

RAPPORT

2018

SYSTEMATISK OVERSIKT

Digitale tiltak for par med relasjonelle problemer

Utgitt av	Folkehelseinstituttet, Område for helsetjenester, Klynge for evaluering av tiltak
Tittel	Digitale tiltak for par med relasjonelle problemer: en systematisk oversikt
English title	Digital interventions for couples with relationship problems: a systematic review
Ansvarlig	Camilla Stoltenberg, direktør
Forfattere	Heid Nøkleby, prosjektleder, <i>forsker, Folkehelseinstituttet</i> Gerd M. Flodgren, <i>seniorforsker, Folkehelseinstituttet</i> Heather Menzies Munthe-Kaas, <i>forsker, Folkehelseinstituttet</i> Maryan Ahmad Said, <i>forsker, Folkehelseinstituttet</i>
ISBN	978-82-8082-941-2
Publikasjonstype	Systematisk oversikt
Antall sider	67 (145 inklusive vedlegg)
Oppdragsgiver	Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
Emneord(MeSH)	Couples therapy, marital therapy, internet, telecommunications
Sitering	Nøkleby H, Flodgren GM, Munthe-Kaas HM, Said MA. «Digitale tiltak for par med relasjonelle problemer: en systematisk oversikt». [Digital interventions for couples with relationship problems: a systematic review] Rapport - 2018. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Innhold

INNHold	3
HOVEDBUdSKAP	5
SAMMENDRAG	6
KEY MESSAGES (ENGLISH)	9
EXECUTIVE SUMMARY (ENGLISH)	10
FORORD	13
INNLEDNING	14
Bakgrunn	14
Veiledning og terapi for par	16
Digitale tiltak	17
Effekter og erfaringer	19
Forskningsspørsmål	19
METODE	20
Litteratursøk	20
Kriterier for inklusjon og eksklusjon	21
Artikkelutvelging	23
Metoder for vurdering av studiene	23
Uttrekk av data	23
Analyser	24
Vurdering av tillit til dokumentasjonen	26
Etikk ²⁷	
RESULTATER	28
Resultat av litteratursøket	28
Beskrivelse av effektstudiene	29
Effekter av digitale tiltak	34
Beskrivelse av erfaringsstudiene	48
Erfaringer med digitale tiltak	49
DISKUSJON	55
Hovedfunn	55
Tillit til forskningsresultatene	58
Overførbarhet til norske forhold	59
Sterke og svake sider ved denne systematiske oversikten	60

Samsvar med andre oversikter	61
Resultatenes betydning for praksis	62
Kunnskapshull	62
KONKLUSJON	63
REFERANSER	64
VEDLEGG 1: PROSJEKTPLAN	68
VEDLEGG 2: SØKESTRATEGI	83
VEDLEGG 3: ORDLISTE	113
VEDLEGG 4: EKSKLUDERTE STUDIER	116
VEDLEGG 5: INKLUDERTE STUDIER - KJENNETEGN OG VURDERINGER	119
VEDLEGG 6: SENSITIVITETSANALYSER	130
VEDLEGG 7: PROFILER GRADE/GRADE-CERQUAL	132
VEDLEGG 8: TEKSTUTDRAG KVALITATIVE STUDIER	141

Hovedbudskap

Fysiske møter med terapeut eller veileder kan hjelpe par som har eller står i fare for å utvikle relasjonelle problemer. Imidlertid vil ikke fysiske tiltak alltid nå frem til alle som har behov for denne typen støtte eller hjelp. Digitale tiltak vil kunne være et alternativ eller supplement for par som av ulike årsaker ikke kan eller vil møte opp ansikt-til-ansikt hos en terapeut, på et kurs eller en gruppesamling.

Vi utførte en systematisk oversikt over effekt av digitale tiltak (målt med kvantitative effektstudier) samt erfaringer med digitale tiltak (målt med kvalitative studier). Ni effektstudier og to erfaringsstudier ble inkludert – fra USA, Canada, Australia og Sveits. Utvalgene bestod av par generelt, par som ønsket, ventet eller nylig hadde fått barn, eldre par, par der den ene parten hadde multippel sklerose og par der den ene parten nylig hadde hatt kreft.

Inkluderte studier undersøkte syv tiltak med online-leksjoner, tre tiltak med telefonkonferanser og ett tiltak med DVD med leksjoner. Alle tiltakene innebar egne øvelser for paret.

Oversikten viser at digitale tiltak kan ha positive (små til middels) effekter på blant annen opplevd tilfredshet i relasjonen og bedre kommunikasjon, sammenlignet med å stå på venteliste/ingen tiltak. Vi kan ikke gi klare svar på om digitale tiltak fungerer bedre eller dårligere enn tiltak ansikt-til-ansikt. Studier av erfaringer viser at flere deltakere opplever at tiltaket bidrar til en bedre relasjon og anledning til å snakke sammen. Flere deltakere er fornøyd med fleksibiliteten som følger av det digitale i tiltaket, men dette kan også føre til at man lettere glemmer å gjennomføre leksjonene. Resultatene er trolig overførbare til norsk kontekst.

Tittel:

Digitale tiltak for par med relasjonelle problemer: en systematisk oversikt

Publikasjonstype:

Systematisk oversikt

En systematisk oversikt er resultatet av å

- innhente
- kritisk vurdere og
- sammenfatte relevante forskningsresultater ved hjelp av forhåndsdefinerte og eksplisitte metoder.

Svarer ikke på alt:

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

Hvem står bak denne publikasjonen?

Folkehelseinstituttet har gjennomført oppdraget etter forespørsel fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet

Når ble litteratursøket utført?

Søk etter studier ble avsluttet i oktober 2017.

Eksterne fagfeller:

Ottar Ness (professor, NTNU)
Dimitrij Kielland Samoilow (privatpraktiserende psykolog, Oslo)

Sammendrag

Innledning

Små eller store problemer i parerelasjonen er vanlig, men for en del par blir problemene så store at relasjonen går i oppløsning eller blir svært vanskelig å leve i. Konsekvensene kan bli store med hensyn til psykisk og fysisk helse for både individene i paret og eventuelle barn. For å forebygge, veilede eller behandle relasjonelle konflikter i par finnes ulike tilnærminger. Tradisjonelle tiltak, der klienter møter terapeuten ansikt-til-ansikt-tiltak har vært gitt og evaluert i lang tid. En litteraturoversikt fra 2012 fant at både forebygging og opplæring for par med mindre problemer og terapi for par med større problemer, har tydelige positive effekter på deltakerne. Imidlertid vil ikke alltid tradisjonelle tiltak der en eller begge parter møter veileder/terapeut nå frem til alle. Digitale tiltak kan være et alternativ eller supplement for personer som bor langt fra ordinære tilbud, som har nedsatt funksjonsevne, språkproblemer, begrenset tid, ved lang ventetid for tradisjonell terapi/veiledning, skepsis til tradisjonell terapi/veiledning, eller som med bakgrunn i andre årsaker ikke kan eller vil møte opp ansikt-til-ansikt hos en terapeut, på et kurs eller en gruppesamling.

I Norge er det god tilgang på digitale tjenester, høy tillit til disse tjenestene og høy digital kompetanse. Digitale tiltak blir i økende grad brukt som lavterskeltilbud for å forebygge problemer og støtte god fysisk og psykisk helse. I denne systematiske oversikten har vi definert «digitale tiltak» som ulike former for tjenester der det tilbys faglig hjelp eller støtte i et digitalt format: 1) som statisk informasjon på en nettside, 2) som en interaktiv nettside der man også kommuniserer med en terapeut eller veileder, eller 3) som én-til-én-kommunikasjon med en terapeut eller veileder på epost, SMS, Skype, telefon, chat, videolink, eller lignende. Digitale tiltak kan gis individuelt til par eller i gruppe, samt i kombinasjon med ikke-digitale, fysiske møter.

Partiltak kan studeres fra ulike perspektiver. I denne systematiske oversikten har vi oppsummert forskning om *effekter* av og *erfaringer* med digitale tiltak for par.

Metode

Vi utførte en systematisk oversikt i tråd med metodehåndboken fra Område for helse-tjenester, Folkehelseinstituttet. Vi gjorde et litteratursøk i relevante databaser og grå litteratur (ikke publisert i ordinære databaser). Søket ble avsluttet i oktober 2017. For spørsmål om både effekt og erfaring skulle systematiske oversikter og primærstudier inkluderes dersom de sammenlignet digitale tiltak for par med relasjonelle problemer med ansikt-til-ansikt-tiltak eller ingen tiltak. Relevante effektmål var kvalitet på kommunikasjon og/eller relasjon mellom par, konflikter, livskvalitet, fornøydhet med tiltaket, brudd i relasjonen, frafall fra tiltak samt kostnadseffektivitet. I kvalitative studier

var relevant tema deltakernes erfaringer med digitale tiltak for par. To forskere gikk gjennom alle titler og sammendrag og deretter aktuelle artikler i fulltekst, for å vurdere relevans i henhold til inklusjonskriteriene. Kun primærstudier møtte kriteriene. To forskere vurderte de inkluderte studiene for mulig risiko for skjevheter (for studier av effekt) eller metodologisk sterke og svake side (for studier av erfaring). For effektstudiene sammenstilte vi resultatene og utførte metaanalyser der det var mulig. For hvert resultat vurderte vi tilliten til dokumentasjonen ved hjelp av verktøyet GRADE. For erfaringsstudiene sammenstilte vi resultatene i en tematisk analyse og vurderte tilliten til resultatene ved hjelp av GRADE-CERQual.

Resultat

Vi inkluderte 11 unike studier, beskrevet i 14 publikasjoner: ni studier av effekt (med totalt 2197 deltakere) og to studier av erfaring (med totalt 25 deltakere). Studiene var utført i USA (seks stykker), Australia, Canada og Sveits. De er publisert mellom 2009 og 2016. Majoriteten av studiene gjør målingene rett etter at tiltaket er avsluttet. Utvalgene var par generelt, par som ventet eller nylig hadde fått barn, eldre par, par der den ene parten hadde multipel sklerose samt par der én part nylig hadde hatt kreft.

Tiltakene var digitale relasjonsprogrammer eller intimitetsprogrammer (mer fokus på intimitet og seksualitet, rettet mot par der den ene parten nylig hadde hatt kreft). Kontrolltiltak (tiltak man har sammenlignet med i effektstudiene) var hovedsakelig venteliste (tilbud om tiltaket etter oppfølgingsperiodens slutt) men også ansikt-til-ansikt-tiltak eller ingen tiltak. Vi presenterer tre sammenligninger og én vurdering av erfaringer. Nedenfor oppsummeres de viktigste resultatene:

Effekt av digitale relasjonsprogram sammenlignet med venteliste

Den største sammenligningen er av seks studier som undersøkte effekten av relasjonsprogrammer gitt online eller som DVD, sammenlignet med venteliste, for par med relasjonelle problemer. Vi fant at digitale tiltak muligens har liten til middels effekt på økt tilfredshet i relasjonen, økning i positiv kommunikasjon, nedgang i negativ kommunikasjon, bedret konflikthåndtering og bedret livskvalitet (vi har lav tillit til dokumentasjonen: dvs at effekten *kan* være en annen enn den vi har funnet, grunnet begrenset antall studier, heftelser ved studiene og noe sprik i effekter).

Effekt av digitale relasjonsprogram sammenlignet med samlinger ansikt-til-ansikt

To studier¹ sammenlignet online og telefonbaserte relasjonsprogrammer med gruppesamlinger ansikt-til-ansikt. Vi fant at det er usikkert om det er noen forskjell mellom digitale og ikke-digitale tiltak når det gjelder effekt på tilfredshet i relasjonen, positiv og negativ kommunikasjon eller livskvalitet (svært lav tillit til dokumentasjonen: usikkert).

¹ Én studie inneholdt to sammenligninger: digitale tiltak vs. venteliste og digitale tiltak vs. gruppesamlinger ansikt-til-ansikt

Effekt av digitale intimitetsprogram sammenlignet med venteliste/ingen tiltak

To studier sammenlignet telefonbaserte intimitetsprogrammer med venteliste eller ingen tiltak for par der den ene parten nylig hadde hatt kreft. Vi fant at digitale tiltak muligens har liten eller ingen effekt på tilfredshet i relasjonen (lav tillit). Det er usikkert om digitale tiltak har effekt på intimitet i relasjonen (svært lav tillit).

Erfaringer med digitale programmer for par

To kvalitative studier undersøkte deltakernes erfaringer med online-tiltak for par der den ene nylig hadde hatt kreft. Vi oppsummerte i alt 18 funn fordelt på åtte temaer: relasjon, kommunikasjon, innsikt, helsehjelp, motivasjon, fleksibilitet, tilgjengelighet og frafall. Blant opplevde fordeler var at programmet styrket relasjonen (moderat tillit: sannsynligvis en rimelig gjengivelse av fenomenet), styrket kommunikasjonen (lav tillit: muligens en rimelig gjengivelse av fenomenet), gav anledning til refleksjon (moderat tillit) og ga ny innsikt i seg selv og den andre (lav tillit). Blant opplevde ulemper eller utfordringer med programmet var at deltakere hadde for lite tid til å engasjere seg tilstrekkelig i programmet (lav tillit), at de ikke var motiverte for å jobbe med programmet om kvelden (lav tillit), at PC opplevdes som upersonlig når det gjaldt å jobbe med et så personlig tema (lav tillit) samt at motivasjon var skjevfordelt i paret (lav tillit). Fleksibiliteten ved det digitale formatet ble satt pris på av mange: det at tid, sted, type oppgave og omfang av arbeid er valgfritt (moderat tillit). Samtidig gjør fleksibiliteten det lett å glemme å gjennomføre leksjonene (moderat tillit).

Diskusjon

Digitale tiltak har muligens bedre effekt enn venteliste, men vi vet ikke om det har bedre eller dårligere effekt enn ansikt-til-ansikt-tiltak. Vi har ikke funnet andre oversikter som har vurdert digitale tiltak for par generelt. Vi identifiserte to systematiske oversikter over tiltak rettet mot par der den ene parten har hatt kreft. Begge oversiktene fant at digitale og ikke-digitale tiltak hadde tilnærmet lik effekt, men at en kombinasjon trolig er det beste. I vår oversikt har vi ikke identifisert studier som har tiltak som kombinerer disse to elementene. Funn fra de kvalitative studiene antyder at ansikt-til-ansikt-kontakt er et savn når temaet er noe så personlig som kvaliteten i parrelasjonen.

I vår vurdering av overførbarhet til norske forhold, fant vi ikke presise data om faktorene: tilgang på offentlig og gratis samlivsterapi eller veiledning; og nivå på digital kompetanse. På bakgrunn av kunnskap om landene som studiene er utført i og utvalgene som er inkludert, har vi ikke store betenkeligheter knyttet til overførbarhet.

Konklusjon

I denne systematiske oversikten fant vi at digitale tiltak for par med relasjonelle problemer kan ha positive effekter på flere relasjonelle mål, sammenlignet med å stå på venteliste. Studier av erfaringene med digitale tiltak for par viser at mange deltakere opplever at tiltaket bidrar til bedre relasjon og anledning til å snakke sammen. Deltakere er fornøyde med fleksibiliteten ved formatet, men dette kan også gjøre det lettere å glemme å gjennomføre programmet.

De inkluderte studiene gir ikke tydelige svar på om digitale tiltak fungerer bedre eller dårligere enn tiltak ansikt-til-ansikt. Det er behov for mer forskning på digitale tiltak for par, både studier av effekt og av erfaring, særlig i sammenligning med fysiske tiltak.

Key messages (English)

Face-to-face sessions with a therapist or a counsellor can help couples who have developed, or are in the process of developing, relationship problems. However, face-to-face interventions will not always be accessible to all those who could need this kind of support. Digital interventions can be an alternative or a supplement for couples who for various reasons do not want to attend face-to-face therapy or counselling, individually or in a group.

We conducted a systematic review on the effects of digital interventions (examined with quantitative studies) and the experiences with digital interventions (examined with qualitative studies). Nine studies of effect and two studies of experiences were included – from the US, Canada, Australia and Switzerland. The samples consisted of couples in general, couples expecting or recently had a baby, older couples, couples in which one partner had multiple sclerosis, and couples in which one partner recently had undergone treatment for cancer.

Included studies examined seven interventions with online sessions, three interventions with telephone conferences, and one with DVD sessions. All interventions comprised training for the couple.

