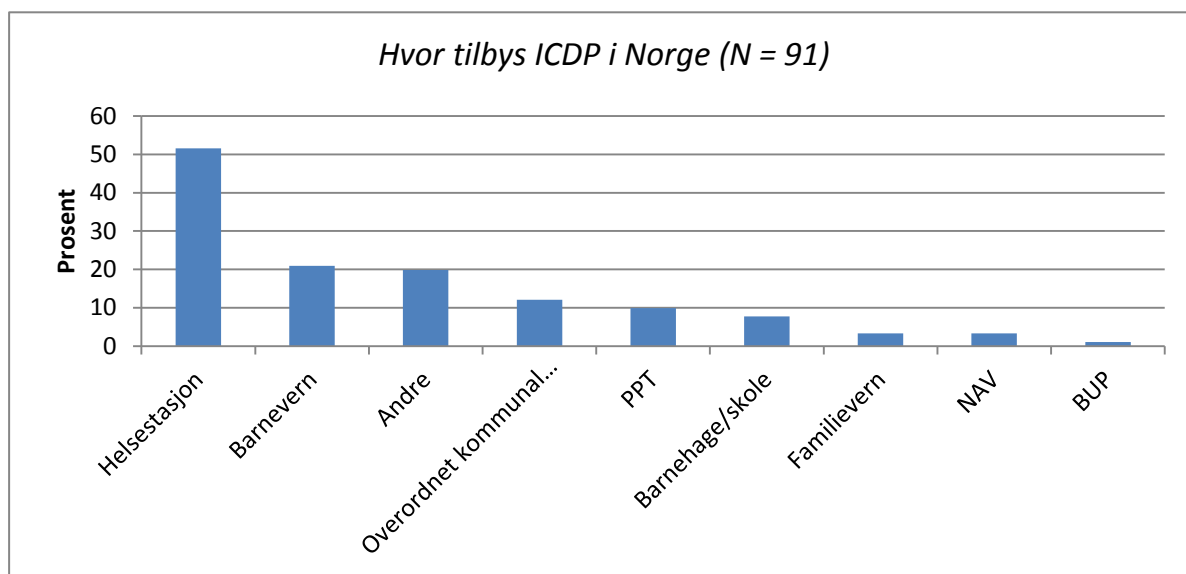
versjonen av ICDP og 12 i minoritetsversjonen. Innholdet på møtene er omsorgsgivers oppfatning av barnet, og hvordan oppfatningen styrer foreldrenes måte å tolke og møte barnet på. Innholdet er ment som utgangspunkt for samtale, eksemplifisering og aktivering av hvordan foreldre naturlig viser kjærlighet overfor barn, hvordan de formidler mening, utvider barnets erfaring, og hvordan de regulerer og setter grenser på en positiv måte. Innholdet tematisert i tre dialoger om godt samspill som igjen er inndelt i åtte temaer (69). Den første dialogen er Den emosjonelle dialogen og består av fire temaer. Tema 1: Vise positive følelser og vise at du er glad i barnet; tema 2: Justere seg til barnet og følge barnets initiativ; tema 3: Snakke med barnet om ting det er opptatt av og prøve å få i gang en «følelsesmessig samtale» og tema 4: Gi ros og anerkjennelse for det barnet klarer å gjøre. Den andre dialogen er Den meningsskapende og utvidende dialogen og består av de tre neste temaene; tema 5: Hjelp barnet til å samle oppmerksomheten sin slik at foreldre og barn har felles opplevelse av det som er rundt dem; tema 6: Gi mening til det barnet opplever ved å beskrive det man erfarer sammen og ved å vise følelser og entusiasme; og tema 7: Utdype og gi forklaringer. Den tredje dialogen heter Den regulerende dialogen og har ett tema; tema 8: Hjelp barnet å kontrollere seg selv ved å planlegge sammen og ved å sette grenser på en positiv måte. Temaet har fire underelementer: a) Planlegging steg for steg, b) Gradert støtte, c) Situasjonsregulering og d) Positiv grensesetting.

ICDP har et ressursperspektiv og tar utgangspunkt i å selvstendiggjøre omsorgsgiverne, der understøtting av allerede godt fungerende samspill, sensitivisering og bevisstgjøring er viktige elementer. ICDP har utviklet sju prinsipper for sensitivisering som arbeidsmetode for veilederne. Aktivering av deltakerne er et grunnleggende prinsipp, der ulike metoder som bruk av bilder, film, rollespill og hjemmeoppgaver benyttes. Det er utarbeidet et samtalehefte og plakat med åtte tema for godt samspill, samt DVDer med samspillssekvenser som benyttes som utgangspunkt for veiledningen.

For veiledere er det utviklet en håndbok. Veiledere har som utgangspunkt minimum treårig helse-, sosial- eller pedagogisk utdanning. Det gjøres unntak for veiledere med minoritetsbakgrunn eller andre som har en stilling der de har ansvar for å veilede omsorgsgivere.

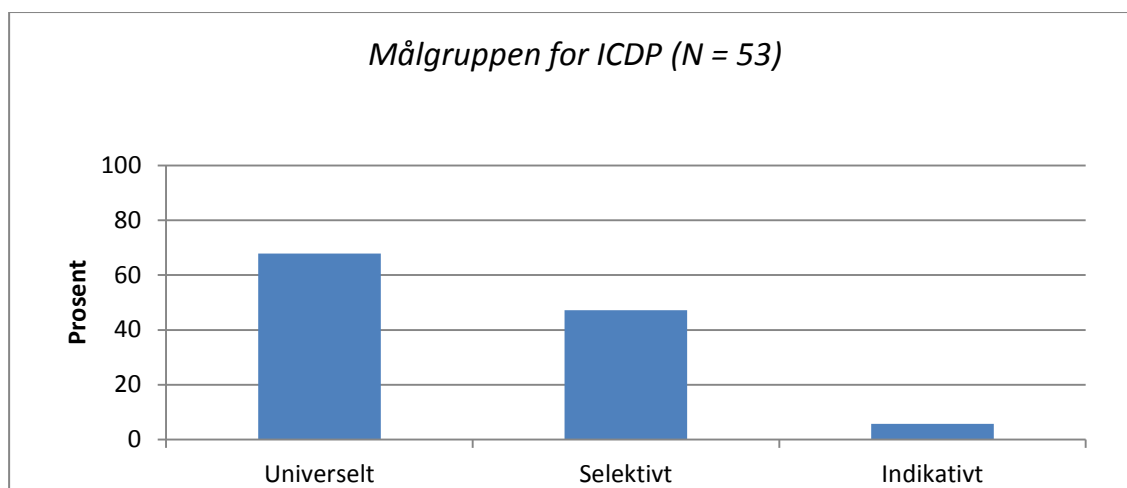
3.3.2 Bruk og implementering av ICDP i Norge

I alt 91 respondenter oppga at de benyttet ICDP. Figuren under (figur 5) viser hvilke enheter og etater disse respondentene representerte.



Figur 5: Diagrammet viser prosentvis fordeling mellom ulike aktører som tilbyr ICDP-grupper. Kategoriene er ikke gjensidig utelukkende.

51 respondenter svarte på spørsmålet om hvor mange grupper de hadde hatt i 2015. Enhetene hadde i gjennomsnitt hatt 4,9 ($SD = 11,7$) grupper i 2015. Én etat hadde imidlertid hatt hele 70 grupper i 2015, mens den største andelen respondenter ($n = 12$, 13,2 %) oppga at deres enhet hadde hatt kun én ICDP-gruppe (median = 1).



Figur 6: Diagrammet viser prosentvis fordeling av hvem som er målgruppen for ICDP. Kategoriene er ikke gjensidig utelukkende, flere har krysset av for flere målgrupper.

Da det ble spurt om ICDP ble gitt som et universelt, selektivt eller indikativt tiltak, var det flest respondenter som oppga at tiltaket ble gitt som et universelt tiltak, altså at tiltaket ble gitt til alle foreldre, uavhengig av behov (figur 6). Noen respondenter svarte imidlertid også at tiltaket ble benyttet enten selektivt eller indikativt, og flere svarte at det ble gitt til flere målgrupper.

Da respondentene ble spurt om de benyttet standardversjon, en tilpasset versjon, eller en egen versjon av ICDP, svarte de fleste ($n = 42$, 79,2 %) at de benyttet standardversjonen av tiltaket,

ni (17 %) benyttet en tilpasset versjon og seks respondenter (11,3 %) benyttet en egen versjon av tiltaket.

I tillegg til undersøkelse blant tilbydere av tiltaket, stilte vi noen spørsmål til tiltakseier (tabell 11):

Tabell 11: Svar fra tiltakseiere om opplæring og implementering av ICDP i Norge

Svar fra tiltakseierne om ICDP-opplæring og implementering	
Tiltakseier:	Buudir og ICDP Norge
Antall kursledere opplært i Norge:	Ca. 3700 veiledere i 2017
Kurslederens bakgrunn:	Helsesøster, sykepleier, psykolog, barnevernspedagog, sosionom, miljøarbeider, lærer/spesialpedagog, førskolelærer, prest/imam/diakon, tolk, politi. Representerer blant annet ansatte ved statlig familievern, barnevern, kommunale tjenester som helsestasjon, barnevern, familiesentre, BUP, barnehager og skoler
Hvem gir opplæring til kursledere:	Trenere som er sertifisert og kan gi kurs til veiledere og sertifisere veiledere. All sertifisering godkjennes av Buudir. Det er i underkant av 100 trenere i ICDP i Norge i dag
Hvordan implementeres kurset i kommunene (implementeringsstrategi):	Det foreligger ingen egen implementeringsstrategi. De med veiledingsertifisering tilbyr grupper ved sitt arbeidssted.
Hvordan rekrutteres kursledere:	Informasjon på Buudir sine nettsider
Hvordan rekrutteres deltakere:	I regi av tjenestene eller de som er veiledere
Antall veiledere som holder kurs:	To veiledere

3.3.3 Brukerevalueringer, kvalitative studier og implementeringsstudier

Det er gjennomført flere brukerevalueringer av ICDP, og både deltakernes og terapeutenes erfaringer er evaluert. Mange av evalueringene er fra Norge. Én norsk evaluering, basert på intervjuer med minoritetsmødre som deltok i ICDP-grupper, viste at mødrene opplevde at de ble mer positive, rolige, at de snakket mer med barna, og at relasjonene innad i familien ble styrket (70). Mødrene trakk videre frem det positive ved at de hadde knyttet sosiale bånd gjennom ICDP-gruppen. I en annen brukerevaluering, basert på intervjuer med fedre i fengsel (71), fortalte fedrene at de hadde blitt mer følelsesmessig knyttet til barna, og at de opplevde at barna fikk mindre vanskeligheter etter deltakelse i ICDP-gruppe. Fedrene opplevde det positivt å ha en arena der de kunne snakke om barna sine. Både veiledere og fedre oppga at tiltaket hadde en positiv effekt på fengselsmiljøet og på forholdet mellom ansatte og innsatte. I tillegg til de to ovennevnte brukerevalueringene, er det gjennomført brukerintervjuer med foreldre til barn med spesielle behov som har deltatt på ICDP-gruppe. Disse foreldrene opplevde at ICDP-gruppen var preget av empati, varme, støtte og forståelse, og at støtte fra andre foreldre med tilsvarende utfordringer skapte en følelse av å bli selvstendig, noe som igjen gjorde foreldrene mer komfortable med seg selv og med barnet (69).

Når det gjelder evaluering av terapeutenes erfaringer med ICDP, gjennomførte Fjellvang (72) en brukerevaluering hvor terapeuter ble spurt om den praktiske nytteverdien av ICDP. Hele 97 % svarte at de opplevde at tiltaket hadde ført til at terapeutene hadde tilegnet seg ny kunnskap og nye ferdigheter. Sherr og kollegaer (69) gjennomførte en brukerundersøkelse med 172 sertifiserte

norske ICDP-veiledere. Denne viste at tiltaket ble evaluert som positivt. Evalueringen viste også at veiledere stort sett implementerte tiltaket ut fra anbefalinger, og at de ofte bruker ICDP i sitt daglige arbeid. Implementeringsutfordringene som ble løftet frem var knyttet til mangelfulle ressurser (tid og penger) og til rekruttering av deltakere til tiltaket (69). I en annen implementeringsstudie av ICDP fra Sverige, konkluderte forskerne med at det er utfordrende å gjennomføre og implementere ICDP på en god måte uten at sentrale aktører avklarer forventninger, involverer nøkkelpersoner i prosessen, og uten at det blir utviklet strategier for å håndtere kjente implementeringsfaktorer i igangsettingen og den tidlige implementeringen av programmet (73).

I tillegg til de nordiske brukerevalueringene er det skrevet noen rapporter og gjennomført noen brukerevalueringer av ICDP også utenfor Norden. Disse har vist at både deltakere og veiledere opplever programmet som nyttig, og at deltakere i tillegg opplever en mer positiv holdning til barna etter deltakelse i programmet (74-77).

3.3.4 Hva vet vi om effekten av ICDP?

Det er utført flere effektstudier av ICDP, både internasjonalt og i Norge (78). Ingen av studiene har et RCT-design, men flere av dem har et kvasiekperimentelt design med en ikke-randomisert sammenligningsgruppe. To ICDP-studier (69;79) har blitt evaluert i rapporten Robuste Samliv (2013), og tiltaket har der blitt vurdert som et «funksjonelt virksomt tiltak» med evidensnivå 3 (15). Siden disse to studiene allerede er omtalt tidligere, er de ikke gradert eller omtalt på nytt i denne rapporten. En ny effektevaluering av ICDP med et RCT-design gjennomføres i 2017. Vi har vurdert risikoen for systematiske skjevheter i ICDP-studiene i henhold til ROBINS-I-kriteriene. Alle har blitt vurdert til å ha enten moderat, alvorlig eller kritisk risiko for systematiske skjevheter. Vurderingene vises i tabellen under. Studiene omtales i kronologisk rekkefølge. En mer detaljert oversikt over hver studie finnes i vedlegg 3.

Tabell 12: Vurdering av ICDP-studiene, basert på ROBINS-kriterier.

Forfatter	Konfundering	Seleksjon av deltakere	Klassifisering av tiltaket	Avvik fra planlagt tiltak	Manglende data	Utfalls-måling	Resultat-rapportering	Samlet vurdering
Clucas et al. 2014 (78)	Kritisk risiko	Moderat risiko	Lav risiko	Ingen informasjon	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	Kritisk risiko
Skar et al. 2014 (70)	Kritisk risiko	Moderat risiko	Lav risiko	Ingen informasjon	Lav risiko	Moderat risiko	Lav risiko	Kritisk risiko
Skar et al. 2014 (71)	Alvorlig risiko	Moderat risiko	Lav risiko	Ingen informasjon	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	Alvorlig risiko
Sherr et al. 2014 (79)	Moderat risiko	Lav risiko	Lav risiko	Ingen informasjon	Moderat risiko	Lav risiko	Lav risiko	Moderat risiko
Skar et al. 2015 (80)	Moderat risiko	Moderat risiko	Lav risiko	Ingen informasjon	Moderat risiko	Lav risiko	Lav risiko	Moderat risiko

Lorraine Sherr, Stephen Von Tetzchner og ICDPs forskningsgruppe gjennomførte i 2008-2010 en evaluering av ICDP (69) på grupper med foreldre fra befolkningen generelt (78), foreldre med minoritetsbakgrunn (70), foreldre som sitter i fengsel (71) og foreldre til funksjonshemmede barn (81). Evalueringen hadde et kvasiekperimentelt design, der tiltaksgrupper og sammenligningsgrupper svarte på spørreskjema før, umiddelbart etter og seks måneder etter ICDP-kurset. Det ble også gjennomført videoobservasjoner av omsorgspersoner og barn og intervjuer med noen av ICDP-deltakerne (N=63) (68;69). Resultatene viste at 80 % av deltakerne fra studien av foreldre fra den generelle befolkningen oppga at de opplevde endringer hos seg selv (mer bevisste, tålmodige og trygge i omsorgsrollen), over 50 % opplevde endringer i familien (vennligere atmosfære i familien og mer bevissthet om samhandling), og ca. 40 % opplevde endringer hos barnet (bedre humør, mer samarbeid og færre konflikter). Foreldre opplevde større mestring og tro på egne ferdigheter. I tillegg lærte og praktiserte foreldrene mer positive foreldrestrategier, og de opplevde økt engasjement og omsorg for barna sine (69). Vi har inkludert effektstudiene (70;71;78) fra denne evalueringen i vår kunnskapsstatus, og vi vurderte at det var kritisk og alvorlig risiko for systematiske skjevheter i disse studiene (Tabell 12). Det vil si at det er store svakheter ved studiene, og at man har grunn til å ha svært begrenset tillitt til resultatene som presenteres. Studiene kan likevel gi oss kunnskap om tiltakets potensielle effekter.

Videre ble det gjort en studie hvor Sherr og medarbeidere (79) rekrutterte ICDP-grupper ved barnehager og helsestasjoner for å undersøke effekten av åtte ukers ICDP-veiledning. Både omsorgsgivere som fikk ICDP og de som ikke fikk tiltaket svarte på spørreskjema om foreldreskap, psykososial fungering og vanskeligheter hos barna før og etter tiltaket. Resultatene viste at ICDP-gruppen viste mer positive holdninger til oppdragelse og samspill med barna, mer positive foreldrestrategier og mindre utfordringer i samspillet med barna sammenlignet med gruppen som ikke fikk ICDP. Det ble gjennomført oppfølgingsmålinger av det samme utvalget etter 6-12 måneder (80), og da fant forskerne en signifikant forbedring i foreldreferdigheter, mindre ensomhet og forbedring av selvfølelse hos ICDP-foreldrene, sammenlignet med kontrollgruppen. Som det er vist i tabellen over, er risikoen for systematiske skjevheter i disse studiene vurdert til å være moderat (Tabell 12). Det vil si at det er grunn til å tro at det er noe hold i resultatene som presenteres. På samme tid kan ikke studiene sammenlignes med RCT-studier.

ICDP er vurdert av Ungsinn til å være på evidensnivå 2. Vurderingen ble gjort i 2008 og er ikke oppdatert etter gjennomføring av de ovennevnte studiene, men det er gjennomført en ny vurdering som er ventet i løpet av 2017.

3.4 De Utrolige Årene (DUÅ)

3.4.1 Innhold og teoretisk forankring

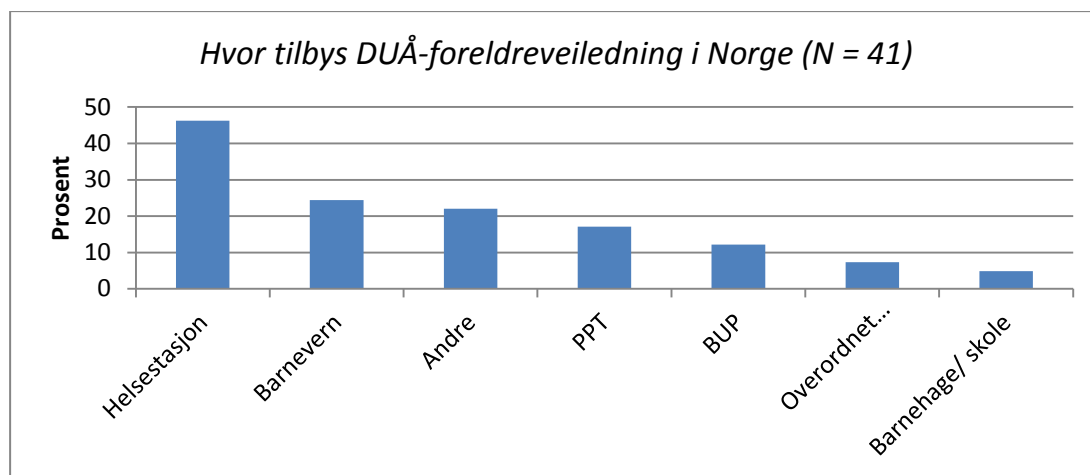
DUÅ er et gruppebasert tiltak for foreldre som bygger på utviklingspsykologi, tilknytningsteori, sosial læringsteori og atferdsteori. Gerald Pattersons forskning om tvingende samhandlingsmønstre («the coercive process») (21) danner basis for hvordan tiltaket er bygd opp, der relasjonsbygging til barnet anses som en viktig forutsetning for et godt samspill. Tiltaket rettes mot foreldre til barn i alderen 0-12 år som har atferdsvansker eller er i risiko for å utvikle atferds- eller sosiale vansker. Formålet er å forebygge og redusere frekvens og intensitet av atferdsproblemene, styrke barnets sosiale kompetanse og hjelpe det i regulering av følelsesmessige reaksjoner. DUÅ er opprinnelig utviklet ved University of Washington i USA, og deretter

oversatt og tilpasset norske forhold. Tiltaket er i dag implementert i ca 125 norske kommuner og 40 BUPer via Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, Nord (RKBU Nord) ved Universitetet i Tromsø i nært samarbeid med RKBU Midt-Norge, NTNU og RKBU Vest, Uni Research. DUÅ inneholder ulike moduler, og tiltaket kan benyttes både universalforebyggende, selektivt- og indikativt. DUÅ er grundig beskrevet, både i manualer, bøker og andre publikasjoner. Det foreligger manualer for opplæring av gruppeledere og håndbøker og videomateriale for foreldrene. Tiltaket starter med positiv relasjonsbygging mellom foreldre og barn via lek og annen positiv relasjonsskapende aktivitet. Temaene som følger er ros, belønning, positiv grensesetting, hvordan håndtere uønsket atferd, problemløsning og styrking av empati og sosiale ferdigheter. Gruppene ledes av to trenede gruppeledere, og det benyttes videovignetter, diskusjoner, rollespill/øvelser og hjemmeaktiviteter.

Gruppelederne kan være spesialpedagoger, psykologspesialister, psykiatere, miljøterapeuter, barnevernspedagoger, helsesøstre, barnehagelærere og lærere. De må være motiverte for å jobbe med manualbasert opplæring, og det anbefales at de har god kunnskap om utviklingspsykologi og atferdsanalyse.

3.4.2 Bruk og implementering av DUÅ-grupper i Norge

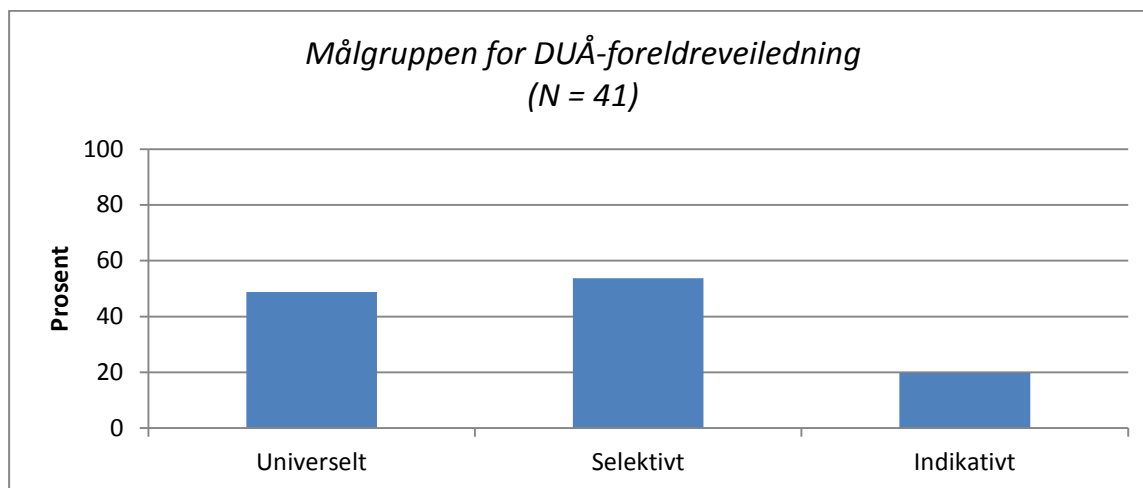
I alt 41 respondenter oppga at de benyttet ett av DUÅs foreldretiltak i grupper. I figuren under kan man se hvilke enheter og etater disse respondentene svarte på vegne av (figur 7).



Figur 7: Diagrammet viser prosentvis fordeling mellom ulike aktører som har svart at de tilbyr DUÅ-foreldregrupper. Kategoriene er ikke gjensidig utelukkende.

I alt 40 respondenter svarte på spørsmålet om hvor mange DUÅ-foreldregrupper deres enhet hadde hatt i 2015. Enhetene hadde i gjennomsnitt hatt 2,6 ($SD = 2,3$) grupper. Dette varierte imidlertid fra 0-12 grupper. Den største andelen av respondenter ($n = 15$, 37,5 %) fortalte at deres enhet hadde hatt to DUÅ-grupper (median = 2) i 2015.

Det ble videre undersøkt om DUÅ-gruppene ble tilbudt til alle, til risikogrupper eller til grupper som allerede hadde utviklet problemer.



Figur 8: Diagrammet viser prosentvis fordeling av hvem som er målgruppen for DUÅ-foreldreveiledning. Kategoriene er ikke gjensidig utelukkende, og flere har krysset av for flere målgrupper.

Som det vises i figur 8, svarer flest respondenter ($n = 22$, 53,7 %) at DUÅ-foreldregupper først og fremst tilbys selektivt. Samtidig er det en betydelig andel respondenter som tilbyr tiltaket til alle, og en god del tilbyr DUÅ til familier med barn som allerede har utviklet vansker (indikativt). Flere respondenter oppgir også at deres enhet tilbyr tiltaket til flere av målgruppene.

DUÅ-foreldreveiledning finnes i forskjellige versjoner for ulike målgrupper, og det kjøres jevnlig piloter for å prøve ut tiltaket for alternative målgrupper. Da respondentene ble spurt om de tilbød standardversjon, en tilpasset versjon eller en egen versjon av DUÅ, oppga de fleste ($n = 39$, 95,1 %) at de tilbød standardversjonen, fire respondenter (9,8 %) benyttet en tilpasset versjon, og én respondent rapporterte at de benyttet en helt egen versjon av tiltaket.

Vi stilte også tiltakseier noen spørsmål om opplæring og implementering i Norge (tabell 13):

Tabell 13: Svar fra tiltakseiere om opplæring og implementeringen av DUÅ i Norge

Svar fra tiltakseierne om DUÅ-opplæring og implementering	
Tiltakseier:	RKBU Nord er ansvarlig for opplæring, implementering og drift i samarbeid med RKBU Midt-Norge og RKBU Vest. Helsedirektoratet finansierer tiltaket
Antall kursledere opplært i Norge:	I underkant av 1000 i 2017
Kurslederens bakgrunn:	Gruppelederne kommer fra kommunale tjenester som helsestasjon, familiesentra, barnevern, BUP og noen ideelle tjenester
Hvem gir opplæring til kursledere:	DUÅ-Norge har ansatte fagpersoner i de tre RKBUene som er spesialtrene og sertifiserte mentorer, som følger opp kurslederne via jevnlig gruppeveiledninger lokalt og regionalt. Veiledning vedvarer så lenge gruppelederne benytter DUÅs tiltak
Hvordan implementeres kurset i kommunene (implementeringsstrategi):	DUÅ-Norge lærer opp spesielt egnede erfarne gruppeledere til å bli lokale DUÅ-veiledere i sin kommune eller i et litt større område. DUÅ-veiledere følger opp de ferskeste gruppelederne med hyppig lokal veiledning i små grupper (1-4 personer) i løpet av deres tre første gruppeforløp
Hvordan rekrutteres kursledere:	På bakgrunn av en implementeringsavtale mellom DUÅ-Norge og organisasjonen, kan ansatte delta på opplæringen. Organisasjonen velger selv hvem de ønsker å lære opp som gruppeledere. Deler av DUÅs foreldreveiledning er en universitetsutdanning på masternivå. Arbeidsgiver forplikter seg da til å tilrettelegge for gruppedrift gjennom hele utdanningen.

Hvordan rekrutteres deltakere:	Familier finner informasjon på ulike arenaer. Mange rekrutteres gjennom den generelle informasjonsbrosjyren og plakater på helsestasjon, familiesenter, venterom på BUP, etc. Noen enheter har utarbeidet egne lokale brosjyrer i tillegg til informasjon på egne hjemmesider. Rekruttering til universalforebyggende grupper i helsestasjon, i barnehage eller i skole skjer gjerne i direkte dialog med foreldrene, via foreldremøter og via skriftlig informasjon/invitasjon, oppslag. For indikerte tilbud i kommunen eller på BUP skjer gjerne rekrutteringen ved at foreldrene får informasjon fra tjenester de er direkte i kontakt med, for eksempel barnevern eller fastlege. En del familier finner informasjon via DUÅs hjemmeside eller andre nettbaserte informasjonssider
Antall veiledere som holder kurs:	To gruppeledere. Gruppelederne har ulike roller, utfyller hverandre og forsøker å se foreldrenes problemstillinger to ulike perspektiver

3.4.3 Brukerevalueringer, kvalitative studier og implementeringsstudier

Det er gjennomført et stort antall brukerevalueringer av DUÅ, både i Norge, Norden og utenfor Norden. Blant annet er det fast rutine etter alle DUÅ-grupper at foreldre evaluerer tiltaket. I denne oppsummeringen har vi hovedfokus på de norske og nordiske brukerevalueringene. I forbindelse med en norsk oppfølgingsstudie ble tiltaket vurdert som «bra» eller «veldig bra» av 93,8 % av mødrene og 83,7 % av fedrene. I tillegg ville 93,8 % av mødrene og 95,4 % av fedrene «anbefale» eller «sterk anbefale» DUÅ-grupper til andre (82). En kvalitativ masteroppgave undersøkte foreldrenes opplevelse med å delta i DUÅ-grupper. Foreldrene opplevde at deltakelse styrket deres foreldrekompetanse og fremmet en mer positiv relasjon til barnet. Gjennomgående hadde foreldrene positive erfaringer med gruppetiltaket. De hadde størst utbytte av de første temaene som fokuserte på samspill og relasjonsbygging mellom foreldre og barn (27).

En annen brukerevaluering innhentet erfaringer fra 101 familier som deltok i DUÅ-grupper i Verdal kommune i perioden 2009 - 2014. Evalueringen viste en høy brukertilfredshet blant foreldrene (83). En dansk brukerundersøkelse av foreldrenes og gruppeledernes vurdering av tiltaket viste at foreldrene var svært tilfreds med gruppene. De mente at tiltaket var nyttig for å håndtere og løse problemene de hadde med barna sine, og en stor andel ville anbefale tiltaket til andre. Mødrene var mer positive enn fedrene. Gruppediskusjonene var den delen av tiltaket deltakerne opplevde som mest nyttig. På den annen side synes de at rollespillene var krevende, at dvd-filmene var mindre nyttige og at det var vanskelig å forstå og finne tid til å gjøre hjemmeoppgavene (84).

Blant brukerevalueringene av DUÅ som er gjennomført utenfor Norden er det noen det er verdt å trekke frem. (85) gjennomførte kvalitative intervjuer med foreldre. Resultatene viste at foreldrene hadde mest nytte av å gjennomgå temaene om barnets emosjonsreguleringsstrategier, barnets lekebaserte atferd, egen stresshåndtering og sosial støtte. I en annen kvalitativ studie (86), basert på dybdeintervjuer av et lite utvalg foreldrene, viste resultatene at foreldrene opplevde en positiv endring i barnets atferd til tross for utfordringer i hverdagen. Det var imidlertid noen foreldre som opplevde tilbakefall i barnets positive endring, noe som ble relatert til at de ikke klarte å opprettholde foreldreferdighetene i stressede perioder.

Det er videre gjennomført noen studier som har undersøkt implementeringen av DUÅ. Både Dababna og Parish (85) og Stern (87) fant at manualen, med noen få unntak, ble implementert med høy grad av programintegritet, og at dette vedvarte over tid. Stern viste videre at opplæring, programmets struktur, fokus på ansvarliggjøring, tett oppfølging av gruppeleder og kvaliteten på veiledning og gruppeleder var aspekter som bidro til høyest programintegritet.

Videre viste en implementeringsstudie (88) at høy grad av programintegritet hang sammen med at kursholderne fikk jevnlig veiledning og konsultasjon over tid.

3.4.4 Hva vet vi om effekten av DUÅ-foreldreveiledning?

Det er gjennomført flere studier som har undersøkt effekten av DUÅ (15). Mange har benyttet RCT-design eller kvasiexperimentelle design med en ikke-randomisert kontrollgruppe. Det er også gjennomført studier som har oppsummert DUÅ-forskningen. I én metaanalyse sammenstilte Menting og medarbeidere resultatene fra 50 enkeltstudier. Metaanalysen viste at DUÅ har god effekt på barns atferdsproblemer i ulike typer familier (89). En oversiktsartikkel som undersøkte effekten av DUÅ for ulike utvalg (familier med annen kulturell bakgrunn, fosterforeldre og foreldre til barn med nevroutviklingsforstyrrelser), viste at tiltaket hadde effekt på barnets atferdsvansker (89). Basert, blant annet på disse oppsummeringsstudiene, har Ungsinn (90) klassifisert DUÅ som et «dokumentert virksomt tiltak» på evidensnivå 4, med dokumentasjonsgrad 5. En effektstudie (91) og fem nordiske rapporter og artikler av DUÅ er omtalt i Robuste samliv (84;92-94). Tiltaket har der blitt vurdert som «funksjonelt virksomt» med evidensnivå 3 (15). Da disse studiene allerede er vurdert, er de ikke gradert eller omtalt på nytt i denne rapporten (82;95). I den senere tid er det gjort flere studier av DUÅ, oppsummert i oversiktsartikkelen til Pidano og medarbeidere (96). Vi har vurdert de effektstudiene som ikke allerede inngår i Robuste samliv eller andre oversiktsstudier og metaanalyser. DUÅ-studiene som er vurdert etter ROBINS-I-kriteriene er vurdert til å ha enten kritisk, alvorlig eller uklar risiko for systematiske skjevheter, mens DUÅ-studiene som er vurdert etter ROB-kriteriene er vurdert å ha lav eller uklar risiko for systematiske skjevheter. I Tabellene 14 og 15 er en oversikt over denne graderingen. Studiene omtales i kronologisk rekkefølge. En mer detaljert oversikt over studiene finnes i vedlegg 3.

Tabell 14: Gradering av DUÅ foreldregruppe-studiene, basert på kriterier fra ROB

Forfatter	Randomisering av grupper	Randomiseringsnøkkel	Blinding av deltakere og veiledere	Blinding av forskere	Ufullstendige data	Resultatrapportering	Andre systematiske skjevheter	Samlet vurdering
Webster-Stratton et al. 2011 (97)	Lav risiko	Uklar risiko	Høy risiko	Lav risiko	Høy risiko	Lav risiko	Lav risiko	Høy risiko
Hurlburt et al. 2013 (98)	Lav risiko	Uklar risiko	Høy risiko	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	Uklar risiko	Lav risiko
Stattin et al. 2015 (18)	Lav risiko	Uklar risiko	Høy risiko	Uklar risiko	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	Uklar risiko
Gridley et al. 2015 (99)	Lav risiko	Lav risiko	Høy risiko	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko
Leijten et al. 2015 (100)	Lav risiko	Lav risiko	Høy risiko	Uklar risiko	Høy risiko	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko
Seabra-Santos et al. 2015 (101)	Lav risiko	Lav risiko	Høy risiko	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko
Hutchings, J., et al. 2016 (102)	Lav risiko	Lav risiko	Høy risiko	Lav risiko	Uklar risiko	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko
Lessard, J. et al. 2016 (103)	Lav risiko	Uklar risiko	Høy risiko	Lav risiko	Uklar risiko	Lav risiko	Uklar risiko	Uklar risiko
Weeland et al. 2017 (104)	Lav risiko	Lav risiko	Høy risiko	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko

Tabell 15: Gradering av DUÅ-studiene, basert på kriterier fra ROBINS-I

Forfatter	Konfundring	Seleksjon av deltakere	Klassifisering av tiltaket	Avvik fra planlagt tiltak	Manglende data	Utfallsmåling	Resultatrapportering	Samlet vurdering
Webster-Stratton et al. 2013 (105)	Kritisk risiko	Lav risiko	Lav risiko	Moderat risiko	Lav risiko	Lav risiko	Moderat risiko	Kritisk risiko
Hobbel et al. 2013 (106)	Kritisk risiko	Lav risiko	Lav risiko	Moderat risiko	Moderat risiko	Lav risiko	Lav risiko	Kritisk risiko
Charles et al. 2013 (107)	Kritisk risiko	Lav risiko	Lav risiko	Ingen informasjon	Alvorlig risiko	Lav risiko	Lav risiko	Kritisk risiko
Trillingsgaard et al. 2014 (108)	Alvorlig risiko	Lav risiko	Moderat risiko	Moderat risiko	Moderat risiko	Lav risiko	Alvorlig risiko	Alvorlig risiko
Evans et al. 2015 (109)	Kritisk risiko	Lav risiko	Lav risiko	Ingen informasjon	Alvorlig risiko	Lav risiko	Moderat risiko	Kritisk risiko

Som det er vist i tabellen over, er det gjennomført 9 RCT'er av DUÅ foreldregrupper. Webster-Stratton og medarbeidere publiserte en RCT studie i 2011 (97) der de evaluerte effekten av DUÅ-foreldreveiledning på barn i alderen 4-6 år med ADHD diagnose. Resultatene indikerte forbedring i foreldreferdigheter, barns eksternaliserende vansker, oppmerksomhet og sosiale kontakt på skolen. Basert på ROB-kriteriene, vurderte vi at det var høy risiko for systematiske skjevheter i denne studien (tabell 14). Det vil si at systematiske skjevheter kan ført til at studiens konklusjoner ikke stemmer, og at det derfor er grunn til å ha begrenset tillitt til resultatene som presenteres. Vi kan likevel ha fått kunnskap om tiltakets potensielle effekter.

Videre undersøkte Hulbert og medarbeidere (98) i en RCT effekten av DUÅ på familier som rapporterte at de utøvde vold mot barna. Resultatene viste signifikante forbedringer i foreldreferdigheter og observert atferd hos barna. I en svensk RCT (18) undersøkte Stattin og medarbeidere korttidseffekten av tre foreldreveiledningsprogrammer, inkludert DUÅ. Barn av foreldre som deltok i DUÅ viste reduksjon i ADHD-symptomer. I en annen RCT (99) viste Gridley og medarbeidere at DUÅ ikke hadde effekt på foreldrenes språkbruk. Leijten og medarbeidere (100) viste at DUÅ førte til en reduksjon i atferdsproblemer hos barn i familier med lav sosioøkonomisk status og i familier med etnisk minoritetsbakgrunn. Hos foreldrene kunne man se en økning i bruk av ros og belønning og en reduksjon i hard og inkonsekvent foreldreatferd. Effekten ble opprettholdt ved tre måneders oppfølging.

Seabra-Santos og kolleger (101) undersøkte effekten av DUÅ på foreldre av førskolebarn som var i risiko for problematferd. Det ble utført en RCT med oppfølging 12 og 18 måneder etter tiltaket med 124 barn i alderen 3-6 år og deres foreldre. Barna hadde signifikant reduksjon av atferdsproblemer, og de fikk økte sosiale ferdigheter. Omsorgsgiverne fikk bedre foreldrestrategier og økt selvtillit. De positive effektene ble opprettholdt over tid. Hutchings og medarbeidere (102) gjennomførte en RCT for å undersøke effekten av DUÅ i et område hvor mange hadde lav sosioøkonomisk status. Deltakerne var 89 familier med ett- og to-åringer, og utfallene ble målt før tiltaket, etter seks måneder og etter 12 måneder. Det ble funnet signifikant forbedring av foreldrenes psykiske helse og hvordan foreldre roste barna sine ved seks måneder. Etter 12 måneder kunne man se signifikant forbedring i depresjon hos foreldrene. Lessard og kolleger (103) undersøkte effekten av DUÅ for familier med barn som var diagnostisert med ADHD. Familier ble delt i tre grupper og fikk enten; DUÅ og ADHD-medisiner; telefonstøtte og ADHD-medisiner; eller bare ADHD-medisiner. Resultatene tydet på at

foreldrene som fikk både DUÅ og telefonstøtte brukte mer ros og belønning enn foreldrene der barna bare fikk ADHD-medisiner. Weeland og kollegaer (104) testet effekten av DUÅ og et annet forebyggende atferdsterapeutisk tiltak for foreldre i en RCT med 387 foreldre med barn i alderen 4-8 år. Resultatene antydte at, sammenlignet med det andre atferdsterapeutiske tiltaket, førte DUÅ til en reduksjon i foreldrerapportert eksternaliserende atferd hos barna og en mer positiv foreldrestil. Vi vurderte at disse studiene hadde lav eller uklar risiko for systematiske skjevheter (tabell 14). Det vil si at de systematiske skjevhetene vurderes ikke å påvirke studiens resultater (lav risiko) eller at de systematiske skjevhetene kan påvirke studiens resultater (uklar risiko). Vi kan til en viss grad ha tillitt til resultatene fra disse studiene.

I tillegg til studiene med et RCT-design, er det gjennomført fire studier av DUÅ med pre-post design og en studie som hadde en sammenligningsgruppe. Webster-Stratton og medarbeidere (105) gjennomførte en oppfølgingsstudie med pre-post design ett år etter RCT'en fra 2011 (97). De viste at effektene fra den første studien ble opprettholdt. Det var størst forbedring i barns eksternaliserende vansker og mødres foreldreferdigheter i utvalget hvor barnet i utgangspunktet skåret høyt på ODD-symptomer. Hobbel og medarbeidere (106) gjennomførte en studie som målte endringer i ODD symptomer blant norske barn etter DUÅ-tiltaket. Etter et års oppfølging, hadde antall barn med ODD-diagnose blitt betydelig redusert. Charles og medarbeidere utførte en oppfølgingsstudie hvor det ble vist at foreldre som hadde indikasjon på depresjon hadde en signifikant reduksjon i bruken av helsevesenet etter at tiltaket var avsluttet. En dansk studie av Trillingsgaard og medarbeidere viste at effekten av DUÅ på barn med ADHD var sammenlignbar med Webster-Stratton sin effektstudie fra 2011, og at effekten ble opprettholdt de neste seks månedene. I en studie av Evans og medarbeidere (109) så man endring i psykisk helse og selvfølelse hos foreldrene etter tiltaket. På grunn av mangel på kontrollgruppe, ble studiene med pre-post-design som er beskrevet over, vurdert til å ha kritisk risiko for systematiske skjevheter. Studien som hadde en sammenligningsgruppe, ble vurdert til å ha alvorlig risiko for systematiske skjevheter (97) (tabell 15). Det at studiene hadde kritisk og alvorlig risiko for systematiske skjevheter betyr at det er store svakheter ved studiene, og at man har grunn til å ha svært begrenset tillitt til resultatene som presenteres. Studiene kan likevel gi oss kunnskap om tiltakets potensielle effekter.

3.5 Parent Management Training-Oregon modellen (PMTO)-foreldregrupper

3.5.1 Innhold og teoretisk forankring

PMTO er et behandlingstiltak for familier med barn i alderen 3-12 år med moderate til alvorlige atferdsproblemer. DUÅ og PMTO er veldig overlappende, og de har samme teorigrunnlag og komponenter. DUÅ-tiltaket legger imidlertid mer vekt på lek, PMTO terapeutene har lengre opplæring, og i motsetning til PMTO, er DUÅ kun gruppebasert. PMTO gruppebehandling er en av flere tiltak som inngår i forebyggingsprogrammet Tidlig Innsats for Barn i Risiko (TIBIR), tilpasset det kommunale tjenestenivået. PMTO var i utgangspunktet utformet som individuell familiebehandling, men har senere også blitt utviklet for ulike foreldregrupper.

PMTO er basert på kunnskapen om at mangelfulle foreldreferdigheter bidrar til at barns atferdsproblemer oppstår, utvikler seg og opprettholdes over tid (110). PMTO er en av de eldste og best

dokumenterte programmene for å avhjelpe alvorlige atferdsproblemer (111;112) og er grundig beskrevet, både i håndbøker, bokkapitler, bøker og i nasjonale og internasjonale publikasjoner.

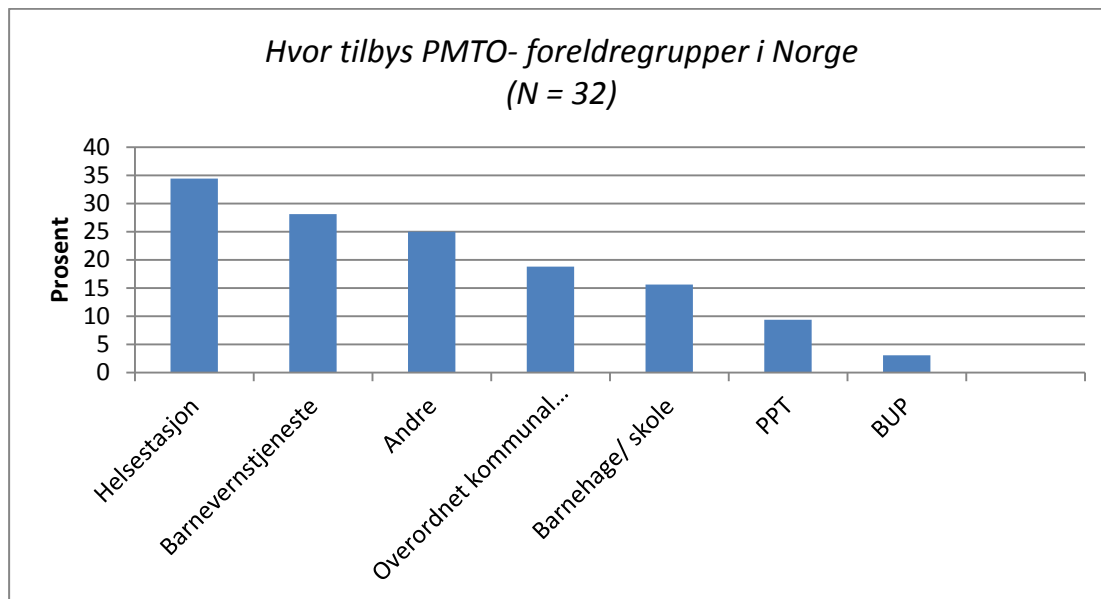
PMTO bygger på SIL-modellen (The Social Interaction Learning model), som er en kombinasjon av sosial læringsteori og sosial interaksjonsteori, og på kunnskap om hvordan negative samspillsmønstre oppstår, opprettholdes og hva som skal til for å stoppe dem (113). Drivkraften i utviklingen av antisosial atferd er, ifølge Patterson og Forgatch (114), tvingende samspillsmønstre i familien («the coercive process»). Forskningen viser at når denne negative samværsformen får dominere foreldre-barn-relasjonen, øker risikoen for at barnet kan utvikle problematferd og i verste fall alvorlige atferdsvansker (113). Målet er å stanse eller redusere problematferden hos barnet ved å gjenopprette en positiv relasjon mellom foreldre og barn slik at det negative samspillet brytes og barnets prososiale utvikling fremmes og styrkes. Foreldrene anses som barnets viktigste hjelpere for å erstatte problematferd med alternative uttrykksformer. Behandlingen er i stor grad rettet mot å snu foreldres uhensiktsmessige væremåter og holdninger til foreldreferdigheter som vil gjøre dem bedre i stand til å møte barnet på en utviklingsfremmende måte. Kjernekomponentene i tiltaket er foreldreferdigheter som har vist seg å forebygge og motvirke antisosial atferd: 1) positiv involvering, 2) ros og oppmuntring av ferdigheter, 3) problemløsning, 4) tilsyn og 5) grensesetting (115).

PMTO-foreldregupper. Hovedfokuset i gruppene er å fremme godt samspill mellom foreldre og barn. Dette skjer gjennom introduksjoner til ulike tema, kombinert med rollespill og demonstrasjoner samt dialog med gruppedeltakerne i plenum. I hver gruppe deltar inntil åtte familier. Alle øver på å håndtere barnas atferdsvansker og på å trene barna i prososiale væremåter. Foreldrene rollespiller alternative handlingsmåter i mindre grupper, for så å møtes for å reflektere og utveksle erfaringer i plenum. Foreldrene blir også oppfordret til å prøve ut ferdighetene hjemme ved hjelp av konkrete hjemmeoppgaver. Tiltaket består av 12 gruppesamlinger à 2,5 timer, og foreldrene veiledes av to gruppeledere hvorav minst én er sertifisert som PMTO-terapeut.

Opplæringsprogrammet for PMTO er veldokumentert og standardisert, og det utøves både regionalt og kommunalt. Det er utarbeidet flere håndbøker knyttet til PMTO-tiltaket, blant annet Håndbok PMTO individuell familie (116) og PMTO-kurs for fosterforeldre (117). For å bli tatt opp i opplæringsprogrammet for PMTO-terapeuter kreves det minimum treårig helse- og sosialfaglig høyskole- eller universitetsutdanning innenfor psykologi, pedagogikk, medisin, eller tilsvarende. I tillegg er det krav om klinisk erfaring fra barne- og familiearbeid. PMTO-terapeutene deltar i et opplæringsprogram som varer i 1,5 år. Opplæringen går over 21 seminar-dager. I tillegg må alle delta i en gruppeveiledning en hel dag annenhver uke i grupper på inntil fem deltakere. For å drive de omtalte PMTO-gruppetilbudene, må PMTO-terapeutene i tillegg gjennomføre et 2-dagers påbygningskurs for å kvalifisere seg som gruppeledere.

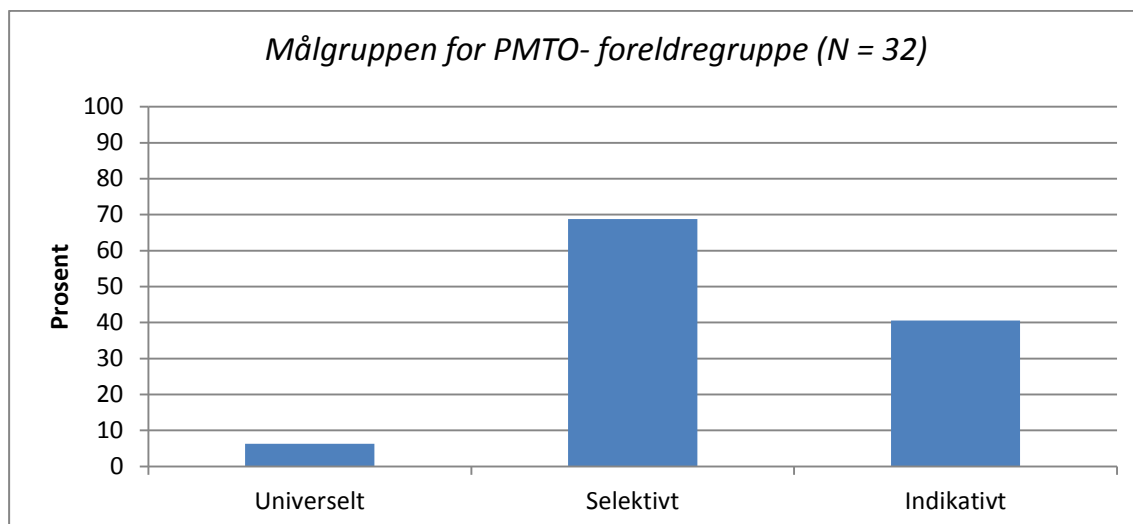
3.5.2 Bruk og implementering av PMTO-grupper i Norge

I alt 32 respondenter krysset av for at de tilbød PMTO-foreldregupper. Figuren under viser hvor disse respondentene arbeider (figur 9).



Figur 9: Diagrammet viser prosentvis fordeling mellom ulike aktører som tilbyr PMTO-foreldregrupper. Kategoriene er ikke gjensidig utelukkende.

I alt svarte 28 respondenter på spørsmålet om hvor mange PMTO-grupper deres enhet hadde hatt i 2015. Enhetene hadde i gjennomsnitt hatt 1,5 ($SD = 1,4$) grupper. Antall grupper varierte imidlertid fra 0-5 grupper. Den største andelen av respondenter ($n = 11, 39,3\%$) fortalte at deres enhet kun hadde hatt én PMTO-gruppe (median = 1) i 2015.



Figur 10: Diagrammet viser prosentvis fordeling av hvem som er målgruppen for PMTO-foreldregrupper. Kategoriene er ikke gjensidig utelukkende, og flere har krysset av for flere målgrupper.

Som en ser av figuren over (figur 10), oppgir de fleste respondentene at PMTO-foreldregrupper tilbys til grupper med moderat risiko for å utvikle atferdsproblemer (selektivt tiltak), noe som er i tråd med tiltakets opprinnelige definerte målgruppe. Det var også en del respondenter som svarte at de tilbød tiltaket som et indikativt tiltak, noe som også er i tråd med tiltakets definerte målgruppe. Få tilbød PMTO-foreldregrupper som et universelt tiltak.

De fleste respondentene ($n = 25$, 78,1 %) oppga at de benyttet standardversjonen av tiltaket. Kun noen få ($n = 4$, 12,5%) benyttet en tilpasset versjon, og enda færre ($n = 2$, 6,3%) benyttet en helt egen versjon av PMTO- foreldregrupper.

Vi stilte også tiltakseier noen spørsmål om opplæring og implementering i Norge (Tabell 16):

Tabell 16: Svar fra tiltakseiere om opplæring og implementeringen av PMTO i Norge

Svar fra tiltakseierne om PMTO-opplæring og implementering	
Tiltakseier:	Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge (NUBU), tidligere atferdssenteret
Antall kursledere opplært i Norge:	121 aktive PMTO-gruppekursledere er registrert. Ingen oversikt over det totale antallet som er opplært
Kurslederens bakgrunn:	Totalt: 32 Bufetat/BUP PMTO-gruppekursledere, 89 Kommunale PMTO-gruppekursledere. I kommunene: 25 Region Øst-Norge, 10 Region Sør-Norge, 13 Region Vest-Norge, 3 Region Midt-Norge
Hvem gir opplæring til kursledere:	NUBU
Hvordan implementeres kurset i kommunene (implementeringsstrategi):	Kommuner som jobber med TIBIR har PMTO-terapeuter som har fått kurs i å lede PMTO-grupper. Disse kommunene kan dermed holde PMTO-grupper for ulike målgrupper (PMTO-foreldregrupper, grupper for etniske minoriteter og PMTO-kurs for fosterforeldre). I tillegg har NUBU lært opp gruppeledere fra BUP og Bufetat. Bruken av gruppetiltaket varierer. Noen kommuner har jevnlig gruppetilbud flere ganger i året, mens andre har et mer sporadisk tilbud basert på kapasitet og etterspørsel
Hvordan rekrutteres kursledere:	NUBU rekrutterer PMTO-gruppeledere fra kommuner som allerede jobber innenfor TIBIR-modellen, fra Bufetat og BUP. Arbeidsplassene må ha sertifiserte PMTO-terapeuter og konkrete planer om å ta i bruk gruppetiltakene
Hvordan rekrutteres deltakere:	BUP og Bufetat har egne henvisningsrutiner og vurderer hvilke familier som er i målgruppen for tiltaket. I «TIBIR-kommuner» kan familier rekrutteres fra henviste saker til Pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT) eller Barnevernstjenesten, eller via utdannede TIBIR-kartleggere på helsestasjon, familiens hus, osv. Noen kommuner bruker mer aktive rekrutteringsstrategier, med orientering om tilbudet på foreldremøter i skoler og barnehager, åpen barnehage og kurssteder for norskopplæring for minoritetsfamilier, og ved å tilby gruppetiltaket som en del av introduksjonsprogrammet for flyktninger og innvandrere
Antall veiledere som holder kurs:	To gruppeledere

3.5.3 Brukerevalueringer, kvalitative studier og implementeringsstudier

Det er gjennomført noen få brukerevalueringer av PMTO. I forbindelse med en større norsk effektevaluering av PMTO for fosterforeldre (117), ble det innhentet erfaringer fra fosterforeldrenes som hadde fått tiltaket. Kurset fikk svært gode brukerevalueringer, og fosterforeldrene opplevde kurset som både engasjerende, lærerikt og nyttig. De var positive til både organisering, struktur, innhold, arbeidsform og kursledelse. Resultatene viste videre at fosterforeldrenes positive erfaringer med kurset holdt seg halvannet år etter kurset var slutt, og

deltakerne vurderte verktøyene de hadde brukt som praktisk nyttige og relativt enkle å ta i bruk (117).

En svensk magistergradsoppgave undersøkte foreldrenes tilfredshet med gruppetiltaket, og deres opplevelse av samarbeid med terapeuten. Resultatene antydte at det er en sammenheng mellom behandlingstilfredshet hos foreldrene og eksternaliserende atferd og sosial kompetanse hos barna (118). En kvalitativ studie med dybdeintervjuer av deltakerne som enten hadde fått PMTO individuelt eller i gruppe (119), hadde som mål å undersøke hvordan PMTO-tiltaket førte til endring hos foreldrene. Funnene viste at foreldrene aktivt vurderer og benytter tiltaks-materiale i ulike livskontekster, noe de igjen opplever at fører til en endring i foreldrepraksis.

Det er videre gjennomført noen implementeringsstudier av PMTO, men disse er hovedsakelig gjennomført når PMTO gis individuelt. En islandsk studie undersøkte imidlertid implementeringen av PMTO-grupper i islandske kommuner. Resultatene viste at PMTO-grupper kan bli implementert i kommunale settinger med høy programintegritet, selv med små ressursene (120).

3.5.4 Hva vet vi om effekten av PMTO-foreldregruppe

Gruppetiltaket av PMTO-foreldregruppe er grundig evaluert i Norge gjennom flere RCT'er. Programmet er vurdert av Ungsinn og klassifiseres som et «dokumentert virksomt tiltak» på evidensnivå 4 med dokumentasjonsgrad 4. Fire studier av PMTO-foreldregrupper ble evaluert i Robuste Samliv (117;121-123), og tiltaket har der blitt vurdert som et «dokumentert virksomt tiltak» med evidensnivå 4 (15). Da disse studiene allerede er vurdert, er de ikke gradert eller omtalt på nytt i denne rapporten.

Basert på ROB, har vi vurdert risikoen for systematiske skjevheter i RCT'er om PMTO-foreldregruppe. I tabellen under er en oversikt over denne vurderingen. Det følger videre en kort beskrivelse av studiene i teksten under tabellen. Studiene omtales i kronologisk rekkefølge. En mer detaljert oversikt over studiene finnes i vedlegg 3.

Tabell 17: Gradering av PMTO-foreldregruppe-studiene, basert på ROB-kriterier

Forfatter	Randomisering av grupper	Randomiseringsnøkkel	Blinding av deltakere og veiledere	Blinding av forskere	Ufullstendige data	Resultatrapportering	Andre systematiske skjevheter	Samlet vurdering
Braet et al. 2009 (124)	Lav risiko	Uklar risiko	Høy risiko	Uklar risiko	Høy risiko	Uklar risiko	Høy risiko	Uklar risiko
Forgatch, M. S., 2009 (125)	Lav risiko	Uklar risiko	Høy risiko	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	Uklar risiko	Uklar risiko
Reed et al. 2013 (126)	Lav risiko	Lav risiko	Høy risiko	Lav risiko	Høy risiko	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko
Forgatch et al. 2016 (127)	Lav risiko	Uklar risiko	Høy risiko	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	Uklar risiko	Uklar risiko
Jalling et al. 2016 (128)	Lav risiko	Lav risiko	Høy risiko	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko
Høgstrøm et al. 2016 (129)	Lav risiko	Uklar risiko	Høy risiko	Uklar risiko	Lav risiko	Lav risiko	Uklar risiko	Uklar risiko
Kjøbli et al. 2016 (130)	Lav risiko	Lav risiko	Høy risiko	Uklar risiko	Lav risiko	Lav risiko	Uklar risiko	Uklar risiko

Braet og medarbeidere (124) gjennomførte en RCT med foreldre som hadde barn med atferdsproblemer. Deltakerne ble målt før, like etter og ett år etter tiltaket. Studien viste mer reduksjon i inkonsistent foreldrestil i tiltaksgruppen sammenlignet med kontrollgruppen ved studieslutt og ett år etter. Foreldrene viste også reduksjon i aggressiv atferd ved ett års oppfølging. Hos barna så man reduksjon i eksteraliserende atferd. Effektene var fremdeles til stede ved ett års oppfølging. Forgatch og kolleger publiserte en studie i 2009 (125) hvor de testet en tilpasset versjon av PMTO. Det ble gjort en RCT på 238 mødre og deres sønner som var i barneskolealder, og var i risiko for å begå- eller hadde begått lovbrudd. En ni års oppfølgingsstudie av disse familiene antydte at PMTO bidro til en signifikant reduksjon i lovbrudd (lærerrapportert), arrestasjoner og avvikende atferd hos barna. Studien konkluderer med at forbedrede foreldreferdigheter kan føre til en reduksjon i lovbrudd hos barna. I 2013 publiserte Reed og kolleger (126) en RCT hvor målgruppen for PMTO-foreldregruppe var nyskilte mødre og deres sønner. Studien viste signifikant forbedring i foreldreferdigheter og mødrenes evne til oppfølging og grensesetting. Effektene vedvarte ved 30 måneders oppfølging. Forgatch og kollegaer (127) rapporterte om utfall ved seks års oppfølging av familiene fra originalstudien fra 2009 (125). Analysene viste at PMTO hadde gunstige effekter på foreldrepraksisen sammenlignet med kontrollgruppen. Jalling og medarbeidere (128) undersøkte to programmer; Komet 12-18 (den svenske versjonen av PMTO) og et seksukers program (ParentSteps). Resultatene viste en signifikant reduksjon av foreldrenes rapport av barnas/ungdommens antisosiale atferd over tid men ingen signifikant effekt på ungdommens selvrapporterte antisosiale atferd (problem-atferd, kriminell atferd eller psykososial fungering) eller alkoholbruk. Høgstrøm og kolleger (129) gjorde en oppfølgingsstudie av Stattin og medarbeideres (18) studie fra 2015. Studien evaluerte effekten av fire programmer; Komet, DUÅ, COPE og Connect. Ved fire års oppfølging hadde alle programmene bidratt til å redusere både negativ foreldrepraksis og eksteraliserende atferd hos barna. Det var ingen forskjeller mellom tiltakene, men Connect var det eneste programmet hvor endringene vedvarte. En annen studie av Kjøbli og medarbeidere (130) sammenliknet hvilke tre tilnærminger som kunne ha positive effekter på barn med følelseløse trekk; Brief Parent Training (BPT), PMTO og individuell veiledning av barna i sosiale ferdigheter. Resultatene viste at BPT og PMTO hadde positive effekter på barnas emosjonelle uttrykk, mens den individuelle veiledningen av barna ikke hadde det. Ved seks måneders oppfølging var det bare PMTO som hadde signifikante langtidseffekter på barn med følelseløse trekk.

Vi vurderte at disse PMTO-studiene hadde lav eller uklar risiko for systematiske skjevheter (tabell 17). Det vil si at de systematiske skjevhetene vurderes ikke å påvirke studiens resultater (lav risiko) eller at de systematiske skjevhetene kan påvirke studiens resultater (uklar risiko). Vi kan dermed ha tillitt til resultatene fra disse studiene.