This systematic review indicates that digital interventions can have positive effects (small to medium) on e.g. relationship satisfaction and improved communication, compared to controls on a waiting list/no interventions. Regarding the questions about effects on digital interventions compared to face-to-face interventions, we found no clear answers. The results on the studies of experiences indicate that the intervention contributed to an improved relationship as well as an opportunity to communicate. Many participants were satisfied with the flexibility offered by the digital intervention, but the flexibility can also result in forgetting to complete the programme. The review results are probably transferable to a Norwegian context.

Title:
Digital interventions for couples with relationship problems:
a systematic review

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

Doesn't answer everything:
- No studies outside the explicit inclusion criteria
- No health economic evaluations
- No recommendations

Publisher:
Norwegian Institute of Public Health

Updated:
Last search for studies: October 2017

Peer review:
Ottar Ness (Professor, NTNU) Dimitrij Kielland Samoilow (Psychologist in private practice, Oslo)

Executive summary (English)

Background

Small and large relationship problems are common, but for some couples the problems escalate such that the relationship ends or becomes very difficult to continue. Relationship problems can seriously affect mental and physical health for the couple as well as any children. Various approaches exist when it comes to prevent, counsel or treat relationship conflicts for couples. Traditional interventions, in which the clients meet the therapist face-to-face, either as an individual couple or in a group, have been offered and evaluated for a long time. A literature review from 2012 found positive effects of both prevention and education for couples with smaller problems, and therapy for couples with greater problems. However, face-to-face interventions will not always be accessible to everybody. Digital interventions can be an alternative or a supplement for couples who live far from ordinary services, who have a reduced mobility, language difficulties, limited time, when there is a long period of waiting for traditional therapy, or for some other reasons do not want to attend face-to-face therapy or counselling, individually or in a group.

In Norway, people have good access to digital services, high confidence in these services and high digital competence. Increasingly, digital interventions are used as low-threshold services in order to prevent problems and support good physical and mental health. In this systematic review, we have defined “digital intervention” as various forms of services where professional help or support is offered in a digital format: 1) as static information on a webpage, 2) as an interactive webpage including communication with a therapist, or 3) as one-to-one communication with a therapist or counsellor via e.g. email, SMS, telephone, Skype, chat, or video link. Digital interventions can be given to a couple individually or in a group, and in combination with non-digital sessions.

Interventions for couples with relationship problems can be examined from various perspectives. In this systematic review, we summarize research on the effects of and experiences with digital interventions for couples.

Method

We conducted a systematic review in accordance with the Methods Handbook by the Division of Health Services, Norwegian Institute of Public Health. We performed a literature search in relevant databases and a search for grey literature. The search was last

updated in October 2017. Regarding questions on both effects and experiences, we planned to include systematic reviews and primary studies, as long as they examined digital interventions for couples with relationship problems, compared to face-to-face interventions or no interventions. Relevant outcomes were quality of communication and/or relationship, conflicts, quality of life, intervention satisfaction, relationship collapse, dropout from intervention, and cost-effectiveness. In qualitative studies, the relevant topic was the participants' experiences with digital interventions. Two researchers screened all titles and abstracts and then the relevant full texts in order to assess eligibility consistent with the inclusion criteria. Only primary studies met the criteria. Two researchers critically appraised the included studies for potential risk of bias (studies of effect) or methodological strength and weaknesses (studies of experiences). For the effect studies, we synthesised the results and completed meta-analyses when possible. For each finding, we considered the certainty of the evidence by using the GRADE approach. For the experience studies, we synthesised the results in a thematic analysis and considered the certainty of the findings by using the CERQual approach.

Results

We included 11 unique studies, described in 14 publications: nine studies of effect (2197 participants in total) and two studies of experience (25 participants in total). The studies were conducted in the US, Australia, Canada and Switzerland and published from 2009 to 2016. In the majority of the studies, the outcomes were measured shortly after the intervention ended. The samples consisted of couples in general, couples expecting or recently had a baby, older couples, couples in which one partner had multiple sclerosis, and couples in which one partner recently had undergone treatment for cancer.

The interventions were digital relationship programmes or intimacy programmes (the latter has more focus on intimacy and sexuality, targeting couples in which one recently had gone through cancer). Control conditions were mainly waiting list, but also face-to-face interventions and no interventions. We present three comparisons and one synthesis of experiences. Below, the most important results are summarised:

Effect of digital relationship programmes compared with waiting list

The largest comparison comprised six studies that examined the effect of relationship programmes given online or as a DVD, compared to waiting list (no intervention), for couples with relationship problems. Digital interventions have possibly a small to medium effect on improved relationship satisfaction, improved positive communication, decreased negative communication, improved conflict handling, and improved quality of life (low confidence in the documentation).

Effect of digital relationship programmes compared with meetings face-to-face

Two studies compared online and telephone-based relationship programmes with group meetings face-to-face. It is uncertain whether there is any difference between digital and non-digital interventions regarding relationship satisfaction, positive and negative communication or quality of life (very low confidence).

Effect of digital intimacy programmes compared with waiting list

Two studies compared telephone-based intimacy programmes with waiting list/no intervention for couples in which one recently had cancer. Digital interventions have possibly low or no effect on relationship satisfaction (low confidence). It is uncertain whether digital interventions have effect on relationship intimacy (very low confidence).

Experiences with digital interventions for couples

Two qualitative studies examined participants' experiences with online interventions for couples in which one recently had cancer. We summarized 18 findings on eight topics: relation, communication, insight, health service, motivation, flexibility, availability and dropout. Advantages with the programmes were e.g. a strengthened relationship (moderate confidence), strengthened communication (low confidence), and an opportunity for reflection (moderate confidence). Disadvantages or challenges were e.g. too little time to engage properly in the programme (low confidence), low motivation to work on the programme at night (low confidence), working on a computer on a personal issue (low confidence), and uneven motivation in the couple (low confidence). Many appreciated the flexibility of the digital format: the time, place, type of task and amount of work are optional (moderate confidence). Conversely, the flexibility makes it easier to forget to complete the programme sessions (moderate confidence).

Discussion

Digital interventions possibly have better effects than waiting lists, but we do not know whether they are better or poorer than the effects of face-to-face interventions. We found no reviews, systematic or non-systematic, that examined digital interventions for couples in general. However, we identified two systematic reviews on interventions targeting couples in which one had cancer. Both reviews found that digital and non-digital interventions had approximately equal effects, but that a combination probably was preferred. In our review, we identified no studies that combined these two elements (digital plus on-digital). The findings from the qualitative studies suggest that people miss the face-to-face contact when the topics are of a very personal nature.

In our appraisal of transferability to a Norwegian setting, we did not find sufficient data on the factors: access to public and free therapy or counselling; and level of digital competence. Based on knowledge of the study countries and the included samples, we do not have serious concerns regarding the transferability of results.

Conclusion

In this systematic review, we found that digital interventions for couples with relationship problems can have positive effects on several relationship outcomes, compared to be on a waiting list. The results from studies about experiences with digital interventions for couples indicate the intervention improves the relationships and communication. The participants liked the format's flexibility, but this can make it easier to forget.

The included studies do not give any clear answers on the effects of digital compared to non-digital interventions. More research on digital interventions for couples is needed, on both effects and experiences, in particular compared to non-digital interventions.

Forord

Klyngen for evaluering av tiltak (tidligere Avdeling for kunnskapsoppsummering, Seksjon for velferdstjenester) ved Folkehelseinstituttet fikk i oppdrag av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) å undersøke både effekter av og erfaringer med digitale tiltak for par og foreldre/familier med relasjonelle problemer eller ønsker om å forebygge slike. I samråd med Bufdir har vi valgt å besvare problemstillingen i to rapporter; denne rapporten oppsummerer forskning om effekter av og erfaringer med digitale tiltak for *par*, mens neste rapport oppsummerer forskning om effekter av og erfaringer med digitale tiltak for *foreldre/familier*.

Klyngen for evaluering av tiltak følger en felles framgangsmåte i arbeidet med forskningsoversikter, dokumentert i håndboka «Slik oppsummerer vi forskning». Det innebærer blant annet at vi kan bruke standardformuleringer når vi beskriver metode, resultater og i diskusjon av funnene.

Bidragstyperne

Prosjektgruppen har bestått av:

- Prosjektleder: forsker, Heid Nøkleby, Klyngen for evaluering av tiltak, FHI
- Interne prosjektmedarbeidere ved FHI: seniorforsker Gerd M. Flodgren, forsker Heather Menzies Munthe-Kaas, forsker Maryan Ahmad Said og bibliotekar Lien Ngyuen

En stor takk til eksterne fagfeller Ottar Ness (professor ved NTNU) og Dimitrij Kielland Samoilow (privatpraktiserende psykolog) som har gitt innspill til prosjektplan og rapport. Takk også til interne fagfeller Gunn Vist og Atle Fretheim for innspill til prosjektplan samt Kjetil Gundro Brurberg og Rigmor C Berg for innspill til rapport. Takk til Yunpeng Ding for statistisk bistand.

Oppgitte interessekonflikter

Alle forfattere og fagfeller har fylt ut et skjema som kartlegger mulige interessekonflikter. Ingen oppgir interessekonflikter.

Folkehelseinstituttet tar det fulle ansvaret for synspunktene som er uttrykt i rapporten.

Kåre Birger Hagen
Fagdirektør

Rigmor C Berg
Avdelingsdirektør

Heid Nøkleby
Prosjektleder

Innledning

Bakgrunn

Problemer i parrelasjoner

De fleste par opplever små eller store problemer i relasjonen i løpet av en tid. Blant de mest dramatiske konsekvensene av slike problemer er oppløsning av ekteskap eller samboerskap. Tall fra Statistisk Sentralbyrå viser at det i Norge i 2017 ble inngått 22 111 ekteskap og tatt ut 9848 skilsmisser, det vil si nesten halvparten så mange skilsmisser som ekteskap (44,5 prosent) (1). Denne andelen har vært ganske stabil de siste 20 årene.² Blant parene som skilte seg i denne perioden hadde rundt halvparten barn under 18 år, ifølge Statistisk Sentralbyrå. Vi har ikke tilsvarende tall for inngåelse og oppløsning av samboerskap, men andre studier tyder på at oppløsningsgraden er klart høyere blant samboere, også blant samboere med barn (3).

Annen forskning har undersøkt utviklingen av problemer som fører til brudd. En norsk longitudinell studie fulgte 500 mødre fra barna var 1½ til 18 år (4). Resultatene viste at de som skilte seg i løpet av undersøkelsesperioden, tidlig rapporterte om problemer i relasjonen. Mødre som fortalte at hun og partneren kritiserte hverandre hyppig, hadde økt risiko for samlivsbrudd før barna var åtte år. Også andre faktorer viste sammenheng med tidlige samlivsbrudd, som lav alder hos mor, dårlig økonomi og flere belastninger knyttet til bolig, arbeid og helse. Å oppleve liten støtte fra partneren var forbundet med samlivsbrudd gjennom hele perioden (ibid.).

Amerikansk forskning over flere tiår av John M. Gottman og kolleger har identifisert fire mekanismer som ser ut til å føre til konflikter og relasjonsbrudd: kritikk, forakt og manglende respekt, selvforsvar (defensivitet), samt emosjonell tilbaketrekking (5;6). Gottman kaller dem *apokalypsens fire ryttere*, veien til relasjonelle vansker. En norsk kunnskapsoppsummering fant at i parrelasjoner med høyt konfliktnivå er konflikten ofte personorienterte og fiendtlige (7). Samhandlingen er oftere preget av «bebreidelser, fiendtlighet og manglende evne til å se og ta ansvar for sin egen rolle i konflikteskaperingen» enn ved mindre konflikter (ibid., side 6).

² En annen studie av skilsmisseraten gjennom siste 128 år viser en markant nedgang i andelen skilsmisser i Norge de siste ti årene (2). Andelen ekteskap som endte i skilsmisse i perioden 1886 til 2013 steg jevnt frem til 1984, men har deretter sunket. Det er en økende andel par som skiller seg senere i livet (ibid.).

Konsekvenser av problemer i parrelasjoner

Problemer i en parrelasjon kan ha negative konsekvenser for partenes psykiske og fysiske helse samt for eventuelle barn. Dette viser forskning på flere felt, i mange land og over lang tid.

I en omfattende og relativt ny systematisk oversikt undersøkte forskerne forholdet mellom relasjonell kvalitet i ekteskap og ulike mål på *fysisk* helse (8). Selv om det var noe sprikende resultater mellom studiene, viste oversikten at bedre relasjonell kvalitet i parforholdet er koblet til bedre fysisk helse, uavhengig av både studiedesign³, hvordan relasjonell kvalitet var målt og publikasjonsår (siste 50 år). Ikke alle somatiske helsemål viste en sammenheng; blant de som gjorde var hjertekarsykdommer og død.

Studier har også undersøkt betydningen av kvaliteten på relasjoner i parforholdet og *psykisk* helse. En forskningsgjennomgang fra 2010 inkluderte prospektive studier og fant sammenhenger mellom problemer i parrelasjonen og senere utvikling av blant annet rusmiddelproblemer, stemningslidelser og angstlidelser (9). Én studie tydet også på at kvaliteten i parrelasjonen har betydning for tilfriskning ved psykiske lidelser (ibid.).

Assosiasjoner mellom problemer i parrelasjonen og fysisk eller psykisk helse kan gå begge veier; dårlig psykisk eller fysisk helse kan skape store relasjonelle utfordringer (se f.eks. (10)).

Problemer i parrelasjonen kan også få konsekvenser for barn i familien. Når store problemer utvikles i et parforhold, innebærer det fare for psykiske vansker hos barn enten paret holder sammen eller går fra hverandre (11). En norsk kunnskapsoversikt fra 2012 fant at «studier både i og utenfor Norden tyder på at foreldrekonflikt er assosiert med høyere nivå av depresjon, angst og aggresjon, selvskadende atferd og lavere selvtillit blant barn og ungdom», men at det er store variasjoner knyttet til typen konsekvens, konfliktens karakter og egenskaper ved barnet ((12), side 8).

Også nyere *systematiske* oversikter har sett på betydningen av foreldrekonflikter for barn og funnet negative konsekvenser for tilknytning (13) samt for angst og depresjon (14).

³ Tverrsnittstudier viser assosiasjoner mellom variabler, mens longitudinelle studier kan vise retning på assosiasjonene, det vil si årsaksforhold.

Veiledning og terapi for par

Tiltak for ulike problemomfang

For å forebygge, veilede eller behandle relasjonelle konflikter hos par finnes det ulike tilnærminger. Disse kan ses som et kontinuum av tiltak, men vi skiller her mellom to typer: forebygging og behandling.

1. Tiltak for par som vil forebygge problemer eller som har relativt små problemer. Dette vil som oftest bestå av *veiledning*, på engelsk ofte kalt *Relationship and Marriage Education*, RME (15) eller *Couple and Relationship Education*, CRE (16). Ponzetti definerer veiledning eller utdanning av par (RME) på denne måten i en ny bok (15):

The primary goal of RME (Relationship and marriage education) is to enrich or enhance close relationships and prevent relationship dissatisfaction or distress. RME realizes this goal by addressing relationship choices and challenges before problems become entrenched and destructive, or relationships move toward dissolution. (...) Such instruction involves gaining, knowledge, exploring attitudes and values, and/or developing skills. ((15), side x).

Bevissthet rundt uheldige konsekvenser av relasjonsproblemer i paret har bidratt til et økende fokus på forebygging av relasjonelle problemer i paret. Et eksempel på denne typen program, også utbredt i Norge, er PREP (*Prevention and Relationship Enhancement Program*), et «forebyggende og samlivsstyrkende program» (17).⁴ Personer som gir denne type tiltak eller kurs vil gjerne kalles en *veileder*.

2. Tiltak for par som allerede har moderate til store problemer vil bære mer preg av *terapi* (behandling), på engelsk *Couples' therapy*. Her finner vi for eksempel emosjonsfokusert parterapi (18;19), kognitiv parterapi (20) og Gottmans parterapi (6). (Det ligger utenfor denne oversikten å gi en oversikt over ulike teoretiske modeller for parterapi, men en ny, norsk bok, en antologi, gjør nettopp dette: Håndbok i parterapi fra 2017 (21)). Denne type tiltak gis av en *terapeut* (behandler).

Tradisjonelle tiltak, ansikt-til-ansikt

Tradisjonelle, fysiske tiltak, der veileder eller terapeut møter enkeltpar eller grupper ansikt-til-ansikt, har vært gitt og evaluert i lang tid. En systematisk oversikt fra 2008 (22) undersøkte effekten av veiledning for par (*Marriage and relationship education*) i 117 studier. Utfallsmålene var kvaliteten på relasjonen og kommunikative ferdigheter. Samlede resultater viste fra små til middels effekter for kvalitet på relasjonen og kom-

⁴ Andre eksempler på norske samlivskurs som drives av familivernet er *Godt samliv* (for førstegangsforeldre), *Hva med oss?* (for par med barn som har nedsatt funksjonsevne, fysiske eller psykiske vansker eller kronisk sykdom), *Hva med meg?* (for aleneforeldre) og *Bufferkurs* (for par som har vært sammen lenge).

munikative ferdigheter. Mer omfattende programmer viste større effekter enn begrensede programmer gjorde. En stor majoritet av deltakerne var hvite, middelklasse, gifte par uten alvorlige relasjonelle problemer (ibid.).

En litteraturoversikt fra 2012 fant at både forebygging eller opplæring for par med mindre problemer (*couple relationship education*) og terapi for par med større problemer (*couple therapy*) hadde klare positive effekter (23). I følge oversikten så det ut til at parene med størst problemer hadde minst effekt av parterapi.

I en oversikt fra 2015 oppsummerte forfatterne 38 studier om effekten for lavinntektsgrupper (16). Resultatene viste en liten men positiv effekt på kvalitet på relasjonen, kommunikasjon og aggresjon. Det var noe sterkere effekter for par som var gift, par som hadde noe bedre økonomi («*near-poor*») og par med større relasjonelle problemer.

Ikke alle får hjelp

Tradisjonelle tiltak der en eller begge parter i paret møter veileder eller terapeut ansikt-til-ansikt, enten individuelt eller i gruppe, vil ikke alltid nå frem til alle som har behov for denne typen støtte eller hjelp. De offentlige helse-, omsorgs- og velferdstjenestene skal i prinsippet gi et likeverdig tilbud til alle innbyggere i Norge, men i praksis er for eksempel lang reisevei til denne type tjenester en hindring for mange. Det kan være urealistisk for par å komme til veiledning eller terapi før problemene vokser seg store, hvis stedet der de kan få hjelp ligger langt unna. Digitale tiltak kan være et viktig alternativ eller supplerende tilbud for par som har behov for relasjonsveiledning eller terapi. Digitale tiltak vil også kunne være et alternativ eller supplement for personer med nedsatt funksjonsevne, språkproblemer, begrenset tid, ved lang ventetid for tradisjonell terapi/veiledning, skepsis til tradisjonell terapi/veiledning, eller som med bakgrunn i andre årsaker ikke kan eller vil møte opp ansikt-til-ansikt hos en terapeut, på et kurs eller en gruppesamling.

Digitale tiltak

Digitalt samfunn

Norge ligger på verdenstoppen når det gjelder digitalisering av samfunnet, målt på over 100 utfall (24). Norge har, sammen med noen få andre land, høy tillit til digitale systemer og, på samme tid, engasjert digital atferd, såkalt høy tillits-likevekt (*High Trust Equilibrium*, ibid.).

Den digitale kompetansen er også høy i den norske befolkningen sammenlignet med andre land, selv om kompetansen ikke er jevnt fordelt. Tall fra SSB viser at 59 prosent av nordmenn mellom 16 og 34 år har gode digitale ferdigheter, mens i aldersgruppen 55-74 år omfatter dette kun 24 prosent (25). Det er i tillegg sammenheng mellom digitale ferdigheter og utdanningsnivå, både i Norge og i Europa generelt. Nordmenn med ungdomsskole som høyeste utdanning, har dårligere digitale ferdigheter enn nordmenn med høyere utdanning, men bedre ferdigheter enn den gjennomsnittlige europeer med

ungdomsskoleutdanning. Førti prosent av nordmenn med ungdomsskoleutdanning har gode ferdigheter, og 31 prosent har mangelfulle ferdigheter. I EU har bare 14 prosent med lav utdanning gode digitale ferdigheter (ibid.).

Det finnes altså god tilgang på digitale tjenester, høy tillit til disse tjenestene og (relativt) høy digital kompetanse i Norge.

Digitale tiltak blir i økende grad brukt som lavterskeltilbud for å forebygge problemer og støtte god helse (se f.eks. (26)). Oversiktsstudier har funnet at nettbaserte tiltak kan være nyttige for depresjon (27) og angst (28).

Digitale tiltak for par

I denne systematiske oversikten har vi definert *digitale tiltak* som ulike former for tjenester der det tilbys faglig hjelp eller støtte i et digital format (29-31), enten:

- statisk informasjon på en nettside (eller applikasjon/app) der brukeren leser og henter ut informasjon eller følger et program/kurs;
- interaktiv nettside der man kommuniserer med en terapeut/veileder; eller
- én-til-én-kommunikasjon med en terapeut/veileder på epost, sms, skype/telefon, chat, videolink, e.l.

Terapi eller veiledning på digitale arenaer kan gis individuelt, til par individuelt eller i gruppe, samt i kombinasjon med ikke-digitale, ansikt-til-ansikt-møter.

I denne sammenhengen er det også relevant å se på digitale tiltak sammenlignet med ingen tiltak, særlig gjelder dette forebyggende tiltak, fordi alternativet for personer som ikke har lett tilgang på dette, ofte er nettopp ingen tilbud.

Georgia (28) skiller mellom fire nivåer av digitale programmer rettet mot par:

- Utdanning/råd (*education/advice*): for eksempel rettet mot gravide for å være i forkant av problemene, ofte videoer, artikler eller nettsider
- Vurdering/tilbakemelding (*assessment/feedback*): program som gir tilbakemelding til paret om deres styrker og svakheter, basert på omfattende spørreskjemaer, for par med ulike grader av problemer
- Styrking (*enrichment*): mer tidkrevende, fokus på undervisning av kommunikative ferdigheter, strategier for problemløsning eller forsterke positive kvaliteter i relasjonen, for par med midle til moderate problemer
- Tiltak (*intervention*): tidskrevende og rettet mot par som allerede har utviklet moderate til alvorlige problemer

Det er ikke vanntette skott mellom disse nivåene. men de beskriver dreininger i fokus, målgruppe og intensitet.

Fordeler med digitale tiltak

Det kan være mange fordeler med digitale fremfor ansikt-til-ansikt-tiltak. Digitale tjenester eller tiltak antas å gi økt dekning og tilgang, kostnadseffektivitet, fleksibilitet og

anonymitet (se f.eks. (32)). Terapeutiske tjenester eller tiltak på nett vurderes også til å være mindre stigmatiserende og, særlig for menn ser det ut til, mer akseptable (ibid.).

Internasjonal litteratur om veiledning og terapi for par har pekt på sosioøkonomiske forskjeller når det gjelder hvem som oppsøker og deltar i slik programmer (se f.eks. (22;28)). Muligens kan digitale tiltak bidra til utjevning av slike forskjeller fordi terskelen både økonomisk og sosialt kan bli lavere.

Ulemper med digitale tiltak

Det er også mulige utfordringer eller ulemper knyttet til digitale tjenester og tiltak. Som beskrevet i avsnitt over, er det fremdeles forskjeller i digital kompetanse knyttet til både alder og utdanning, der høy alder og lav utdanning utgjør barrierer. Brukere må ha tilgang til teknologi og oppkobling til en linje som er privat og sikker. Dette kan ekskludere personer som er dårlig økonomisk stilt, personer med dårlige leseferdigheter eller med dårlig syn (32). Slike problemer kan la seg løse men krever oppmerksomhet.

Digitale tiltak kan også være forbundet med høyere frafall sammenlignet med fysiske tiltak, samt en mer «teknisk» og mindre personlig tilnærming, men dette er fremdeles empiriske spørsmål. Kanskje vil det også være noen typer veiledning eller terapi med spesifikke teoretiske tilnærminger som er bedre egnet til digitale tiltak enn andre.

Effekter og erfaringer

Tiltak kan studeres fra ulike perspektiver. I denne systematiske oversikten ønsket vi å undersøke *effekt* av digitale tiltak (målt med kvantitative effektstudier) samt *erfaringer* med digitale tiltak (målt med kvalitative studier). Effektspørsmålet søker svar på hvorvidt terapi/veiledning på digitale arenaer gir bedre, tilsvarende eller dårligere resultater på ulike utfallsmål, sammenlignet med ingen tiltak eller tiltak som ikke er gitt digitalt eller i mindre grad er gitt digitalt. Erfaringsspørsmålet søker svar på brukernes opplevelser: hva brukerne sier om fordeler, ulemper, nytte og utfordringer med terapi eller veiledning i et digitalt format. Dette vil kunne utdype, forklare og forsterke resultatene på effektspørsmålet (33;34).

Forskningsspørsmål

I vår systematiske oversikt er forskningsspørsmålet: Hva er effekter av og erfaringer med digitale tiltak for par som har problemer i relasjonen eller vil forebygge dette? (Som nevnt i forordet vil spørsmålet *Hva er effekter av og erfaringer med digitale tiltak for foreldre/familier?* besvares i neste rapport.)

Metode

Vi har laget denne systematiske oversikten basert på metodeboken «Slik oppsummerer vi forskning» fra Område for helsetjenester, Folkehelseinstituttet (35). Metodeboken bygger igjen på internasjonale veiledere for utarbeidelse av systematiske oversikter, f.eks. *Cochrane Handbook* (33). I tillegg har vi støttet oss til veiledning for oversikter over kvalitative studier (36). Oversikten er gjennomført i tråd med prosjektplanen (se vedlegg 1).

Litteratursøk

Bibliotekar Lien Nguyen utarbeidet søkestrategi og utførte søkene, og bibliotekar Elisabeth Hafstad fagfellevurderte. Søkene er utarbeidet med tanke på å fange opp alle relevante studier som oppfyller inklusjonskriteriene for tiltak, studiedesign og år, for både populasjonen *par* og populasjonen *foreldre*. I den foreliggende rapporten beskrives og analyseres kun studier av populasjonen par. Vi avsluttet søket i oktober 2017.

Vi søkte etter publiserte primærstudier og systematiske oversikter i følgende databaser:

- OVID-basene MEDLINE, EMBASE og PsycINFO
- Cochrane Library (CDSR, DARE, CENTRAL, HTA og protokoller)
- CINAHL (Ebsco)
- ERIC (Ebsco)
- Web of Science Core Collection
- Sociological Abstracts og Social Services Abstracts (ProQuest)
- Epistemonikos
- SveMed+

I tillegg har vi søkt etter planlagte systematiske oversikter i PROSPERO og POP-databasen. Vi har søkt i både kontrollerte emneord samt ord i tittel og sammendrag som i best mulig grad beskriver populasjonen (eks. *couples therapy*) og intervensjonen (eks. *Internet, telephone*).

Videre har vi søkt i Campbell Library, Norart (base for nordiske tidsskrifter), Google og Google Scholar etter såkalt grå litteratur som ikke er publisert i ordinære databaser. Prosjektgruppen har også gjennomgått referanselister og hatt kontakt med fagpersoner på feltet for å identifisere studier som ikke er fanget opp i databasesøkene samt eventuelle pågående studier.

Vedlegg 2 inneholder den fulle søkestrategien i databasene for søk til begge rapporter samt tilleggssøkene i grå litteratur for studiene om par.

Kriterier for inklusjon og eksklusjon

Nedenfor presenteres kriteriene vi brukte for inklusjon og eksklusjon da vi vurderte mulige relevante studier av effekter av og erfaringer med digitale tiltak for par. (Se vedlegg 3 for ordliste.)

Kriterier for inklusjon av studier	
<i>Populasjon</i>	<ul style="list-style-type: none">• Par der én eller begge parter ønsker hjelp for milde til moderate problemer i parforholdet, eller ønske om å forebygge slike problemer, konflikter eller få hjelp til bedre kommunikasjon
<i>Tiltak</i>	<ul style="list-style-type: none">• Digital terapi/veiledning for par (se definisjon i innledningskapittelet)• Digital og ikke-digital terapi/veiledning for par gitt kombinert (f.eks. noen ansikt-til-ansikt-møter og digital kommunikasjon mellom møtene), der den digitale delen utgjør minst 50 prosent av tiltaket (sammenlignet med noen ansikt-til-ansikt-møter)⁵
<i>Kontroll</i>	<ul style="list-style-type: none">• Ingen veiledning/tilbud• Ikke-digitale tiltak (ansikt-til-ansikt-tiltak)• Tiltak som hovedsakelig er ikke-digitale (mindre enn 50 prosent)
<i>Utfall</i>	<ul style="list-style-type: none">• Effekt<ul style="list-style-type: none">- <i>Primært utfall:</i><ul style="list-style-type: none">- Kvalitet på kommunikasjon/relasjon mellom par- <i>Sekundære utfall:</i><ul style="list-style-type: none">- Konfliktnivå- Livskvalitet- Fornøydhet med tiltaket- Brudd/ikke brudd- Frafall fra program/tiltak- Kostnadseffektivitet• Erfaringer<ul style="list-style-type: none">- Deltakeres erfaringer med digitale tiltak
<i>Studie-design</i>	<ul style="list-style-type: none">• Effekt<ul style="list-style-type: none">- Systematiske oversikter- Randomiserte kontrollerte studier- Ikke-randomiserte kontrollerte studier- Kontrollerte før-og-etter-studier- Avbrutte tidsserier m/minst 3 målepkt. før tiltaket og 3 etter- Registerstudier med matchede kontroller- Kohortstudier med kontrollgruppe

⁵ Den digitale andelen måtte være minst 50 prosent sett i forhold til den ikke-digitale andelen. Kriteriet sier imidlertid ikke noe om forholdet mellom leksjoner (digitale eller ikke-digitale) og egenaktivitet som øvelser, diskusjoner eller oppgaver.

	<ul style="list-style-type: none"> • Erfaringer hos par <ul style="list-style-type: none"> - Systematiske oversikter over kvalitative studier - Kvalitative studier (kvalitativ datainnsamling og analyse)
<i>Språk</i>	Engelsk, norsk, svensk, dansk. For kvantitative studier også finsk, tysk, fransk, spansk, nederlandsk, islandsk. Andre språk ble vurdert for oversettelse
<i>År</i>	Vi ville inkludere kun systematiske oversikter av høy eller moderat metodisk kvalitet, vurdert med <i>Området for helsetjenesters sjekklister for systematiske oversikter</i> og fra siste 5 år (2012 eller senere). Primærstudier inkluderes fra siste 10 år (publisert 2007 eller senere).

Vi ekskluderte studier som undersøkte tiltak rettet mot særgrupper av par som har egne, store problemer.

Kriterier for eksklusjon av studier	
<i>Populasjon</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Par med egne store problemer, f.eks. dårlig psykisk helse, forhøyet rusmiddelbruk eller sinneløshet/vold
<i>Studiedesign</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Effekt <ul style="list-style-type: none"> - Ikke-kontrollerte studier, kasus-kontroll studier, kvalitative studier

Ganske snart etter oppstart av referanselesing ble det tydelig at det var behov for ytterligere spesifisering av inklusjonskriteriene i samarbeid med oppdragsgiver, fordi det dukket opp studier med innhold som ikke var tilstrekkelig diskutert i forkant (eksempler i tabell 1). Vi hadde derfor samtaler med oppdragsgiver som ledet til en liste med nærmere spesifiseringer:

Tabell 1. Presiseringer av kriterier for inklusjon og eksklusjon

<p>Inkluderes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Studier der tiltaket inneholder f.eks. først gruppemøter og deretter telefonmøter, dersom sistnevnte utgjør minst 50 prosent av tiltaket (f.eks. like mange ganger), men kun hvis sammenligningen inneholder mindre av det digitale - Studier der det digitale tiltaket er telefonterapi/støtte - Studier der det digitale tiltaket er filmsnutter på DVD (overførbart til nettsammenheng) - Studier som handler om støtte til par som har mistet et barn - Studier av relasjonelle tiltak for par – med utgangspunkt i at den ene parten har hatt brystkreft, rektalkreft, prostatakreft eller andre krefttyper som man tenker særlig påvirker den intime/seksuelle relasjonen <p>Ekskluderes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Studier som sammenligner videomateriale med skriftlig tekstmateriale

Artikkelutvelging

To forskere (HN og enten GF, MS eller HMK) gikk uavhengig av hverandre gjennom alle titler og sammendrag og deretter artikler i fulltekst, for å vurdere relevans i henhold til kriteriene for inklusjon. Uenighet ble løst ved diskusjon eller ved konsultasjon med en tredje forsker. Alle referansene fra søk i databasene ble lest i referansehåndteringsprogrammet Rayyan (37).