3.6 Samlivstiltak

3.6.1 Innhold og teoretisk forankring av samlivskursene Godt samliv, Bufferkurs og PREP

Som nevnt innledningsvis, er det et stort mangfold av samlivstiltak som tilbys i Norge. I utgangspunktet er dette kurs som tilbys alle par, og ikke bare par med barn. Resultater fra kartleggingsundersøkelsen vår viste likevel at respondentene oppga at de tilbyr samlivskursene PREP, Godt samliv og Bufferkurs til grupper av foreldre. Disse kursene er derfor inkludert i

denne kunnskapsstatusen og blir beskrevet nærmere nedenfor. Alle tre kursene har til felles at de vektlegger betydningen av kommunikasjon, konflikthåndtering, forpliktelse, nærhet og felleskap. Det arbeides med å gjøre foreldre mer bevisste og oppmerksomme på disse elementene gjennom blant annet øvelser i kommunikasjon og problemhåndtering (52). Under følger en kort oppsummering av hver av kursene:

Godt Samliv er statlig initiert, og det er utviklet og koordineres av Bufetat. Bufdir er ansvarlig for kursinnholdet. Godt Samliv tilbys førstegangsfødende foreldre i mange kommuner, og arrangeres gjennom helsestasjonene (52). Målet med kurset er å er å styrke parforholdet og gi støtte i en periode med store forandringer og utfordringer i hverdagen. Godt samliv er delt inn i fire kursdeler som handler om: 1) «Den store forandringen», 2) kommunikasjon, 3) krangel og konflikt, og 4) kjærlighet. Kurset inneholder en rekke øvelser, og parene kan utveksle erfaringer med resten av gruppen. Kurset ble nedfelt i Stortingsmelding nr. 29, der begrunnelsen for tiltaket var at: «Samlivstiltakene har en viktig forebyggende oppgave i å forhindre at kriser i familien oppstår og utvikler seg». Kurset har en varighet på åtte timer, oftest fordelt på to kvelder (131).

Bufferkurs for par er et samlivskurs spesielt beregnet på par hvor konflikter har en tendens til å gjenta seg. Bufferkurset bygger på kunnskap om hvordan par håndterer forskjeller og om hva som skaper langvarige og gode parforhold. Bufferkurs for par ble utviklet ved familievernkontoret i Follo i 2007 med støtte fra Bufdir, og har etter dette vært i kontinuerlig utvikling. Temaer som tas opp på kurset er hva som skaper varige parforhold, følelser, parkonflikter, de varige forskjellene, og hvordan parene kan kommunisere godt igjen. Opplæringen av terapeuter skjer internt i familievernet og holdes av erfarne bufferkursledere ved Enerhaugen familievernkontor. Terapeutene jobber hovedsakelig i familievernet men også i andre ideelle organisasjoner eller i privatpraksis. Bufferkurset holdes vanligvis over fem ganger (132).

PREP ble opprinnelig utviklet i USA på begynnelsen av 1980-tallet, og kurset ble tilpasset norske forhold av Samlivssenteret ved Modum Bad på slutten av 1990-tallet. Tiltaket arrangeres både av Samlivssenteret og av andre lokale aktører, og det retter seg mot alle typer parforhold. PREP finnes i ulike varianter og tilbys også mer avgrensede grupper, ofte i kombinasjon med spesialisert stoff som fokuserer på den aktuelle gruppen. En slik tilpasning finnes for eksempel til foreldre som har barn med funksjonshemninger (se kapittel 3.7 Hva med oss?). PREP inneholder undervisning om blant annet kommunikasjon, hvordan man kan snu en negativ utvikling, kjærlighet og seksualitet, stress, hvordan leve med forskjeller og forsoning, og praktiske øvelser i tale-/lytteteknikk og problemløsning. Samlivssenteret ved Modum bad gir opplæring av kursledere. Kursledernes bakgrunn er terapeuter som jobber i familievernet, i helse- og omsorgssektoren, med undervisning, kirkelige ansatte og andre private aktører. Programmet består av 12 timer der par deltar i en større gruppe, enten i seks totimers økter eller over en helg. Det er også utviklet skriftlig materiale som kan brukes til selvstudium (52).

3.6.2 Bruk av samlivskursene Godt Samliv, Bufferkurs og PREP i Norge

Kartleggingsundersøkelsen viste at 22 respondenter oppga at de benyttet Godt Samliv som gruppetiltak for foreldre, 12 respondenter oppga Bufferkurs, og fire respondenter oppga at de benyttet PREP. Av de som oppga at de benyttet Godt Samliv, svarte 17 (77,3 %) på vegne av en helsestasjon, tre (13,6 %) svarte på vegne av en overordnet kommunal etat, tre (13,6 %) svarte på vegne av andre enheter/etater, to (9,1 %) svarte på vegne av en barnevernstjeneste, to

(9,1 %) svarte på vegne av PPT, to (9,1 %) svarte på vegne av et familievernkontor, én (4,5 %) svarte på vegne av NAV og én respondent (4,5 %) svarte på vegne av en barnehage/ skole.

Blant de 12 respondentene som oppga at de tilbød Bufferkurs, oppga 11 respondenter (91,7 %) at de svarte på vegne av et familievernkontor og én respondent (8,3 %) svarte på vegne av en barnevernstjeneste. Blant de fire respondentene som svarte at de tilbød PREP, svarte to respondenter (50 %) at de representerte andre enheter/etater, én person (25%) representerte en helsestasjon, og én person (25 %) representerte et familievernkontor.

Godt Samliv ble i all hovedsak gitt som et universalforebyggende tiltak. I alt 20 respondenter (90,9 %) oppga at de gav tiltaket til alle, uavhengig av behov. Kun tre respondenter (13,6 %) ga kurset til risikogrupper, og ingen oppga at de ga kurset som et indikativt tiltak. For Bufferkurs oppga syv respondenter (58,3 %) at målgruppen var alle, fire (33,3 %) oppga at målgruppen var familier i risiko, og kun én (8,3 %) oppga at Bufferkurs ble gitt selektivt til familier som allerede hadde utviklet problemer. For PREP oppga tre respondenter (75 %) at tiltaket ble gitt universalforebyggende, og én person (25 %) oppga at det ble gitt selektivt til par i risiko.

For Godt Samliv oppga 16 respondenter (72,7 %) at de benyttet standardversjonen av tiltaket, to respondenter (9,1 %) benyttet en tilpasset versjon, og to (9,1 %) respondenter benyttet en egen versjon av tiltaket. For Bufferkurs oppga ni respondenter (75 %) at de tilbød standardversjonen av tiltaket, tre respondenter (25 %) tilbød en tilpasset versjon, og en person (8,3 %) tilbød en egen versjon. Når det gjelder respondentene som oppga at de benyttet PREP, oppga én person (25 %) at de ga standardversjonen av tiltaket, og tre respondenter (75 %) ga en tilpasset versjon. Ingen oppga at de benyttet en egen versjon av PREP.

Vi stilte tiltakseiere noen spørsmål om opplæring og implementering i Norge (tabell18):

Tabell 18: Svar fra tiltakseiere om opplæring og implementering av samlivskurs

Svar fra tiltakseierne om opplæring og implementering av samlivskursene	
<i>PREP</i>	
Tiltakseier:	Modum Bad
Antall kursledere opplært i Norge:	1473
Kurslederens bakgrunn:	Familievern, helse/omsorg, undervisning, kirkelige ansatte og noen private aktører
Hvem gir opplæring til kursledere:	Modum Bad
Hvordan rekrutteres kursledere:	Via informasjon på vår nettside, annonsering på sosiale medier og via våre sertifiserte kursledere
Antall veiledere som holder kurs:	Ingen informasjon
<i>Bufferkurs</i>	
Tiltakseier:	Psykolog Anne Marie Fosse Teigen har opphavsrett til og eier kursmaterialet
Antall kursledere opplært i Norge:	Ca. 300 fagpersoner
Kurslederens bakgrunn:	Anslagsvis 80 - 90 % arbeider i familievernet, resten i andre offentlige eller private ideelle organisasjoner eller i privat terapeutisk praksis
Hvem gir opplæring til kursledere:	De første årene: Anne Marie Fosse Teigen og Helene Kindle-Skau fra Familievernkontoret i Follo. Fra og med 2013: Fosse Teigen, men fra 2016 er opplæring internt i familievernet delegert til erfarne bufferkursledere ved Enerhaugen familievernkontor
Hvordan rekrutteres kursledere:	Via jungeltelegraf og informasjon på Bufferkursets nettside
Antall veiledere som holder kurs:	Oftest to kursledere. Det finnes enkelte kursledere som driver alene, da med færre par (maks tre eller fire par mot maksimum ti par ved to kursledere)

3.6.3 Brukerevalueringer av samlivstiltakene

Det er gjennomført noen brukerevalueringer av Godt samliv og Bufferkurs. Tiltaket Godt samliv har blitt evaluert i en brukerundersøkelse (131). Brukerevalueringen viste at kursdeltakerne var fornøyd med kurset og at mer enn 90 % av kursdeltakerne ville anbefale kurset til andre.

For Bufferkurs ble det i 2014 gjennomført en undersøkelse av hvem som oppsøker Bufferkurset, og hvilket utbytte deltakerne har av kurset. Det var 113 personer som deltok (53). Resultatene antydte at deltakerne i studien var motiverte, at de var tilfredse med kurset, og at de opplevde kurset som nyttig å delta på.

3.6.4 Hva vet vi om effekten av samlivskursene *Godt Samliv*, *Bufferkurs* og *PREP*

Det er gjennomført effektstudier av *Bufferkurs* (53) og *PREP* (133). *Samlivskursene* er ikke omtalt i *Robuste Samliv*. Da studiene ikke omhandler foreldregrupper spesielt, er det ikke gjennomført en egen gradering av kvaliteten på disse studiene. De er likevel omtalt kort i teksten under.

Når det gjelder *Bufferkurs*, fant man en statistisk signifikant endring i kommunikasjon og tilfredshet i parforholdet etter å ha gjennomført kurset både blant kvinner og menn i en norsk undersøkelse (53).

Når det gjelder *PREP*, er det ikke gjennomført noen norske effektstudier av samlivskurset på foreldre (45). Det er imidlertid gjennomført i alt syv RCT'er internasjonalt som har vist at *PREP* fører til økt positiv kommunikasjon i parforholdet, økt tillit til partneren, økte ferdigheter i kommunikasjon og problemløsning, økt tilfredshet med parforholdet, færre problemer og økt seksuell tilfredshet. Basert på disse resultatene, blir *PREP* ansett som et effektivt samlivskurs (133). Disse studiene omhandler ikke *PREP*-grupper for foreldre spesielt, men for individuelle par, uavhengig av om de har barn eller ikke.

3.7 Hva med oss? og Hva med meg?

3.7.1 Innhold og teoretisk forankring ved foreldrekursene *Hva med oss?* og *Hva med meg?*

Hva med oss? er samlivskurs til par som har barn med nedsatt funksjonsevne. Hovedmålsettingen med samlivskurset er at par som har barn med nedsatt funksjonsevne skal få en mulighet til å styrke både parforholdet og samarbeidet i familien. Formålet er å skape en møteplass der foreldre kan få utveksle erfaringer, opplevelser og aktuell kunnskap. Tilbudet administreres sentralt av Bufdir, og drives av Bufetat. Familievernkontorer har ansvar for å organisere og lede arbeidet, og erfarne fagfolk, hovedsakelig familieterapeuter leder kursene. *Hva med oss?* er et dagskurs på seks timer. Familier med barn med nedsatt funksjonsevne kan oppleve utfordringer i forholdet til hjelpeapparatet, ha dårlig samvittighet overfor andre barn i familien og ha liten tid til slekt og venner. Noen kan også trenge hjelp med egne reaksjoner og følelser. Kurset tar blant annet opp teamarbeidet med andre viktige personer og hjelpeapparatet. Påfyll av energi, glede og pågangsmot er også en viktig del av kurset.

Hva med meg? er et kurs for enslige foreldre/forsørgere som har barn med nedsatt funksjonsevne. Aleneforeldre kan oppleve belastninger knyttet til praktiske gjøremål, bekymringer og sammensatte og kompliserte følelser som kan svinge fra sorg til glede. Mange enslige som har gjennomgått et samlivsbrudd, opplever også vanskeligheter når det gjelder foreldresamarbeid. Egne kurs for enslige forsørgere med barn med nedsatt funksjonsevne er derfor et viktig tilbud. *Hva med meg?* tar opp følgende temaer; sånn er livet (erfaringsutveksling mellom deltakerne), foreldresamarbeid, kommunikasjon, hvordan benytte seg av familie og nettverk, følelser, og hvordan å få pusterom til seg selv og overskudd til andre barn. Erfarne fagfolk, hovedsakelig familieterapeuter, leder kursene. Kursene er lagt opp som er et dagskurs på seks timer.

3.7.2 Bruk av foreldrekursgruppene *Hva med oss?* og *Hva med meg?* i Norge

Fem respondenter oppga at de benyttet tiltaket *Hva med oss?* i grupper. Fire av disse (80 %) svarte at de representerte et familievernkontor, og en respondent (20 %) representerte et fagsenter for barn og unge. Da respondentene ble spurt om hvem som var målgruppen for tiltaket *Hva med oss?*, svarte to respondenter (40 %) at målgruppen var alle foreldre, uavhengig av behov (universelt forebyggende tiltak) og fire respondenter (80 %) svarte at målgruppen var foreldre i risiko (et selektivt forebyggende tiltak). Ingen respondenter svarte at tiltaket ble gitt indikativt. Av de som benyttet tiltaket *Hva med oss?*, svarte fire respondenter (80 %) at de benyttet standardversjonen av tiltaket og én respondent (20 %) oppga at han eller hun benyttet en tilpasset versjon. Ingen oppga at de benyttet en helt egen versjon av tiltaket.

Kun én respondent svarte at han eller hun benyttet tiltaket *Hva med meg?* i grupper. Denne personen svarte på vegne av et familievernkontor. Han eller hun svarte at målgruppen for kurset var alle foreldre, uavhengig av behov (universelt forebyggende tiltak), og at det ble benyttet en tilpasset versjon av tiltaket.

3.7.3 Brukerevaluering av *Hva med oss?*

Det er foretatt en brukerevaluering av samlivskurset *Hva med oss?* (47). Evalueringen viste at foreldrene i stor grad var fornøyde med både rammene og innholdet i kurset. Flere ga uttrykk for at det var fint å vite at deres innsats for barna ble lagt merke til og påskjønnnet. Evalueringen viste at kvinnene som oftest tok initiativ til å delta på kurset, og at både kvinner og menn deltok fordi de ønsket å styrke parforholdet, lære konkrete kommunikasjonsteknikker til bruk i hverdagen og å utveksle erfaringer med andre. Det å få et pusterom i hverdagen ble også oppgitt som en viktig motivasjonsfaktor. Intervjuene viste at det for enkelte deltakere kunne være et misforhold mellom forventning og opplevelse av kursets nytteverdi. Temaene som ble framhevet som spesielt nyttige, var «kommunikasjon» og «de sammensatte følelsene». Etter endt kurs mente de fleste deltakerne at de hadde hatt stort utbytte av kurset.

Hva med oss? og *Hva med meg?* er ikke omtalt i *Robuste Samliv*, og det er ikke gjort effektstudier av kursene.

3.8 Løft i grupper

3.8.1 Innhold og teoretisk forankring av Løft

LØFT er ikke opprinnelig utviklet som et tiltak for grupper, men flere respondenter i kartleggingsundersøkelsen rapporterte at de har benyttet tiltaket i gruppesammenheng, og derfor omtales det kort her.

LØFT ble utviklet av De Shazer og hans forskningsgruppe (134). Tiltaket er basert på tilknytningsteori, sosialkonstruktivisme og narrativ teori og bygger på at deltakere skal konstruere en ønsket fremtid som er basert på egne styrker og ressurser. Metoden har en pragmatisk tilnærming som tar utgangspunkt i at klienten er ekspert på sitt eget liv. Terapeuten har ansvar for å lede klienten gjennom denne prosessen og for å være en samarbeidspartner i en

rekonstruering av en ny språklig virkelighet. Tiltaket fokuserer på å oppdage når klienten ikke er misfornøyd med seg selv, og å identifisere positive aspekter ved klientens liv. Disse positive og fremtidsfokuserede aspektene blir sett på som potensielle veier mot en varig løsning. Klienten blir bedt om å formulere positive, konkrete og oppnåelige mål. (135).

3.8.2 Bruk av LØFT-grupper i Norge

Ni respondenter oppga at de benyttet LØFT i grupper som foreldreveiledningstiltak. Da respondentene ble spurt om hvem de svarte på vegne av, svarte fem (55,6 %) at de representerte en helsestasjon, tre (33,3 %) representerte en overordnet kommunal etat, to (22,2 %) representerte en barnehage/ skole, to (22,2 %) representerte andre enheter/etater, én (11,2 %) representerte en barnevernstjeneste og én person (11,1 %) representerte PPT. Kategoriene var ikke gjensidig utelukkende.

Da respondentene ble spurt om hvem som var målgruppen for LØFT-gruppene, svarte fire respondenter (44,4 %) at målgruppen var alle foreldre, uavhengig av behov (et universelt forebyggende tiltak), mens seks respondenter (66,7 %) svarte at målgruppen var foreldre i risiko (selektivt tiltak). Ingen svarte at gruppene ble gitt som et indikativt tiltak.

Av de som benyttet LØFT, oppga fire respondenter (44,4 %) at de benyttet standardversjonen av tiltaket, én respondent (11,1 %) benyttet en tilpasset manual og tre respondenter (33,3 %) formidlet at de benyttet en helt egen versjon av tiltaket.

3.8.3 Brukerevaluering og evidensgrunnlaget for LØFT i grupper

Vi har ikke funnet brukerevalueringer av LØFT-programmet, hverken som individualtiltak eller gruppetiltak. Det er imidlertid gjennomført en rekke effektstudier av LØFT som individualtiltak (135). Da viser resultatene at tiltaket gir positive effekter på kort tid. Det finnes imidlertid kun én effektstudie av LØFT når tiltaket gis til foreldregrupper. Studien var en RCT (136) og fokuserte på foreldre som var i konflikt med sine tenåringer. Vi vurdert risikoen for systematiske skjevheter i denne studien med ROB-kriteriene. I tabellen under er en oversikt over denne vurderingen (tabell 19). Det følger videre en kort beskrivelse av studien i teksten under tabellen. En mer detaljert oversikt over studiene finnes i vedlegg 3.

Tiltaket ble ikke evaluert i Robuste Samliv.

Tabell 19: Gradering av LØFT-studien, basert på ROB -kriterier

Forfatter	Randomisering av grupper	Randomiseringsnøkkel	Blinding av deltakere og veiledere	Blinding av forskere	Ufullstendige data	Resultatrapportering	Andre systematiske skjevheter	Samlet vurdering
Zimmerman et al. (136)	Lav risiko	Uklar risiko	Høy risiko	Lav risiko	Høy risiko	Lav risiko	Høy risiko	Høy risiko

Målsetningen med Zimmerman og kolleger sin RCT (136) var å undersøke effekten av et seksukers LØFT-tiltak på foreldreferdigheter. Tiltaksgruppen opplevde signifikant mer trygghet i foreldrerollen, bedre kommunikasjon, grensesetting og mer gjensidig aksept og nærhet til barna. Studien

er vurdert til å ha en høy risiko for systematiske skjevheter (tabell 19). Det betyr at det er grunn til å ha begrenset tillitt til resultatene som presenteres, men at studiene kan ha generert kunnskap om tiltakets potensielle effekter.

3.9 Samspillsmetoden DIALOG

3.9.1 Innhold og teoretisk forankring av Samspillsmetoden DIALOG

Samspillsmetoden DIALOG baserer seg på nyere forskning innen utviklingspsykologi, humanistisk psykologi, systemteori og teorier om relasjonens betydning for hjernens utvikling. Metoden har som mål å sensitivere og bevisstgjøre omsorgsgivere for å fremme barnets positive utvikling. Det som kjennetegner tiltaket er at det ikke er innrettet mot å lære foreldre hva de skal gjøre og hvordan, men isteden bygge på konkrete og nyanserte beskrivelser av samhandling mellom foreldre og barn. Metoden går ut på å skape en langsiktig forandring og styrke kvaliteten på samspillet mellom foreldre og barn. Samspillsmetoden DIALOG er basert på syv prinsipper; 1) vise at du er glad i barnet ditt, 2) justere deg, 3) snakke om det barnet er opptatt av, 4) gi ros og annerkjennelse, 5) felles fokus, 6) gi mening og 7) sette positive grenser. I tillegg vektlegges tilknytning, samhørighet, kommunikasjon, læring og selvkontroll. Tiltaket går over fire kvelder med to timer per kurskveld.

3.9.2 Bruk av Samspillsmetoden DIALOG i Norge

I spørreundersøkelsen svarte fire respondenter at de benyttet Samspillsmetoden DIALOG. Av disse representerte en person (25 %) helsestasjon, en representerte PPT, en representerte en overordnet kommunal etat, og en representerte andre enheter/etater. To av respondentene beskrev at metoden ble gitt som et universelt tiltak (50 %), tre respondenter (75 %) oppga at metoden ble benyttet som et selektivt tiltak, og én respondent (25 %) oppga at metoden ble benyttet som et indikativt tiltak. Kategoriene var ikke gjensidig utelukkende.

Da respondentene skulle svare på hvilken versjon de benyttet av metoden, rapporterte to respondenter (50 %) at de benyttet standardversjonen av Samspillsmetoden DIALOG, én person (25 %) benyttet en tilpasset versjon, og én person (25 %) benyttet en helt egen versjon av samspillsmetoden.

Vi stilte tiltakseier noen spørsmål om bruk og implementering av tiltaket i Norge (tabell 20):

Tabell 20: Svar fra tiltakseiere om opplæring og implementeringen av Samspillsmetoden DIALOG i Norge

Svar fra tiltakseierne om Samspillsmetoden DIALOG-opplæring og implementering	
Tiltakseier:	Sigrid Hviding og Britt Brakstad
Antall kursledere opplært i Norge:	Ingen informasjon. Det opplyses at mange tidligere kursdeltakere underviser i egne organisasjoner
Kurslederens bakgrunn:	Kursholdere må ha minst treårig høyskoleutdanning som grunnlag
Hvem gir opplæring til kursledere:	Tiltakseiere utdanner kursholdere
Antall veiledere som holder kurs:	Det vanligste er at en kursholder har grupper, men det er noen som er flere.

3.9.3 Brukererfaringer og evaluering av Samspillsmetoden DIALOG

Nordlandsforskning har gjennomført en evaluering av Samspillsmetoden DIALOG (137). Formålet var å undersøke hvilken betydning kurset har hatt for foreldre. Evalueringen baserte seg på 12 intervjuer med foreldre som har deltatt på kurset og konkluderte med at foreldrene var svært tilfreds med kurset. Foreldrene oppga at de var blitt mer bevisste på hvordan de samtaler med barna, hvordan fellesskapet med barna kunne styrkes, og på hvordan de kunne sette positive grenser for barna. Det ble trukket frem at foreldrekurset førte til forbedringer i parforholdet mellom mor og far. Det kom også fram noen forslag til forbedring av kurset. Det var enighet om at noen av kursene var for små, hvor flere trakk frem at de hadde hatt større utbytte av kurset hvis flere kunne bidra og dele erfaringer. Videre ønsket noen deltakerne flere og lengre kurskvelder samt et oppfølgingskurs.

Det er ikke funnet effektstudier av Samspillsmetoden DIALOG.

3.10 Narrativ tilnærming

3.10.1 Innhold og teoretisk forankring ved narrative foreldreveiledningsgrupper

Narrativ tilnærming brukes ofte i familierapien. Et narrativt perspektiv handler om hvordan mennesker forstår egne erfaringer ved å sette dem i en meningsfull sosial sammenheng. Metoden bygger på narrativ teori som igjen baserer seg på at det ikke finnes én sann historie men utallige mulige historier. Gjennom oppfølging skapes nye historier slik at klienten får et nytt perspektiv, på både fortid, nåtid og fremtid. Narrativ tilnærming handler om å legge til rette for fortellinger og at terapeuten/ veilederen lytter med særlig årvåkenhet til ordvalg og emosjonell kvalitet i foreldrenes beretning. Tanken er at samtaler som åpner for å dele, anerkjenne og utforske nyanser i fortellinger, med et særlig blikk for ressurser og nye vinkler i historien, vil kunne bidra til ny mening, pågangsmot og håp. Det antas at det finnes åtte virksomme elementer i en narrativ tilnærming; 1) Illustrere et poeng, 2) antyde løsninger, 3) få klientene til å gjenkjenne seg selv, 4) plante nye ideer og øke motivasjonen, 5) ta kontroll i terapisisuasjonen 6) skjule direktiver, 7) redusere motstand, 8) redefinere et problem (138).

3.10.2 Narrativ tilnærming til familierapi i Norge

I spørreundersøkelsen svarer fire respondenter at de tilbyr foreldreveiledningsgrupper som har en narrativ tilnærming (heretter omtalt som narrative grupper). To av disse respondentene (50 %) svarte på vegne av familieverntjenesten, en (25 %) representerte en helsestasjon, og en respondent (25 %) representerte en overordnet kommunal etat.

Flest respondenter ($n = 3$, 75 %) beskrev at de narrative gruppene ble benyttet som et universelt forebyggende tiltak, en respondent (25 %) oppga at metoden ble benyttet selektivt og en respondent (25 %) oppga at metoden ble benyttet indikativt. Kategoriene var ikke gjensidig utelukkende.

3.10.3 Brukererfaringer og evidensgrunnlaget for narrative foreldreveiledningsgrupper

Det finnes ingen manual eller standardversjon for narrative foreldreveiledningsgrupper. Det er heller ikke funnet brukerevalueringer eller effektstudier av narrative foreldreveiledningsgrupper.

3.11 Emosjonsfokusert terapi (EFT), Smarte Foreldre, Psykoedukativ flerfamiliegrupper (PEFFG) og Funksjonell familierapi (FFT)

Noen av gruppetiltakene var det kun en eller to respondenter som rapporterte at de benyttet. En respondent rapporterte at det ble benyttet EFT, en rapporterte om Smarte Foreldre, en rapporterte om PEFFG og to oppga at de benyttet FFT. Siden det er så få respondenter i utvalget som benytter disse metodene, gir vi en kort redegjørelse for hver metode.

Disse tiltakene er i utgangspunktet ment for individuell terapi men de har senere også blitt benyttet for grupper.

3.11.1 EFT

EFT brukes både som parterapi og som gruppetiltak til foreldre. Dette er en ny parterapi metode og varer vanligvis over 8 til 20 samtaler. Teorien bak metoden inneholder elementer fra både kjente humanistiske og familierapeutiske terapiretninger og fra sosial nevrovitenskap. Par som får EFT arbeider seg gradvis gjennom tre faser. Til å begynne med lærer de å gjenkjenne og stoppe automatiske konfliktmønstre. I den påfølgende fasen er hovedfokuset å bygge opp igjen den tryggheten, tilliten og intimiteten som er brutt ned. Siste fase er en konsolideringsfase, der terapeuten har en mindre aktiv rolle, og paret må erfare at de selv håndterer konfliktene og ivaretar det følelsesmessige båndet i forholdet. EFT-terapeutene er psykologer med videreutdanning i EFT.

Tuning in to kids (TIK) er et gruppetiltak til foreldre som er basert på EFT. Programmet har elementer av sosial læringsteori og tilknytningsteori (139), og målet er å fremme foreldres emosjonelle tilgjengelighet ovenfor barna. TIK-programmet har flere aldersspesifikke program, for eksempel Tuning in to Toddlers og Tuning in to Teens (140). Det var ingen respondenter i

undersøkelsen som oppga at de benytter TIK, kun EFT i grupper. Siden TIK er basert på EFT så har vi valgt å inkludere dette tiltaket i kunnskapsstatusen vår.

En brukerundersøkelse av EFT viste at alle deltakerne lærte mye nytt gjennom tiltaket, og at ideene som ble presentert var nyttige (141). Omtrent alle (96 %) i utvalget var «enige» i at rollespill, eksempler og «skriftlig informasjon» var nyttig, 88 % var «enig» i at tiltakene svarte til forventningene og 80 % var «enig» i at tiltaket rettet seg mot familiens unike behov. En kvalitativ studie viste at deltakerne hadde mest nytte av 1) engasjerende og eksperimenterende øvelser, 2) at gruppeleder aktivt var oppmerksom på deltakernes emosjoner, 3) at deltakerne lærte trinnene i emosjonsveiledning og 4) at de fikk oppleve gruppeprosessen. Det var også viktig å lære om 5) viktigheten av aktiv involvering, og 6) måten deres egne emosjoner og forestillinger påvirket deres evner til å støtte barna.

Basert på ROB, har vi vurdert risikoen for systematiske skjevheter i RCT'er om TIK. I tabellen under er en oversikt over denne vurderingen. Det følger videre en kort beskrivelse av studiene i teksten under tabellen. Studiene omtales i kronologisk rekkefølge. En mer detaljert oversikt over studiene finnes i vedlegg 3.

Tabell 21: Gradering av TIK-studier, basert på ROB-kriterier

Forfatter	Randomisering av grupper	Randomiseringsnøkkel	Blinding av deltakere og veiledere	Blinding av forskere	Ufullstendige data	Resultatrapportering	Andre systematiske skjevheter	Samlet vurdering
Wilson et al. 2012 (142)	Lav risiko	Uklar risiko	Høy risiko	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko
Havighurst et al. 2013 (143)	Lav risiko	Uklar risiko	Høy risiko	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko
Havighurst et al. 2015 (140)	Lav risiko	Lav risiko	Høy risiko	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko
Duncombe, M., et al. 2017 (144)	Lav risiko	Lav risiko	Høy risiko	Uklar risiko	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko

Wilson og medarbeidere (142) undersøkte effekten av TIK til foreldre av førskolebarn. Foreldrene viste mindre avvisende atferd overfor barnas følelser og ble bedre til å veilede barnas følelser som følge av tiltaket. Havighurst og medarbeidere (143) evaluerte TIK i behandlingen av barn med atferdsproblemer i alderen 4-5 år. Resultatene viste at foreldrene rapporterte om mindre emosjonell avvisning av barna, samt at barna fikk færre atferdsproblemer. I en senere studie undersøkte Havighurst og medarbeidere (140) om Tuning in to Teens kunne redusere eksternaliserende atferd hos ungdommer i overgangen fra barne- til ungdomsskole. Resultatene viste signifikant reduksjon i foreldrenes egne problemer med impuls kontroll, reduksjon i foreldrenes avvisende responser på ungdommenes følelser, mindre familiekonflikter og mindre eksternaliserende atferd hos barna. Duncombe og kollegaer 2016 (144) sammenlignet effekten av TIK med et atferdsorientert foreldretiltak (Trippel P). Foreldre til 320 barn i alderen 4-9 år med atferdsproblemer ble delt i tre grupper; en gruppe som fikk Trippel P, en som fikk TIK og en ventelistekontrollgruppe. Resultatene antydte at både Trippel P og TIK hadde effekt på atferdsproblemer hos barn, sammenlignet med kontrollgruppen. Vi vurderte alle studiene som er omtalt over til å ha lav risiko for systematiske skjevheter (tabell 21). Det betyr at systematiske skjevheter ikke vurderes å påvirke resultatene og at det er grunn til å ha tillitt til resultatene som presenteres.

EFT og TIK har ikke blitt vurdert i Ungsinn eller Robuste Samliv.

3.11.2 Smarte foreldre

Smarte foreldre er et gruppetilbud for foreldre som har engstelige og/eller triste barn. Det er utarbeidet av Simon-Peter Neumer og Martina Gere ved RBUP Øst og Sør i samarbeid med Organisasjonen Voksne for Barn. Programmet er basert på kognitivt atferdsteori (145). Programmet gjennomføres over 12 samlinger. De første syv er organisert som undervisning knyttet til angst og depresjon og hvordan håndtere dette hos barn. De resterende fem møtene vektlegger erfaringsutveksling. Disse samlingene drives av foreldrene selv og er basert på likemannsprinsippet. De kalles derfor likemannsgrupper. Foreldrene bestemmer selv innhold og kommer med ønsker om tema.

For å bli terapeut i Smarte Foreldre, er det krav om relevant treårig høyskoleutdanning. Det er en fordel å ha kjennskap til kognitiv psykologi.

Det er gjennomført en pilotstudie av Smarte foreldre hvor tre mødre deltok (146). Denne viste at mødrene var svært fornøyd med programmet. Mødrene fikk økte kunnskaper om angst og depresjon, og de rapporterte om reduksjon i symptomer på egen angst, depresjon og stress. Studien konkluderte med at foreldrene hadde nytte av å lære om barns emosjonelle problemer, men at funnene må bekreftes i en større studie. Vi har ikke identifisert andre brukerundersøkelser eller effektevalueringer.