Alle ekskluderte studier som ble lest i fulltekst er presentert med begrunnelse i vedlegg 4. Denne listen kan gi tips om litteratur som kan være nyttig for oppdragsgiver.

Metoder for vurdering av studiene

Studier av effekt

For å vurdere de inkluderte kvantitative studienes risiko for systematiske skjevheter, benyttet vi *Cochrane Risk of Bias Tool* ((33), kapittel 8.5) for randomiserte kontrollerte studier og *EPOC Risk of bias* (38) for ikke-randomiserte kontrollerte studier. Vurdering av risiko for skjevheter (*risk of bias*) består for RCTer av sju punkter: (i) randomiseringsprosedyren, (ii) allokeringprosedyren (var fordelingen på grupper i praksis skjult), (iii) blinding av deltakere og personell, (iv) blinding av utfallsmålere, (v) håndtering av frafall, (vi) selektiv rapportering og (vii) eventuelle andre risiko for skjevheter. For ikke-randomiserte kontrollerte studier vurderes i tillegg fordelingsprosedyren, ulikheter ved gruppene ved oppstart med hensyn til utfallsmål eller egenskaper, samt mulige smitteeffekter mellom gruppene (at tiltaket også delvis tilfaller kontrollgruppen) – i alt ni punkter. Vurderingen ble gjort av to forskere (HN og GF/MS) og uenighet løst ved diskusjon.

Studier av erfaring

Når det gjaldt de kvalitative studiene brukte vi en tilpasset versjon av *CASP Qualitative Checklist* for å vurdere metodologisk sterke og svake sider (39). Sjekklisten inneholder 10 spørsmål: (i) klar målformulering; hensiktsmessighet ved (ii) kvalitativ metode, (iii) forskningsdesign, (iv) rekruttering og (v) datainnsamling; vurdering av (vi) relasjon mellom forsker og deltakere og av (vii) etiske hensyn; kvalitet i (viii) analyse og (ix) beskrivelse av funn; samt (x) en vurdering av om studien gir verdifull forskning. Også denne vurderingen ble gjort av to forskere (HN og MS) og uenighet løst ved diskusjon.

Vurderingene er beskrevet for hver enkelt av studiene i tabellene i vedlegg 5, *Inkluderte studier*.

Uttrekk av data

Prosjektleder hentet ut data fra de inkluderte studiene og prosjektmedarbeiderne gikk gjennom datauttrekkene for å sikre at all relevant informasjon var kommet med og er

korrekt gjengitt (GF/MS). Vi brukte TIDieR-sjekklisten (40) som utgangspunkt for uttrekk av data. Aktuelle data var: tittel, førsteforfatter, år, design/metode, kjennetegn ved utvalget (inkludert rekruttering), tiltak og sammenlikninger, oppfølgingsperiode, relevante utfall/spørsmål og resultater. I de kvalitative studiene kan *resultater* være hentet fra studiens egen resultatdel, men også fra diskusjon, oppsummering eller andre deler. I tillegg ekstraherte vi mer detaljerte data om tiltakene (jfr TIDieR).

I tråd med TRANSFER tilnærming (41), var planen å hente ut data knyttet til forhåndsdefinerte faktorer som kan påvirke overførbarhet fra internasjonale studier til en norsk kontekst. TRANSFER er et rammeverk under utvikling som skal bidra til en systematisk og transparent vurdering av overførbarhet. I korthet innebærer rammeverket at oversiktsforfattere i samarbeid med oppdragsgivere og fageksperter identifiserer faktorer som kan påvirke funnenes overførbarhet. Et antall faktorer prioriteres og relevant informasjon ekstraheres fra studiene. Deretter gjøres analyser og vurderinger av hvordan dette kan påvirke overførbarheten for ett eller flere utfall i oversikten.

I samarbeid med oppdragsgiver identifiserte vi faktorer som kan ha betydning for overførbarhet til norsk kontekst: 1) tilgang på offentlig/gratis samlivsterapi/veiledning, og 2) nivå på generell digital kompetanse. Begge disse faktorene var knyttet til både til deltakerne konkret og det landet eller den kulturen de kommer fra. I følge planen skulle vi så langt det var mulig hente ut data om disse faktorene, enten fra selve studiene eller fra andre kilder slik at analyser kunne avgjøre om de påvirker effekten av tiltakene (ibid.). Denne informasjonen viste seg imidlertid å være vanskelig tilgjengelig av flere grunner. Artiklene inneholdt ikke denne type opplysninger om deltakerne. Videre har vi kun informasjon om land, eventuelt stat, som studien er gjennomført i. Dette er ikke tilstrekkelig ettersom de digitale tiltakene kan inkludere deltakere fra svært ulike deler av landet eller staten, og vi kan ikke lene oss på generell informasjon om f.eks. utdanningsnivå, by vs. land eller tilgang på terapi eller veiledning. Vi har likevel en diskusjon av overførbarhet i diskusjonskapittelet, blant annet med utgangspunkt i disse faktorene.

Vi presenterer informasjon om studiene sammen med vurdering av studiene (risiko for skjjevheter/ metodologisk sterke og svake sider) i tabellform i vedlegg 5, sortert etter type studie (effekt, erfaringer) og deretter alfabetisk etter førsteforfatter.

Analyser

Forskningsspørsmålene i denne systematiske oversikten er knyttet til både effekt og erfaringer. I det følgende beskrives analytisk tilnærming. (Se også ordliste i vedlegg 3.)

Studier av effekt

I systematiske oversikter vektlegges effekt på gruppenivå, altså hva den gjennomsnittlige effekten i gruppen vil være. Effektstørrelser kan regnes ut på flere måter; her benytter vi gjennomsnittlig forskjell (MD) og standardisert gjennomsnittlig forskjell

(SMD). SMD tilsvarende *Cohens d* og kan vise liten effektstørrelse=0,2, medium effektstørrelse=0,5 eller stor effektstørrelse=0,8 (42). Effektstørrelsene er hentet fra studiene eller regnet ut av oss. I noen av studiene (merket med fotnote ved resultatene) har forfatterne rapportert en annen effektstørrelse enn vi fant, hvilket sannsynligvis handler om ulike typer statistiske utregninger, f.eks. analyser der flere variabler er tatt i betraktning. Vi rapporterer våre egne utregninger ettersom det er disse vi kan sammenligne.

Når flere studier har målt samme utfall i en sammenlikning, og vi har vurdert at studiene er tilstrekkelig like med hensyn til design, populasjon, tiltak, kontrolltiltak og utfallsmål, har vi slått resultatene sammen i en metaanalyse (*random-effects*-modell) (43). Vi har gjennomført metaanalyser ved hjelp av Revman 5 fra Cochrane (44). Samlet effektstørrelse er presentert som standardisert gjennomsnittlig forskjell (SMD).

Noen av de inkluderte studiene rapporterte resultater separat for kvinner og menn (45-48). To grupper fra samme studie som får samme tiltak vil sannsynligvis få noe lik effekt, de er ikke uavhengige. Å inkludere begge grupper i samme metaanalyse vil derfor gi unaturlig presise resultater (33;43). Studiene oppga ingen korrelasjonskoeffisienter, så det var ukjent hvor sterkt korrelerte gruppene var. Vi fant heller ikke andre studier som kunne bidra til avgjørelsen om styrken på korrelasjonen. På bakgrunn av dette foretok vi sensitivitetsanalyser og testet ulike korrelasjonskoeffisienter mellom 0 og 1, dvs. fra ingen avhengighet til full avhengighet. I metaanalysene presenterer vi et samlet resultat for gruppen, utregnet med en koeffisient lik 0,5 som innebærer at vi antar parene er dels avhengige og dels uavhengige. Resultatene av de øvrige sensitivitetsanalyser er gjengitt i vedlegg 6. Vi testet også ut resultatet hvis vi kun inkluderte den ene gruppen, dvs. kun kvinner eller menn. Disse resultatene finnes også i vedlegg 6.

Studier av erfaringer

Resultatene fra de kvalitative studiene ble sammenstilt analytisk i form av en tematisk syntese (34;49-52). Tematisk syntese innebærer tre trinn: detaljert koding av tekst, utvikling av deskriptive tema, samt utvikling av analytiske temaer (51). Dette gir en eksplisitt og transparent kobling mellom teksten i de opprinnelige studiene og konklusjonene i den systematiske oversikten (ibid). Hovedforfatter gjennomførte koding av de inkluderte studiene og diskuterte disse med to medarbeidere (MS og HMK). Data som ble kodet var en setning eller et avsnitt i artikkelteksten, mens sitater fra deltakerne kunne brukes til å belyse disse. Listen over koder ble utviklet underveis.

Integrert analyse

De kvantitative studiene måler i hovedsak endring på ulike relasjonsmål – samt i noen grad fornøydhet med tiltaket. De kvalitative studiene undersøker fordeler, ulemper, nytte, anvendbarhet og forbedringspunkter ved tiltakene. Vi inkluderte ingen studier som omfattet kvantitative og kvalitative data knyttet til samme tiltak, men vi forsøker å se resultatene fra de inkluderte studiene i sammenheng.

Vurdering av tillit til dokumentasjonen

Studier av effekt

Vi benyttet GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) for å vurdere hvor mye tillit vi har til resultatene når det gjelder studiene av effekt (53). To forskere gjennomførte graderingen; HN graderte og GF kontrollerte. Uenighet ble løst ved diskusjon, eventuelt konsultasjon med en tredje forsker.

Skalaen i GRADE går fra høy tillit til svært lav tillit. Studiedesign er startpunkt for graderingen. Randomiserte kontrollerte studier begynner på høy tillit og observasjonsstudier (alle andre design) begynner på lav tillit. Dette skyldes at ved RCTer har vi på grunn av randomiseringen langt større kontroll på konfunderende variabler som kan påvirke resultatet. Samlet sett kan følgende fem faktorer resultere i nedgradering, altså lavere tillit til resultatene (53):

- Studiedesign (randomiserte kontrollerte studier eller observasjonsstudier)
- Konsistens (samsvar mellom studiene, likhet i effekt)
- Direkthet (hvor samsvarende er utvalg, tiltak, mm. med forskningsspørsmålet)
- Presisjon (hvor sterke og presise er resultatene)
- Rapporteringsskjvheter (manglende rapportering av utfall/publikasjoner)

På denne bakgrunn gjøres en samlet vurdering av den helhetlige kvaliteten på dokumentasjonen, kategorisert som høy, moderat, lav eller svært lav tillit. GRADE-kategoriene defineres som følger:

Kvalitet	Symbol	Betydning
Høy	⊕⊕⊕⊕	Vi har stor tillit til at effektestimater ligger nær den sanne effekten.
Moderat	⊕⊕⊕○	Vi har moderat tillit til effektestimater: det ligger sannsynligvis nær den sanne effekten, men det er også en mulighet for at det kan være forskjellig.
Lav	⊕⊕○○	Vi har begrenset tillit til effektestimater: Den sanne effekten kan være vesentlig ulik effektestimater.
Svært lav	⊕○○○	Vi har veldig liten tillit til at effektestimater ligger nær den sanne effekten.

Det er også mulig å oppgradere tillit til resultater fra observasjonsstudier (ikke-RCTer). Følgende tre faktorer kan resultere i oppgradering, altså høyere tillit til resultatene (gjelder kun der det er flere samsvarende observasjonsstudier som ikke allerede er nedgradert):

- Sterke eller veldig sterke sammenhenger mellom tiltak og utfall
- Store eller veldig store dose–responseeffekter
- Alle forvekslingsfaktorer ville ha redusert effekten

GRADE-vurderinger av alle resultater er presentert i oppsummeringstabeller etter hver sammenligning og i mer detaljerte profiltabeller i vedlegg 7.

Studier av erfaring

Når vi vurderer tillit til resultatene i kvalitative studier bruker vi GRADE-CERQual, en systematisk og transparent vurdering som i GRADE, men tilpasset kvalitativ forskning (54). Skalaen i CERQual er også firedelt og går fra høy til svært lav tillit, men vurderingen er basert på andre momenter. Vurdering av tillit til hvert resultat (hvert funn i oversikten) er basert på følgende fire komponenter (54;55):

1. Metodologiske begrensninger ved studiene (*methodological limitations component*): I hvilken grad er det bekymringer knyttet til studiedesign eller gjennomføring av de primærstudiene som bidrar til et syntetisert funn?
2. Relevans med hensyn til forskningsspørsmål (*relevance component*): I hvilken grad er primærstudiene i tråd med forskningsspørsmålet når det gjelder perspektiv, populasjon, fenomen, setting? Et funn kan være *delvis* relevant dersom studiene som bidrar til funnet kun omfatter en undergruppe av populasjonen i forskningsspørsmålet eller *indirekte* relevant ved å inkludere erfaring med et annet, lignende tiltak.
3. Sammenheng mellom det syntetiserte funnet i oversikten og funnene i primærstudiene (*coherence component*): I hvilken grad er funnet i oversikten vel fundert i primærstudiene og gir en overbevisende forklaring på mønstre som ses i disse? Deskriptive funn vil ofte ha sterkere støtte i data, mens teoretiske funn er løsere fundert.
4. Omfang og dybde av data (*adequacy component*): I hvilken grad er det dybde og omfang av data i primærstudiene som støtter opp under hvert funn i oversikten? *Omfang* viser til antall studier og studieobjekter, mens *dybde* referer til tykke (versus tynne) beskrivelser, det vil si hvor fylldige fremstillinger som gis av et fenomen.

For hver av de fire komponentene i CERQual kan vi ha ulik grad av betenkeligheter (*concerns*), det vil si ingen betenkeligheter, små betenkeligheter, moderate betenkeligheter eller alvorlige (*serious*) betenkeligheter. Etter vurdering av disse fire komponentene, ser vi vurderingene under ett for hvert funn i oversikten og ender opp med en tillitsvurdering: svært lav tillit, lav tillit, moderat tillit eller høy tillit.

CERQual-vurderingene presenteres under resultatrapporteringen av de kvalitative funnene, samt i en mer detaljert tabell i vedlegg 7.

Etikk

Vi har ikke vurdert etiske sider ved digitale tiltak for relasjonsproblemer; det var ikke en del av oppdraget.

Resultater

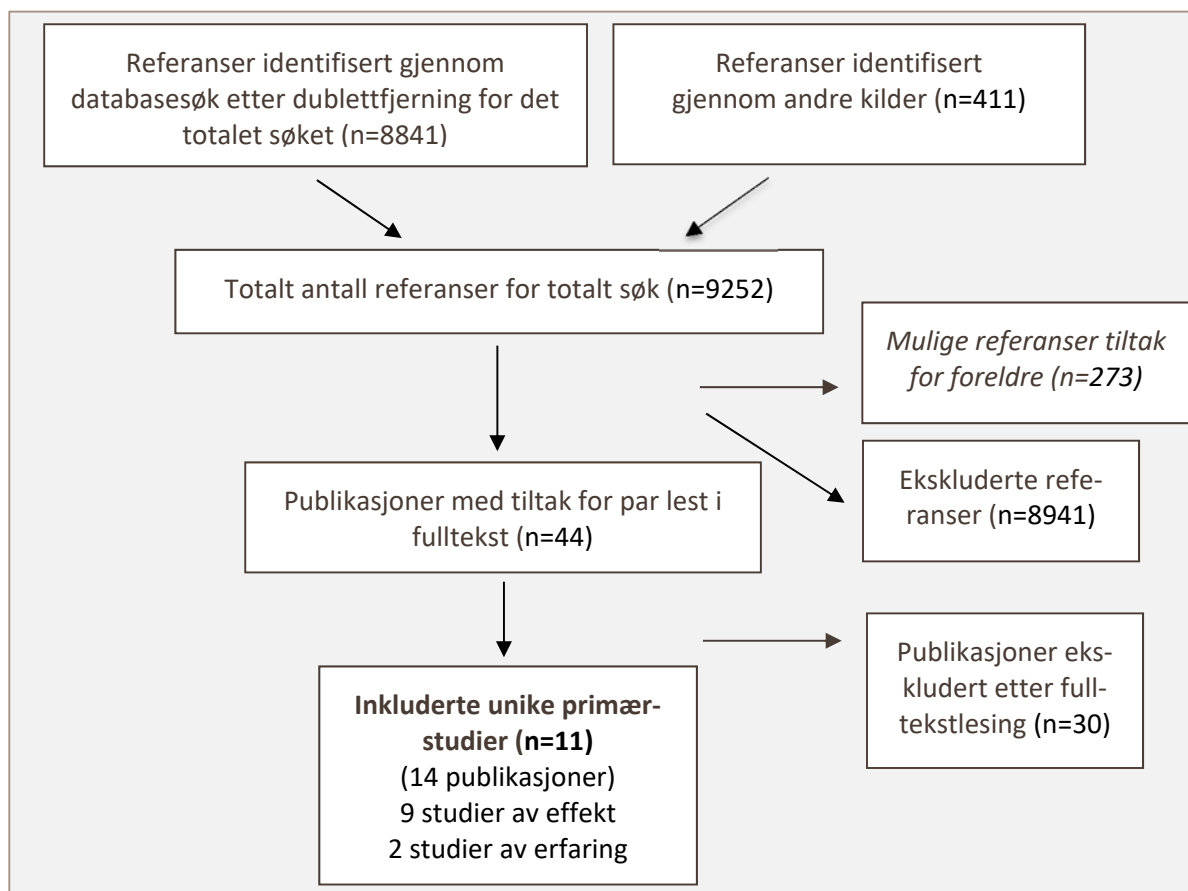
Resultat av litteratursøket

Det totale søket i databaser etter begge typer tiltak (for par og for foreldre) resulterte i 8841 referanser etter dublettsjekk (se figur 1). Tilleggssøkene i grå litteratur, samt referanser fra fagpersoner og referanselister resulterte i ytterligere 411 referanser.