3.11.3 PEFFG

Psykoedukative tiltak kan sammenfattes som all form for strukturert behandling som omfatter kunnskapsformidling til klient og pårørende, problemløsning av atferdsproblem, familiestøtte og krisehåndtering. Metodene inneholder kunnskapsformidling, hjelp til krisehåndtering, følelsesmessig støtte, problemløsning og kommunikasjonstrening (147). Som oftest involverer familiebehandlingen foreldre, men andre familiemedlemmer kan også delta. Behandlingen foregår i flerfamiliegrupper og består av a) alliansearbeid, b) undervisning og c) gruppemøter hvor 4-6 familier, klientene og to familieterapeuter møtes i 1,5 timer annenhver uke i 18 måneder. Gruppene fokuserer på problemløsning og utvikling av ferdigheter til å håndtere sykdommen.

Det er i de siste 25 år publisert forskningsresultater som viser at psykoedukative familietiltak i grupper er gunstige for personer med alvorlig psykisk sykdom, spesielt for personer med psykoselidelser. En masteroppgave som undersøkte tilfredshet med programmet fant at deltakerne jevnt over var tilfreds med tiltaket (148). Skandinaviske fag- og forskningsmiljø har bidratt til å dokumentere effekt av disse ved psykoselidelser (149). Studiene er imidlertid gjort på familier til voksne personer med psykoselidelser. Dette tiltaket vil ikke bli omtalt videre da studiene gjelder familier til voksne personer med psykoselidelse.

3.11.4 FFT

FFT er opprinnelig et evidensbasert, familieterapeutisk behandlingstiltak for ungdom (11-18 år) med moderate til alvorlige atferdsvansker, og kan også være et aktuelt tiltak for ungdom som er i risiko for å utvikle slike vansker. FFT har hovedsakelig blitt brukt i barnevernet, og det har vært tilgjengelig gjennom statelig og kommunalt barnevern. Tiltaket er ikke opprinnelig ment for foreldregrupper, men en av respondentene i kartleggingsundersøkelsen oppga bruk av FFT til foreldregrupper. Det er derfor kort omtalt her.

Tiltaket er selektivt forebyggende, og målet er å redusere negative kommunikasjonsmønstre, bedre interaksjonen mellom familiemedlemmene og å promotere positiv og hensiktsmessig foreldreveiledning. FFT er basert på flere teoretiske rammeverk, inkludert systemteori, atferdsterapi, kognitiv teori og teorier om sosial påvirkning (37). I FFT-behandlingen møter terapeuten hele familien på kontoret eller hjemme hos familien hvor ungdommen og foreldre deltar sammen. Programmet går over 12 sesjoner på 1-2 timer i en 3-6 måneders periode. Programmet består av tre faser. Fase en kalles motivasjons- og involveringsfasen og har som målsetning å etablere en terapeutisk allianse med alle familiemedlemmene, redusere forekomsten av negativitet og beskyldninger, etablere felles problemforståelse, skape håp om at det er mulig å løse problemene familien står ovenfor og kartlegge risiko- og beskyttelsesfaktorer (80). Fase to kalles atferdsendring og har som målsetning å utforme en individuelt tilpasset endringsplan for familien. Fase tre kalles generaliseringsfasen og har som mål å opprettholde positive atferdsendringer, overføre den positive utviklingen i familien til andre problemsituasjoner og identifisere ressurser og støtte i familiens omgivelser og nettverk.

FFT brukes også i USA, Sverige og Nederland, både i urbane og rurale settinger og i en rekke behandlingssystemer, hjemmebaserte programmer, ungdomsfengsler og i frivillige organisasjoner. Metoden har vist gode resultater da den har blitt gitt individuelt. Det er gjort en rekke RCT'er som viser signifikant reduksjon i problematferd hos ungdom etter FFT behandling (150;151). Forskningsavdelingen ved NUBU har fått i oppgave å utforme og gjennomføre en uavhengig evaluering av effekten av FFT-behandling i Norge. Det er ikke funnet studier som viser erfaringer med eller effekten av FFT som gruppetiltak til foreldre i våre litteratursøk.

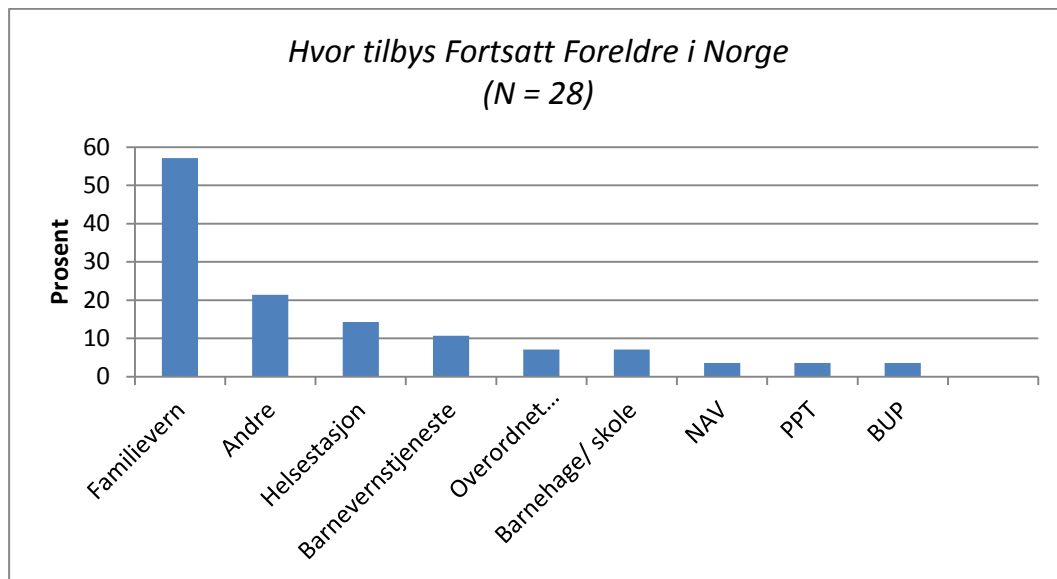
3.12 Fortsatt Foreldre

3.12.1 Innhold og teoretisk forankring

Fortsatt foreldre er et kompetansehevende kurs om foreldresamarbeid etter samlivsbrudd som ble utviklet ved Samlivssenteret, Modum Bad i perioden 2005 – 2007. Kurset er under Bufdirs forvaltning og brukes mest i familievernet. Terapeutene er ofte psykologer eller sosionomer. Kursets målsetning er at barn skal få oppleve at foreldrene klarer å samarbeide etter samlivsbrudd, slik at barnas hverdag blir mest mulig forutsigbar og trygg (152). Dette etterstrebes ved å gjøre foreldre mer bevisste på hvordan barnas situasjon påvirkes av de voksnes håndtering av eget liv og samarbeid (153). Hovedtemaene i kurset er: bruddprosessen, kommunikasjon, konflikt og samspill, barnas livssituasjon, foreldresamarbeid og veien videre.

3.12.2 Bruk av Fortsatt Foreldre i Norge

I alt 28 respondenter svarte at de tilbød Fortsatt Foreldre. Figur 11 viser hvor kurset ble tilbudt.



Figur 11: Stolpene representerer prosentandelen som har svart at de tilbyr Fortsatt Foreldregupper. Kategoriene er ikke gjensidig utelukkende.

De ulike enhetene/etatene oppga at de hadde mellom 0 og 8 grupper i 2015. Gjennomsnittlig antall grupper var 2,4 og medianen var 1. Gruppene ble først og fremst benyttet universelt ($n = 15$, 53,6 %) og selektivt ($n = 16$, 57,1 %). Kun én respondent (3,6 %) oppga at de benyttet kurset som en indikativt forebyggende metode. Videre oppga 16 respondenter (57,1 %) at de benyttet standardversjonen av kurset, syv (25 %) oppga at de benyttet en tilpasset versjon, og fem respondenter (17,9 %) svarte at de benyttet en egen versjon.

3.12.3 Brukerevaluering av Fortsatt Foreldre

Det er ikke funnet noen effektevalueringstudier av Fortsatt Foreldre, men det er funnet to brukerevalueringer av kurset. Én brukerevaluering er skrevet på grunnlag av 45 deltakere som deltok på Fortsatt Foreldrekurs i 2009 (154). Evalueringen viste at deltakerne var svært fornøyde med kurset og at deres forventninger i stor grad ble innfridd, men at noen savnet mer tid til å fordype seg og diskutere stoffet innenfor hvert tema. Det er også gjennomført kvalitative dybdeintervjuer med fem deltakere fra kurset (152). Deres opplevelser var svært varierte. Alle fortalte at kurset bidro til emosjonell støtte og normalisering av reaksjoner, men flere uttalte at kurset ikke bidro til å hjelpe dem med deres utfordringer. Deltakerne ønsket at de hadde blitt gjort oppmerksom på kurset like etter bruddet og at tilbudet hadde strukket seg over lengre tid.

4 Diskusjon

Formålet med rapporten var å generere oppdatert kunnskap om effekt av og erfaring med gruppetiltak i det forebyggende og det kliniske arbeidet med foreldre i Norge. Dette innebar å kartlegge eksisterende tilbud i Norge, oppsummere den teoretiske og empiriske forankringen ved disse tilbudene, oppsummere veilederes og deltakeres erfaringer med gruppetiltakene og å oppsummere effekten av tiltakene. I tillegg var målet å undersøke hvilke gruppetiltak som benyttes hvor innen helse- og velferdstjenestene, og å undersøke om tiltakene ble benyttet som universalforebyggende, selektive eller indikative tiltak. Rapporten skulle også synliggjøre om det er behov for mer forskning på området. Resultatene blir diskutert i teksten under

4.1 Eksisterende tilbud i Norge

Resultatene fra kartleggingen viste at gruppetiltakene for foreldre som ble rapportert brukt innen de norske helse- og velferdstjenestene var COS, ICDP, DUÅ, PMTO-foreldregrupper, Fortsatt foreldre, Godt samliv, Bufferkurs, LØFT, Hva med oss?, Narrative foreldreveiledningsgrupper, Samspillmetoden DIALOG, PREP, EFT, FFT, Smarte foreldre, PEFFG og Hva med meg?. Dette viser at tjenestene i Norge benytter et bredt spekter av gruppetiltak for foreldre. De aller fleste retter seg mot samspillet mellom foreldre og barn, men mens noen er mest spisset mot barnets atferdsvansker, har andre som hovedmål å arbeide med tilknytningen mellom foreldre og barn. Noen få av tiltakene, som PREP og Godt Samliv, er hovedsakelig rettet mot samspillet mellom foreldrene.

De fire tiltakene som ble rapportert mest brukt var COS, ICDP, DUÅ og PMTO-foreldregrupper. Dette er tiltak som det er gjennomført både brukerevalueringer og effektevalueringer av. De positive resultatene av disse kan tyde på at de fleste foreldre som deltar i gruppeveiledningsprogrammer i Norge får hjelp og veiledning som er virksom. I tillegg får de tiltak som andre brukere har vurdert som nyttig. Det er imidlertid en begrensning at for det mest benyttede tiltaket, COS, er det ikke gjennomført effektstudier i en norsk kontekst, og at det kun er utført pre-post studier uten kontrollgrupper av tiltaket. Vi har vurdert COS-studiene til å ha kritisk risiko for systematiske skjevheter. Dette blir behandlet nærmere senere i diskusjonen. Noen av programmene, som Fortsatt Foreldre og Godt Samliv er det ikke gjennomført effektevalueringer av. Det betyr ikke at disse programmene ikke virker. Det betyr heller ikke at tjenester ikke skal satse på og bruke foreldretiltak som har vært lite forsket på da også nye programmer kan vise seg å være virksomme. Det vil likevel være hensiktsmessig at miljøer søker å dokumentere at programmene virker med studier som har kontrollgrupper, og at det velges blant godt dokumenterte tiltak når tiltak skal implementeres i stor skala.

Resultatene fra undersøkelsen viste at både COS, ICDP, DUÅ og PMTO-foreldregrupper oftest blir benyttet av helsestasjoner. Få respondenter svarte på vegne av spesialisthelsetjenesten, som BUP og sykehusavdelinger. Helsestasjonene i Norge har et bredt nedslagsfelt og de møter alle familier, både de som er i risiko for en uheldig utvikling og de som ikke er det. Samtidig har det vært en tradisjon for at tiltak som tilbys ved helsestasjonene i hovedsak rekrutterer foreldre som selv melder interesse for å delta. Dermed er det sannsynlig at disse tiltakene kun når de mest motiverte foreldrene og i mindre grad foreldre i risiko. Selv om det var betydelig flest respondenter som svarte på vegne av en helsestasjon, var det også mange som svarte på vegne

av en barnevernstjeneste. Gruppedeltakerne som får tiltak gjennom barnevernet vil trolig være i større risiko enn de som får tiltaket gjennom helsestasjonen.

Å bruke flere arenaer for rekruttering av familier vil kunne være hensiktsmessig, spesielt for å hjelpe familier i risiko. Nordens velferdssenter skrev i 2012 rapporten «Tidiga insatser för familjer» som omhandlet forebyggende gruppetiltak overfor familier i risiko og sosial marginalisering (155). Forfatterne trekker frem at barnehagene i Norden har en unik mulighet, og også et ansvar, for å fange opp barn i risiko (155). I motsetning til i mange andre europeiske land, går så godt som alle nordiske barn i barnehage. Barnehagene har en mulighet, både til å fungere som en rekrutteringsbase for og som en arena hvor det gjennomføres foreldretiltak. Barnehagene har videre et fortrinn fordi de har daglig kontakt og kjenner både barn og foreldre bedre enn for eksempel helsestasjonene gjør. De har dermed anledning til å tilpasse kursene etter ulike familiers unike behov. Å satse mer på gruppetiltak i barnehagene vil derfor kunne være hensiktsmessig både fordi det vil ha et bredt forebyggende potensiale og fordi tiltakene kan gjennomføres i samarbeid med personale som kjenner familien godt.

I dag er det noe tilfeldig hva som tilbys av gruppetiltak for foreldre og igangsetting av grupper i kommunene har vært avhengig av enkeltpersoner. Noen ledere i kommunene har prioritert at gruppetiltak skal tilbys, andre har ikke det. Det at kommunene har så stor selvbestemmelsesrett gjør at tilbudet blir mangefasettert og at det er stor variasjon i tiltakene som gis. De ulike tiltakene tilhører også ulike sektorer, hvor ulike etater og miljøer er ansvarlige. For eksempel er Bufdir ansvarlig for noen tiltak, mens RKBU og NUBU er ansvarlig for andre. Riktignok er det for de fleste tiltakene implementeringsansvarlige over hele landet, og regionale kompetansesentre eller utvalgte gruppeledere som har ansvar for opplæring og veiledning av utvalgte tiltak i ulike regioner. (155). Svarene fra tiltakseierne viste videre at for noen tiltak finnes det en klar strategi for implementering av tiltaket. Like fullt velger kommuner og andre enheter selv om de vil delta i opplæringen eller ikke. Det kan gjøre det utfordrende å få til en felles norsk satsning på foreldreveiledningsgrupper. I tillegg gjør det at mange brukere ikke nås fordi de bor i «feil» kommune. For å sørge for et helhetlig og likeverdig tilbud til alle vil det være hensiktsmessig at det fra statlig hold i større grad tilrettelegges for at foreldreveiledningsgrupper blir prioritert i alle kommuner.

4.2 Universalforebyggende, selektive og indikative tiltak

Resultatene viste at gruppetiltakene skilte seg noe fra hverandre ved at noen først og fremst ble brukt universalforebyggende (til alle foreldre uavhengig av behov) mens andre hovedsakelig ble benyttet selektivt (til foreldre i risiko). Færre respondenter rapporterte at de benyttet tiltakene indikativt. ICDP er et typisk eksempel på et universalforebyggende gruppetiltak som retter seg mot foreldre generelt. Resultatene fra kartleggingen viste at flest respondenter som benyttet ICDP (over 65 %) rapporterte at tiltaket ble gitt til alle omsorgsgivere, uavhengig av om de hadde spesifikke utfordringer. Det er også i tråd med opprinnelsen til ICDP, som har som mål å forebygge psykososiale vansker blant alle barn og unge gjennom å støtte foreldre i deres omsorgsrolle. Resultatene fra kartleggingen viste på samme tid at flere (over 45 %) benyttet ICDP til familier i risiko, altså som et selektivt forebyggende tiltak. Det kan virke overraskende at selv om over 45 % av respondentene rapporterte at tiltaket ble gitt til familier i risiko, er det 80 % som rapporterer at de benytter standardversjonen av tiltaket. Dette kan være et tegn på at veiledere opplever at standardversjonen av ICDP berører allmenngyldige og virksomme komponenter, uavhengig av hvem som er målgruppen for tiltaket.

COS er et typisk eksempel på et selektivt foreldregruppetiltak. Dette tiltaket er opprinnelig utviklet for foreldre til barn som er i risiko for å utvikle tilknytningsproblemer. Eksempler på familier i risiko er foreldre med psykiske vansker og foreldre med rusproblemer. Resultatene fra kartleggingen av hvem som er målgruppen for COS er i tråd med den opprinnelige målgruppen for programmet. Nesten 80 % av respondentene oppga at målgruppen for COS var foreldre og barn i risiko. Det utelukket ikke at programmet ble tilbudt som et universelt forebyggende tiltak. I tråd med dette fant vi at en betydelig andel respondenter (over 40 %) oppga at tiltaket ble tilbudt til alle foreldre. Også blant respondentene som tilbød DUÅ og PMTO foreldregrupper var det flest som oppga at tiltaket ble gitt selektivt. DUÅ er et program som i utgangspunktet gis på alle forebyggingsnivåer, både universelt, selektivt og indikativt, mens PMTO opprinnelig er utviklet for foreldre til barn som allerede har utviklet atferdsvansker.

De indikative tiltakene er for foreldre til barn og ungdom som allerede har utviklet problemer. Problemene kan for eksempel være klinisk signifikante psykiske vansker i henhold til gitte diagnostiske kriterier, for eksempel ADHD eller ODD. I rapporten har vi definert at de indikative tiltakene gis til omsorgspersoner hvor problemer har vart i mer enn seks måneder. For de kartlagte foreldretiltakene var det få som oppga at tiltaket ble gitt indikativt. Unntaket var PMTO foreldregrupper, hvor ca. 40 % rapporterte om indikativt bruk. Når relativt få respondenter rapporterte at de benyttet tiltaket til barn som allerede hadde utviklet problemer, kan det handle om at det har vært en større satsning på universalforebyggende og selektivt forebyggende gruppetiltak enn på indikativt forebyggende gruppetiltak (2). Det kan også henge sammen med at det var få deltakere som svarte på vegne av behandlingseenheter i spesialisthelsetjenesten, hvor de indikative tiltakene ofte er forankret. De fleste respondentene tilhørte derimot enheter og etater i kommunen, hvor målgruppen for tiltakene i større grad skal være universalforebyggende og rette seg mot familier i sin alminnelighet. Derfor er det ikke overraskende at de fleste respondentene svarte at tiltakene først og fremst ble gitt universalforebyggende eller selektivt. Det betyr imidlertid ikke at en kan utelukke at det finnes flere gruppetiltak for foreldre, spesielt i spesialisthelsetjenesten, som benyttes mer indikativt enn det som er fanget opp i denne undersøkelsen.

Resultatene fra kartleggingen viste at det ikke er tette skott mellom de universalforebyggende, selektive og indikative gruppetiltakene, og flere oppgir at de benytter flere av tiltaksnivåene. For eksempel kan tiltakene benyttes både som universalforebyggende og selektive ved samme enhet. Vi vet ikke om respondentene da har svart på om samme type foreldregruppe tilbys til flere målgrupper på samme tid, eller om en enhet/etat tilbyr flere grupper til separate målgrupper. Et tiltak kan også ha startet som et universalforebyggende tiltak, men kan senere ha utviklet seg inn mot å skulle hjelpe særlige risikogrupper. Uansett viser disse resultatene at skillet litteraturen gjør mellom de ulike nivåene av målgrupper ikke så lett lar seg gjenspeile i praksisfeltet og at selv om inndelingen kan være en hjelp for å få oversikt, er det knyttet usikkerhet til inndelingen.

4.3 Innhold og teoretisk forankring

Resultatene fra oppsummeringen av de ulike gruppetiltakene viser at alle gruppetiltakene for foreldre hadde en god teoretisk forankring som bygger på faglige og teoretiske grunnprinsipper om barns utvikling, tilknytning, atferd og støttende foreldreatferd. Alle hadde uttalte mål og de var bygd opp med elementer som hadde god rasjonale. Det var også godt samsvar mellom den teoretiske forankringen og målsetningen med tiltakene. For eksempel har COS en sterk teoretisk forankring i tilknytningsteori. I tråd med dette er målet med tiltaket å bedre nettopp tilknytningsbåndet mellom barn og omsorgsgivere.

Det var en forskjell mellom tiltakene i hvor omfattende målene var og hva som ble vektlagt som primærmål. De fleste tiltakene hadde som mål å arbeide med samspillet, forebygge negative samspillsmønstre mellom foreldre og barn og å støtte den intuitive, positive foreldreomsorgen for å legge til rette for barnets utvikling. Unntaket var samlivstiltakene Godt Samliv og PREP. Disse vektla samspillet mellom foreldrene fremfor samspillet mellom foreldre og barn. Imidlertid skilte også tiltakene som vektla foreldre-barn samspillet seg fra hverandre. For eksempel tar både PMTO foreldregrupper og DUÅ utgangspunkt i barnets atferd. De vektlegger i større grad enn ICDP og COS å gi direkte råd og veiledning til foreldre på bakgrunn av barnets atferdsvansker. I COS og ICDP er det derimot et større fokus på tilknytningen til barnet og foreldrenes responser til barnets følelser, og det anses at en positiv virkning på barnet er en gevinst av foreldrenes bedring i samarbeid og samspill med barnet.

I rapporten «Tidiga insatser för familjer» tar forfatterne for seg ulike faktorer som utgjør en risiko eller en beskyttelse for at barn og unge skal utvikle eksternaliserende og/eller internaliserende vansker (155). De beskyttende faktorene som gjengis er positive foreldre-barn relasjoner, trygg tilknytning mellom foreldre og barn, foreldres responsivitet, foreldres aksept, få foreldre-barn separasjoner og foreldrenes evne til å ivareta barnets behov for sikkerhet og stimulans (155). Alle gruppetiltakene som er omtalt i denne kunnskapsstatusen arbeider, i større eller mindre grad, med å fremme disse beskyttelsesfaktorene. Derfor er det rimelig å anta at selv om primærmålet er noe forskjellig i de ulike tiltakene vil de inneholde mange av de samme virksomme komponentene som fremmer god psykisk helse, både hos barn og foreldre. På samme tid er det viktig at tiltaket rettes mot det som studier har vist at tiltaket hjelper for. For eksempel vil det ikke være optimalt å gi ICDP mot atferdsproblemer, når effektstudiene ikke har hatt dette som primærmål.

Et overraskende funn fra kartleggingen var at så mange respondenter oppga at de tilbød standardversjonene av de ulike foreldretiltakene. Dette gjaldt for alle tiltakene som ble undersøkt. En kunne forventet at flere svarte at de ga en tilpasset eller egen versjon av tiltaket, spesielt med tanke på at de fleste tiltakene ble gitt til flere målgrupper. Noen tiltak, for eksempel PMTO, er også opprinnelig et individuelt tiltak. Med bakgrunn i at tiltaket har endret form, kunne en vente at tiltaket hadde utviklet seg lengre vekk fra opprinnelig standardversjon. Vi har imidlertid kun respondentenes egen rapportering av hvilken versjon som benyttes. Her ville det ha vært en styrke å ha uavhengige observasjoner som kunne bekrefte at standardversjonene faktisk gis. Like fullt antyder resultatene at de fleste respondentene er tro til standardversjonene av foreldre-

tiltakene. Det kan bety at tiltakene, slik de opprinnelig er utformet og utviklet, er brede nok og passer til flere målgrupper. Det er imidlertid verdt å merke seg at detaljnivået og spesifikasjonen i de ulike tiltaksmanualene som omtales i denne kunnskapsstatusen er svært forskjellige. Flere av tiltakene er kun basert på at noen hovedprinsipper eller hovedkomponenter gjennomgås. Utover dette er tiltakene fleksible både med tanke på hvordan komponentene og prinsippene gjennomføres, og rekkefølgen i utførelsen. I kartleggingsundersøkelsen var det heller ikke oppgitt noen spesifikke kriterier for hva det ville si at en manual var «tilpasset». For noen kan det ha betydd at tempo ble tilpasset, for andre kan det ha betydd at innholdet ble tilpasset. At dette ikke var nærmere spesifisert i undersøkelsen, kan ha gjort det vanskelig for respondentene å avgjøre om de egentlig benyttet en standardversjon eller en tilpasset versjon av tiltaket.

4.4 Brukerevalueringer

Resultatene viser at det er gjennomført brukerevalueringer av de fleste av gruppetiltakene. For alle tiltakene er det også gjennomført brukerevalueringer i Norge. For DUÅ og PMTO foreldregrupper er det hovedsakelig funnet brukerevalueringer fra deltakerne, mens det for COS og ICDP er funnet både deltakerevalueringer og terapeutevalueringer⁵.

Brukerevalueringene viser at både terapeuter og foreldre jevnt over rapporterer at de er tilfredse med tiltaket, og at de opplever tiltaket som nyttig. Terapeuter opplever at de gjennom tiltakene har tilegnet seg ny kunnskap og nye ferdigheter og at tiltakene inneholder metoder og verktøy som hjelper dem å formidle kunnskap på en hensiktsmessig måte. Foreldrene mener at programmene er nyttige med tanke på å håndtere og løse aktuelle problemer. Mange vil anbefale programmene til andre. De fleste oppgir også at de er blitt bedre kjent med seg selv som omsorgspersoner og har fått styrket sin foreldrekompetanse og flere trekker frem temaene som omhandlet samspill og relasjonsbygging mellom foreldre og barn som spesielt nyttige.

For noen gruppetiltak peker brukerne også på spesifikke utfordringer. I brukerevalueringene av DUÅ kom det frem at det var utfordrende for foreldrene å opprettholde de gode foreldrestrategiene under stressede perioder. Noen trakk også frem at rollespillene var vanskelige og det var utfordrende å finne tid til å gjøre hjemmeoppgaver. Deltakerne fra «Fortsatt Foreldre» mente at tiltaket ikke bidro til å hjelpe dem med deres utfordringer i tilstrekkelig grad. De savnet at de hadde blitt gjort oppmerksom på kurset like etter bruddet og ønsket at tilbudet hadde strukket seg over lengre tid. Deltakerne i Samspillsmetoden DIALOG kunne tenke seg større foreldregrupper og flere kurskvelder.

Når evalueringsstudier måler brukernes generelle tilfredshet og fornøydhhet, vil de fleste vise positive resultater. Det er heller ikke alltid samsvar mellom brukernes fornøydhhet og effekten av et tiltak. Resultatene fra brukerevalueringer kan imidlertid gi viktig kunnskap om de ulike tiltakenes spesifikke utfordringer. I tillegg har det å involvere brukerne og styrke brukerperspektivet vært et uttalt mål, både for myndigheter og de ulike velferds- og omsorgstjenestene. Det er lagt vekt på at brukerne skal være med på valg, utforming og anvendelse av tilbud som gis dem (156). Tanken er at dette vil gi brukerne større kontroll og

⁵ Her må vi ta et forbehold om at vi ikke har funnet fram til alle brukerevalueringer som måtte finnes. Disse publiseres i ulike former og dukker ikke nødvendigvis opp i litteratursøk eller i søk på Google. Vi har imidlertid spurt tiltakseiere om de er kjent med brukerevalueringer og har inkludert disse

myndighet over sitt eget liv. Dette vil også være aktuelt for gruppetiltak for foreldre, hvor det vil være av betydning at foreldrene er involvert i både planlegging og gjennomføring av tiltakene. Mange av gruppetiltakene har allerede arbeidsmetoder som i ulik grad involverer brukermedvirkning. Et eksempel er ICDP, hvor hensikten ikke er å gi foreldrene svaret, men å stimulere til refleksjon slik at foreldrene finner sine egne løsninger. Dette gir større grad av brukermedvirkning enn et rent opplæringstiltak. Evalueringer av brukernes erfaringer av tiltak er også et ledd i satsningen på økt brukermedvirkning, og å hente inn brukernes erfaringer veier tungt i utformingen og evalueringen av foreldreveiledningstiltak.

4.5 Effektevalueringene

Resultatene fra litteraturgjennomgangen viste at det har blitt gjennomført effektevaluering av både COS, ICDP, DUÅ og PMTO foreldregrupper. For disse tiltakene viste effektevalueringene positive resultater på foreldrekompetanse, tilknytning og samspill mellom foreldre og barn og på barns og foreldres trivsel og psykiske helse. Selv om mange studier har vist at gruppetiltakene for foreldre har effekt, er det likevel stor variasjon i kvaliteten på studiene, og det er flere elementer som er med på å påvirke tilliten til resultatene. Alle COS-studiene og flere av ICDP-studiene som er vurdert, har benyttet et pre-post-design, uten kontroll- eller sammenligningsgruppe. Et slikt design har gjennomgående blitt vurdert til å ha kritisk risiko for systematiske skjevheter. Dette skyldes at uten kontroll- eller sammenligningsgruppe kan man ikke slutte om endringen som rapporteres hos tiltaksgruppen skyldes tiltaket, eller om endringen ville funnet sted også uten at deltakerne fikk tiltaket. En endring fra før til etter behandling kan også skyldes en naturlig endring eller svingning mot gjennomsnittet, det en kaller regresjon mot gjennomsnittet. Et tiltak kan også gi umiddelbar effekt, mens effekten over tid ikke så lett lar seg fange opp. Det kan også være andre utfall som endrer seg over tid enn det som opprinnelig ble målt. For eksempel kan man anta at gruppetiltakene umiddelbart kan endre ferdigheter hos foreldrene, mens på sikt det endre foreldrenes mer globale opplevelse av det å være en forelder (52). Uten at det finnes noen kontrollgruppe og uten at man har flere målinger over en viss tidsperiode, kan man ikke finne ut av dette.

Det er først og fremst effektstudiene av DUÅ og PMTO foreldregrupper som har benyttet et RCT-design. RCT-designet har mindre risiko for systematiske skjevheter og er derfor det foretrukne studiedesignet i effektstudier. Flere av RCT-studiene har blitt vurdert til å ha en lav risiko for systematiske skjevheter. I RCT-studier der risikoen for systematiske skjevheter ikke har blitt vurdert til å være lav, er det først og fremst informasjon om randomiseringsnøkkel, håndtering av, og informasjon om, frafall av deltakere og mangelfull informasjon om programintegritet som har trukket ned vurderingen. I studiene som har en ikke-randomisert kontrollgruppe har risikoen for systematiske skjevheter blitt vurdert til enten moderat eller alvorlig. Her er det først og fremst mangel på justering for konfunderende faktorer i analysene, mangel på informasjon om programintegritet og hvordan studiene har håndtert frafall og manglende data som har trukket ned kvaliteten av studiene.

Det vil også være forskjeller knyttet til effekten en kan forvente av et universelt forebyggende tiltak og et selektivt eller indikativt tiltak. I effektstudier som inkluderer et utvalg i risiko eller utvalg som allerede har utviklet problemer, er det ofte knyttet strenge krav til inklusjon i studien. Da identifiseres det et primærmål, for eksempel ADHD-symptomer. Inklusjon i studien krever at deltakerne skårer over en klinisk grense for ADHD-symptomer. Deltakerne i studier

som måler universalforebyggende tiltak vil ikke ha like strenge inklusjonskriterier, da målgruppen for disse tiltakene gjelder *alle* familier/barn. Dette kan imidlertid medføre en utfordring når effekten av tiltaket skal evalueres. For de indikative studiene vil det være mer effekt «å fange opp» fordi alle deltakerne i utgangspunktet har et høyt nivå av vansker og alle har et større potensial for bedring. I de forebyggende tiltakene vil ikke denne effekten være så lett å fange opp i og med at deltakere i utgangspunktet er innenfor normalområdet og ikke har utviklet vansker.

4.6 Effekt for noen, men ikke for alle

Selv om studiene rapporterer at de ulike foreldretiltakene har effekt, responderer ikke alle deltakerne positivt på tiltakene. Utfallet påvirkes blant annet av intensiteten av tiltaket og andre faktorer hos foreldrene eller hos barna, for eksempel foreldrenes utdanning, psykiske helse, sosiale støtte, økonomiske forhold, problemer i parforhold, status som aleneforelder, barnas alder og alvorlighetsgraden av problemet (35;157). Det er også vist at foreldre med lav sosioøkonomisk status har minst effekt av gruppetiltakene. Disse familiene kan ha større nytte av individuell foreldreveiledning (110). Det er også registrert forskjeller mellom familiene som fullfører foreldreveiledningstiltakene og de som dropper ut av gruppene. De som ikke fullfører viser seg å være signifikant yngre, har lavere sosioøkonomisk status, har mindre sosial støtte, høyere nivåer av stress, lavere utdanning og mer psykiske vansker enn foreldre som fullfører foreldretiltakene (158). Noen studier har vist at utfallet kan påvirkes av faktorer knyttet til den som tilbyr tiltaket, for eksempel veileder eller terapeut, motivasjonen til deltakere og relasjonen mellom veileder/terapeut og klient (2).

Det er også et gjennomgående trekk ved effektstudier og erfaringsbaserte studier av gruppetiltak for foreldre at mødre dominerer som informanter. To av ICDP-studiene som vi inkluderte i vår kunnskapsstatus hadde imidlertid inkludert fedre. Skar et al. (71) sin studie av fedre i fengsel viste at denne gruppen hadde stor nytte av ICDP-tiltaket. Studien av Clucas et al. (78) viste at både mødre og fedre rapporterte om positive endringer hos seg selv etter ICDP-deltakelse. Dette viser at det er viktig å fange opp fedre som deltakere i gruppetiltakene og inkludere dem i effektstudier. Samtidig viser noen brukerevalueringer at fedre ikke ser på gruppetiltakene som et sted å knytte kontakter, da gruppene stort sett domineres av mødre. Mange fedre kan imidlertid synes det er godt å delta i foreldregrupper når det er andre fedre til stede (2;15). En bør åpne opp for å tenke nytt for å rekruttere flere fedre med i foreldregrupper. I Sverige er det for eksempel vist at fedre deltar i større omfang på internettbaserte gruppetiltak sammenlignet med den ordinære oppmøtebaserte versjonen (15). Dette kan være veien å gå for å rekruttere flere fedre. Andre har foreslått at man legger gruppetiltakene til tidspunkt som passer bedre med arbeidstiden til (2;159).

Det er viktig å få kunnskap om hvordan foreldrestøttende tiltak på best mulig måte kan nå fram til familiene som ikke har effekt av tiltakene eller som dropper ut. For eksempel kan aleneforsørgere ha problemer med å delta på grupper over tid og vil trenge hjelp med barnepass for å komme på gruppemøter. Noen mener grupper for familier i risiko bør fanges opp av faglærte terapeuter/helsepersonell som er trent i å kjenne igjen risiko- og beskyttelses-faktorer. Samtidig kan dette virke mot sin hensikt dersom de som inkluderes i en gruppe for risikoutsatte føler seg mislykket og stigmatisert. I tillegg kan universelle tiltak ofte være en hensiktsmessig måte å nå risikogrupper på (2). Tiltak i nærmiljøene, barnehager og skoler er viktige arenaer man kan

styrke for å nå ut til familier i alle risikogrupper. Samtidig bør det tilbys indikative tiltak for de med mest behov.

4.7 Effektivitetsstudier og implementering

Effektevalueringer av tiltak har ofte strenge krav til gjennomføring. For eksempel er det bestemte krav til inklusjon av deltakere, tiltaket skal tilbys akkurat slik det er utviklet og deltakerne skal ikke motta andre tiltak eller annen behandling som kan påvirke resultatene. Slik må det også være for at forskerne skal kunne slutte at det nettopp er effekten av tiltaket som måles. Betingelsene som må være til stede for å gjennomføre en effektstudie er imidlertid sjelden til stede i praksisfeltet hvor tiltaket senere skal implementeres og brukes og det vil være lite hensiktsmessig å finne ut at et tiltak virker dersom funnene ikke har overføringsverdi til den konteksten hvor tiltaket senere tas i bruk. Mange av studiene som er inkludert i denne kunnskapsstatusen er effektstudier som er gjennomført under kontrollerte betingelser og i kontrollerte miljøer. Slike studier er verdifulle, men det er vel så viktig å undersøke om tiltaket kan være effektivt og nyttig «i den virkelige verden» (160;161). Effektivitetsstudier, i motsetning til effektstudier, tester ut tiltaket i den settingen som tiltaket senere skal benyttes i, og tiltaket sammenlignes med det tilbudet som familien ellers ville mottatt. I følge Weisz og Gray (162) bør tiltak alltid undersøkes med effektivitetsstudier. Først da vil man få en pekepinn på om det lønner seg å endre eksisterende praksis til fordel for et nytt tiltak.

Et viktig neste skritt, etter at både effektstudier og effektivitetsstudier er gjennomført, er å undersøke implementeringen av tiltaket. Forskning på tiltak og behandling har de senere årene beveget seg fra effektforskning til implementeringsforskning. Det vil si at fra å finne ut at stadig nye tiltak er potensielt virksomme, har en innsett at det er like verdifullt å finne ut av om tiltakene lar seg implementere og overføres med effekt til praksisfeltet over tid. Mens effekt-evalueringer har vektlagt *hva* som evalueres, har implementeringsforskningen vektlagt *hvordan* tiltaket skal overføres og implementeres. Dean Fixsen og kollegaer (163) har identifisert noen elementer som de fremhever som forutsetninger for at et implementeringsarbeid skal fungere godt. For det første må de som skal tilby tiltaket og andre involverte få god opplæring. Dette handler om hvordan de ulike kjernekomponentene i tiltaket innlæres og omsettes til praksis. For det andre må de som tilbyr tiltaket få god veiledning. Veiledning kan være innspill og korreksjoner i treningsaktivitetene. For det tredje vil god implementering være avhengig av administrativ støtte, noe som handler om god ledelse, tildeling og fordeling av ressurser og motivasjon i alle ledd av organisasjonen. Programintegritet er også en sentral faktor i implementeringsarbeidet. Det handler om at en følger opp at tiltakene blir gjennomført i henhold til den originale metoden over tid. Beveger man seg for langt bort fra originalversjon i implementeringen, blir tiltaket sannsynligvis mindre virksomt.

Resultatene fra litteraturgjennomgangen viste at det er gjennomført implementeringsstudier for flere av de evaluerte foreldretiltakene. For ICDP ble utfordringer i implementeringen knyttet til mangelfulle ressurser og at det var utfordrende å rekruttere deltakere til tiltaket (69). Det ble også fremhevet at det var sentralt å avklare forventninger, involvere nøkkelpersoner og å håndtere utfordringer i igangsettingen og i den tidlige implementeringen av ICDP (73). Når det gjelder implementeringsstudiene av DUÅ, var de hovedsakelig knyttet til programintegritet. Det har blitt vist at DUÅ har klart å implementere metoden med høy grad av programintegritet over tid, men at grad av suksess hang sammen med oppfølging, opplæring, ansvarliggjøring og

veiledning av gruppeleder og programmets struktur og aspekter ved kvaliteten på veiledningen. Gruppemodellen av PMTO vært gjenstand for mindre implementeringsfokus enn den individuelle versjonen av PMTO. Det trengs derfor mer implementeringsforskning på gruppeversjonen av PMTO, men også på de andre gruppetiltakene, spesielt COS⁶, hvor vi ikke har funnet noen implementeringsstudier.

Svarene fra tiltakseierne viste at flere av gruppetiltakene for foreldre mangler en klar implementeringsstrategi. Noen tiltak, for eksempel DUÅ, skilte seg imidlertid ut. Dette tiltaket virker å ha en klarere strategi for implementering med en hierarkisk inndeling av kursledere som veiledere for andre gruppeledere lokalt, mens noen få fagpersoner var spesialtrenede og sertifiserte mentorer på nivået over. Det kan videre synes som om alle tiltakene hadde ansvarlige personer for veiledning og kursing, men for noen tiltak, for eksempel ICDP, var det en utfordring at veiledere ikke har fått tilstrekkelig oppfølging over tid. Det er også en utfordring at det for mange tiltak er for tilfeldig hvem som melder seg som kursholder, og det er en utfordring at det er opp til kommunene eller de ulike enhetene om de selv velger å implementere og ta i bruk et bestemt gruppetiltak.

4.8 Styrker og svakheter ved kunnskapsstatusen

Det er flere styrker ved denne rapporten. For det første er det ikke tidligere gjennomført en kartleggingsundersøkelse av hvilke gruppetiltak som benyttes i Norge og hvem som benytter disse. Det ble derfor viktig å få en slik oversikt. Det ble sendt ut en kort spørreskjema-undersøkelse til et bredt spekter av tjenester i Norge. Både kommuner, familievernkontor, BUP og relevante bruker- og interesseorganisasjoner fikk mulighet til å svare på spørsmålene. Kommunene ble bedt om å videresende undersøkelsen til de delene av kommunen som kunne tilby tiltakene, for eksempel helsestasjoner, barnehager og skoler. For det andre er det en styrke at det er gjennomført et omfattende litteratursøk. En bibliotekar hjalp til med alle søkene, og det ble søkt i alle relevante databaser. En tredje styrke ved kunnskapsstatusen er at det ble benyttet strukturerte rangeringsverktøy for å måle risiko for systematiske skjevheter i effekt-studiene. To forskere vurderte risiko for systematiske skjevheter uavhengig av hverandre i alle enkeltstudier som ikke inngikk i større oversiktsartikler eller metaanalyser. I vurderingen av RCT'ene benyttet vi ROB, et etablert verktøy for å vurdere systematiske skjevheter. For å vurdere systematiske skjevheter i enkeltstudiene som hadde en kontrollgruppe uten randomisering eller et pre-post-design benyttet vi et helt nytt verktøy, ROBINS-I. Rangeringskriteriene i dette verktøyet er ikke oversatt til norsk, men det ble likevel ansett som det mest hensiktsmessige å benytte. Det er et større rom for subjektive tolkninger ved bruk av ROBINS-I enn ved bruk av ROB og kriteriene kan i noen grad tilpasses de ulike utfordringene i hver enkelt studie, noe som ble ansett som en fordel.

Det er også noen begrensninger ved rapporten. Vi kan ikke si noe sikkert om representativitet i kartleggingsundersøkelsen ettersom vi ikke vet om vi nådde alle tiltakstilbydere. Det finnes ingen oversikt over aktive veiledere/kursholdere for de ulike tiltakene selv om flere av tiltaks-

⁶ Her må vi ta et forbehold om at vi ikke har funnet fram til alle implementeringsstudiene som måtte finnes. Disse publiseres i ulike former og dukker ikke nødvendigvis opp i litteratursøk eller i søk på Google. Vi har imidlertid spurt tiltakseiere om de er kjent med implementeringsstudier og har inkludert disse.

eierne opplyste om flere hundre utdannede innen et tiltak. Videre er det en begrensning at vi ikke har informasjon om de som ikke har svart på spørreskjemaet, eller kunnskap om respondentene har latt være å svare fordi de ikke har hatt noe tilbud å rapportere om. Vi har heller ingen kunnskap om hvorvidt noen kommuner unnlot å sende videre spørreskjemaet til relevante mottakerne. Det er også en svakhet at det er svært mange helsestasjoner som har svart på spørreundersøkelsen, mens det er få respondenter fra spesialisthelsetjenesten. Det er dermed grunn til å anta at svarene ikke er representative sett i forhold til alle som tilbyr gruppetiltak for foreldre i Norge. I senere spørreskjemaundersøkelser bør forskerne sette av mer ressurser på å sikre at alle relevante enheter og instanser faktisk mottar spørreskjemaet. En annen begrensning ved undersøkelsen er at resultatene vedrørende hvilken versjon av tiltaket som blir tilbudt kun baserer seg på egenrapport fra de som tilbyr tiltaket og ikke fra observasjoner eller rapportering fra foreldre. Det er all grunn til å tro at respondentene er oppriktige når de har svart på undersøkelsen. Like fullt kan det være skjevheter i rapportering.

En begrensning ved litteraturgjennomgangen er at vi har valgt å inkludere kun publiserte arbeider og det har ikke vært tilstrekkelige ressurser til å inkludere ikke-publisert litteratur (også kalt «grå litteratur»). Vi hadde heller ikke ressurser til å kontakte forfatterne av enkeltstudier for å avklare uklarheter som fremstod i arbeidet med å vurdere risiko for systematiske skjevheter. I vurderingen har disse graderingspunktene blitt stående som «uklare» eller som at det ikke var «tilstrekkelig informasjon til å vurdere risikoen».

En annen begrensning er at ROB-verktøyet som er benyttet for å vurdere risikoen for systematiske skjevheter i RCT-studiene har vært gjenstand for kritikk når det har blitt brukt i evaluering av ikke-medikamentelle tiltak, ettersom det passer best til å vurdere utprøving av legemidler der man kan bruke placebomedisin (164). I utgangspunktet legger ROB vekt på at deltakerne i studiene skal være «blindet», men dette lar seg sjelden gjøre i ikke-medikamentelle studier. Det samme gjelder RCT-studiene som er evaluert i denne oppsummeringen. Der har det ikke vært mulig å skjule for deltakerne om de får et bestemt tiltak eller ikke. I den samlede ROB-vurderingen av risiko for systematiske skjevheter har vi derfor valgt å se bort fra kriteriet om blinding av deltakere.

Selv om vi har løftet frem bruken av ROBINS-I som en ressurs, er verktøyet i utgangspunktet utviklet for studier med en kontrollgruppe. Vi har likevel valgt å vurdere pre-post studiene med samme verktøy, selv om dette ikke er optimalt. Dette er gjort fordi vi ikke har funnet andre verktøy som var mer passende og som bevarte nyansene i skåringskriteriene. Vi kunne imidlertid ha valgt å ekskludere alle pre-post studiene, men i og med at det var såpass mange pre-post studier for de mest rapporterte tiltakene, COS og ICDP, valgte vi å ha dem med. Vi har forsøkt å løse dette problemet ved at alle pre-post studiene har blitt vurdert til å ha en kritisk risiko for skjevheter eller feilkilder på det første ROBINS-I-kriteriet, et kriterium som handler om skjevhet som et resultat av mulige konfunderende faktorer (se tabell 6). Det har også resultert i at den samlede vurderingen av pre-post studiene har blitt vurdert til å ha en kritisk risiko for systematiske skjevheter.

4.9 Behov for videre forskning

Det er gjennomgående et behov for mer forskning på gruppetiltak for foreldre. Store studier som har både brukerevalueringer og gode effektvurderinger, og som i tillegg inkluderer under-

søkelser av for hvem, under hvilke betingelser, og hvordan tiltaket virker (modererende og medierende faktorer), er ønskelig. I tillegg trenger vi studier som kan følge deltakerne over tid, noe få av studiene i kunnskapsstatusen har gjort. De fleste oppfølgingsstudiene som er evaluert hadde siste måletidspunkt kun ett år etter oppstart av studien. Dette gjør at langtidseffekten av tiltakene er høyst usikker. Det ideelle, spesielt i evalueringen av tiltak som har som mål å være forebyggende, vil være å følge deltakerne over lang tid, helst til barna har nådd voksenalder. Det kan imidlertid være utfordrende å måle langtidseffekter av tiltak. Det er så mye annet som skjer i barns liv. Selv om foreldre viser god omsorg kan det skje ting i livet som ikke påvirkes av det. Det er dermed vanskelig å kontrollere for alle andre faktorer som virker inn i et barns liv. Like fullt skal forebyggende tiltak virke langsiktig. Målet er at foreldre skal bli bevisste på hvordan de kan bruke positive samhandlingsmønstre som skal vare gjennom hele oppveksten til barna. Endrede foreldreferdigheter skal gi ringvirkninger for barna. For barn i utvikling kan positive endringer også føre til andre positive endringer som igjen kan forplante seg i flere områder av barnets liv.

Det vil også være behov for flere studier som undersøker nærmere hvordan man kan få foreldre til å bruke innlærte og nye foreldreferdigheter over tid. For eksempel kan det være viktig å følge opp foreldrene med oppfriskningskurs. På denne måten kan man få tilbakemeldinger om gruppe medlemmene har tatt med seg noe av kunnskapen inn i den nye hverdagen, og diskutere og løse eventuelle utfordringer.

En del av studiene inkluderte få deltakere. Dette er ikke uvanlig de første gangene et psykologisk eller forebyggende tiltak evalueres, men det fører likevel til at det er knyttet usikkerhet til om funnene er statistisk robuste og pålitelige, slik at de kan generaliseres til andre utvalg. Det anbefales derfor at fremtidige effektstudier inkluderer et tilstrekkelig antall deltakere slik at negative funn i større grad kan knyttes til manglende effekt, og ikke til for få deltakere. I mange av studiene var det også usikkerhet knyttet til rapporteringen av den metodiske fremgangsmåten, særlig med tanke på randomiseringsprosedyre, frafallsanalyser og blinding. Dette er dessverre ikke unikt for dette fagfeltet (46). Nyere studier bør følge eksisterende retningslinjer for rapportering av metode og resultater.

Noen av studiene hadde kun inkludert én omsorgsgiver da tiltaket ble evaluert. Det trengs mer forskning for å undersøke om det er forskjell i effekt når én forelder er til stede sammenlignet med når begge foreldrene deltar. Særlig er det behov for studier som inkluderer far, både i foreldreveiledningsgruppene og i studiene (165). Til slutt mangler det gode studier som har inkludert de sårbare familiene og det er et behov for å forske på hvordan implementeringen av tiltakene kan lykkes hos de som har utfordringer knyttet til deltakelse (2).

5 Oppsummering og konklusjon

Arbeidet med å generere oppdatert kunnskap om effekt av, og erfaring med, gruppetiltak i det forebyggende og det kliniske arbeidet med foreldre i Norge var todelt. Først ble det gjennomført en kartlegging av hvilke gruppetiltak som benyttes innen helse- og velferdstjenesten i Norge og hvem som ble tilbudt disse tiltakene. Deretter ble det gjennomført et litteratursøk for å undersøke om gruppetiltakene var blitt evaluert.

Hovedfunnene viste at:

- Gruppetiltakene som ble rapportert mest brukt innen helse- og velferdstjenesten var COS, ICDP, DUÅ, PMTO foreldregrupper, Fortsatt Foreldre og samlivskurset Godt Samliv.
- De fleste som oppga at de benyttet COS, ICDP, DUÅ og PMTO foreldregrupper svarte på vegne av helsestasjoner og barnevernstjenester. Når det gjaldt DUÅ, var det også en betydelig andel respondenter som oppga at tilbudet ble gitt i PPT og BUP og for PMTO foreldregrupper var det en betydelig andel som oppga at tiltaket ble gitt ved en overordnet kommunal etat eller barnehage/skole.
- De fleste oppga at de tilbyr tiltakene universelt (til alle foreldre uavhengig av behov) og selektivt (til foreldre og familier i risiko). ICDP tilbys mest som et universalforebyggende tiltak. COS, DUÅ og PMTO foreldregrupper tilbys først og fremst som selektive tiltak.
- Alle gruppetiltakene bygger på faglige og teoretiske grunnprinsipper om barns utvikling, tilknytning, barns atferd og støttende foreldreatferd.
- Det er gjennomført brukerevalueringer av de fleste gruppetiltakene. Evalueringene viser at både terapeuter og foreldre er tilfredse med tiltakene, og at deltakerne vil anbefale tiltakene til andre. Det var også noen brukerevalueringer som pekte på utfordringer.
- Resultatene viste at det har blitt gjennomført effektevaluering av både COS, ICDP, DUÅ og PMTO foreldregrupper.
- Effektevalueringene viser at tiltakene har effekt på foreldrekompetanse, tilknytning og samspill mellom foreldre og barn og på barns og foreldres trivsel og psykiske helse.
- Det er først og fremst effektstudiene av DUÅ og PMTO foreldregrupper som har benyttet et RCT-design, mens de fleste andre har benyttet et pre-post design eller et design uten randomisert kontrollgruppe.
- Risikoen for systematiske skjevheter ble vurdert som lav, uklar eller høy i RCT-studiene, og som moderat, alvorlig eller kritisk i studiene uten kontrollgruppe eller uten en randomisert kontrollgruppe.
- Alle COS-studiene har et pre-post design og er derfor blitt vurdert til å ha en kritisk risiko for systematiske skjevheter. Dette gjelder også ICDP-studiene som ikke har en kontrollgruppe. I studiene av ICDP og DUÅ som har en sammenligningsgruppe, er det mangel på justering for konfunderende faktorer i analysene, mangel på informasjon om programintegritet og på hvordan studiene har håndtert frafall og manglende data som har trukket ned kvaliteten av studiene. I RCT-studiene av DUÅ, PMTO foreldregrupper, LØFT og EFT som har fått en annen vurdering enn «lav risiko», er det først og fremst informasjon om randomiseringsnøkkel, håndtering av og informasjon om frafall av deltakere og mangelfull informasjon om programintegritet som har trukket ned vurderingen.
- Det er behov for videre studier som evaluerer effekt og brukertilfredshet ved gruppetiltakene for foreldre. Det er spesielt behov for studier som følger deltakere over

tid, studier fra norske forhold, studier som følger opp deltakere som dropper ut av tiltakene og studier som undersøker implementeringen av gruppetiltakene.

Forkortelser og ordforklaringer

Foreldrestøttende tiltak og samlivskurs for foreldre:

ABC	Alla Barn i Centrum
COS	Circle of security
COPE	Community parent education
DUÅ	De utrolige årene
ICDP	International Child Development Program
EFT	Emosjonsfokusert parterapi
FFT	Funksjonell familieterapi til grupper
Hippy /Hipp Hopp	Home Instruction for Parents of Preschool Youngsters
KOMET	Kommunikasjonsmetode
LØFT	Løsningsfokusert tenkning
PMTO	Parent Management Training -Oregonmodellen
PREP	Prevention and Relationship Enhancement Program
PEFFG	Psyko-educativ flerfamiliegrupper
TIBIR	Tidlig innsats for barn i risiko
TIK	Tuning in to Kids
TFCO	Treatment Foster Care Oregon
Trippel P	Positive Parenting Programme

Øvrige forkortelser:

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
BLD	Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet
Bufdir	Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
BUP	Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk
FHI	Folkehelseinstituttet
NUBU	Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge, tidligere Atferdssenteret
ODD	Oppositional Defiant Disorder – opposisjonell atferdsforstyrrelse
PPT	Pedagogisk psykologisk tjeneste

RBUP Øst og Sør	Regionscenter for barn og unges psykiske helse, region Øst og Sør
RKBU	Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, RKBU finnes i regionene midt, nord og vest.
RCT	Randomized Controlled Study
ROB	Risk of Bias
ROBINS-I	Risk Of Bias in Non-randomized Studies - of Interventions
SIL-modellen	The Social Interaction Learning model

Ordforklaringer:

Evaluering	Systematisk innhenting av data, for å si noe om hvor vi er eller hvor vi vil, eller begge deler
EBPP	Evidensbasert psykologisk praksis; defineres som «integrering av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med klientenes egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål»
Forebyggingsnivåer	Forebyggende tiltak kan settes inn på ulike nivåer. På det <i>universelle</i> nivået finner vi tiltak som tilbys alle uavhengig av behov. Tiltak på <i>selektivt</i> nivå er tiltak for en antatt risikogruppe, for eksempel foreldre som er i ferd med å gå fra hverandre eller foreldre med barn som er i ferd med å utvikle symptomer på psykiske plager. På <i>indikativt</i> nivå finner vi tiltak for grupper med et definert behov, for eksempel tiltak til foreldre med barn som har utviklet sosiale eller psykiske problemer. Tiltak på indikativt nivå kan ofte sidestilles med behandling. I denne rapporten har vi definert at indikative tiltak gis til omsorgspersoner hvor problemer (for eksempel atferdsproblemer hos barnet) har vart i mer enn seks måneder.
Gruppetiltak	Et tiltak gitt til to eller flere personer på samme tid, over en viss periode. Gruppens deltakere har felles opplevde problemer/vansker/utfordringer som man gjennom tiltaket ønsker å forebygge eller behandle. Et gruppetiltak gir mer rom for dialog, refleksjon og diskusjon enn for eksempel et kurs, som i større grad er enveiskommunikasjon mellom kursholder og kursdeltakere. I denne rapporten avgrensers vi temaet om gruppetiltak til å omhandle foreldrestøttende tiltak gitt til to eller flere foreldre/ foreldrepar/ omsorgspersoner samtidig.
Intervensjon	Å gripe inn eller innblanding og kan blant annet oppstå fra en igangsetting eller endring av terapi, som for eksempel psykologisk behandling som terapeutiske samtaler, kurs eller veiledning. I denne rapporten erstatter vi <i>intervensjon</i> med <i>tiltak</i> der det passer.

Konfunderende faktor	Bakenforliggende faktor
Kurs	En serie med opplæring og øving i et fag, tema eller en ferdighet.
Psykoedukasjon	Psykoedukasjon er en form for tiltak eller terapi, som kan minne om undervisning. Ofte gis psykoedukasjon i grupper og brukes ofte som et av flere komponenter i et tiltak eller i en terapi. Psykoedukasjon baserer seg på å lære deltakere mest mulig om en tilstand, et fenomen eller særskilte utfordringer, som igjen skal gjøre deltakerne bedre rustet til å ta kontroll over vansker og utfordringer.
The coercive process	Tvingende samspillsmønstre
Terapeutiske samtaler	Terapeutiske samtaler innebærer at en terapeut og klient samtaler på en systematisk måte for å bedre den psykiske helsen til klienten
Veiledning	Det å hjelpe med råd og opplysninger, og å rettlede
Standardversjon av et tiltak	Metoder og anbefalte retningslinjer for gruppetiltaket slik det foreligger i en manual
Tilpasset versjon av et tiltak	Metoder og retningslinjer for gruppetiltaket slik det foreligger i en manual når det f. eks er tilpasset spesifikke målgrupper. Denne versjonen inngår ofte som en del av standardversjonen av tiltaket
Egen versjon av et tiltak	En egenlaget og ny versjon av gruppetiltaket som er basert på gruppetiltakets standardversjon
Programintegritet (fidelity)	Handler om i hvilken grad et program eller en metode anvendes i samsvar med den originale versjonens retningslinjer og prinsipper.

Mål på sammenhenger

Det finnes flere typer statistiske størrelser som beskriver styrken på sammenhenger effekter mellom variabler (166).

Cohen's *d*

Graden av endringer i målevariablene sier noe om effekten av tiltaket. Effekten rapporteres ofte i form av effektstørrelser (Cohen's *d*) der man regner en effektstørrelse på 0,2 som liten, 0,5 som medium og 0,8 som stor effekt. Studier av god kvalitet inkluderer en kontrollgruppe som ikke eksponeres for det samme tiltaket. I RCT'er har man en aktiv kontrollgruppe (en kontrollgruppe som mottar en eller annen form for tilbud som ikke inneholder de antatt aktive elementene i tiltaket som testes), og effektstørrelser beskriver da forskjellen mellom tiltaket og den aktive kontrollgruppen. Effektstørrelser som oppgis i studier med en venteliste-kontrollgruppe må tolkes annerledes. Deltakere i kontrollgruppe på venteliste gjør kanskje mindre enn de ellers ville gjort for å finne hjelp fordi de venter på et tilbud de ønsker. Også i studier med kun én gruppe og et pre-post design opereres det med en effektstørrelse, men da innen gruppen og ikke mellom grupper. Denne effektstørrelsen kan tas med videre og sammenlignes med effektstørrelser til andre studier som også kun har pre-post-design.

Pearsons *r* og standardiserte regresjonskoeffisienter

Pearsons *r* er et uttrykk for styrken på sammenhengen mellom to metriske variabler. Man regner en korrelasjon på $r = 0,10$ som svak, en korrelasjon på $r = 0,30$ som middels, og en korrelasjon på $r = 0,50$ som sterk (167). Dersom en regner ut Pearsons *r* på variabler der den ene eller begge bare har to verdier, får en assosiasjonsmål som har andre navn. Når en undersøker hvordan en bestemt metrisk avhengig variabel henger sammen med flere samtidige konfunderende faktorer, rapporterer en ofte det som kalles standardiserte regresjonskoeffisienter. Disse er nært beslektet med Pearsons *r*, men viser styrken på en sammenheng når en har kontrollert for andre konfunderende faktorer (166).

Insidensrisikorate og oddsrate

Insidensrisikorate (relativ risiko) angir hvor forhøyet sannsynlighet det er for at et utfall skal forekomme i en gruppe sammenlignet med en annen gruppe. Oddsrate angir hvor forhøyet oddsen er for et utfall skal forekomme i en gruppe sammenlignet med en annen gruppe. Relativ risiko tilhører gruppen «andre mål». Når en har flere samtidige konfunderende faktorer som kan påvirke utfallene, kan en regne ut den justerte oddsraten. Det betyr at en har justert for de andre konfunderende faktorene som inngår i analysen (166).

Signifikans

Signifikanstesting gjøres for å forsøke å fastsette om sammenhenger er systematiske eller tilfeldige. Det settes som regel et signifikans- eller risikonivå. Vanlig praksis er en p-verdi (probability = sannsynlighet) på $< .05$, dvs. man aksepterer inntil fem prosent risiko for at avdekket sammenheng ikke finnes i virkeligheten. En p-verdi $< .10$ indikerer en signifikant sammenheng.

Litteraturliste

1. Dumka L, Lopez V, Carter S. Parenting Interventions Adapted for latino families: progress and prespects. I: Contreras JM, Kerns KA, Neal-Barnett AM, red. Latino children and families in the United States: Current research and future directions. Westport, CT: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group; 2002. s. 203-31.
2. Bråten B, Sønsterudbråten S. Foreldreveiledning – virker det? En kunnskapsstatus. Oslo: FAFO; 2016. Fafo-rapport 2016:29. Tilgjengelig fra: <http://www.fafo.no/images/pub/2016/20591.pdf>
3. Schor EL, American Academy of Pediatrics Task Force on the F. Family pediatrics: report of the Task Force on the Family. Pediatrics 2003;111(6 Pt 2):1541-71.
4. Brandtzæg I, Torsteinson S, Øiestad G. Hva er tilknytning? [nettdokument]. Oslo: Norsk psykologforening [oppdatert 6. april 2017; lest 7. april 2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.psykologforeningen.no/publikum/velkommen-til-psykologhjelp/hva-er-tilknytning>
5. Woolfenden SR, Williams K, Peat J. Family and parenting interventions in children and adolescents with conduct disorder and delinquency aged 10-17. Cochrane Database Syst Rev 2001;(2):CD003015.
6. 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. Cochrane Database Syst Rev 2010;(3):CD003680.
7. Donenberg G, Baker BL. The Impact of Young-Children with Externalizing Behaviors on Their Families. J Abnorm Child Psychol 1993;21(2):179-98.
8. Raina P, O'Donnell M, Rosenbaum P, Brehaut J, Walter SD, Russell D, et al. The health and well-being of caregivers of children with cerebral palsy. Pediatrics 2005;115(6):e626-36.
9. BeLue R, Halgunseth LC, Abiero B, Bediako P. Maternal Health Status and Parenting Stress in Low-Income, Ethnic-Minority Mothers of Children with Conduct Disorder Problems: the Role of Daily Parenting Hassles. J Racial Ethn Health Disparities 2015;2(4):501-9.
10. Popp JM, Robinson JL, Britner PA, Blank TO. Parent adaptation and family functioning in relation to narratives of children with chronic illness. J Pediatr Nurs 2014;29(1):58-64.
11. Cohen MS. Families Coping with Childhood Chronic Illness: a Research Review. Fam Syst & Health 1999;17(2):149-64.
12. Halford WK, Snyder DK. Universal processes and common factors in couple therapy and relationship education. Behav Ther 2012;43(1):1-12.
13. Major EF, red. Dalgård OS, Mathisen KS, Nord E, Ose S, Rognerud M, Aarø LE. Bedre føre var... Oslo: Folkehelseinstituttet; 2011. Rapport 2011:1. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/rapport-20111-bedrefore-var---psykisk-helse-helsefremmende-og-forebyggende-tiltak-og-anbefalinger-pdf.pdf>
14. Furlong M, McGilloway S, Bywater T, Hutchings J, Smith SM, Donnelly M. Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. Cochrane Database Syst Rev 2012;(2):CD008225.
15. Robuste samliv: forskningsoppdrag om kunnskapsstatus og evalueringsverktøy av foreldrestøttende tiltak i Norden. Oslo: Rambøll; 2013. Rapport til Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.
16. Skinner BF. The behavior of organisms. New York: Appleton-Century-Crofts; 1938.
17. Skre IB. Atferdsterapi. Store norske leksikon [nettressurs]. Oslo: snl [oppdatert 2. desember 2016; lest 7. april 2014]. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/atferdsterapi>
18. Stattin H, Enebrink P, Ozdemir M, Giannotta F. A national evaluation of parenting programs in Sweden: The short-term effects using an RCT effectiveness design. J Consult Clin Psychol 2015;83(6):1069-84.