Ettersom denne rapporten kun omhandler tiltak for par, la vi til side studiene som så ut til å være relevante for rapporten om tiltak for foreldre/familier (273 sammendrag).

Vi leste 44 artikler om digitale tiltak for par i fulltekst og ekskluderte 30 av disse. Ekskluderte studier er listet med begrunnelse i vedlegg 4. Totalt inkluderte vi 11 unike studier (beskrevet i 14 publikasjoner): 9 studier av effekt og 2 studier av erfaring.

Figur 1. Flytdiagram



Beskrivelse av effektstudiene

I tabell 2 presenterer vi i alfabetisk rekkefølge de ni inkluderte effektstudiene med utgangspunkt i PICO. Deretter beskriver vi studier og tiltak, utvalg, utfallsmål, vurdering av risiko for skjevheter samt tillit til samlet dokumentasjon. Enkeltvis og mer detaljert beskrivelse av de inkluderte studiene finnes i vedlegg 5, *Inkluderte studier*.

Tabell 2. Oversikt over inkluderte studier av effekt (n=9)

Studie, land, design (ref.)	Utvalg	Tiltak	Kontroll	Oppfølging *	Relevante utfallsmål
Bodenmann 2014, Sveits, RCT (45)	N=220 par (440 individer), 18-65 år, snitt 41 år	Relasjonsprogram, DVD, 5 leksjoner, 5 ukers varighet	Venteliste	0, 3 og 6 mnd	- tilfredshet i relasjonen - positiv og negativ kommunikasjon - konflikthåndtering - frafall fra programmet
Chambers 2015, Australia, RCT (47)	N=126 par (252 individer) der mannen hadde prostatakreft, snitt 61 år	Intimitetsprogram, 6-8 telefonsamtaler + DVD, 3-5 mnd varighet	Ingen veiledning	0, 3 og 9 mnd	- tilfredshet i relasjonen - intimitet i relasjonen - fornøydhet med tiltaket - frafall fra programmet
Coulter 2013, Australia, RCT (56)	N=101 par (202 individer), 18-76 år	Relasjonsprogram, online + epost, 4 ukers varighet	Venteliste	0 mnd	- tilfredshet i relasjonen - frafall fra programmet
Doss 2016, USA, RCT (46)	N=300 par (600 individer), snitt 36 år	Relasjonsprogram, online + telefon/skype, 3 deler, 8 ukers varighet	Venteliste	0 mnd	- tilfredshet i relasjonen - positive og negative kvaliteter i relasjonen - livskvalitet - fornøydhet med tiltaket - frafall fra programmet
Duncan 2009, USA, RCT (57)	N=82 par (164 individer), snitt 40 år	Relasjonsprogram, online, 2-3 øvelser per uke, 6 ukers varighet	1) Gruppesamlinger 2) Venteliste	0 mnd	- tilfredshet i relasjonen - empatisk kommunikasjon - kritisk kommunikasjon
Kalinka 2012, USA, RCT (58)	N=79 individer fra par som forsøkte å få barn, var gravide eller hadde barn < 1år, snitt 28 år	Relasjonsprogram, online + skriftlig material + DVD + sms/epost, 12 moduler, 2 mnd varighet	Venteliste	0 mnd	- tilfredshet i relasjonen - konflikthåndtering - frafall fra programmet
Loew 2015, USA, RCT (59)	N= 61 par (93 individer), eldre personer, snitt 68 år	Relasjonsprogram, online, 7 leksjoner, 1 mnd varighet	Venteliste	0 mnd	- tilfredshet i relasjonen - kompetent kommunikasjon - negativ kommunikasjon - fornøydhet med tiltaket - frafall fra programmet

Reese 2014, USA, RCT (48)	N=23 par (46 individer) der den ene hadde tykk/ende- tarmskreft, snitt 53 år	Intimitetspro- gram, telefon- basert, 4 ukentlige sam- taler	Venteliste	0 mnd	- intimitet i relasjonen - fornøydhet - frafall fra programmet
Tompkins 2013 (USA) Kontrollert før-etter- studie (60)	N=3002 indi- vider i par, en i paret har MS, snitt 44-49 år	Relasjonspro- gram, telefon 1-2 g per uke, 4-6 ukers va- righet (sum 8 t)	Gruppe- samlinger	0 mnd, 3 mnd	- tilfredshet i relasjonen - helserelevanter livskvalitet

* Oppfølgingstid er regnet fra tiltaket er slutt

RCT=randomisert, kontrollert studie. MS=multippel sklerose

Beskrivelse av studier og tiltak

Åtte av ni effektstudier er RCTer mens én er en kontrollert før-og-etter-studie. Studiene er foretatt i USA (n=6), Australia (n=2) og Sveits (n=1). De er publisert mellom 2009 og 2016. Sju av ni effektstudier sammenligner digitale tiltak med venteliste, det vil si at kontrollgruppen får tilbud om tiltaket etter en tid. Trolig har dette designet påvirket den korte oppfølgingstiden i studiene: ventelistegruppen får tilbud om tiltak med en gang tiltaksgruppen har fullført (med noen unntak); dermed blir siste måling av eventuelle forskjeller mellom tiltaksgruppe og kontrollgruppe rett etter tiltakets slutt. Vi får med andre ord minimal informasjon om eventuelle effekter på lengre sikt.

Vi har skilt mellom det vi kaller *relasjonsprogrammer* og *intimitetsprogrammer*. Relasjonsprogrammer adresserer generelle temaer knyttet til parets relasjon, som kommunikasjon, konflikthåndtering, regulering av følelser og tilfredshet i relasjonen. Intimitetsprogrammene legger også vekt på generelle aspekter ved relasjonen, men i tillegg inkluderer de temaer knyttet til intimitet og seksualitet. Disse programmene er rettet mot populasjoner der den ene parten har hatt en krefttype som særlig angår seksualitet og intime relasjoner, som kreft i bryst, prostata og endetarm.

Felles for studiene av *relasjonsprogrammer* er også at rekrutteringen har skjedd via kanaler som avisannonser, Internettannonser, utdelte brosjyrer og epostlister. Deltakerne ønsket med andre ord aktivt å få veiledning, kurs eller terapi for problemer i sine parrelasjoner, enten som par eller som enkeltpersoner.

I studiene av *intimitetsprogrammer* for par der den ene parten nylig har vært rammet av kreft, er deltakerne rekruttert via sine behandlere. De har dermed ikke selv oppsøkt behandling eller veiledning for problemer i relasjonen, men takket ja til et tilbud av denne typen rettet mot par der den ene har/hatt kreft. Tiltakene tar utgangspunkt i at par som har opplevd denne type kreft vil komme til å møte utfordringer i relasjonen, ikke minst den intime relasjonen.

De ni programmene kan alle beskrives som det Georgia og kolleger (28) omtaler som enten «styrkende programmer» (*enrichment programs*) eller «terapeutiske programmer» (*intervention programs*), beskrevet i innledningskapittelet. Studien av et tiltak rettet mot blivende eller nybakte foreldre kan muligens karakteriseres som et opplæringsprogram (*education program*), men er samtidig relativt omfattende.

To av studiene presenterer digitale tiltak som er omarbeidelser av ansikt-til-ansikt-tiltak: *Couple Coping Enhancement Training* (45) og *Prevention and Relationship Enhancement Program*, PREP (59). En annen studie har overført en terapeutisk retning eller metode, *Integrative Behavioral Couple Therapy*, til et DVD-program: *OurRelationship program* (46)⁶. Alle viser til gode resultater fra ikke-digitale format (45;46;59).

Beskrivelse av utvalg

De ni studiene med til sammen 2197⁷ deltakere har undersøkt tiltak rettet mot par generelt (n=4), par der en partner har kreft (n=2), par der en partner har multippel sklerose (n=1), par som forsøker å få eller har nylig fått barn eller er gravide (n=1) eller eldre par (n=1).

Majoriteten av studiene inkluderer *paret* som en enhet og randomiserer med utgangspunkt i par. Her må begge parter delta i studien. Noen studier inkluderer individer *som er i en stabil parrelasjon* på tidspunktet, enten partneren er med i studien eller ikke. Når det gjelder analysen benytter de fleste studiene både paret og enkeltindividene som enheter. For eksempel kan en studie ha inkludert par med begge individer, mens de analyseres både som par og som menn og kvinner (eller pasienter og partnere).

Kun én studie (56) har eksplisitt inkludert både heterofile og homofile par. Én studie sier ingenting om seksuell identitet (60). Fire studier (46;47;58;59) inkluderer kun heterofile par, mens tre studier (45;48;57) ikke omtaler dette eksplisitt, det kommer kun frem i artikkelen at parene består av menn og kvinner.

I én studie består utvalget av en stor majoritet kvinner: studien med utvalg som planlegger/nylig har fått barn. I de øvrige studiene er det relativt lik andel kvinner og menn.

I studiene med utvalg fra par generelt er gjennomsnittsalder rundt 40 år. Studien med utvalg som planlegger/nettopp har fått barn har lavest gjennomsnittsalder (28 år), mens studien med eldre par har høyest gjennomsnittsalder (68 år). I studien der den ene parten har MS er snittalder 49 år. I studiene med utvalg der den ene parten nylig hadde hatt kreft var gjennomsnittsalderen henholdsvis 53 år (tykk/endetarmskreft) og 61 år (prostatakreft). Gjennomsnittlig lengde på relasjonen samvarierer naturlig nok med alder på paret, fra rundt fem år blant de yngste, til over 30 år blant de eldste – men

⁶ Sistnevnte beskriver omarbeidelsen i en publisert artikkel (61).

⁷ Studiens av Tompkins 2013 inkluderte 3002 deltakere men data ved oppfølging omfattet kun 305.

med store individuelle variasjoner. Deltakerne i studiene ser ut til å være relativt godt utdannet, over halvparten har høyere utdanning.

I studier med utvalg der den ene parten hadde hatt kreft, hadde han eller hun fått kreftdiagnosen i løpet av siste år eller siste to år.

Beskrivelse av utfall

For studiene av effekt har vi inkludert følgende utfall:

Primærutfall

- Tilfredshet i relasjonen (n=9*)
- Positive og negative kvaliteter i relasjonen (n=1)
- Intimitet i relasjonen (n=2)
- Positiv og negativ kommunikasjon (n=4*)

Sekundærutfall

- Konflikt håndtering (n=2)
- Livskvalitet (n=2)
- Fornøydhet med tiltaket (n=4)
- Frafall fra tiltaket (9*)

* En studie inkluderer to sammenligninger

Alle studiene rapporterte primærutfallet, det vil si utfall som inngår i *kvalitet på kommunikasjon/relasjon mellom par*. Det var ingen studier som rapporterte resultater av effekt knyttet til relasjonsbrudd eller kostnadseffektivitet. Vi presenterer *fornøydhet med tiltaket og frafall* i tekst, men ikke i oppsummeringstabellene eller GRADE-tabellene ettersom disse er henholdsvis prosessutfall (fornøydhet) og en vurdering av dropout fra tiltaket. Noen studier har flere tester som måler ulike aspekter ved et utfall; vi rapporterer resultater fra de testene som mest presist måler vårt utfall.

I de fleste studiene av effekt har vi regnet ut effektstørrelser basert på oppgitte resultater i studien. I noen tilfeller rapporterer vi andre effektmål, med begrunnelser. Alle effektstudiene gjør målinger ved oppstart og avslutning av tiltak. Kun tre studier har lenger oppfølging, henholdsvis 3, 6 og 9 måneder, men disse rapporteres ikke alltid i artiklene.

Beskrivelse av risiko for skjevheter

De ni effektstudiene omfatter åtte randomiserte kontrollerte studier (RCTer) og en kontrollert før-og-etter-studie. Ved vurdering av risiko for skjevheter blant RCTene fant vi at tre studier hadde uklare prosedyrer for (dvs. manglende beskrivelser av) randomisering, sju studier hadde uklare prosedyrer for skjult allokering, og tre studier hadde høyt frafall. Den kontrollerte før-og-etter-studien hadde selvselektering til gruppene og dermed ulikheter i gruppene ved oppstart samt svært høyt frafall.

Ingen av deltakerne i studiene har vært blindet for hvilket tiltak de mottar (det er ikke mulig). Det medfører utøverskjevhet (*performance bias*). I de fleste studiene er det heller ikke klart om utfallsmål er blindet (*detection bias*), men alle utfallsmål bortsett fra

ett er målt med etablerte måleinstrumenter. Dette minsker risikoen for skjevheter ved resultatene – sammenlignet med om spørsmålene hadde vært mer løsrevne, enkeltstående og/eller utsatt for subjektiv tolkning.

Under dette punktet har vi også vurdert følgene av at de fleste studiene sammenligner tiltak med ingen tiltak. Ved sammenligning med ingen tiltak (venteliste eller «ingen tiltak») er det sannsynlig at et tiltak uansett vil ha noe effekt, nesten uavhengig av hva tiltaket er, fordi det rettes et fokus mot noe og deltakerne tilbys noe. Det innebærer at en eventuell effekt av tiltaket ikke nødvendigvis bare kan tilskrives det spesifikke tiltaket, men tiltak generelt.⁸ Vi har vurdert dette som en potensiell (uklar til høy) risiko for skjevhet ved resultatene.

Vi har ikke trukket noen studier for selektiv rapportering. Vi har ikke hatt tilgang på protokoller men har vurdert studienes egne metodebeskrivelser. Vi vurderte at ingen av studiene hadde åpenbare manglende utfallsmål som de rapporterte på; blant annet rapporterte åtte av ni studier utfallsmålet *tilfredshet i relasjonen* og den siste rapporterte *intimitet i relasjonen*.

To studier (46;58) rapporterer effekten av tiltak som forfatterne av studien selv har utviklet og eier (og muligens tjener penger på). Vi har ikke trukket for dette i vurderingen av risiko for skjevheter men notert det i tabellene i vedlegg 5.

Vurderingene av risiko for skjevheter er presentert i tabeller for hver studie i vedlegg 5.

Beskrivelse av tillit til resultatene

For hvert utfallsmål vurderte vi tillit til den samlede dokumentasjonen. Vi har nedgradert tilliten til enkeltresultater blant annet på bakgrunn av risiko for skjevheter (som beskrevet over), lavt antall deltakere og/eller kun én studie og noe sprikende resultater (heterogenitet). Etter en vurdering av overførbarhet i tråd med TRANSFER (41) har vi ikke nedgradert for dette (på domenet Direkthet). Se også tabeller etter hver sammenligning (oppsummeringstabeller) samt i mer detaljerte tabeller i vedlegg 7.

⁸ I tillegg kan et design der kontrollgruppen står på venteliste til tiltaket, muligens bidra til forhøyede effekter, fordi denne gruppen har en forventning om absolutt ingen bedring og kanskje en forverring i den perioden, såkalt *nocebo*-effekt (62).

Effekter av digitale tiltak

Studiene av *effekt* med sammenligninger og utvalg er presentert i tabell 3 nedenfor.