19. Bandura A. Sosial læringsteori. Englewood Cliffs, N.J: Prentice Hall 1977. s. 9-32.
20. Bjørvik N. Kan PMTO være et egnet tiltak for barn med ADHD eller atferdsvansker? [Bacheloroppgave]. Sogndal: Høgskulen i Sogn og fjordane; 2010. Tilgjengelig fra: https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/149666/Bachelor2010_Bjoervik_PMTO.pdf?sequence=1&isAllowed=y
21. Patterson GR. Coercive family process. Eugene, Or: Castalia Pub. Co.; 1982.
22. Gibbs J, Underdown A, Stevens M, Newbery J, Liabo K. Group-based parenting programmes can reduce behaviour problems of children aged 3-12 years. [s.l.]: Economic & social research council, Evindece network; 2003. What Works for Children group Evidence Nugget 2003.
23. Bowlby J. A secure base: clinical applications of attachment theory. London: Routledge; 1988.
24. Ainsworth M, Blehar M, Waters E, Wall S. Patterns of Attachment: a psychological study of the strange situation. Hillsdale NJ: Erlbaum; 1978.
25. Hoffman KT, Marvin RS, Cooper G, Powell B. Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: the Circle of Security intervention. J Consult Clin Psychol 2006;74(6):1017-26.
26. Minuchin P. Families and Individual Development: Provocations from the Field of Family Therapy. Child Dev 1985;56(2):289-302.
27. Jensen VK. Styrket foreldrekompetanse gjennom veiledning? En kvalitativ undersøkelse om hvorvidt foreldrene opplever at deltakelse i foreldreprogrammet "De utrolige årene" kan styrke foreldrekompetansen og relasjonen til barnet [Masteroppgave]. Oslo: Universitetet i Oslo; 2008. Tilgjengelig fra: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/32038/MasteroppgavexStyrketxforeldrekompentansexgjennomxveiledning.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
28. Knutsen HA. Systemteori i familierterapi: strukturell terapi [nettdokument]. [oppdatert 1. februar 2010; lest 7. april 2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.psykologibloggen.no/?p=1593>
29. Evensen GH. Psykoedukasjon i familiegrupper gir effekt og anbefales [nettdokument]. Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid [oppdatert 12. desember 2012; lest 10. april 2017]. Tilgjengelig fra: <https://www.napha.no/content/14498/Psykoedukasjon-i-familiegrupper-gir-effekt-og-anbefales>
30. Rye H. Barn med spesielle behov: et relasjonsorientert perspektiv. Oslo: Gyldendal akademisk; 2007.
31. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Håndbok for ICDP-veiledere. Oslo: Bufdir; 2016.
32. Sameroff A, red. The transactional model of development: how children and contexts shape each other. Washington, D.C: American Psychological Association; 2009.
33. Smith L. Tidlig utvikling, risiko og psykopatolog. I: Slinning K, Moe V, Hansen MB, red. Håndbok i sped- og smabarns psykiske helse. Oslo: Gyldendal Akademiske; 2010. s. 29-52.
34. Marmarosh C, Holtz A, Schottenbauer M. Group cohesiveness, group-derived collective self-esteem, group-derived hope, and the well-being of group therapy members. Group Dyn 2005;9(1):32-44.
35. McIntyre LL, Phaneuf LK. A Three-Tier Model of Parent Education in Early Childhood. Topics Early Child Spec Educ 2007;27(4):214-22.
36. Barlow J, Smailagic N, Huband N, Roloff V, Bennett C. Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. Cochrane Database Syst Rev 2012;(6):CD002020.
37. Mørkrid D, Christensen B. Funksjonell familierterapi: En evidensbasert familierapeutisk behandling for ungdom og familier med alvorlige atferdsvansker. Tidsskriftet Norges barnevern 2007;84(3):15-23.

38. FHI. Psykisk helse blant barn og unge. I: Folkehelse rapporten 2014 : helsetilstanden i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2014. Rapport 2014:4. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>
39. Wichstrøm L, Berg-Nielsen TS, Angold A, Egger HL, Solheim E, Sveen TH. Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *J Child Psychol Psychiatry* 2012;53(6):695-705.
40. Heiervang E, Stormark KM, Lundervold AJ, Heimann M, Goodman R, Posserud MB, et al. Psychiatric disorders in Norwegian 8-to 10-year-olds: An epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46(4):438-47.
41. DeGarmo DS, Forgatch MS. Early development of delinquency within divorced families: evaluating a randomized preventive intervention trial. *Developmental Science* 2005;8(3):229-39.
42. Ingoldsby EM, Shaw DS, Winslow E, Schonberg M, Gilliom M, Criss MM. Neighborhood disadvantage, parent-child conflict, neighborhood peer relationships, and early antisocial behavior problem trajectories. *J Abnorm Child Psychol* 2006;34(3):303-19.
43. Patterson GR, Reid JB, Snyder J. *Antisocial behavior in children and adolescents: a developmental analysis and model for intervention* Washington DC: American Psychological Association; 2002. s. 25-44.
44. Kjølbli J, Hagen KA. A Mediation Model of Interparental Collaboration, Parenting Practices, and Child Externalizing Behavior in a Clinical Sample. *Fam Relat* 2009;58(3):275-88.
45. Kane GA, Wood VA, Barlow J. Parenting programmes: a systematic review and synthesis of qualitative research. *Child Care Health Dev* 2007;33(6):784-93.
46. Hordvik E, Straume M. *Syke barn i familien: informasjon og veiledning til foreldre*. Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet 1997. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2003/0003/ddd/pdfv/170247-sykebarn.pdf>
47. Kittelsaa AM, Jæger I, Haugen GM, Thorshaug K, Paulsen V, Kermit P. Hva med oss? Evaluering av parkurs for foreldre til barn med nedsatt funksjonsevne. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning AS; 2012. Rapport 2012: mangfold og inkludering. Tilgjengelig fra: <https://samforsk.no/SiteAssets/Sider/publikasjoner/Rapport%20hva%20med%20oss.web.pdf>
48. Eccleston C, Malleson PN, Clinch J, Connell H, Sourbut C. Chronic pain in adolescents: Evaluation of a programme of interdisciplinary cognitive behaviour therapy. *Arch Dis Child* 2003;88(10):881-5.
49. Krishnakumar A, Buehler C. Interparental conflict and parenting behaviors: A meta-analytic review. *Fam Relat* 2000;49(1):25-44.
50. Borren I, Helland SS. *Intervensjoner for å dempe foreldrekonflikt-en kunnskapsoversikt* Oslo: Folkehelseinstituttet; 2013. Rapport 2013:6. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/intervensjoner-for-a-dempe-foreldrekonflikt---en-kunnskapsoversikt.pdf>
51. Amato PR, Keith B. Parental divorce and the well-being of children: a meta-analysis. *Psychol Bull* 1991;110(1):26-46.
52. Mortensen Ø, Thuen F. *Kunnskapsstatus om forskning på modeller for samlivskurs*. Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet; 2007. Tilgjengelig fra: http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/2519/hemilrapport2007_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y
53. Løve M. *Bufferkurs: en undersøkelse av hvem som oppsøker kurset og hvilket utbytte de har av det* [Masteroppgave]. Oslo: Universitetet i Oslo, Psykologisk institutt; 2014. Tilgjengelig fra: https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/41958/Bufferkurset_JordheimogLve.pdf?sequence=1&isAllowed=y

54. Ordbok. forebygging.no [nettressurs]. Narvik: KoRus-Nord [oppdatert 2017; lest 4. april 2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.forebygging.no/en/Ordbok/>
55. American Psychological Association. Criteria for evaluating treatment guidelines. *Am Psychol* 2002;57(12):1052-9.
56. Holmén A. Evidens og praksis. *tidsskrift for Norsk Psykologforening* 2009;46(10):938-9.
57. Rønnestad MH. Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 2008; 45(4):444-54.
58. Zanetti CA, Powell B, Cooper G, Hoffman K. The Circle of Security Intervention: Using the Therapeutic Relationship to Ameliorate Attachment Security in Disorganized Dyads. I: Solomon J, George C, red. *Disorganized attachment & caregiving*. New York: Guildford Publication; 2011. s. 318-42.
59. Marvin R, Cooper G, Hoffman K, Powell B. The Circle of Security project: attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attach Hum Dev* 2002;4(1):107-24.
60. Berntsen LS, Holgersen H. Entusiasme og gjenkjennelse – En kvalitativ studie av profesjonell og personlig endring etter opplæring i foreldreveiledningsmetoden «Circle of Security Parenting DVD». *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 52(2):117-25.
61. Huber A, McMahon CA, Sweller N. Efficacy of the 20-Week Circle of Security Intervention: Changes in Caregiver Reflective Functioning, Representations, and Child Attachment in an Australian Clinical Sample. *Infant Ment Health J* 2015;36(6):556-74.
62. Drugli M-B. Beskrivelse og vurdering av tiltaket Circle of Security (COS) International – Parenting [nettdokument]. Tromsø: Ungsinn [oppdatert 1. mars 2012; lest 10. april 2017]. Tilgjengelig fra: https://www.ungsinn.no/post_tiltak/circle-of-security-cos-international-parenting/
63. Mongstad I. Veien til trygghet; en evalueringsstudie av gruppemodellen "Circle of Security"- Virginia, basert på deltagerne egne erfaringer. [Masteroppgave]. Bergen: Universitetet i Bergen; 2013. Tilgjengelig fra: <http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/7292/108574706.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
64. Cassidy J, Ziv Y, Stupica B, Sherman LJ, Butler H, Karfgin A, et al. Enhancing attachment security in the infants of women in a jail-diversion program. *Attach Hum Dev* 2010;12(4):333-53.
65. Huber A, McMahon C, Sweller N. Improved child behavioural and emotional functioning after Circle of Security 20-week intervention. *Attach Hum Dev* 2015;17(6):547-69.
66. Horton E, Murray C. A quantitative exploratory evaluation of the circle of security-parenting program with mothers in residential substance-abuse treatment. *Infant Ment Health J* 2015;36(3):320-36.
67. Skar A-MS, Sherr L, Clucas C, von Tetzchner S. Evaluation of follow-up effects of the International Child Development Programme on caregivers in Mozambique. *Infants Young Children* 2014;27(2):120-35.
68. Reedtz C. Beskrivelse og vurdering av tiltaket International Child Development Programme (ICDP) – Program for foreldreveiledning [nettdokument]. Tromsø: Ungsinn [oppdatert 25. januar 2012; lest 2013]. Tilgjengelig fra: https://www.ungsinn.no/post_tiltak/international-child-development-programme-icdp-program-for-foreldreveiledning/
69. Sherr L, Skar A-MS, Clucas C, Von Tetzchner S, Hundeide K. Evaluering av Program for foreldreveiledning basert på International Child Development Programme. [s.l.]: International Child Development Programme og University College London; 2011. Rapport til Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.
70. Skar A-MS, Von Tetzchner S, Clucas C. The impact of a parenting guidance programme for mothers with an ethnic minority background. *Nordic Journal of Migration Research* 2014;4(3):108-17.

71. Skar AMS. Paradoxical correlates of a facilitative parenting programme in prison— counter-productive intervention or first signs of responsible Parenthood? *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention* 2014;15(1):35-54.
72. Fjellvang. Undersøkelse av praktisk nytteverdi av programmet i retrospektiv [upublisert]. 1997.
73. Westerlund A, Garvare R, Nyström ME, Eurenus E, Lindkvist M, Ivarsson A. Managing the initiation and early implementation of health promotion interventions: a study of a parental support programme in primary care. *Scand J Caring Sci* 2016;31.
74. Egebjerg I, Hundeide K, Mendes P. Evaluation of the quality and effect of the ICDP program in schools in Angola. [s.l.]: International Child Development Programme; 2000. Tilgjengelig fra: www.icdp.info/downloads
75. Flakk G. ICDP Macedonia Evaluation report. [s.l.]: International Child Development Programme; 2000.
76. Larnyoh J. Training of caregivers in the use of the ICDP principles in the developmental process of the child. [s.l.]: International Child Development Programme; 2012.
77. Popo R, Echeverry ME. Final Phase Project evaluation in Colombia. [s.l.]: International Child Development Programme; 1994.
78. Clucas C, Skar A-MS, Sherr L, von Tetzchner S. Mothers and Fathers Attending the International Child Development Programme in Norway. *Fam J (Alex Va)* 2014;22(4):409-18.
79. Sherr L, Skar A-MS, Clucas C, von Tetzchner S, Hundeide K. Evaluation of the International Child Development Programme (ICDP) as a community-wide parenting programme. *Eur J Dev Psychol* 2014;11(1):1-17.
80. Skar A-MS, von Tetzchner S, Clucas C, Sherr L. The long-term effectiveness of the International Child Development Programme (ICDP) implemented as a community-wide parenting programme. *Eur J Dev Psychol* 2015;12(1):54-68.
81. Tørnes H. Foreldreveiledning tilpasset foreldre med barn med nedsatt funksjonsevne Et pilotprosjekt. Bergen: Barne- og likestillingsdepartementet, program for foreldreveiledning; 2007.
82. Larsson B, Fossum S, Clifford G, Drugli MB, Handegård BH, Mørch WT. Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children : results of a randomized controlled trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2009;18(1):42-52.
83. Evalueringsrapport DUÅ Verdal kommune. Verdal: Verdal kommune; 2015. Tilgjengelig fra: http://www.verdal.kommune.no/Global/Politikk/2016/Vedlegg/ml16_sak025_vedl1.pdf
84. Birk-Olsen M, Horsted C. Undersøgelse af forældres og gruppelederes vurdering af forældreprogrammet, Basic i De Utrolige År. Odense: Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering, Syddansk Universitet; 2008.
85. Dababnah S, Parish SL. Feasibility of an empirically based program for parents of preschoolers with autism spectrum disorder. *Autism* 2016;20(1):85-95.
86. Furlong M, McGilloway S. The Incredible Years Parenting program in Ireland: A qualitative analysis of the experience of disadvantaged parents. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2012;17(4):616-30.
87. Stern SB, Alaggia R, Watson K, Morton TR. Implementing an evidence-based parenting program with adherence in the real world of community practice. *Res Soc Work Pract* 2008;18(6):543-54.
88. Webster-Stratton CH, Reid MJ, Marsenich L. Improving therapist fidelity during implementation of evidence-based practices: Incredible years program. *Psychiatr Serv* 2014;65(6):789-95.
89. Menting ATA, Orobio de Castro B, Matthys W. Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2013;33(8):901-13.

90. Martinussen M. Beskrivelse og vurdering av tiltaket De utrolige årene (DUÅ) – Foreldretreningsprogram [nettdokument]. Tromsø: Ungsinn [oppdatert 5. november 2009; lest 7. april 2017]. Tilgjengelig fra: https://www.ungsinn.no/post_tiltak/de-utrolige-arene-dua-foreldretreningsprogram/
91. Reedtz C, Handegard BH, Morch WT. Promoting positive parenting practices in primary care: Outcomes and mechanisms of change in a randomized controlled risk reduction trial. *Scand J Psychol* 2011;52(2):131-7.
92. Mørch W-T, Clifford G, Larsson B, Rypdal P, Tjeflaat T, Lurie J, et al. The Incredible Years: the Norwegian Webster-Stratton Programme 1998-2004. Trondheim og Trimsø: NTNU og Universitetet i Tromsø; 2004.
93. Horsted C, Birk-Olsen M. Forældrenes vurdering af deres barns adfærd - Pilotstudie om anvendelsen af spørgeskemaer til identificering af eventuel problemadfærd hos 3 til 8 årige børn. Odense: Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering, Syddansk Universitet; 2008.
94. Evaluering av de utrolige år: sluttrapport. København: Rambøll Management Consulting DK; 2011. Rapport til Servicestyrelsen. Tilgjengelig fra: <https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/evaluering-af-de-utrolige-ar-slutrapport>
95. Drugli MB, Fossum S, Larsson B, Morch WT. Characteristics of young children with persistent conduct problems 1 year after treatment with the Incredible Years program. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010;19(7):559-65.
96. Pidano AE, Allen AR. The Incredible Years Series: A Review of the Independent Research Base. *J Child Fam Stud* 2015;24(7):1898-916.
97. Webster-Stratton CH, Reid MJ, Beauchaine T. Combining parent and child training for young children with ADHD. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2011;40(2):191-203.
98. Hurlburt MS, Nguyen K, Reid J, Webster-Stratton C, Zhang J. Efficacy of the Incredible Years group parent program with families in Head Start who self-reported a history of child maltreatment. *Child Abuse Negl* 2013;37(8):531-43.
99. Gridley N, Hutchings J, Baker-Henningham H. The Incredible Years Parent-Toddler Programme and parental language: a randomised controlled trial. *Child Care Health Dev* 2015;41(1):103-11.
100. Leijten P, Raaijmakers MA, Orobio de Castro B, van den Ban E, Matthys W. Effectiveness of the Incredible Years Parenting Program for Families with Socioeconomically Disadvantaged and Ethnic Minority Backgrounds. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2017;46(1):59-73.
101. Seabra-Santos MJ, Gaspar MF, Azevedo AF, Homem TC, Guerra J, Martins V, et al. Incredible Years parent training: What changes, for whom, how, for how long? *J Appl Dev Psychol* 2016;44:93-104.
102. Hutchings J, Griffith N, Bywater T, Williams ME. Evaluating the Incredible Years Toddler Parenting Programme with parents of toddlers in disadvantaged (Flying Start) areas of Wales. *Child Care Health Dev* 2017;43(1):104-13.
103. Lessard J, Normandeau S, Robaey P. Effects of the Incredible Years Program in Families of Children with ADHD. *J Child Fam Stud* 2016;25(12):3716-27.
104. Weeland J, Chhangur RR, van der Giessen D, Matthys W, de Castro BO, Overbeek G. Intervention Effectiveness of The Incredible Years: New Insights Into Sociodemographic and Intervention-Based Moderators. *Behav Ther* 2017;48(1):1-18.
105. Webster-Stratton C, Reid MJ, Beauchaine TP. One-year follow-up of combined parent and child intervention for young children with ADHD. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2013;42(2):251-61.
106. Hobbel S, Drugli May B. Symptom changes of oppositional defiant disorder after treatment with the Incredible Years Program. *Nordic J Psychiatry* 2013;67(2):97-103.
107. Charles JM, Bywater TJ, Edwards RT, Hutchings J, Zou L. Parental depression and child conduct problems: evaluation of parental service use and associated costs after attending the Incredible Years Basic Parenting Programme. *BMC Health Serv Res* 2013;13:523.

108. Trillingsgaard T, Trillingsgaard A, Webster-Stratton C. Assessing the effectiveness of the 'Incredible Years() parent training' to parents of young children with ADHD symptoms - a preliminary report. *Scand J Psychol* 2014;55(6):538-45.
109. Evans S, Davies S, Williams M, Hutchings J. Short-term benefits from the Incredible Years Parents and Babies Programme in Powys. *Community Pract* 2015;88(9):46-8.
110. Lundahl B, Risser HJ, Lovejoy MC. A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clin Psychol Rev* 2006;26(1):86-104.
111. Fossum S. Beskrivelse og vurdering av tiltaket Parent Management Training – Oregon (PMTO) [nettdokument]. Oslo: Ungsinn [oppdatert 22. mars 2011; lest 25. april 2017]. Tilgjengelig fra: ogsinn.no/post_tiltak/parent-management-training-oregon-pmto-2/
112. Blueprints for healthy youth development [nettdokument]. Boulder, CO: University of Colorado Boulder, Institute of Behavioral Science [oppdatert 28. mars 2017; lest 26. april 2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.blueprintsprograms.com/>
113. Kjøbli J, Drugli MB, Fossum S, Askeland E. Evidensbasert foreldretrening: Hvordan kan forskning bidra til at flere barn med atferdsvansker får bedre hjelp? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 2012;49(2):145-9.
114. Patterson GR, Forgatch MS, Degarmo DS. Cascading effects following intervention. *Dev Psychopathol* 2010;22(4):949-70.
115. Forgatch MS, Patterson GR. The Oregon Model of Parent Management Training (PMTO): An intervention for antisocial behavior in children and adolescents. I: Weisz JR, Kazdin A E, red. Evidence based psychotherapies for children and adolescents. 2 utg. New York: Guilford; 2010. s. 159-78.
116. Askeland E, Apeland A, Christiansen T, Solholm R. Håndbok PMTO: PMTO-terapeutens arbeid i barnehage og skole. 5. utg. Oslo: Atferdssenteret; 2010.
117. Jakobsen R, Solholm R. Evaluering av PMTO-kurs for fosterforeldre – en effektstudie. Bergen: Barnevernets utviklingscenter på Vestlandet, UNIFOBHELSE; 2009. Nr. 1 - 2009. Tilgjengelig fra: https://www.bufdir.no/global/nbbf/Fosterhjem/EvalueringavPMTO_kursforfosterforeldre.pdf
118. Askeland RB. Föräldrars upplevda tilfredsställelse av PMTO - har den någon betydelse? [Masteroppgave]. Luleå: Luleå Tekniska Universitet; 2010. Tilgjengelig fra: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1023071/FULLTEXT01.pdf>
119. Holtrop K, Parra-Cardona JR, Forgatch MS. Examining the process of change in an evidence-based parent training intervention: a qualitative study grounded in the experiences of participants. *Prev Sci* 2014;15(5):745-56.
120. Sigmarsdóttir M, Björnsdóttir A. Community implementation of PMTO: impacts on referrals to specialist services and schools. *Scand J Psychol* 2012;53(6):506-11.
121. Kjøbli J, Hukkelberg S, Ogden T. A randomized trial of group parent training: Reducing child conduct problems in real-world settings. *Behav Res Ther* 2013;51(3):113-21.
122. Bjørknes R, Manger T. Can parent training alter parent practice and reduce conduct problems in ethnic minority children? A randomized controlled trial. *Prev Sci* 2013;14(1):52-63.
123. Bjørknes R, Kjøbli J, T M, R J. Parent Training Among Ethnic Minorities: Parenting Practices as Mediators of Change in Child Conduct Problems. *Fam Relat* 2012;61(1):101-14.
124. Braet C, Meerschaert T, Merlevede E, Bosmans G, Van Leeuwen K, De Mey W. Prevention of antisocial behaviour: Evaluation of an early intervention programme. *Eur J Dev Psychol* 2009;6(2):223-40.
125. Forgatch MS, Patterson GR, Degarmo DS, Beldavs ZG. Testing the Oregon delinquency model with 9-year follow-up of the Oregon Divorce Study. *Dev Psychopathol* 2009;21(2):637-60.

126. Reed A, Snyder J, Staats S, Forgatch MS, Degarmo DS, Patterson GR, et al. Duration and mutual entrainment of changes in parenting practices engendered by behavioral parent training targeting recently separated mothers. *J Fam Psychol* 2013;27(3):343-54.
127. Forgatch MS, Snyder JJ, Patterson GR, Pauldine MR, Chaw Y, Elish K, et al. Resurrecting the chimera: Progressions in parenting and peer processes. *Dev Psychopathol* 2016;28(3):689-706.
128. Jalling C, Bodin M, Romelsjo A, Kallmen H, Durbeej N, Tengstrom A. Parent Programs for Reducing Adolescent's Antisocial Behavior and Substance Use: A Randomized Controlled Trial. *J Child Fam Stud* 2016;25(3):811-26.
129. Högstrom J, Olofsson V, Özdemir M, Enebrink P, Stattin H. Two-Year Findings from a National Effectiveness Trial: Effectiveness of Behavioral and Non-Behavioral Parenting Programs. *J Abnorm Child Psychol* 2017;45(3):527-42.
130. Kjøbli J, Zachrisson HD, Bjørnebekk G. Three Randomized Effectiveness Trials - One Question: Can Callous-Unemotional Traits in Children Be Altered? *J Clin Child Adolesc Psychol* 2016;Jun 30 [Epub ahead of print].
131. Knatten A-L. Forebyggende familiearbeid i småbarnsfamilien: utviklingen av et landsdekkende, politisk initiert forebyggingstiltak. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 2007;44(12):1485-91.
132. Teigen A. Bufferkurs [nettside]. [oppdatert 2017; lest 7. april 2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.bufferkurs.no/>
133. Jakubowski SF, Milne EP, Brunner H, Miller RB. A review of empirically supported marital enrichment programs. *Fam Relat* 2004;53(5):528-36.
134. De Shazer S, Berg IK, Lipchik E, Nunnally E, Molnar A, Gingerich W, et al. Brief therapy: focused solution development. *Fam Process* 1986;25(2):207-21.
135. Franklin C, Zhang A, Froerer A, Johnson S. Solution Focused Brief Therapy: A Systematic Review and Meta-Summary of Process Research. *J Marital Fam Ther* 2017;43(1):16-30.
136. Zimmerman A, Popynick M. Program evaluation of a behaviour therapy group for parents of children with developmental disabilities ages four to seven. *J Dev Disabil* 2003;10(1):151-8.
137. Hanegård TL. Evaluering av foreldrekurs i samspillmetoden DIALOG. Bodø: Nordlandsforskning; 2008. NF-arbeidnotat nr. 1011/2008. Tilgjengelig fra: http://www.nordlandsforskning.no/getfile.php/133075/Dokumenter/Arbeidsnotater/2008/Notat_1011_2008.pdf
138. Selbekk R. Bruk av metaforer: et narrativt perspektiv på terapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 2007;44(11):1372-7.
139. Havighurst SS, Wilson KR, Harley AE, Prior MR. Tuning in to Kids: An Emotion-Focused Parenting Program-Initial Findings from a Community Trial. *J Community Psychol* 2009;37(8):1008-23.
140. Havighurst SS, Kehoe CE, Harley AE. Tuning in to teens: Improving parental responses to anger and reducing youth externalizing behavior problems. *J Adolesc* 2015;42:148-58.
141. Robinson AL, Dolhanty J, Stillar A, Henderson K, Mayman S. Emotion-Focused Family Therapy for Eating Disorders Across the Lifespan: A Pilot Study of a 2-Day Transdiagnostic Intervention for Parents. *Clin Psychol Psychother* 2016;23(1):14-23.
142. Wilson KR, Havighurst SS, Harley AE. Tuning in to Kids: an effectiveness trial of a parenting program targeting emotion socialization of preschoolers. *J Fam Psychol* 2012;26(1):56-65.
143. Havighurst SS, Wilson KR, Harley AE, Kehoe C, Efron D, Prior MR. "Tuning into Kids": reducing young children's behavior problems using an emotion coaching parenting program. *Child Psychiatry Hum Dev* 2013;44(2):247-64.
144. Duncombe ME, Havighurst SS, Kehoe CE, Holland KA, Frankling EJ, Stargatt R. Comparing an Emotion- and a Behavior-Focused Parenting Program as Part of a Multisystemic Intervention for Child Conduct Problems. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2016;45(3):320-34.

145. Neumer SP, Gere M, Junge-Hoffmeister J. Smarte foreldre: arbeidshefte: et gruppeprogram for foreldre med engstelige og triste barn. Oslo: Kommuneforlaget; 2013.
146. Neumer SP, M G. Prosjektrapport pilotstudie. Foreldregruppe «Smarte foreldre»: et gruppetilbud for foreldre som har engstelige og triste barn. Oslo: Voksne for Barn; 2008.
147. Pharoah F, Mar J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(12):CD000088.
148. Nilsen L. Psykoedukativ flerfamilieintervensjon til personer med langvarige psykiske lidelser [Masteroppgave]. Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag; 2007.
149. Bergh S, Hjorthøj C, Sørensen HJ, Fagerlund B, Austin S, Secher RG, et al. Predictors and longitudinal course of cognitive functioning in schizophrenia spectrum disorders, 10 years after baseline: The OPUS study. *Schizophr Res* 2016;175(1-3):57-63.
150. Barton C. Generalizing treatment effects of Functional Family Therapy: Three replications. *Am J Fam Ther* 1985;13:16-26.
151. Gordon DA, Graves K, Arbuthnot J. The effect of Functional Family Therapy for delinquentson adult criminal behavior. *Crim Justice Behav* 1995;22:60-73.
152. Midthus EM. "Å si farvel til samlivet, og velkommen til samarbeidet" En kvalitativ studie av deltakernes opplevelse av kurset "Fortsatt foreldre" [Masteroppgave]. Oslo: Universitetet i Oslo, Psykologisk institutt; 2015.
153. Helskog GH, Lærum KT. Fortsatt foreldre: godt nok samarbeid etter samlivsbrudd. Vikersund: Modum: Modum bad - samlivssenteret; 2007.
154. Tilden T. Evaluering Fortsatt foreldre [upublisert]. Vikersund: Modum Bad; 2009.
155. Marklund K, Andershed A-K, Andershed H. Nordens barn: tidlig innsats overfor barn og familier. Stockholm: Nordens Vålfærdssenter; 2012. Tilgjengelig fra: http://www.nordicwelfare.org/PageFiles/415/Inspirationsh%C3%A4ften/5NO_lr.pdf
156. Larsen E, Aasheim F, Nordal A. Plan for brukervedvirkning Mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplanen for psykisk helse. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, Avdeling for psykisk helse; 2006. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/158/Brukermedvirkning-psykisk%20helsefeltet-mal-anbefalinger-og-tiltak-i-opptappingsplanen-for-psykisk-helse-IS-1315.pdf>
157. Ruma PR, Burke RV, Thompson RW. Group parent training: Is it effective for children of all ages? *Behav Ther* 1996;27(2):159-69.
158. Dretzke J, Frew E, Davenport C, Barlow J, Stewart-Brown S, Sandercock J, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of parent training/education programmes for the treatment of conduct disorder, including oppositional defiant disorder, in children. *Health Technol Assess* 2005;9(50).
159. Lefevre Å, Lundquist P, Drevenhorn E, Hallström I. Managing parental groups during early childhood: New challenges faced by Swedish child health-care nurses. *J Child Health Care* 2015;19(3):381-91.
160. Chambless DL, Hollon SD. Defining empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol* 1998;66(1):7-18.
161. Flay BR, Biglan A, Boruch RF, Castro FG, Gottfredson D, Kellam S, et al. Standards of evidence: Criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prev Sci* 2005;6(3):151-75.
162. Weisz JR, Gray JS. Evidence-Based Psychotherapy for Children and Adolescents: Data from the Present and a Model for the Future Child and Adolescent. *Mental Health* 2008;13(2):54-65.
163. Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F. Implementation research: a synthesis of the literature. Tampa, FL: University of South Florida; 2005. Louis de la Parte Florida Mental Health Institute Publication 231
164. Armijo-Olivo S, Stiles CR, Hagen NA, Biondo PD, Cummings GG. Assessment of study quality for systematic reviews: a comparison of the Cochrane Collaboration Risk of Bias

- Tool and the Effective Public Health Practice Project Quality Assessment Tool: methodological research. *J Eval Clin Pract* 2012;18(1):12-8.
165. Wilson KR, Havighurst SS, Harley AE. Dads Tuning in to Kids: Piloting a New Parenting Program Targeting Fathers' Emotion Coaching Skills. *J Community Psychol* 2014;42(2):162-8.
166. Nilsen W, Skipstein A, Gustavson K. Foreldrekonflikt, samlivsbrudd og mekling: Konsekvenser for barn og unge. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2012. Rapport 2012:2. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/rapport-20122-foreldrekonflikt-samlivsbrudd-og-mekling-konsekvenser-for-barn-og-unge-pdf.pdf>
167. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2. utg. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum; 1988.

Vedlegg

Vedlegg 1: Litteratursøk 1

Vedlegg 2: Litteratursøk 2

Vedlegg 3: Detaljer fra studiene og signifikante utfall hos foreldre og barn

Litteratursøk fra Bibliotek for helseforvaltningen

Dokumentasjon av søkestrategi

EFFEKT AV GRUPEINTERVENSJONER TIL FORELDRE OG OMSORGSPERSONER

Kontaktperson: Nima Wesseltoft-Rao, PHOK
Søk: Wenche Jacobsen
Kommentar: Totalt antall treff funnet i alle de gjennom søkte databaser: 1687 referanser. Etter fjerning av overlappende referanser (dedup) i EndNote: 1519 referanser

Pico-skjema:

Hva er spørsmålet som litteratursøket er ment å besvare?	Spørsmålet i PICO format				Kjente relevante studier
	Population (pasient)	Intervention (tiltak)	Comparison (sammenligning)	Outcome (utfall)	
Effekt av gruppeintervensjoner til foreldre og barns omsorgspersoner i forebyggende og klinisk arbeid med familier	Foreldre Omsorgspersoner til barn Kronisk syke Adferdproblemer Funksjonsnedsette lse	Gruppeintervensjoner	(Foreldre som ikke får gruppeintervensjon / foreldre som ikke har problemer)	Opplevelse av økt / redusert foreldrekompetanse/mestring Bedre samspill i familien	Bullard, L. (2010) Skar, A.M.S. (2015)

Database: Embase 1974 to 2016 March 02, Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R) 1946 to Present, PsycINFO 1967 to March Week 1 2016

Dato: 03.03.2016

Antall treff: 933

#	Searches	Results
1	(mother* or father* or parent* or step-mother* or step-father* or stepparent* or step-parent* or stepfamil* or foster-mother* or foster-father* or foster-parent* or foster-famil* or foster care or adoptive-mother* or adoptive-father* or adoptive-parent* or adoptive-famil*).mp.	1496251
2	((caregiver* or carer*) adj2 (child* or preadolescen* or adolescen* or youngster* or youth* or teen*)).tw,kw,id.	10704
3	or/1-2	1501035
4	psychotherapy, group/	30180
5	(group* adj2 (psychotherap* or intervention* or training or educat* or interaction* or instruct* or program* or course* or therap* or counsel*)).tw,kw,id.	217471
6	or/4-5	232507

Litteratursøk fra Bibliotek for helseforvaltningen

Dokumentasjon av søkestrategi

7	3 and 6	18178
8	(conduct disorder* or conduct problem* or behavio?r* problem* or behavio?r* disorder* or child behavio?r* or preadolescent behavio?r* or adolescent behavio?r*).tw,kw,id.	112945
9	(paternal behavio?r* or maternal behavio?r* parenting or parent-child interaction* or child-parent interaction* or parent-child relation* or child-parent relation* or family relation*).tw,kw,id.	39483
10	(marital relation* or marital adjustment).tw,kw,id.	9536
11	(satisfaction or dissatisfaction or functioning or wellbeing or well-being or resilien* or mental health or problem solving or communication or internali?ing or externali?ing or child-adaption).tw,kw,id.	1729112
12	(chronic disease* or chronic illness or disabilit*).tw,kw,id.	526868
13	or/8-12	2272476
14	7 and 13	6239
15	("incredible years" or "parent management program oregon" or oregon model or oregon program* or "circle of security" or "international child development program*" or "tuning into kids" or "community parent education" or "home instruction for parents of preschool youngsters" or "positive parenting program*" or "treatment foster care oregon" or "agression replacement training" or "psycho-educative family group").tw,kw,id.	1032
16	14 or 15	7070
17	(effect* or outcome* or evaluat* or assess*).ti.	5944630
18	16 and 17	1945
19	(conference abstract* or editorial* or letter*).pt.	4893589
20	18 not 19	1814
21	limit 20 to yr="1995 -Current"	1651
22	limit 21 to (danish or english or norwegian or swedish)	1561
23	remove duplicates from 22	933

Database: Cochrane Reviews & Methods studies

Dato: 03.03.2016

Antall treff: 8

ID	Search	Hits
#1	group psychotherapy or "group intervention*" or "group training" or "group interaction*" or "group program*" or "group education*" or "group course*" or "group therapy":ti,ab,kw Publication Year from 1995 to 2016, in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols) and Methods Studies (Word variations have been searched)	65

Litteratursøk fra Bibliotek for helseforvaltningen

Dokumentasjon av søkestrategi

#2	((caregiver* or carer*) near/2 (child* or preadolescen* or adolescen* or youngster* or youth* or teen*)):ti,ab,kw Publication Year from 1995 to 2016, in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols) and Methods Studies (Word variations have been searched)	30
#3	#1 or #2	93
#4	("conduct problem*" or "behavio* problem*" or "behavio* disorder*" or "child behavio*" or "preadolescent behavio*" or "adolescent behavio*"):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	5250
#5	("paternal behavio*" or "maternal behavio*" parenting or "parent-child interaction*" or "child-parent interaction*" or "parent-child relation*" or "child-parent relation*" or "family relation*"):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	1973
#6	("marital relation*" or "marital adjustment"):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	97
#7	(satisfaction or dissatisfaction or functioning or wellbeing or "well-being" or resilien* or "mental health" or "problem solving" or communication or internali* or externali* or "child-adaption"):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	136425
#8	("chronic disease*" or "chronic illness" or disabilit*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	29073
#9	#4 or #5 or #6 or #7 #8	14979
#10	#3 and #9	7
#11	("incredible years" or "parent management program oregon" or "oregon model*" or "oregon program*" or "circle of security" or "international child development program*" or "tuning into kids" or "community parent education" or "home instruction for parents of preschool youngsters" or "positive parenting program*" or "treatment foster care oregon" or "agression replacement training" or "psycho-educative family group"):ti,ab,kw Publication Year from 1995 to 2016, in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols) and Methods Studies (Word variations have been searched)	1
#12	#10 or #11	8

Database: DARE/Other Reviews, Trials & Technology Assessments

Dato: 03.03.2016

Antall treff: 746

ID	Search	Hits
#1	group psychotherapy or "group intervention*" or "group training" or "group interaction*" or "group program*" or "group education*" or "group course*" or "group therapy" Publication Year from 1995 to 2016, in Other Reviews, Trials, Technology Assessments and Economic Evaluations (Word variations have been searched)	5847
#2	((caregiver* or carer*) near/2 (child* or preadolescen* or adolescen* or youngster* or youth* or teen*)) Publication Year from 1995 to 2016, in Other Reviews, Trials, Technology Assessments and Economic Evaluations (Word variations have been searched)	524
#3	#1 or #2	6347
#4	("conduct problem*" or "behavio* problem*" or "behavio* disorder*" or "child behavio*" or "preadolescent behavio*" or "adolescent behavio*"):ti,ab,kw Publication Year from 1995 to 2016, in Other Reviews, Trials, Technology Assessments and Economic Evaluations (Word variations have been searched)	4367
#5	("paternal behavio*" or "maternal behavio*" parenting or "parent-child interaction*" or "child-	1805

Litteratursøk fra Bibliotek for helseforvaltningen

Dokumentasjon av søkestrategi

	parent interaction*" or "parent-child relation*" or "child-parent relation*" or "family relation*") Publication Year from 1995 to 2016, in Other Reviews, Trials, Technology Assessments and Economic Evaluations (Word variations have been searched)	
#6	("marital relation*" or "marital adjustment") Publication Year from 1995 to 2016, in Other Reviews, Trials, Technology Assessments and Economic Evaluations (Word variations have been searched)	81
#7	(satisfaction or dissatisfaction or functioning or wellbeing or "well-being" or resilien* or "mental health" or "problem solving" or communication or internali* or externali* or "child-adaption") Publication Year from 1995 to 2016, in Other Reviews, Trials, Technology Assessments and Economic Evaluations (Word variations have been searched)	122224
#8	("chronic disease*" or "chronic illness" or disabilit*) Publication Year from 1995 to 2016, in Other Reviews, Trials, Technology Assessments and Economic Evaluations (Word variations have been searched)	25453
#9	#4 or #5 or #6 or #7 #8	13961
#10	#3 and #9	611
#11	("incredible years" or "parent management program oregon" or "oregon model*" or "oregon program*" or "circle of security" or "international child development program*" or "tuning into kids" or "community parent education" or "home instruction for parents of preschool youngsters" or "positive parenting program*" or "treatment foster care oregon" or "agression replacement training" or "psycho-educative family group") Publication Year from 1995 to 2016, in Other Reviews, Trials, Technology Assessments and Economic Evaluations (Word variations have been searched)	146
#12	#10 or #11	746

Litteratursøk fra Bibliotek for helseforvaltningen

Dokumentasjon av søkestrategi

EFFEKT AV GRUPEINTERVENSJONER TIL FORELDRE OG OMSORGSPERSONER

Kontaktperson: Nima Wesseltuft-Rao

Søk: Wenche Jacobsen

Kommentar: Opprinnelig søk utført mars 2016. Revidert søk utført februar 2017.
Totalt antall treff funnet i alle de gjennom søkte databaser: 3233 referanser.
Etter fjerning av overlappende referanser (dedup) i EndNote: 2946 referanser

Pico-skjema:

Hva er spørsmålet som litteratursøket er ment å besvare?	Spørsmålet i PICO format				Kjente relevante studier
	Population (pasient)	Intervention (tiltak)	Comparison (sammenligning)	Outcome (utfall)	
Effekt av gruppeintervensjon er til foreldre og barns omsorgspersoner i forebyggende og klinisk arbeid med familier	Foreldre Omsorgspersoner til barn Kronisk syke Adferdproblemer Funksjonsnedsettelse	Gruppeintervensjoner	(Foreldre som ikke får gruppeintervensjon / foreldre som ikke har problemer)	Opplevelse av økt / redusert foreldrekompetanse/mestring Bedre samspill i familien	Bullard, L. (2010) Skar, A.M.S. (2015)

Database: Embase 1974 to 2017 February 01, Database Info Icon Ovid MEDLINE(R) Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R) 1946 to Present, Database Info Icon PsycINFO 1967 to January Week 4 2017

Dato: 02.02.2017

Antall treff: 2814

#	Searches	Results	Kommentarer
1	(mother* or father* or parent* or step-mother* or step-father* or stepparent* or step-parent* or stepfamil* or foster-mother* or foster-father* or foster-parent* or foster-famil* or foster care or adoptive-mother* or adoptive-father* or adoptive-parent* or adoptive-famil*).mp.	1612503	
2	((caregiver* or carer*) adj2 (child* or preadolescen* or adolescen* or youngster* or youth* or teen*)).tw,kw,id.	12503	
3	or/1-2	1618101	
4	psychotherapy, group/	32174	
5	(group* adj2 (psychotherap* or intervention* or training or educat* or interaction* or instruct* or program* or course* or therap* or counsel*)).tw,kw,id.	240129	
6	or/4-5	256434	
7	3 and 6	19979	

Litteratursøk fra Bibliotek for helseforvaltningen

Dokumentasjon av søkestrategi

8	(conduct disorder* or conduct problem* or behavio?r* problem* or behavio?r* disorder* or child behavio?r* or preadolescent behavio?r* or adolescent behavio?r*).tw,kw,id.	121163	
9	(paternal behavio?r* or maternal behavio?r* parenting or parent-child interaction* or child-parent interaction* or parent-child relation* or child-parent relation* or family relation*).tw,kw,id.	42042	
10	(marital relation* or marital adjustment).tw,kw,id.	9922	
11	(satisfaction or dissatisfaction or functioning or wellbeing or well-being or resilien* or mental health or problem solving or communication or internali?ing or externali?ing or child-adaption).tw,kw,id.	1901059	
12	(chronic disease* or chronic illness or disabilit*).tw,kw,id.	584819	
13	or/8-12	2497934	
14	7 and 13	6976	
15	("incredible years" or "parent management program oregon" or oregon model or oregon program* or "circle of security" or "international child development program*" or "tuning into kids" or "community parent education" or "home instruction for parents of preschool youngsters" or "positive parenting program*" or "treatment foster care oregon" or "agression replacement training" or "psycho-educative family group").tw,kw,id.	1187	
16	14 or 15	7933	
17	(effect* or outcome* or evaluat* or assess*).ti.	6341764	
18	16 and 17	2211	
19	(conference abstract* or editorial* or letter*).pt.	5341023	
20	18 not 19	2066	
21	limit 20 to yr="1995 - 2015"	1706	
22	limit 21 to (danish or english or norwegian or swedish)	1624	
23	remove duplicates from 22	939	Linje 1-23 er det gamle søket, men avgrenset til publiseringer t.o.m. 2015
24	(mother* or father* or parent* or step-mother* or step-father* or stepparent* or step-parent* or stepfamil* or foster-mother* or foster-father* or foster-parent* or foster-famil* or foster care or adoptive-mother* or adoptive-father* or adoptive-parent* or adoptive-famil*).mp.	1612503	

Litteratursøk fra Bibliotek for helseforvaltningen

Dokumentasjon av søkestrategi

25	((caregiver* or carer*) adj2 (child* or preadolescen* or adolescen* or youngster* or youth* or teen*)).tw,kw,id.	12503	
26	or/24-25	1618101	
27	psychotherapy, group/	32174	
28	(group* adj2 (psychotherap* or intervention* or training or educat* or interaction* or instruct* or program* or course* or therap* or counsel*)).tw,kw,id.	240129	
29	or/27-28	256434	
30	26 and 29	19979	
31	(conduct disorder* or conduct problem* or behavio?r* problem* or behavio?r* disorder* or child behavio?r* or preadolescent behavio?r* or adolescent behavio?r*).tw,kw,id.	121163	
32	(paternal behavio?r* or maternal behavio?r* parenting or parent-child interaction* or child-parent interaction* or parent-child relation* or child-parent relation* or family relation*).tw,kw,id.	42042	
33	(marital relation* or marital adjustment).tw,kw,id.	9922	
34	(satisfaction or dissatisfaction or functioning or wellbeing or well-being or resilien* or mental health or problem solving or communication or internali?ing or externali?ing or child-adaption).tw,kw,id.	1901059	
35	(chronic disease* or chronic illness or disabilit*).tw,kw,id.	584819	
36	or/31-35	2497934	
37	30 and 36	6976	
38	("incredible years" or "parent management program oregon" or oregon model or oregon program* or "circle of security" or "international child development program*" or "tuning into kids" or "community parent education" or "home instruction for parents of preschool youngsters" or "positive parenting program*" or "treatment foster care oregon" or "agression replacement training" or "psycho-educative family group").tw,kw,id.	1187	
39	37 or 38	7933	
40	(conference abstract* or editorial* or letter*).pt.	5341023	
41	39 not 40	7405	
42	limit 41 to yr="1995 -Current"	6376	
43	limit 42 to (danish or english or norwegian or swedish)	5997	
44	remove duplicates from 43	3752	Linje 44 er det nye søket fra

Litteratursøk fra Bibliotek for helseforvaltningen

Dokumentasjon av søkestrategi

			feb 2017
45	44 not 23	2814	Linje 45 filtrerer bort referanser fra det gamle søket

Database: Cochrane Reviews & Methods studies

Dato: 03.02.2017

Antall treff: 1

ID	Search	Hits
#1	mother* or father* or parent* or "step-mother*" or "step-father*" or stepparent* or "step-paretn*" or stepfamil* or "foster-mother*" or "foster-father*" or "foster-parent*" or "foster-famil*" or "foster care" or "adoptive-mother*" or "adoptive-father*" or "adoptive-parent*" or "adoptive-famil*":ti,ab,kw Publication Year from 1995 to 2017, in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols) and Methods Studies (Word variations have been searched)	1112
#2	((caregiver* or carer*) near/2 (child* or preadolescen* or adolescen* or youngster* or youth* or teen*)):ti,ab,kw Publication Year from 1995 to 2017, in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols) and Methods Studies (Word variations have been searched)	34
#3	#1 or #2	1124
#4	group psychotherapy or "group intervention*" or "group training" or "group interaction*" or "group program*":ti,ab,kw Publication Year from 1995 to 2017, in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols) and Methods Studies (Word variations have been searched)	41
#5	#3 and #4	0
#6	("conduct problem*" or "behavio* problem*" or "behavio* disorder*" or "child behavio*" or "preadolescent behavio*" or "adolescent behavio*"):ti,ab,kw Publication Year from 1995 to 2017, in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols) and Methods Studies (Word variations have been searched)	73
#7	("paternal behavio*" or "maternal behavio*" parenting or "parent-child interaction*" or "child-parent interaction*" or "parent-child relation*" or "child-parent relation*" or "family relation*"):ti,ab,kw Publication Year from 1995 to 2017, in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols) and Methods Studies (Word variations have been searched)	27
#8	("marital relation*" or "marital adjustment"):ti,ab,kw Publication Year from 1995 to 2017, in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols) and Methods Studies (Word variations have been searched)	0
#9	(satisfaction or dissatisfaction or functioning or wellbeing or "well-being" or resilien* or "mental health" or "problem solving" or communication or internali* or externali* or "child-adaption"):ti,ab,kw Publication Year from 1995 to 2017, in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols) and Methods Studies (Word variations have been searched)	3270
#10	("chronic disease*" or "chronic illness" or disabilit*):ti,ab,kw Publication Year from 1995 to 2017, in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols) and Methods Studies (Word variations have been searched)	1107
#11	#6 or #7 or #8 or #9 or #10	4015
#12	#5 and #11	0
#13	("incredible years" or "parent management program oregon" or "oregon model*" or "oregon	1

Litteratursøk fra Bibliotek for helseforvaltningen

Dokumentasjon av søkestrategi

	program*" or "circle of security" or "international child development program*" or "tuning into kids" or "community parent education" or "home instruction for parents of preschool youngsters" or "positive parenting program*" or "treatment foster care oregon" or "agression replacement training" or "psycho-educative family group"):ti,ab,kw Publication Year from 1995 to 2017, in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols) and Methods Studies (Word variations have been searched)	
#14	#12 or #13	1

Database: DARE/Other Reviews, Trials & Technology Assessments

Dato: 03.02.2017

Antall treff: 418

ID	Search	Hits
#1	mother* or father* or parent* or "step-mother*" or "step-father*" or stepparent* or "step-paretn*" or stepfamil* or "foster-mother*" or "foster-father*" or "foster-parent*" or "foster-famil*" or "foster care" or "adoptive-mother*" or "adoptive-father*" or "adoptive-parent*" or "adoptive-famil*" Publication Year from 1995 to 2017, in Other Reviews, Trials and Technology Assessments (Word variations have been searched)	24514
#2	((caregiver* or carer*) near/2 (child* or preadolescen* or adolescen* or youngster* or youth* or teen*)) Publication Year from 1995 to 2017, in Other Reviews, Trials and Technology Assessments (Word variations have been searched)	648
#3	#1 or #2	24836
#4	group psychotherapy or "group intervention*" or "group training" or "group interaction*" or "group program*" Publication Year from 1995 to 2017, in Other Reviews, Trials and Technology Assessments (Word variations have been searched)	4590
#5	#3 and #4	439
#6	("conduct problem*" or "behavio* problem*" or "behavio* disorder*" or "child behavio*" or "preadolescent behavio*" or "adolescent behavio*") Publication Year from 1995 to 2017, in Other Reviews, Trials and Technology Assessments (Word variations have been searched)	5412
#7	("paternal behavio*" or "maternal behavio*" parenting or "parent-child interaction*" or "child-parent interaction*" or "parent-child relation*" or "child-parent relation*" or "family relation*") Publication Year from 1995 to 2017, in Other Reviews, Trials and Technology Assessments (Word variations have been searched)	2029
#8	("marital relation*" or "marital adjustment") Publication Year from 1995 to 2017, in Other Reviews, Trials and Technology Assessments (Word variations have been searched)	82
#9	(satisfaction or dissatisfaction or functioning or wellbeing or "well-being" or resilien* or "mental health" or "problem solving" or communication or internali* or externali* or "child-adaption") Publication Year from 1995 to 2017, in Other Reviews, Trials and Technology Assessments (Word variations have been searched)	135181
#10	("chronic disease*" or "chronic illness" or disabilit*) Publication Year from 1995 to 2017, in Other Reviews, Trials and Technology Assessments (Word variations have been searched)	27518
#11	#6 or #7 or #8 or #9 or #10	157260
#12	#5 and #11	273
#13	("incredible years" or "parent management program oregon" or "oregon model*" or "oregon program*" or "circle of security" or "international child development program*" or "tuning into kids" or "community parent education" or "home instruction for parents of preschool youngsters" or "positive parenting program*" or "treatment foster care oregon" or "agression	156

Litteratursøk fra Bibliotek for helseforvaltningen

Dokumentasjon av søkestrategi

	replacement training" or "psycho-educative family group") Publication Year from 1995 to 2017, in Other Reviews, Trials and Technology Assessments (Word variations have been searched)	
#14	#12 or #13	418

Vedlegg 3: Detaljer fra de inkluderte studiene og signifikante utfall hos foreldre og barn

COS-studier

Forfatter, utgivelsesår	Design	Utvalg	Måleinstrumenter	Utfall foreldre	Utfall barn
COS international intervention					
Hoffman et al. 2006 [1] Changing Toddlers' and Preschoolers' Attachment Classifications: The Circle of Security Intervention	Pre-post Longitudinell design	Førskolebarn fra familier med middels god fungering, lav inntekt (rekruttert fra programmet Head Start og Early Head Start programs) N= 65	Videoopptak og observasjon		Bedre samspill: Reduksjon i desorganisert tilknytning: $\chi^2=17.06, p<0.001$ og utrygg tilknytning etter intervensjon: $\chi^2=20.17, p<0.001$
Cassidy et al. 2010 [2] Enhancing attachment security in the infants of women in a jail-diversion program	Pre-post	Spedbarnsmødre i fengsel som blir behandlet for psykisk lidelse eller rusproblemer N=20	Spørreskjema	Forbedring i psykisk helse: Skåret lavere på klinisk depresjonsskala ved posttest enn ved inklusjon: $t(12) = -2.36, p<0.05$	Bedre samspill: 70 % med trygg tilknytning. Høyere andel enn en sammenlikningsgruppe av barn med mødre som var deprimerede: $\chi^2=6.95, p<0.05$, hadde lav sosioøkonomisk status: $\chi^2=3.88, p<0.05$ eller var rusmisbrukere: $\chi^2=20.13, p<0.001$
Huber et al. 2015 [3] Efficacy of the 20-week circle of security intervention: changes in caregiver reflective functioning, and child representations, and child	Pre- post	Foreldre-barn dyader henvisst pga. bekymring for barnas atferd eller emosjonelle vanskeligheter eller dårlig foreldre-barn	Videoopptak COS intervjuer Spørreskjema	Forbedring i foreldreutførelse: Omsorgsgivers reflekterende fungering hos de som hadde lave nivåer ved inklusjon; $F(1, 69) = 38.72, n^2=0.36, p<0.0005$	Bedre samspill Forbedring på disse punktene i barns tilknytning: Forbedring blant de som hadde usikker tilknytning: $F(1, 53) =$

attachment in an Australian clinical sample			relasjon, N=83		Signifikant forbedring i alle mål på omsorgsgivers representasjon av barnet: Overordnet representasjon: $d = 1.01$, fiendtlighet: $d = -0.62$, glede: $d = 0.33$, større/sterkere: $d = 0.94$, snilli: $d = 0.58$, slem: $d = -0.66$, svak: $d = -0.76$, borte/forsvunnet: $d = 0.45$, reverserte roller: $d = -0.69$	32.15, $\eta^2 = 0.38$, $p < 0.001$, og de som hadde desorganisert tilknytning ved inklusjon: $F(1, 19) = 23.31$, $\eta^2 = 0.55$, $p < 0.0005$
Huber et al. 2015 [4] Improved child behavioral and emotional functioning after Circle of Security 20-week intervention	Pre- post	Sørreskjema	Foreldre-barn dyader henvisst pga. bekymring for barnas atferd, emosjonelle vanskeligheter, eller dårlig foreldre-barn relasjon, N=83			Forbedring i foreldre rapporterte faktorer: Beskyttende faktorer: $F(1, 39) = 4.75$, $\eta^2 = 0.109$, $p < 0.05$ Barns atferd: $F(1, 42) = 8.18$, $\eta^2 = 0.163$, $p < 0.01$, Internaliserende problemer: $F(1, 55) = 9.05$, $\eta^2 = 0.141$, $p < 0.01$ Eksternaliserende problemer: $F(1, 55) = 8.95$, $\eta^2 = 0.140$, $p < 0.01$
COS Parenting						
Horton et al. 2015 [5] A quantitative exploratory evaluation of the circle of security-parenting program with mothers in residential substance-abuse treatment	Pre-Post	Spørreskjema	Mødre innlagt på institusjon for rusmisbruk N=15		Forbedring i foreldre atferd: pretest/ posttest, $M (SD) = 2.68 (0.49)$ $M (SD) = 2.31 (0.36)$, $p < 0.05$	

Effektstørrelse-partial eta squared (η^2): 0.02 = "liten", rundt 0.13 = "medium", og 0.26 = "stor".

ICDP-studier

Forfatter, utgivelsesår	Design	Utvalg	Måleinstrumenter	Utfall foreldre	Utfall barn
Clucas et al. 2014 [6] Mothers and Fathers Attending the International Child Development Programme in Norway	Pre-post	Omsorgsgivere generelt: N= 141	Spørreskjema	<p>Forbedring i foreldreatferd: Foreldrestrategier: Far/mor: $d=0.69$, $p<0.001/d=0.28$, $p<0.005$ Engasjement: Far/mor: $d=0.53$, $p<0.01/d=0.23$, $p<0.05$ Ledelse: Far/mor: $d= 0.53$, $p<0.05/d=0.31$, $p<0.01$ *Positive foreldrestrategier: Far/mor: $d= 0.38$, $p<0.05/d=0.34$, $p<0.005$</p> <p>Forbedring i psykiske helse Angst: Far/mor: $d=0.46$, $p<0.001/d=0.14$, $p<0.05$ Mestringstro: F: $d=0.41$, $p<0.005$ Selvrapportert helse: F: $d=0.28$, $p<0.05$ Sinne: F: $d=0.27$, $p<0.05$</p>	<p>Forbedring i barns psykiske helse (mødrerapportert): Total skår på skjema om styrker og svakheter (**SDQ): $d=0.26$, $p<0.05$ Vanskeligheter: $d=0.43$, $p<0.001$</p>
Skar et al. 2014 [7] The impact of a parenting guidance programme for mothers with an ethnic minority background	Pre-post	Mødre med pakistansk bakgrunn som deltok i ICDP-grupper på urdu: N=29 Norsktalende mødre: N=105	Spørreskjema	<p>Forbedring i foreldreatferd: Norske mødre: Ledelse av barnet: $F(1, 85) =10.67$, $\eta^2=0.11$, $p<0.005$ Strategisk ledelse: $M(SD)=2.06(0.77)$, $p<0.05$</p>	<p>Forbedringer i atferd og vanskeligheter: Total skår på skjema om styrker og svakheter (**SDQ): $F(1, 103)= 3.72$, $\eta^2=0.04$, $P=0.057$ Prososial atferd: $F(1, 115)= 5.77$, $\eta^2=0.05$, $p<0.05$</p>

<p>Skar et al. 2014 [8] Paradoxical correlates of a facilitative parenting programme in prison—counter-productive intervention or first signs of responsible</p>	<p>Pre-post</p>	<p>Fedre i fengsel: N=25 Sammenlikningsgruppe: N=36</p>	<p>Spørreskjema Intervjuer</p>	<p>Ingen signifikant forbedring hos minoritetsmødre. Foreldrestrategier: $F(1,107) = 9.06, \eta^2 = 0.08, p < 0.005$ Positive foreldrestrategier: $F(1, 100) = 5.84, \eta^2 = 0.06, p < 0.018$ Forbedring i psykisk helse: Angst: $F(1, 121) = 4.30, \eta^2 = 0.04, p < 0.05$</p>	<p>Vanskeligheter: $F(1, 105) = 8.66, \eta^2 = 0.08, p < 0.005$</p>
				<p>Forbedring i foreldreteferd Forskjell i endringene mellom de to gruppene: Ledelse av barnet: $F = 8.72, \eta^2 = 0.19, p < 0.01$ Positive foreldrestrategier: $F = 6.14, \eta^2 = 0.17, p < 0.05$ Forbedring psykisk helse Negative følelser: $F = 7.38, \eta^2 = 0.13, p < 0.01$ Selvrapportert helse: $F = 8.46, \eta^2 = 0.14, p < 0.01$ Livskvalitet: $F = 21.11, \eta^2 = 0.29, p < 0.001$ Livstilfredshet: $F = 13.72, \eta^2 = 0.22, p < 0.005$ Angst: $F = 10.75, \eta^2 = 0.19, p < 0.005$</p>	

<p>Sherr et al. 2014 [9] Evaluation of the International Child Development Programme (ICDP) as a community-wide parenting programme</p>	<p>Pre-post Kvasiekperimentell design</p>	<p>Omsorgsgivere generelt: N=141 Kontrollgruppe: N=79</p>	<p>Spørreskjema Intervjuer</p>	<p>Forbedring i foreldreatferd: Positive foreldrestrategier: Deltakerne med lavest skår i depresjon ved baseline viste størst endring: $F=5.25$, $\eta^2=0.05$, $p<0.05$ Deltakerne med lavest skår på «tilfredshet med oppstyr i hjemmet» ved baseline viste størst endring: $F=5.76$, $\eta^2=0.04$, $p<0.05$ Deltakerne med lavest skår på «tilfredshet med foreldrestrategier» ved baseline viste størst endring: $F=4.17$, $\eta^2=0.03$, $p<0.05$</p>	
<p>Skar et al. 2015 [10] The long-term effectiveness of the International Child Development Programme (ICDP) implemented as a community-wide parenting programme</p>	<p>Oppfølgingsstudie</p>	<p>Omsorgsgivere generelt: N=79 Kontrollgruppe: N=62</p>	<p>Spørreskjema</p>	<p>Forbedring i foreldreatferd: Foreldrestrategier: $F= 6.38$, $\eta^2=0.053$, $p<0,05$ Ledelse av barnet: $F=12.93$, $\eta^2=0.144$, $p<0.005$</p>	<p>Forbedring i atferd: Bruker mindre tid på TV og dataspill: $F= 5.54$, $\eta^2=0.130$, $p<0,024$</p>

*SDQ= The Strength and Difficulties Questionnaire, ** positiv parenting

DUA

Forfatter, utgivelsesår	Design	Utvalg	Måleinstrumenter	Utfall foreldre	Utfall barn
Webster-Stratton et al. 2011 [11] Combining parent and child training for young children with ADHD.	RCT	Foreldre til 99 barn (4-6 år) med ADHD DUA: N=49 Kontrollgruppe: N= 59	Spørreskjema Observasjoner	<p>Forbedring i foreldreutførelse:</p> <p><u>Spørreskjema (mødrerapportert):</u></p> <p>Tilpasset barneoppdragelse: $F= 7.47, \eta p=0.08, p<0.01$</p> <p>Streng barneoppdragelse: $F=6.05, \eta p=0.07, p<0.01$</p> <p>Oppfølging av barnet: $F= 11.99, \eta p =0.12, p<0.001$</p> <p>Fysisk straff: $F=8.44, \eta p=0.09, p<0.01$</p> <p><u>Observasjoner:</u></p> <p>Ros: $F=10.40, \eta p^2=0.12, p<0.001$</p> <p>Veiledning: $F=13.52, \eta p^2=0.15, p<0.001$</p>	<p>Forbedring i atferd og psykisk helse:</p> <p><u>Spørreskjema:</u></p> <p>Eksternaliserende vansker:</p> <p>Mødrerapportert: $F=5.50, \eta p=0.06, p<0.05$</p> <p>Fedrerapportert: $F=4.10, \eta p=0.06, p<0.05$</p> <p>Lærerrapportert: $F=4.24, \eta p=0.04, p<0.05$</p> <p>Internaliserende vansker:</p> <p>Emosjonsregulering:</p> <p>Mødrerapportert: $F= 25.25, \eta p=0.22, p<0.001$</p> <p>Fedrerapportert: $F=21.09, \eta p=0.24, p<0.001$</p> <p>Lærerrapportert: ingen signifikant effekt</p> <p>Sosial kompetanse:</p> <p>Mødrerapportert: $F=17.77, \eta p=0.17, p<0.001$</p> <p>Fedrerapportert: $F=9.52,$</p>