Tabell 3. Studier, sammenligninger og utvalg for studier av effekt (n=9)

Studier (ref.)	Sammenligning	Digitale tiltak	Populasjon
Bodenmann 2014 (45)	Digitalt relasjonsprogram vs. venteliste	DVD	Par generelt
Coulter 2013 (56)	-- " --	Online + epost	Par generelt
Doss 2016 (46)	-- " --	Online + telefon	Par generelt
Duncan 2009 * (57)	-- " --	Online	Par generelt
Kalinka 2012 (58)	-- " --	Online + skriftlig + DVD + SMS/epost	Par som prøver å få/venter / nylig fått barn
Loew 2015 (59)	-- " --	Online	Eldre par
Duncan 2009 * (57)	Digitalt relasjonsprogram vs. gruppesamlinger ansikt-til-ansikt	Online	Par generelt
Tompkins 2013 (60)	-- " --	Telefon	Par der den ene har multippel sklerose
Chambers 2015 (47)	Digitalt intimitetsprogram vs. ingen tiltak	Telefon + DVD	Par der den ene har hatt prostatakreft
Reese 2014 (48)	Digitalt intimitetsprogram vs. venteliste	Telefon	Par der den ene har hatt tykktarms/ende-tarmskreft

* trearmet studie (to sammenligninger)

Vi skiller mellom effekten av et digitalt tiltak sammenlignet med ingen tiltak og digitalt tiltak sammenliknet med ansikt-til-ansikt-tiltak. Videre skiller vi mellom tradisjonelle *relasjonsprogram* for den alminnelige populasjonen der fokuset er sterkest på kommunikasjonen i relasjonen, og *intimitetsprogram* for par der den ene har hatt en særlig type kreft og der fokuset i større grad er på den intime eller seksuelle relasjonen, som beskrevet tidligere.

Vi presenterer tre sammenligninger om effekt av digitale tiltak for par:

1. Digitale relasjonsprogram vs. venteliste (n=6)
2. Digitale relasjonsprogram vs. gruppesamlinger ansikt-til-ansikt (n=2)
3. Digitale intimitetsprogram vs. venteliste/ingen tiltak (n=2)

I det følgende beskrives hver av disse tre sammenligningene. Under hver sammenligning beskrives resultatene for alle relevante utfallsmål. Etter hver sammenligning beskrives de syv viktigste resultatene og vurderingen av *tillit* vi har til dem i tabells form (*oppsummeringstabell*). Alle resultatene og vurderingene av *tillit* er detaljert presentert i GRADE-profilene i vedlegg 7.

Sammenligning 1. Effekt av digitale relasjonsprogram vs. venteliste

Seks studier med til sammen 1492 deltakere sammenlignet et relasjonsprogram som ble gitt online eller på DVD, med venteliste, rettet mot ulike populasjoner. Fire av studiene ble gjennomført i USA, en i Australia og en i Sveits. Fire studier omhandlet tiltak som var rettet par generelt, mens to studier var av tiltak som var rettet mot henholdsvis eldre par, samt par som forsøkte å få barn, ventet barn eller nylig hadde fått barn. Varigheten av programmet varierte fra 4 til 9 uker. Alle studiene målte resultatene ved tiltakets slutt (0 mnd), mens én studie (45) målte i tillegg 3 og 6 måneder senere. Innholdet i tiltaket er kort beskrevet i tabell 4 nedenfor (detaljer i vedlegg 5).

Tabell 4. Tiltakene i sammenligningen digitale relasjonsprogram vs. venteliste (n=6)

Studier	Innhold i digitalt tiltak	Tiltakets varighet
Bodenmann 2014 (45)	«The Couple Coping Enhancement Training». Tilpasset fra et ansikt-til-ansikt-program. Interaktivt DVD-program, bygger på prinsipper fra kognitiv-atferdsterapi og mestringsorientering. Fokuserer på positiv og negativ kommunikasjon, hvordan paret takler stress, konflikthåndtering og problemløsning. Inneholder fem timers materiale (teoretisk oversikt, diagnostiske vurderinger, øvelser, videoeksempler, selvevaluering, litteratur og tester).	5 uker
Coulter 2013 (56)	Egenutviklet program for å øke begeistringen i relasjonen. Utgangspunkt i forbindelser mellom begeistring, positive følelser og tilfredshet med relasjonen. Paret skulle ved hjelp av litteratur online finne frem til aktiviteter hver uke som kunne øke begeistringen, med fokus på stikkordene: eventyrlig, lidenskapelig, seksuell, spennende, interessant, lekent, romantisk, spontant. Egne aktiviteter i 90 min + tre ukentlige eposter.	4 uker
Doss 2016 (46)	«The OurRelationship program». Tilpasset fra et ansikt-til-ansikt-program til online. Bygger på <i>Integrative Behavioral Couple Therapy</i> : å akseptere følelser og derav endre handlinger. Tre deler (observasjon, forståelse, respons) der partene først arbeidet individuelt og deretter sammen. Tiltaket inneholdt fire samtaler mellom veileder og par (til sammen opp til 1 time), i tillegg til mulighet for å sende beskjeder begge veier gjennom programmet.	8 uker
Duncan 2009 (57)	Egenutviklet program som bygger på Gottmans prinsipper (1999) om å øke positivitet (kjærlige følelser, vennskap, ømhet, beundring, gjensidig innflytelse, felles forståelse) og redusere negativitet (effektiv konflikt- og problemløsning, trøst, mm) i relasjonen. Materialet i programmene bygget på kognitiv-atferdsterapeutiske prinsipper. Online program, skriftlig materialet på nettsiden, 2-3 øvelser per uke.	6 uker
Kalinka 2012 (58)	«Power of Two». Egenutviklet online-program som bygger på Heitler (1997, 2003) og skal bidra i overgangen når paret får barn. Fem temaområder: oversikt, kommunikasjon, følelsesregulering, beslutningstaking og positivitet & intimitet. Hver modul har 8-12 aktiviteter/oppgaver. I tillegg får deltakerne tilsendt skriftlig materiale og en DVD, pluss SMS/epost med påminnelser eller generelle tilbakemeldinger.	8-9 uker
Loew 2015 (59)	«ePREP online». Onlineversjon av ePREP (Prevention and Relationship Enhancement Program, Braithwaite & Fincham, 2007, 2009, 2011, 2014) Syv lekser à maks 30 min (presentasjonsvideoer, illustrasjonsvideoer, «kontrollspørsmål») pluss oppgaver for diskusjon eller ferdighetstrening. Vekt på kommunikative faresignaler, klar kommunikasjon, samtaleteknikker, problemløsning, glede, vennskap og tid sammen. Påminnelser sendt på epost.	4 uker

Det er noe ulikt fokus i relasjonsprogrammene, men trekk som går igjen er vekt på kommunikasjon, konflikt/stresshåndtering og forsterkning av positive følelser eller regulering av følelser. Programmene er også noe ulikt utformet med tanke på leksjoner (opplæring eller veiledning) og egne aktiviteter og øvelser. Et program (56) inneholder kun digital informasjon om ulike aktiviteter som kunne øke positive følelser og begeistring i paret (basert på tidligere forskning og tester) samt anbefaling av andre digitale og skriftlige kilder med inspirasjon til slike aktiviteter. Paret ble videre instruert til å planlegge dato og tidspunkt for en slik aktivitet i minst 90 minutter hver uke. Dette tiltaket inneholder med andre ord liten grad av digitale leksjoner; vekten er på egenaktiviteter. De andre tiltakene inneholder stort sett langt mer av leksjoner og/eller veiledning. Programmet *OurRelationship* (46) inneholder for eksempel tre deler, *Observation*, *Understanding*, *Respond*, der partene i paret først arbeidet individuelt og deretter sammen gjennom flere leksjoner som består av online-materiale. Veileder og par har fire samtaler i løpet av programmet, i tillegg til mulighet for å sende hverandre beskjeder.

Alle studiene var RCTer. Der studiene er tilstrekkelig like kan vi slå dem sammen statistisk i en metaanalyse. I denne sammenligningen er både tiltak og populasjoner noe ulike, men vi gjør en antagelse om at effekten kan være tilsvarende og ønsker å se dem sammenstilt for målinger gjort av det samme utfallet. Ingen av metaanalysene inkluderte mange nok studier til at det var hensiktsmessig å gjøre subgruppeanalyser. En eller flere av de seks studiene har målt følgende utfall: tilfredshet i relasjonen, positive og negative kvaliteter i relasjonen, kommunikasjon, konflikthåndtering, livskvalitet, fornøydhetsgrad med tiltaket og dropout (frafall) fra tiltaket. Resultatene presenteres nedenfor.

Tilfredshet i parrelasjonen

Alle de seks studiene måler tiltakenes effekt på *tilfredshet i relasjonen*, men med tre ulike instrumenter. Tre studier måler tilfredshet i relasjonen med *Couples Satisfaction Index* (58;59;61), to studier måler med *Relationship Assessment Scale* (45;56), og en studie måler med underskalaen *Relationship satisfaction* fra instrumentet RELATE (57). De tre instrumentene måler hvor overordnet fornøyd den enkelte er i sin parrelasjon, om man er fornøyd med aspekter i relasjonen (intimitet, konflikter, tidsbruk, kommunikasjon) og om man ofte ønsker seg bort fra relasjonen.

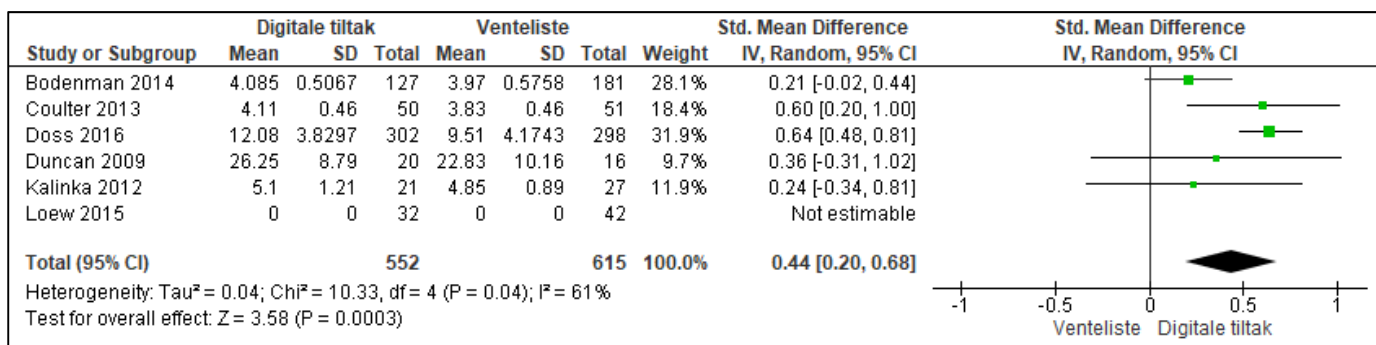
Vi kan sammenstille resultatene fra disse seks studiene i en metaanalyse.⁹ Ettersom *tilfredshet i relasjonen* måles med ulike instrumenter regner vi om resultatene til en sammenlignbar, standardisert størrelse (SMD, *Cohens d*).¹⁰ To studier (45;46) oppgir resultater separat for menn og kvinner, så vi har brukt korrelasjonskoeffisient=0,5 som tar utgangspunkt i menn og kvinner som dels avhengige og dels uavhengige grupper. Sensitivitetsanalyser med andre korrelasjonsstørrelser endrer ikke resultatene vesentlig (se tabell i vedlegg 6).

⁹ Vi har etterspurt informasjon fra hovedforfatter i studien (vi mangler gjennomsnittsskårer, standardavvik og n) på epost i mars 2018, men vi har ikke fått svar.

¹⁰ Kalinka 2012 (58) oppgir en annen effektstørrelse i artiklenes tekst.

En av studiene (59) rapporterer ikke data, kun at det ikke var signifikante forskjeller mellom tiltaksgruppen og kontrollgruppen på dette utfallsmålet.¹¹

Figur 2. Metaanalyse. Digitale relasjonsprogram vs. venteliste. Tilfredshet i relasjonen (n=6)



Basert på disse studiene ser vi en positiv effekt av digitale tiltak på *utfallet tilfredshet i relasjonen* (figur 2). Effekten er av liten til middels størrelse (SMD 0,44 KI 0,20 til 0,68). Forest plot'et (figuren) viser middels heterogenitet og studien som det ikke er oppgitt data for, viser ingen forskjell, så effekten varierer noe.

Positive og negative kvaliteter i parrelasjonen

En studie (46) måler *kvaliteter i relasjonen* med instrumentet *The Positive and Negative Relationship Quality*. Instrumentet har åtte spørsmål der deltakerne skal skåre positive og negative kvaliteter i parforholdet, om det oppleves sterkt, levende, tomt, kjedelig, osv. på en skala fra 1 (ikke i det hele tatt) til 6 (i svært stor grad).

Resultatene viste at gruppen som hadde fått det digitale relasjonstiltaket, skåret bedre enn kontrollgruppen når det gjaldt opplevelse av positive kvaliteter, liten effektstørrelse (SMD 0,19 KI 0,03 til 0,36).¹²

Det var videre en nedgang, middels effektstørrelse, når det gjaldt negative kvaliteter i relasjonen (SMD -0,65 KI -0,81 til -0,48).

Positiv og negativ kommunikasjon

Tre studier måler positive og negative aspekter ved parets kommunikasjon.

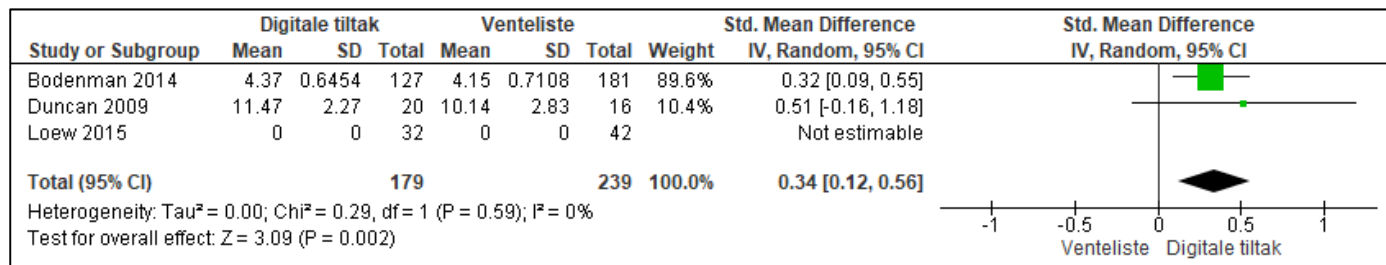
Positiv kommunikasjon måler interesse; hengivenhet; omsorg i en konfliktsituasjon; å søke å forstå partnerens følelser; å lytte på en forståelsesfull måte; å la partneren snakke ferdig før man tar ordet selv; ta en pause når det koker over i en diskusjon. In-

¹¹ Dataene i studien av Bodenmann 2014 (45) har vi mottatt på forespørsel (gjennomsnittsskåre, standardavvik og n for siste måletidspunkt, separat for kvinner og menn).

¹² Doss 2016 (46) oppgir andre effektstørrelser i artikkelens tekst.

strumentene som brukes er underskalaen *Positive communication* i *Marital Communication Questionnaire* (45), underskalaen *Emphatic Communcation* i *RELATE* (57) og *Skillful Communication* (59). Vi kan sammenstille resultatene, omregnet til standardisert størrelse (SMD) (figur 3).

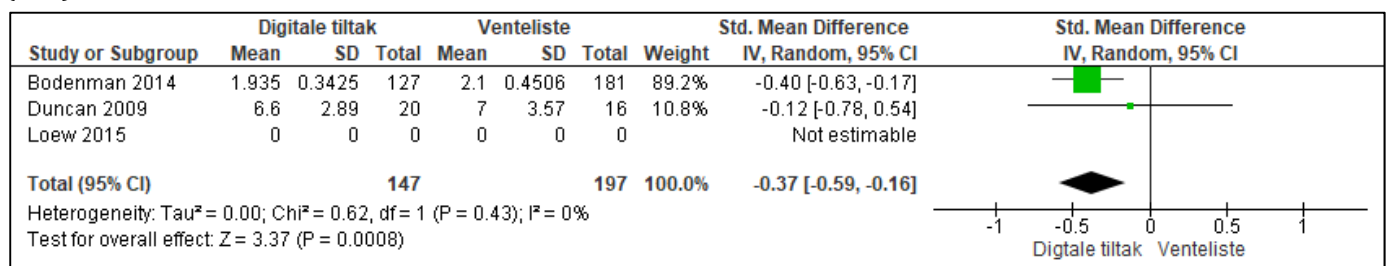
Figur 3. Metaanalyse. Digitale relasjonsprogram vs. venteliste. Positiv kommunikasjon (n=3)



Samlede resultater fra to studier viser at tiltaksgruppen rapporterer mer positiv kommunikasjon etter tiltaket, sammenlignet med kontrollgruppen. Det er en liten effektstørrelse (SMD 0,34 KI 0,12 til 0,56). Den tredje studien (59) rapporterer ikke data, men fant en bedring i positiv kommunikasjon, middels effektstørrelse (Cohens d= 0,63 – konfidensintervall ikke oppgitt).

De samme tre studiene måler også negativ kommunikasjon i paret. Negative kommunikasjon innebærer at man i en konfliktsituasjon er defensiv, foraktfull, fiendtlig og dominerende; legger ingenting imellom når man kritiserer; små diskusjoner eskalerer til store krangler med beskyldninger, kritikk, utskjelling; tidligere episoder bringes opp. Dette måles med underskalaen *Negative communication* i *Marital Communication Questionnaire*, underskalaen *Critical communication* i *RELATE* og *Negative Communcation*. Vi kan slå sammen resultatene (figur 4).

Figur 4. Metaanalyse. Digitale relasjonsprogram vs. venteliste. Negativ kommunikasjon (n=3)

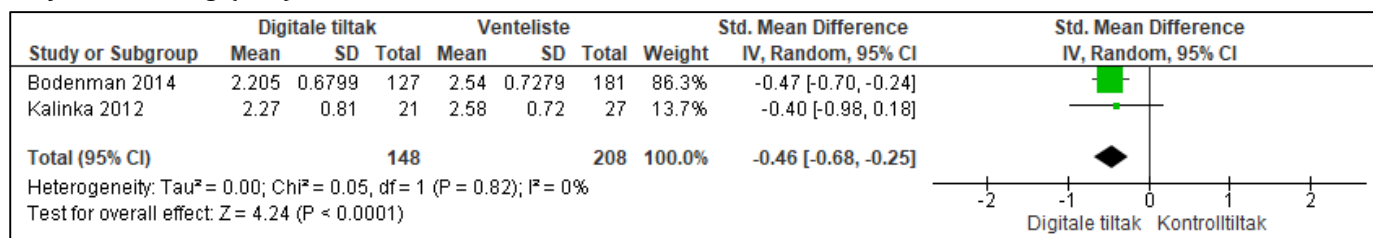


Samlet viser resultatene fra to studier at tiltaksgruppen rapporterer mindre negativ kommunikasjon etter tiltaket, sammenlignet med kontrollgruppen. Det er også her en liten effektstørrelse (SMD -0,37 KI -0,59 til -0,16). Den tredje studien rapporterte ingen forskjell etter tiltaket for negativ kommunikasjon (ingen tall oppgitt).

Konflikthåndtering

To studier (45;58) måler endringer i konflikthåndtering etter deltakelse i relasjonsprogram, og begge benytter *Ineffective Arguing Inventory*.¹³ Instrumentet måler partenes syn på hvordan konflikter håndteres i paret. Høy skåre tilsier dårlige strategier for konflikthåndtering. Vi kan slå sammen resultatene fra disse studiene (figur 5).

Figur 5. Metaanalyse. Digitale relasjonsprogram vs. venteliste. Lite effektiv konflikthåndtering (n=2)



Resultatet viser en nedgang, liten til middels effektstørrelse, i tiltaksgruppen sammenlignet med kontrollgruppen (SMD -0,46 KI -0,68 til -0,25). Med andre ord rapporterer tiltaksgruppen bedre konfliktløsningsstrategier.

Livskvalitet

Én studie med et generelt utvalg (46) målte livskvalitet med kun ett spørsmål: Hvor fornøyd er du med helsen din? Samlet tiltaksgruppe skåret bedre etter tiltak enn kontrollgruppen (SMD 0,23 KI 0,07 til 0,39), en liten effekt. Livskvaliteten ble noe bedret.

Fornøydhet med tiltaket

To studier målte med kvantitative mål deltakernes fornøydhet med tiltak de hadde mottatt. I studien med et generelt utvalg (46) ble instrumentet *Client Evaluation of Services Questionnaire* (8 items) brukt. Deltakerne skåret 26,81, som ifølge forfatterne er tilsvarende en skåre fra en RCT av parterapi ansikt-til-ansikt (27,65). Nittifire prosent av parene (av 129 par som fullførte, 151 par ble randomisert) var stort sett eller svært fornøyde med tiltaket, og 97 prosent svarte at de ville anbefalt det til en venn.

Studien med et eldre utvalg (59), basert på PREP (*Prevention and Relationship Enhancement Program*), viste at på nytte/brukervennlighet skåret gruppen i gjennomsnitt 5,35 (KI 4,91 til 5,79) på en skala fra 1 til 7 der 7 var best (av 28 personer som fullførte). På fornøydhet skåret gruppen i gjennomsnitt 5,63 (KI 5,13 til 6,13) på skalaen fra 1 til 7.

Frafall fra programmet

De seks studiene rapporterer frafall fra programmet på litt ulik måte (tabell 5). Noen oppgir eksplisitt frafall fra programmet underveis, mens andre rapporterer hvor mange

¹³ Dataene i studien av Bodenmann 2014 har vi mottatt på forespørsel (gjennomsnittsskåre, standardavvik og n for siste måletidspunkt).

som ikke fylte ut testene ved avslutning av programmet. Få studier oppgir årsaker til frafall, men noen beskriver blant annet manglende tid eller brudd i relasjonen. Det er gjennomgående lavere frafall i kontrollgruppen, hvilket er naturlig ettersom de venter på å få programmet når tiltaksgruppen er ferdig. Det er derfor ikke meningsfullt å sammenligne frafall i tiltaksgruppe og kontrollgruppe.

Tabell 5. Frafall fra tiltaksgruppe og kontrollgruppe (6 studier)

Studie	Startet i tiltaket	Fullførte vurdering i tiltaksgruppe	Frafall fra tiltaksgruppe	Frafall i kontrollgruppen (venteliste)
Bodenmann 2014	110 par *	77 par (70,0%)	33 par (30%)	11 par (10%)
Coulter 2013	50 par	43 par (86%)	7 par (14%)	6 par (11,8%)
Doss 2016	151 par	129 par (85,4%)	22 par (14,6%)	(ikke oppgitt)
Duncan 2009	31 par	20 par (64,5%)	11 par (35,5%)	8 par (33,3%)
Kalinika 2012	39 personer	21 personer (53,8%)	18 personer (46,2%)	4 personer (12,9%)
Loew 2015	34 par (51 personer) **	21 par (28 personer) (61,7%)	13 par (23 personer) (38,2%)	3 par (5 personer) (11,1%)

* 108 par startet opp i selve programmet; det gir en frafallsprosent på 28,7.

** 25 par (32 personer) startet opp i selve programmet; det gir en frafallsprosent på 12,5.

Kort oppsummert viser tabellen at i to av studiene fullfører cirka 85 prosent, i de fire andre studiene fullfører mellom 54 og 70 prosent.

Oppsummering av resultater og tillit til dokumentasjonen

Tabell 6: Oppsummering. Effekt av digitale relasjonsprogram vs. venteliste

Utfallsmål	Sammenligning av effekt i de to gruppene	Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltakere (studier)	Tillit til dokumentasjonen (GRADE)
Tilfredshet i relasjonen	Liten til middels effekt i favør av tiltaket	SMD 0,44 (0,20 til 0,68)	1167 (6 RCTer)	⊕⊕○○ LAV 1
Positive kvaliteter i relasjonen	Liten effekt i favør av tiltaket	SMD 0,19 (0,03 til 0,36)	600 (1 RCT)	⊕⊕○○ LAV 2
Negative kvaliteter i relasjonen	Middels effekt i favør av tiltaket	SMD -0,65 (-0,81 til -0,48)	600 (1 RCT)	⊕⊕○○ LAV 2
Positiv kommunikasjon	Liten til middels effekt i favør av tiltaket	SMD 0,34 til 0,63	437 (3 RCTer)	⊕⊕○○ LAV 3, 4
Negativ kommunikasjon	Liten effekt i favør av tiltaket	SMD 0 til -0,37	437 (3 RCTer)	⊕⊕○○ LAV 3, 5
Konflikthåndtering	Liten til middels effekt i favør av tiltaket	SMD -0,46 (-0,68 til -0,25)	356 (2 RCTer)	⊕⊕○○ LAV 6
Livskvalitet	Liten effekt i favør av tiltaket	SMD 0,23 (0,07 til 0,39)	600 (1 RCT)	⊕⊕○○ LAV 7

1. To studier har uklare prosedyrer for (dvs. manglende beskrivelser av) randomisering; seks studier har uklare prosedyrer for allokering; tre studier har høyt frafall. Én studie rapporterer ikke alle resultater i tall. Deltakerne er ikke blindet og alle studiene har ventelistedesign. Middels heterogenitet. Den siste studien (59) og fant ingen effekt (ingen data oppgitt).
2. Uklar prosedyre for allokering. Deltakerne er ikke blindet. Ventelistedesign. Kun én studie
3. To studier har uklare prosedyrer for randomisering; tre studier har uklare prosedyrer for allokering; to studier har høyt frafall. Deltakerne er ikke blindet og alle studiene har ventelistedesign. Bredt konf.intervall.
4. Den siste studien (59) fant en bedring i positiv kommunikasjon, middels effektstørrelse (Cohens d= 0,63 – konfidensintervall ikke oppgitt).
5. Den siste studien (59) rapporterte ingen forskjell etter tiltaket for neg. kommunikasjon (ingen tall oppgitt).
6. En studie har uklare prosedyrer for randomisering; begge studier har uklare prosedyrer for allokering; begge studier har høyt frafall. Deltakerne er ikke blindet og begge studiene har ventelistedesign. Bredt konfidensintervall.
7. Uklar prosedyre for allokering, ikke validert instrument (kun ett spørsmål). Deltakerne er ikke blindet. Ventelistedesign. Bredt konfidensintervall.

KI=konfidensintervall. SMD=standardisert gjennomsnittlig forskjell

Dokumentasjonen viser at når vi sammenligner digitale relasjonsprogrammer med ingen tilbud (venteliste) for par med relasjonelle problemer, så finner vi at:

- Det er mulig at digitale tiltak har en liten til middels effekt på økt tilfredshet i relasjonen
- Det er mulig at digitale tiltak har en liten effekt på økning av positive kvaliteter i relasjoner
- Det er mulig at digitale tiltak har en middels effekt på nedgang i negative kvaliteter i relasjoner
- Det er mulig at digitale tiltak har en liten effekt på økning i positiv kommunikasjon
- Det er mulig at digitale tiltak har en liten effekt på nedgang i negativ kommunikasjon
- Det er mulig at digitale tiltak har en liten til middels effekt på bedret konfliktløsning
- Det er mulig at digitale tiltak har en liten effekt på bedret livskvalitet

Sammenligning 2. Effekt av digitale relasjonsprogram vs. gruppesamlinger ansikt-til-ansikt

To studier med totalt 469¹⁴ deltakere har sammenlignet et digitalt relasjonsprogram med gruppesamlinger der deltakere og veileder/terapeut møtes ansikt-til-ansikt. Begge studiene er fra USA. Det ene er et online-program rettet mot par generelt (57), mens det andre er et telefonbasert program rettet mot par der den ene parten har multippel sklerose (60). Begge studiene sammenligner det digitale programmet med gruppesamlinger, og et mål for begge har vært at tiltakene skulle være så like som mulig i innhold, med hensyn til undervisning og oppgaver, slik at det bare var måten tiltaket ble gitt på som var forskjellig. Tabell 7 beskriver kort tiltakene i studiene.

Tabell 7. Tiltakene i sammenligningen digitale relasjonsprogram vs. gruppesamlinger ansikt-til-ansikt (n=2)

Studier	Innhold i digitalt tiltak	Tiltakets varighet
Duncan 2009 (57)	Egenutviklet program som bygger på Gottmans prinsipper (1999) om å øke positivitet (kjærlige følelser, vennskap, ømhet, beundring, gjensidig innflytelse, felles forståelse) og redusere negativitet (effektiv konflikt- og problemløsning, trøst) i relasjonen. Materialet i programmene bygget på kognitiv-atferdsterapeutiske prinsipper. Online program, skriftlig materialet på nettsiden, 2-3 øvelser per uke.	6 uker
Tompkins 2013 (60)	«Relationships Matters». Tilpasset fra ansikt-til-ansikt-program (PREP, <i>Prevention and Relationship Enhancement Program</i> , Renick 1992), bearbeidet for par der den ene har en kronisk sykdom som multippel sklerose. Fokus på bedring av kommunikasjon, håndtering av konflikter og teknikker for å bevare en god relasjon i en setting der en har en kronisk sykdom. Temaer var intimitet, kommunikasjon om økonomi, håndtering av sinne, samt måter å bevare gleden i forholdet på. Telefonsamtale 1-2 g per uke (sum 8 timer).	4-6 uker

Den ene studien er en RCT med tiltak rettet mot en generell populasjon (57). Det digitale tiltaket inkluderte 31 par, mens gruppesamlingene inkluderte 27 par. Oppfølgingsmålingene som er rapportert, ble gjort rett etter at tiltaket var avsluttet.

Den andre studien er et kontrollert før-og-etter-studie og besto av en gruppe personer med MS og deres partnere (60). 3002 personer fordelte seg på gruppene, men oppfølgingsdata finnes kun for cirka ti prosent. Deltakerne ble ikke tilfeldig fordelt til tiltakene men kunne selv velge om de ønsket å delta på gruppesamlinger eller få et digitalt program.¹⁵ En stor majoritet (83 prosent) valgte gruppesamlinger. Disse to gruppene er ulike på mange områder og dermed ikke lett å sammenligne. Oppfølging er rett etter tiltaksslutt og tre måneder senere, men kun siste måling er rapportert.

¹⁴ Det var 3002 deltakere opprinnelig, men oppfølgingsdata ved tre måneder finnes kun for henholdsvis 305 deltakere (*tilfredshet i parrelasjonen*) og 219 deltakere (*livskvalitet*).

¹⁵ Studien inkluderte også en gruppe som ikke fikk noe tiltak, men denne gruppen har vi ikke inkludert i oversikten fordi den bestod av registerdata fra en helt annen studie og deltakerne var ikke par.

Tilfredshet i parrelasjonen

Begge studiene har målt *tilfredshet i relasjonen*. I studien med et generelt parutvalg ble dette målt med en underskala av *RELATE*. Resultatene viste ingen signifikante forskjeller mellom tiltaksgruppen som fikk et digitalt program og kontrollgruppen som fikk gruppesamlinger (SMD 0,08 KI -0,56 til 0,73). Tiltakene hadde med andre ord like god effekt (og signifikant bedre effekt enn venteliste, se forrige sammenligning).

I studien med utvalg der den ene parten hadde MS ble det målt samstemthet og tilfredshet i relasjonen med *The Revised Dyadic Adjustment Scale*. Skalaen skåres fra 0-69, en høyere skåre indikerer større grad av tilfredshet, og 47 eller lavere indikerer lav grad av tilfredshet. Resultatene viste at gruppen som hadde mottatt digitalt tiltak gikk fra 44,75 (KI 42,06 til 47,44) før tiltaket til 47,71 (KI 45,15 til 50,27) etter tiltaket, mens gruppen som deltok i gruppesamlinger gikk fra 48,90 (KI 47,75 til 50,05) til 49,20 (KI 48,17 til 50,23). Ingen av endringene fra før til etter tiltak er signifikante, og forskjellen mellom de to gruppen ved tiltakenes slutt er heller ikke signifikant.

Positiv og negativ kommunikasjon

Studien med et generelt utvalg målte kommunikasjon med flere underskalaer av *RELATE*-instrumentet: empatisk (positiv) kommunikasjon og kritisk (negativ) kommunikasjon. Resultatene indikerte ingen påviselig forskjell mellom gruppene verken når det gjaldt positiv kommunikasjon (SMD -0,16 KI -0,80 til 0,49) eller negativ kommunikasjon (SMD -0,16 KI -0,81 til 0,49).