<p>Hurlburt et al. 2013 [12] Efficacy of the Incredible Years group parent program with families in Head Start who self-reported a history of child maltreatment</p>	<p>RCT</p>	<p>7 Head start sentere DUÅ: N=335 Kontrollgruppe: N=146</p>	<p>Spørreskjema</p>	<p>Forbedring i foreldreatferd: Forbedring i utfallene streng og kritisk barneoppdragelse og støttende barneoppdragelse men ingen signifikant effekt eller forskjell mellom gruppene</p>	<p>$\eta^2=0.12, p<0.01$ Lærerrapportert: ingen signifikant effekt *Følelser: $F=8.32, \eta^2=0.09, p<0.01$ **Problemløsning: $F=3.98, \eta^2=0.04, p<0.05$ <u>Observasjoner:</u> Kriminell atferd: $F=4.54, \eta^2=0.06, p<0.05$ Sosial kontakt: $F=8.34, \eta^2=0.08, p<0.01$</p>
<p>Stattin et al. 2015 [13] A national evaluation of parenting programs in Sweden: The short-term effects using an RCT effectiveness</p>	<p>RCT</p>	<p>Foreldre med barn (3-12 år), fra 30 klinikker og kommunale praksiser: N=908</p>	<p>Spørreskjema</p>	<p>Forbedring i foreldreatferd: Positiv foreldrestrategier: $\beta=0.14, d [95\% CI] =0.30 [0.15, 0.46], p<0.01$ Følelse av foreldrekompentanse: $\beta=0.15, d [95\% CI]$</p>	<p>Forbedring i atferdsproblemer: Intensitet: $\beta=-0.26, d [95\% CI] =-0.42, [0.32, 0.52], p<0.001$ Problemer: $\beta=-0.16, d [95\% CI]$</p>

design					<p>=0.32 [0.24, 0.40], $p < 0.01$</p> <p>Mindre psykisk stress; $\beta = -0.16$, d [95% CI] = 0.23 [0.15, 0.31], $p < 0.001$</p> <p>Hyperaktivitet: $\beta = -0.15$, d [95% CI] = 0.22 [0.14, 0.30], $p < 0.01$</p> <p>ODD: $\beta = -0.15$, $d = 0.25$, (95% CI = 0.17, 0.32), $p < 0.01$</p>
Gridley et al. 2015 [14] The Incredible Years Parent-Toddler Programme and parental language: a randomised controlled trial	RCT	Foreldre med barn (12-36 måneder), 8 «Flying Start Early Intervention områder» DUÅ: N= 60 Kontrollgruppe: N= 29	Spørreskjema	<p>Forbedring i foreldreferd:</p> <p>Barnetilpasset språk: $\beta = -1.44$, **ES [95% CI] = 0.47 [-2.59, -0.29], $p < 0.05$</p> <p>Mer bruk av oppmuntrende språk: $\beta = 1.07$, ES [95% CI] = 0.52, (0.11, 2.03), $p < 0.05$</p>	<p>CI] = 0.27 [0.23, 0.29], $p < 0.001$</p> <p>Uoppmerksomhet: $\beta = -0.18$, d [95% CI] = 0.18, [0.09, 0.26], $p < 0.01$</p> <p>Hyperaktivitet: $\beta = -0.15$, d [95% CI] = 0.22 [0.14, 0.30], $p < 0.01$</p> <p>ODD: $\beta = -0.15$, $d = 0.25$, (95% CI = 0.17, 0.32), $p < 0.01$</p>
Leijten et al. 2015 [15] Effectiveness of the Incredible Years Parenting Program for Families with Socioeconomically Disadvantaged and Ethnic Minority Backgrounds	RCT	Familier med forskjellige sosioøkonomisk og etnisk bakgrunn, rekruttert fra barne- og ungdomspsykiatriske klinikker (mødre som hadde barn (3-8 år) med atferdsproblemer) og fra områder med dårlig levestandard (deprived) DUÅ: N=85 foreldre Kontrollgruppe: N=148 foreldre	Spørreskjema Intervjuer	<p>Forbedring i foreldreferd:</p> <p>Mindre streng og inkonsistent barneoppdragelse: $d = 0.59$, $p < 0.05$</p> <p>Mer bruk av ros og belønning: $d = 0.64$, $p < 0.001$</p>	<p>Forbedring i atferdsproblemer:</p> <p>Intensifet: $d = 0.47$, $p < 0.05$</p> <p>Problem: $d = 0.57$, $p < 0.001$</p> <p>Mødrerapportert atferd (*SDQ): $d = 0.45$, $p < 0.05$</p> <p>Lærerrapportert Hyperaktivitet/ uoppmerksomhet: $d = 0.38$, $p < 0.05$</p>

Seabra-Santos et al. 2015 [16] Incredible Years parent training: What changes, for whom, how, for how long?	RCT	Foreldre med barn (3-6 år) i risiko for å utvikle atferdsproblemer DUÅ: N=68 Kontrollgruppe: N=56	Spørreskjema Observasjoner	<p>Forbedring i foreldreatferd:</p> <p><u>Spørreskjema</u></p> <p>Foreldre praksis: $F=24.44$, $\eta^2=0.192$, $p<0.001$</p> <p>Selvtillit: $F=6.79$, $\eta^2=0.064$; $p<0.05$</p> <p><u>Observasjon</u></p> <p>Positive foreldrestrategier: $F=24.52$, $\eta^2=0.210$, $p<0.001$</p>	<p>Forbedring i atferdsproblemer:</p> <p><u>Spørreskjema</u></p> <p>Hyperaktivitet: $F=8.10$, $\eta^2=0.067$, $p<0.01$</p> <p>Atferd: $F=6.77$, $\eta^2=0.057$, $p<0.05$</p> <p>Sosiale ferdigheter: $F=8.45$, $\eta^2=0.073$, $p<0.005$</p> <p>Eksternaliserende atferd: $F=7.47$, $\eta^2=0.065$, $p<0.01$</p> <p><u>Observasjon</u></p> <p>Sosiale ferdigheter: $F=4.34$, $\eta^2=0.045$, $p<0.05$</p>
Hutchings, J., et al. 2016 [17] Evaluating the Incredible Years Toddler Parenting Programme with parents of toddlers in disadvantaged (Flying Start) areas of Wales	RCT	89 familier med barn (12-36 måneder) i Flying start område DUÅ: N=64 foreldre Kontrollgruppe: N=30 foreldre	Spørreskjema Observasjon	<p>Forbedring i foreldreatferd:</p> <p><u>Spørreskjema</u></p> <p>Psykisk helse, trivsel ved seks måneder: ES [95% CI] = 0.37 [0.36, 7.33], $p<0.05$</p> <p><u>Observasjon</u></p> <p>Ros ved seks måneder: ES [95% CI] = 0.70 [0.10, 1.86], $p<0.005$</p>	<p>Forbedring i barns utvikling:</p> <p>Mål på barns utvikling (***)SGS-II) ved seks måneder til ett år:</p> <p>Gjennomsnittsforskjell [95% CI] =4.93 [0.58, 9.29], $p<0.05$</p>
Lessard, J. et al. 2016 [18]	RCT	Familier med barn med	Spørreskjema Observasjon	<p>Forbedring i foreldreatferd:</p>	

Effects of the Incredible Years Program in Families of Children with ADHD		ADHD DUÅ + medisiner: N=30 foreldre Telefonstøtte + medisiner: N=27 foreldre Medisiner: N= 20 foreldre		Streng og inkonsistent barneoppdragelse: $F(2,70) = 10.55$, $ES=0.23$, $p<0.05$ Ros og belønning: $F(2,70) = 3.22$, $ES= 0.08$, $p< 0.05$ <u>Observasjon:</u> Streng og negativ barneoppdragelse: $F(df)= 3.61$ (2.73), $ES=0.09$, $p< 0.05$ Positive foreldrestrategier: $F(df) = 8.55$ (2.73), $p< 0.05$, $ES= 0.19$	
Weeland et al. 2017 [19] Intervention Effectiveness of The Incredible Years: New Insights Into Sociodemographic and Intervention-Based Moderators	RCT	Foreldre med barn (4-8 år) DUÅ: N=197 Kontrollgruppe: N=190	Spørreskjema Observasjon	Forbedring i foreldreatferd: <u>Spørreskjema:</u> Reduksjon i foreldrerapportert negativ foreldreatferd: $d = 0.25$, $p<0.001$ <u>Observasjon</u> Positiv foreldrestrategier ved oppfølging: $d = 0.02$, $p<0.001$	Forbedring i atferd: Foreldrerapportert ekternaliserende atferd: $d = 0.08$, $p<0.01$
Webster-Stratton et al. 2013 [20] One-Year Follow-Up of Combined Parent and Child Intervention for Young Children with ADHD	Pre-post Oppfølgingsstudie	Foreldre med barn (4-6 år) med ADHD N=49	Spørreskjema Observasjoner	Forbedring i foreldreatferd: Reduksjon i streng og inkonsistent barneoppdragelse ved oppfølging: $F(1, 40) = 8.64$, $\eta^2=0.18$, $p<0.01$ Fysisk straff $F(1, 40) = 4.83$, $\eta^2=0.11$, $p<0.05$	Forbedring i atferd, problemløsning og emosjonelt vokabular: Fra baseline til oppfølging etter 12 måneder: Signifikant forbedring i mødrerapportert atferd:

<p>Hobbel et al. 2013 [21] Symptom changes of oppositional defiant disorder after treatment with the Incredible Years Program</p>	<p>Pre-post, oppfølgingsstudie</p>	<p>Barn i alder 4-9 år med ODD diagnose N= 84 Deltakere rekruttert fra Larsson et. al. Sitt utvalg. De som hadde fullstendige Kiddie-SADS intervjuer.</p>	<p>Spørreskjema</p>	<p>F=4.3, $\eta^2=0.10$, $p<0.05$ Evne til sosial problemløsning forbedret: $F(2, 82) =16.82$, $\eta^2=0.29$, $p<0.001$ Forbedring i emosjonell vokabular $F(2, 82)=12.98$, $\eta^2=0.24$, $p<0.001$</p> <p>Forbedring i atferd: Omtrent 91% hadde ODD-diagnose ved baseline. Ved endt intervensjon hadde 68 % av disse ikke lenger ODD-diagnosen. Reduksjon i symptomer: 1: miste besinnelsen: $Z=-5.56$, $ES=-0.42$, $p<0.001$ 2: krangler med voksen: $Z=-5.18$, $ES=-0.40$, $p<0.001$ 3: nekte å tilpasse seg voksnes regler: $Z=-6.98$, $ES=-0.54$, $p<0.001$ 4: irriterer folk med vilje: $Z=-5.71$, $ES=-0.44$, $p<0.001$ 5: gir andre skylden for sine egne feil: $Z=-2.75$, $ES=-0.21$, $p<0.001$</p>
---	------------------------------------	---	---------------------	--

Charles et al. 2013 [22] Parental depression and child conduct problems: evaluation of parental service use and associated costs after attending the Incredible Years Basic Parenting Programme	Pre-post	Foreldre med barn i risiko for å utvikle atferdsproblemer, fra områder med dårlige sosiale kår. Intervensjon: N=75 Kontrollgruppe: N=44	Spørreskjema	<p>Forbedring i psykisk helse</p> <p>Signifikant reduksjon in BDI II skårer fra baseline til seks måneder: Z= -4.78, $p < 0.01$, 12 måneder: Z= -5.04, $p < 0.01$ og 18 måneder etter intervensjon: Z= -3.56, $p < 0.01$</p> <p>Reduksjon i bruk av helsetjenester: $p < 0.05$</p>	<p>6: nærtaken eller irritabel: Z=-5.03, ES=-0.39, $p < 0.001$</p> <p>7: sint/forakfull: effekt: Z=-6.32, ES=-0.49, $p < 0.001$</p> <p>8: ondskapsfull/hevngjerrig: Z=-4.32, ES: -0.33, $p < 0.001$</p>
Trillingsgaard et al. 2014 [23] Assessing the effectiveness of the 'Incredible Years((R)) parent training' to parents of young children with ADHD symptoms - a preliminary report	Pre-post	Familier med barn (3-8 år) med ADHD symptomer som har søkt hjelp N= 36 foreldre	Spørreskjema	<p>Forbedring i foreldreterferd:</p> <p>Ros: $d = 0.4$, Z=-2.76, $p < 0.01$</p>	<p>Forbedring i psykisk helse:</p> <p>Mødrerapportert emosjonsregulering: $d = 0.0$, Z=2.10, $p < 0.05$</p>
Evans et al. 2015 [24] Short-term benefits from the Incredible Years Parents and	Pre-post	Foreldre med barn (1 år) i Flying Start områder, Wales Gruppedeltakere N=79	Spørreskjema	<p>Forbedring i psykisk helse og selvtillit</p> <p>Selvrapportert helse: $d = 0.25$, gjennomsnittsforskjell [95% CI] =1.14 [0.13, 2.12], $p < 0.05$</p>	

Babies Programme in Powys				Selvtillit: $d=0.61$, gjennomsnittsforskjell [95% CI] = -2.26 [-3.04, -1.49], $p<0.01$
---------------------------	--	--	--	---

* Wally Feelings test, ** Wally Game: A Problem-Solving Test, *** Effekt størrelse=ES, **** SDQ=The Strength and Difficulties Questionnaire, **** Schedule of Growing Skills II

PMTO:

Forfatter, Utgivelsesår	Intervensjon	Utvalg	Måleinstrumenter	Utfall voksne	Utfall barn
Braet et al. 2009 [25] Prevention of antisocial behavior: Evaluation of an early intervention programme	RCT studie Oppfølgingsstudie	Foreldre som har rapportert tidlige atferdsproblemer hos barna (gjennomsnittsalder: 67 måneder) PMT: N=34 Kontrollgruppe: N=30	Spørreskjema	Forbedring i foreldreteferd: Bruk av streng straff ved ett års oppfølging: ES=0.44, $t(20) = -2.77, p<0.01$ Bruk av inkonsistent barneoppdragelse ved ett års oppfølging: ES=0.42, $t(20) = -2.30, p<0.05$	Forbedring i atferd: Problematferd ved ett års oppfølging: ES=0.50, $t(20) = -2.15, p<0.05$ Eksternaliserende atferd ved ett års oppfølging: ES=-0.81, $t(20) = -3.52, p<0.001$ Aggressiv atferd ved ett års oppfølging: ES=0.70, $t(20) = -2.72, p<0.01$ Aggressiv atferd (lærerrapportert): ES=0.50, $t(17) = -2.24, p<0.05$
Forgatch, M. S., 2009 [26] Testing the Oregon delinquency model with 9-year follow-up of the Oregon Divorce Study	RCT Ni års oppfølgingsstudie	Oregon Divorce Study Nyskilte mødre + sønner PMTO: N=153	Spørreskjema Observasjoner	Forbedring i foreldreteferd: *Bedre foreldrestrategier: $\beta = -0.24, p<0.01$	Forbedring i atferd Lærerrapportert kriminell atferd: $\beta = -0.23, p<0.01$ Reduksjon i antall arrestasjoner: $\beta = -0.18, p<0.01$

Reed et al. 2013 [27] Duration and mutual entrainment of changes in parenting practices engendered by behavioral parent training targeting recently separated mothers	RCT Oppfølgingsstudie	Kontrollgruppe (ingen intervensjon): N=85 Oregon Divorce Study II Nyskilte mødre + sønner (6-10 år): N=238 PMTO: N=153 Kontrollgruppe: N= 85	Spørreskjema Observasjoner	Forbedring i foreldreutførelse: ved 30 måneder Bedre foreldrestrategier sammenliknet med kontrollgruppen, 30 måneder etter intervensjon: *C.R.= 2.45, $p<0.01$ Bedre oppfølging av barnet: C. R. =-2.79, $p<0.01$	
Forgatch et al. 2016 [28] Resurrecting the chimera: Progressions in parenting and peer processes Oregon Divorce Study	RCT Seks års oppfølgingsstudie	Nyskilte mødre + sønner (gjennomsnittsalder 7.8 år) PMTO: N=153 Kontrollgruppe: N=85	Spørreskjema, intervjuer, Observasjoner	Forbedring i foreldreutførelse: Signifikante forskjeller mellom PMTO- og kontrollgruppen: Positiv involvering: t-Test=-1.96, $p<0.05$ Negativ gjengjeldelse: t-Test=-3.38, $p<0.001$ Negativ forsterkning: t-Test=-2.83, $p<0.01$ Sammensatt: t-Test=-2.86, $p<0.01$	
Jalling et al. 2016 [29] Parent Programs for Reducing Adolescent's Antisocial Behavior and Substance Use: A	RCT	Foreldre til ungdom (12-18 år). Komet 12-18 (Svensk PMTO): N=99	Spørreskjema	Atferd Ingen fordelaktige effekter av gruppetiltakene.	

Randomized Controlled Trial			ParentSteps: N=86 Kontrollgruppe: N= 86			Økning i bruk av narkotiske stoffer: Comet: OR [95% CI] = 3, 52 [1.23-10.10], $p < 0.05$ ParentSteps: OR [95% CI] = 3.23 [1.06-9.08], $p < 0.05$
Høgstrøm et al. 2016 [30] Two-Year Findings from a National Effectiveness Trial: Effectiveness of Behavioral and Non-Behavioral Parenting Programs	RCT	Foreldre til barn (3-12 år) med moderate nivåer av ekternaliserende problemer: Komet: N=207 DUÅ: N=122 Cope: N=202 Connect: N=218	Spørreskjema	Forbedring i foreldreutfall Ingen forskjeller i utfall mellom gruppene. Komet hadde reduksjon i negative foreldrestrategier ved to års oppfølging: Sinneutbrudd: $d = -0.13$, $p < 0.005$ Streng foreldrestrategi: $d = -0.29$, $p < 0.001$	Forbedring i atferd Ingen forskjell i utfall mellom gruppene. Reduksjon i uoppmerksomhet ved to års oppfølging: $d = -0.28$, $p < 0.001$	
Kjøbli et al. 2016 [31] Three Randomized Effectiveness Trials — One Question: Can Callous-Unemotional Traits in Children Be Altered?	RCT	Foreldre med barn (3-12 år) som hadde begynnende atferdsproblemer PMTO: N=137 Brief parent training (BPT): N=216 Individuell veiledning i sosiale ferdigheter: N=198	Spørreskjema	Forbedring i psykisk helse Signifikant reduksjon i «følelseløse trekk» etter tiltaket: d [95% CI]=0.39 [0.12, 0.67] Ved oppfølging: d [95% CI]=0.48 [0.15, 0.81] Ingen signifikant forbedring i BPT eller individuell veiledning		

TIK

Forfatter, Utgivelsesår	Intervensjon	Utvalg	Måleinstrumenter	Utfall voksne	Utfall barn
Wilson et al. 2012 [33] Tuning in to Kids: An Effectiveness Trial of a Parenting Program Targeting Emotion Socialization of Preschoolers	RCT	Foreldre med barn (4.0-5.11 år) TIK: N=62 Kontrollgruppe: N=66	Spørreskjema	Forbedring i foreldreatferd: Tanken på avviseende atferd: d [95% CI]=0.74 [-3.68,-1.96], $p<0.001$ Avvisende atferd: d [95% CI] =-0.42 [-0.42, -0.17], $p<0.05$ Positiv involvering: d [95% CI] = 0.30 [0.81, 3.03], $p<0.05$	
Havinghurst et al. 2013 [34] "Tuning into Kids": Reducing Young Children's Behavior Problems Using an Emotion Coaching Parenting Program	RCT	Foreldre med barn (4.0-5.11 år): TIK: N=31 Kontrollgruppe: N=23	Spørreskjema Observasjoner	Forbedring i foreldreatferd: <u>Spørreskjema</u> Mindre avvising av følelser: $F(1,34) = 6.58, \eta^2=0.16, p<0.01$ Høyere emosjonsveiledning: $F(1,34) = 13.43, \eta^2=0.28, p<0.001$ Mer empati: $F(1,34) = 12.08, \eta^2=0.26, p<0.001$ sammenliknet med foreldre i kontrollgruppen. <u>Observasjon:</u>	Forbedring i atferd: Foreldre rapportert- mindre intens atferd: $F(1,34) = 6.32, \eta^2 = 0.16, p<0.01$ Lærerrapportert- mindre intens atferd: $F(1,26) = 4.87, \eta^2 = 0.16, p<0.05$ Lærerrapportert - atferdsproblemer: $F(1,26) = 4.87, \eta^2 = 0.16, p<0.05$

<p>Havinghurst et al. 2015 [35] Tuning in to teens: Improving parental responses to anger and reducing youth externalizing behavior problems</p>	<p>RCT</p>	<p>Foreldre til barn/ungdom (10-13 år) TIK: N=114 Kontrollgruppe: N=99</p>	<p>Spørreskjema</p>	<p>Sette ord på følelser: $F(1,38) = 3.71, \eta^2=0.09, p<0.05$ Mer utforskning av følelser: $F(1,38) = 4.14, \eta^2= 0.10, p<0.05$</p>	
	<p>RCT</p>		<p>Spørreskjema</p>	<p>Forbedring i foreldreatferd: Foreldre rapportert Avvisning av tristhet hos barnet: $d[95\% CI]=0.73 [-0.39,-0.21], p<0.001$ Avvisning av sinne hos barnet: $d [95\% CI]=0.73 [-0.45, -0.21], p<0.001$ Avvisning av frykt hos barnet: $d [95\% CI]=0.68 [-0.37, -0.18], p<0.001$ Rapportert av ungdommene: Foreldrenes avvisning av sinne: $d[95\% CI]=0.49 [-0.34, -0.08], p<0.005$ Foreldrenes avvisning av frykt: $d[95\% CI]=0.34 [-0.23,0.01], p=0.05$</p>	<p>Forbedring av atferd: Foreldre rapportert: Eksternaliserende problemer hos ungdommene: $d[95\% CI] = -0.31[-1.79, -0.38], p<0.005$ Rapportert av ungdommene: egne eksternaliserende problemer: $d[95\% CI]=0.28 [-1.74, -0.09], p<0.05$</p>
<p>Duncombe, M., et al. 2017 [36] Comparing an Emotion-Focused and a Behavior-Focused</p>	<p>RCT</p>	<p>Foreldre med barn (4-9 år) med atferdsproblemer: N=320</p>	<p>Spørreskjema</p>		<p>Forbedring i atferd: Foreldre rapportert atferd: TIK: $d[95\% CI]=0.4[0.1, 0.6],$</p>

<p>Parenting Program as Part of a Multisystemic Intervention for Child Conduct Problems</p>		<p>TIK: N=91 Trippel P: N=116 Kontrollgruppe: N=113</p>			<p>$p < 0.005$</p> <p>TrippelP: $d[95\% \text{ CI}] = 0.4 [0.2, 0.7]$, $p < 0.001$</p> <p>Lærerrapportert atferd: TIK: $d[95\% \text{ CI}] = 0.4 [0.1, 0.6]$, $p < 0.005$</p> <p>TrippelP: $d[95\% \text{ CI}] = 0.3 [0.0, 0.5]$, $p < 0.05$</p> <p>Vurdering av tiltaksgruppene sammenliknet med kontrollgruppen: TIK: $d[95\% \text{ CI}] = 0.3 [0.0, 0.6]$, $p < 0.05$</p> <p>TrippelP: $d[95\% \text{ CI}] = 0.3 [0.0, 0.6]$, $p < 0.05$</p>
---	--	---	--	--	---

1. Hoffman, K.T., et al., *Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: the Circle of Security intervention*. *J Consult Clin Psychol*, 2006. **74**(6): p. 1017-26.
2. Cassidy, J., et al., *Enhancing attachment security in the infants of women in a jail-diversion program*. *Attachment & Human Development*, 2010. **12**(4): p. 333-353.
3. Huber, A., C.A. McMahon, and N. Sweller, *Efficacy of the 20-Week Circle of Security Intervention: Changes in Caregiver Reflective Functioning, Representations, and Child Attachment in an Australian Clinical Sample*. *Infant Mental Health Journal*, 2015. **36**(6): p. 556-574.
4. Huber, A., C. McMahon, and N. Sweller, *Improved child behavioural and emotional functioning after Circle of Security 20-week intervention*. *Attachment & Human Development*, 2015. **17**(6): p. 547-569.
5. Horton, E. and C. Murray, *A quantitative exploratory evaluation of the circle of security-parenting program with mothers in residential substance-abuse treatment*. *Infant Mental Health Journal*, 2015. **36**(3): p. 320-336.
6. Clucas, C., et al., *Mothers and Fathers Attending the International Child Development Programme in Norway*. *The Family Journal*, 2014. **22**(4): p. 409-18.
7. Skar, A.-M.S., S. Von Tetzchner, and C. Clucas, *The impact of a parenting guidance programme for mothers with an ethnic minority background*. *Nordic Journal of Migration Research*, 2014. **4**(3): p. 108-117.
8. Skar, A.M.S., *Paradoxical correlates of a facilitative parenting programme in prison—counter-productive intervention or first signs of responsible Parenthood?* *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention*, 2014. **15**(1): p. 35-54.
9. Sherr, L., et al., *Evaluation of the International Child Development Programme (ICDP) as a community-wide parenting programme*. *European Journal of Developmental Psychology*, 2014. **11**(1): p. 1-17.
10. Skar, A.-M.S., et al., *The long-term effectiveness of the International Child Development Programme (ICDP) implemented as a community-wide parenting programme*. *European Journal of Developmental Psychology*, 2015. **12**(1): p. 54-68.
11. Webster-Stratton, C.H., M.J. Reid, and T. Beauchaine, *Combining parent and child training for young children with ADHD*. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 2011. **40**(2): p. 191-203.
12. Hurlburt, M.S., et al., *Efficacy of the Incredible Years group parent program with families in Head Start who self-reported a history of child maltreatment*. *Child abuse & neglect*, 2013. **37**(8): p. 531-43.
13. Stattin, H., et al., *A national evaluation of parenting programs in Sweden: The short-term effects using an RCT effectiveness design*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2015. **83**(6): p. 1069-1084.
14. Gridley, N., J. Hutchings, and H. Baker-Henningham, *The Incredible Years Parent-Toddler Programme and parental language: a randomised controlled trial*. *Child: care, health and development*, 2015. **41**(1): p. 103-11.
15. Leijten, P., et al., *Effectiveness of the Incredible Years Parenting Program for Families with Socioeconomically Disadvantaged and Ethnic Minority Backgrounds*. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2017. **46**(1): p. 59-73.
16. Seabra-Santos, M.J., et al., *Incredible Years parent training: What changes, for whom, how, for how long?* *Journal of Applied Developmental Psychology*, 2016. **44**: p. 93-104.

17. Hutchings, J., et al., *Evaluating the Incredible Years Toddler Parenting Programme with parents of toddlers in disadvantaged (Flying Start) areas of Wales*. Child Care Health Dev, 2017. **43**(1): p. 104-113.
18. Lessard, J., S. Normandeau, and P. Robaey, *Effects of the Incredible Years Program in Families of Children with ADHD*. Journal of Child and Family Studies, 2016. **25**(12): p. 3716-3727.
19. Weeland, J., et al., *Intervention Effectiveness of The Incredible Years: New Insights Into Sociodemographic and Intervention-Based Moderators*. Behavior Therapy, 2017. **48**(1): p. 1-18.
20. Webster-Stratton, C., M.J. Reid, and T.P. Beauchaine, *One-year follow-up of combined parent and child intervention for young children with ADHD*. Journal of clinical child and adolescent psychology, 2013. **42**(2): p. 251-61.
21. Hobbel, S. and B. Drugli May, *Symptom changes of oppositional defiant disorder after treatment with the Incredible Years Program*. Nordic J Psychiatry, 2013. **67**(2): p. 97-103.
22. Charles, J.M., et al., *Parental depression and child conduct problems: evaluation of parental service use and associated costs after attending the Incredible Years Basic Parenting Programme*. BMC health services research, 2013. **13**: p. 523.
23. Trillingsgaard, T., A. Trillingsgaard, and C. Webster-Stratton, *Assessing the effectiveness of the 'Incredible Years' parent training' to parents of young children with ADHD symptoms - a preliminary report*. Scand J Psychol, 2014. **55**(6): p. 538-545.
24. Evans, S., et al., *Short-term benefits from the Incredible Years Parents and Babies Programme in Powys*. Community Pract, 2015. **88**(9): p. 46-8.
25. Braet, C., et al., *Prevention of antisocial behaviour: Evaluation of an early intervention programme*. European Journal of Developmental Psychology, 2009. **6**(2): p. 223-240.
26. Forgatch, M.S., et al., *Testing the Oregon delinquency model with 9-year follow-up of the Oregon Divorce Study*. Development and Psychopathology, 2009. **21**(2): p. 637-660.
27. Reed, A., et al., *Duration and mutual entrainment of changes in parenting practices engendered by behavioral parent training targeting recently separated mothers*. Journal of family psychology, 2013. **27**(3): p. 343-54.
28. Forgatch, M.S., et al., *Resurrecting the chimera: Progressions in parenting and peer processes*. Development and Psychopathology, 2016. **28**(3): p. 689-706.
29. Jalling, C., et al., *Parent Programs for Reducing Adolescent's Antisocial Behavior and Substance Use: A Randomized Controlled Trial*. Journal of Child and Family Studies, 2016. **25**(3): p. 811-826.
30. Högstrom, J., et al., *Two-Year Findings from a National Effectiveness Trial: Effectiveness of Behavioral and Non-Behavioral Parenting Programs*. J Abnorm Child Psychol, 2017. **45**(3): p. 527-542.
31. Kjøbli, J., H.D. Zachrisson, and G. Bjørnebekk, *Three Randomized Effectiveness Trials - One Question: Can Callous-Unemotional Traits in Children Be Altered?* J Clin Child Adolesc Psychol, 2016. **Jun 30** [Epub ahead of print].
32. Zimmerman, A. and M. Popynick, *Program evaluation of a behaviour therapy group for parents of children with developmental disabilities ages four to seven*. Journal on Developmental Disabilities, 2003. **10**(1): p. 151-158.
33. Wilson, K.R., S.S. Havighurst, and A.E. Harley, *Tuning in to Kids: an effectiveness trial of a parenting program targeting emotion socialization of preschoolers*. Journal of family psychology, 2012. **26**(1): p. 56-65.

34. Havighurst, S.S., et al., "Tuning into Kids": reducing young children's behavior problems using an emotion coaching parenting program. *Child psychiatry and human development*, 2013. **44**(2): p. 247-64.
35. Havighurst, S.S., C.E. Kehoe, and A.E. Harley, *Tuning in to teens: Improving parental responses to anger and reducing youth externalizing behavior problems*. Journal of adolescence, 2015. **42**: p. 148-58.
36. Duncombe, M.E., et al., *Comparing an Emotion- and a Behavior-Focused Parenting Program as Part of a Multisystemic Intervention for Child Conduct Problems*. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 2016. **45**(3): p. 320-334.

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Mai 2017
Postboks 4404 Nydalen
NO-0403 Oslo
Telefon: 21 07 70 00
Rapporten kan lastes ned gratis fra
Folkehelseinstituttets nettsider www.fhi.no