Livskvalitet

Studien med par der den ene parten hadde MS målte helserelatert livskvalitet med *Health-Related Quality of Life*. Resultatene viste at deltakerne i det digitale tiltaket gikk fra 43,45 (KI 40,39 til 46,51) før tiltaket til 44,30 (KI 41,32 til 47,28) etter tiltaket, mens deltakerne i gruppesamlingene gikk fra 44,50 (KI 42,87 til 46,13) til 45,54 (KI 44,02 til 47,06). Ingen av endringene fra før til etter tiltak er signifikante, og det er ingen signifikant forskjell mellom de to gruppen ved tiltakenes slutt.

Frafall fra programmet

I studien med generelt utvalg fullførte 20 av 31 par som fikk det digitale (fracfall var 35,5 prosent), mens i gruppesamlingene fullførte 17 av 27 par (fracfall var 37 prosent). Det var ingen forskjell mellom de to tiltaksformatene når det gjaldt frafall.

Oppsummering av resultater og tillit til dokumentasjonen

Tabell 8: Oppsummering. Effekt av digitale relasjonsprogram vs. gruppesamlinger

Populasjon: **Par generelt, par der den ene parten har multipel sklerose**

Tiltak: **Online/telefonbasert relasjonsprogrammer**

Kontroll: **Gruppesamlinger**

Studier: **Duncan 2009, Tompkins 2013**

Utfallsmål	Sammenligning av effekt i de to gruppene	Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltakere (studier)	Tillit til dokumentasjonen (GRADE)
Tilfredshet i relasjonen RCT	Ingen forskjell mellom tiltaksgruppe og kontrollgruppe	SMD 0,08 (-0,56 til 0,73)	37 (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1,2}
Tilfredshet i relasjonen Kontrollert før-og-etter-studie	Ingen forskjell mellom tiltaksgruppe og kontrollgruppe	(ingen utregnet effektstørrelse)	305 (1 CBA)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{3,4}
Positiv kommunikasjon RCT	Ingen forskjell mellom tiltaksgruppe og kontrollgruppe	SMD -0,16 (-0,80 til 0,49)	37 (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1,2}
Negativ kommunikasjon RCT	Ingen forskjell mellom tiltaksgruppe og kontrollgruppe	SMD -0,16 (-0,81 til 0,49)	37 (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1,2}
Livskvalitet Kontrollert før-og-etter-studie	Ingen forskjell mellom tiltaksgruppe og kontrollgruppe	(ingen utregnet effektstørrelse)	305 (1 CBA)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{3,4}

1. Uklare prosedyrer for randomisering og allokering. Høyt frafall. Ingen blinding av deltakere

2. Totalt antall deltakere < 400 (ved svært lavt antall og/eller bredt KI trekkes to)

3. Observasjonsstudie (kontrollert før-og-etter-studie)

4. Selvelektering til gruppene, ulikheter ved gruppene, svært høyt frafall

KI=konfidensintervall. SMD=standardisert gjennomsnittlig forskjell

Dokumentasjonen viser at når vi sammenligner digitale relasjonsprogrammer med gruppesamlinger ansikt-til-ansikt for par med relasjonelle problemer, så finner vi at:

- Det er usikkert om digitale tiltak har bedre (eller dårligere) effekt enn gruppetiltak på utfallsmålene tilfredshet i relasjonen, positiv og negativ kommunikasjon samt livskvalitet.

Sammenligning 3. Effekt av digitale intimitetsprogram vs. venteliste /ingen tiltak

To studier med totalt 298 deltakere har sammenlignet det vi har kalt *intimitetsprogrammer* med enten ingen tiltak (47) eller venteliste (48). Studiene er fra Australia og USA. Intimitetsprogrammene er utviklet for par der den ene i paret nylig har hatt kreft, særlig krefttyper som ofte påvirker intime eller seksuelle relasjoner, her prostatakreft eller tykk/endetarmskreft. Deltakerne, alle par, er rekruttert gjennom behandlingssklinikker via den som har vært pasient eller annonser rettet mot begge. Programmene legger vekt på intime og seksuelle relasjoner, på åpenhet og kommunikasjon og på varme og hengivenhet i parforholdet.

Tabell 9. Tiltakene i sammenligningen digitale intimitetsprogram vs. venteliste/ingen tiltak (n=2)

Studier	Innhold i digitalt tiltak	Tiltakets varighet
Chambers 2015 (47)	Seks-åtte telefonsamtaler mellom sykepleier, kreftoperert mann (prostatakreft) og hans partner. Basert på kognitiv-atferdsorientert seksual- og parterapi, samt en voksenpedagogisk tilnærming der parene selv velger mål. Vekt på seksualitet, kommunikasjon, relasjon samt kunnskap om og holdning til prostatakreft. To samtaler før operasjon (hvis mulig), fire samtaler etter hver 14. dag, samt ved 16. og 22. uke (gj.snitt tid per samtale: 37 min) + DVD med støttende materiale. Øvelser for paret.	3-5 mnd
Reese 2014 (48)	«Intimacy Enhancement». Telefonbasert tiltak (psykolog) basert på atferdsteoritiske prinsipper for par- og seksualterapi (mannen hadde hatt ende/tykktarmskreft). Fokus på å forsterke den intime relasjonen i paret, dvs. felles forståelse, åpenhet, nærhet, varme og hengivenhet. Fire ukentlige 50 min. samtaler/leksjoner. Øvelser for paret.	4 uker

Begge programmene er telefonbaserte og omfatter mellom fire og åtte telefonsamtaler mellom profesjonelle (sykepleier eller psykolog) og paret. Deltakerne var i gjennomsnitt mellom 50 og 60 år og hadde vært i den nåværende relasjonen i ca 20 til 30 år. Utfallene ble målt rett etter tiltaket var slutt i begge studiene; i den ene studien ble det også gjort oppfølgingsmålinger tre og ni måneder senere (47). I en studie (48) var et inklusjonskriterium at deltakerne hadde bekymringer knyttet til den seksuelle relasjonen, mens i den andre studien var dette ikke tilfelle.

Tilfredshet i parrelasjonen

En av studiene (47) målte tilfredshet i relasjonen med *Revised Dyadic Adjustment Scale*. Resultatene viste ingen signifikante forskjeller mellom tiltaksgruppe og kontrollgruppe (47). Dette gjaldt både rett etter tiltaket (SMD 0,20 KI -0,07 til 0,47), 3 måneder etter (SMD 0,07 KI -0,22 til 0,36) og 9 måneder etter tiltaket (SMD -0,03 KI -0,30 til 0,24).

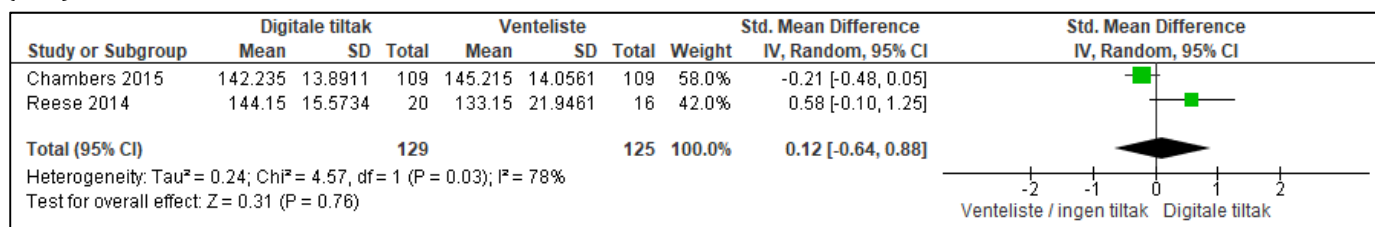
Intimitet i parrelasjonen

Begge studiene målte intimitet i relasjonen med *Miller Social Intimacy Scale*. Instrumentet (17 items) måler grad av følelsesmessig nærhet, intimitet og tillit til den andre.

Vi kan sammenstille resultatene som er rapportert fra tidspunktet rett etter at tiltaket er slutt, se metaanalyse, figur 6. Studiene rapporterer resultatene separat for pasienter

og partnere, det vil si kvinner og menn. Vi har derfor måttet omregne til et felles resultat ved bruk av korrelasjonskoeffisient=0,5 (se tabeller med sensitivitetsanalyser i vedlegg 6). Andre korrelasjonskoeffisienter endrer ikke resultatet vesentlig. De samlede resultatene viser ingen forskjell mellom tiltaksgruppe og kontrollgruppe, verken for mannlige pasienter eller for kvinnelige partnere (SMD 0,12 KI-0,64 til 0,88).¹⁶

Figur 6. Metaanalyse. Digitale intimitetsprogram vs. venteliste. Intimitet i relasjonen (n=2)



Den ene studien med kun 18 analyserte par (47), måler også tre og ni måneder etter tiltakets slutt, men finner heller ikke der signifikante forskjeller mellom gruppene.

Fornøydhet med tiltaket

Begge studiene har målt deltakernes fornøydhet med tiltaket. Den ene studien (47) ba deltakerne om å vurdere nytten av tiltaket. På en skala fra 1 («ikke nyttig i det hele tatt») til 10 («svært nyttig») skåret de mannlige deltakerne i gjennomsnitt 8,67 (SD 0,23) og de kvinnelige deltakerne 8,33 (SD 0,27). (Studien oppgir ikke antall som har svart på fornøydhetsspørsmålene.)

På mer åpne spørsmål om hva som opplevdes som nyttig,¹⁷ svarte mennene: råd fra profesjonelle/spesialister, opplæring i bivirkninger, bekreftelse og forståelse, samt tiltakets støtte til kvinnelig partner ((47), side 753). Mennene gav ikke så mange svar på hva som opplevdes som mindre nyttig, men noen få følte seg overveldet av all informasjonen. Det de oppga som savn var støtte tidligere i behandlingsforløpet, mannlige veiledere, veiledning ansikt-til-ansikt, samt flere spesifikke råd om bivirkninger av behandlingen.

De kvinnelige partnerne opplevde følgende aspekter ved programmet som nyttige: bekreftelse og forståelse, samt støtte til relasjonen og kommunikasjonen i paret. Noen få opplevde det som konfronterende og mindre nyttig å diskutere så personlige forhold i et tiltak som dette. Partnerne uttrykte at de savnet veiledning ansikt-til-ansikt, tidligere og lengre veiledning, støtte uten at mannen var til stedet, støtte fra andre kvinnelige partnere, og flere spesifikke råd om bivirkninger av behandlingen.

¹⁶ Reese 2014 (48) oppgir en annen effektstørrelse for partnere enn den vi fikk når vi regnet ut basert på oppgitte skårer.

¹⁷ Dette er ikke en del av en kvalitativ studie med kvalitativ datainnsamling og er derfor ikke inkludert i den kvalitative analysen i denne oversikten.

Den andre studien (48) har flere kvantifiserbare spørsmål knyttet til fornøydhets og nytte. Nitti prosent skåret 8 eller høyere på en skala fra 1-10 på spørsmål om de likte at programmet var telefonbasert. (Studien oppgir ikke antall som har svart.) Like mange opplevde at de hadde greid å utvikle et godt forhold til terapeuten. Nitti prosent skåret 3 eller høyere på en skala fra 0-4 på spørsmål om programmet var nyttig for å bedre intimiteten i relasjonen. 70 prosent skåret 3 eller høyere på spørsmål om informasjonen i programmet var nyttig.

Frafall fra tiltaket

Begge studiene rapporterte frafall fra tiltaket. I den ene studien (47) ble det randomisert 62 par til tiltaksgruppen og 64 par til kontrollgruppen (ingen veiledning/vanlige tjenester). Syv par falt fra før oppstart (jevnt fordelt), mens 11 par falt fra i løpet av tiltaksperioden (også jevnt fordelt), ingen grunn oppgitt. Frafallet i tiltaksgruppen var 14,5 prosent.

Den andre studien (48) var en liten studie med 23 randomiserte par. Fem par falt av før oppstart (jevnt fordelt) på grunn av sykdomstilbakefall (tre par), ikke tid (ett par) eller ingen oppgitt grunn (ett par). Ingen falt fra under tiltaksperioden.

Oppsummering av resultater og tillit til dokumentasjonen

Tabell 10: Oppsummering. Effekt av digitale intimitetsprogram vs. venteliste/ingen tiltak

Populasjon: **Par der den ene parten nylig har hatt kreft**

Tiltak: **Telefonbaserte intimitetsprogrammer**

Kontroll: **Venteliste / ingen tiltak**

Studier: **Chambers 2015, Reese 2014**

Utfallsmål	Sammenligning av effekt i de to gruppene	Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltakere (studier)	Tillit til dokumentasjonen (GRADE)
Tilfredshet i relasjonen 0 mnd	Liten eller ingen forskjell mellom tiltaksgruppe og kontrollgruppe	SMD 0,20 (-0,07 til 0,47)	217 (1 RCT)	⊕⊕○○ LAV 1,2
Intimitet i relasjonen 0 mnd	Liten eller ingen forskjell mellom tiltaksgruppe og kontrollgruppe	SMD 0,12 (-0,64 til 0,88)	253 (2 RCTer)	⊕○○○ SVÆRT LAV 2,3,4

1. Ingen blinding av deltakere. Ventelistedesign

2. Totalt antall deltakere < 400 (ved svært lavt antall og/eller bredt KI trekkes to)

3. Uklare prosedyrer for allokering. Ingen blinding av deltakere. Ventelistedesign / ingen tiltak for kontrollgruppen

4. Sprikende resultater, høy heterogenitet

KI=konfidensintervall. SMD=standardisert gjennomsnittlig forskjell

Dokumentasjonen viser at når vi sammenligner digitale intimitetsprogrammer per telefon med venteliste eller ingen tiltak for par med relasjonelle problemer, så finner vi at:

- Det er mulig at digitale tiltak ikke har bedre eller dårligere effekt enn ingen tiltak når det gjelder utfallsmålet tilfredshet i relasjonen.
- Det er usikkert om digitale tiltak har bedre eller dårligere effekt enn ingen tiltak når det gjelder utfallsmålet intimitet i relasjonen.

Beskrivelse av erfaringsstudiene

To studier med til sammen 25 deltakere (fra 13 par) undersøkte *erfaringer med* digitale tiltak for relasjonelle utfordringer blant par der den ene parten nylig hadde gjennomgått behandling for kreft. Begge tiltakene var online-programmer. Vi presenterer de to studiene kort med utgangspunkt i PICO i tabell 11 og litt mer utfyllende i teksten under. Enkeltvis og mer inngående beskrivelse av de inkluderte studiene finnes i vedlegg 5.

Tabell 11. Oversikt over inkluderte studier av erfaring (n=2)

Studie, land (referanse)	Utvalg	Tiltak	Oppfølging *	Relevante spørsmål
Fergus 2014, Canada (32)	9 deltakere fra 5 par der kvinnen hadde brystkreft, snitt 34 år	Intimitetsprogram, 6 leksjoner online, 6-8 uker	0 mnd	- fordeler - ulemper - forbedringspunkter
Song 2015, USA (63)	16 deltakere fra 8 par der mannen hadde prostatakreft, snitt 61 år	Intimitetsprogram, 7 moduler (2 obligatoriske) online, 8 uker	0 mnd	- nytte - anvendbarhet - forbedringspunkter

* Oppfølgingstid er regnet fra tiltaket er slutt

Beskrivelse av studier og tiltak

Studiene er foretatt i USA og Canada og publisert i henholdsvis 2015 og 2014. I tråd med beskrivelsen av effektstudiene er dette studier av tiltak vi kan kalle *intimitetsprogrammer*, rettet mot par der den ene parten nylig har hatt kreft. Tiltakene befinner seg mellom det vi har omtalt som «styrkende programmer» og «terapeutiske programmer» (28). Studiene undersøker deltakernes opplevelser med tiltaket: fordeler, ulemper, nytte, anvendbarhet og forbedringspunkter. Disse undersøkelsene skjedde rett etter tiltakets avslutning (<2 uker).

Beskrivelse av utvalg

I alle par har den ene parten nylig hatt brystkreft eller prostatakreft. Gjennomsnittsalder i parene er 35 år (brystkreft) og 61 år (prostatakreft). Begge tiltakene inkluderer heterofile par.

Beskrivelse av spørsmål

Den ene studien (32) rapporterer erfaringer knyttet både til faglig innhold i programmet (dvs. bedring av parrelasjonen) og til programmets digitale form. Den andre studien (63) rapporterer kun erfaringer med programmets digitale form.¹⁸

¹⁸ Artikkelen oppgir at data om erfaringer med innholdet skal publiseres i en annen studie, men det gis ikke noen annen informasjon om denne, og vi har ikke identifisert artikkelen.

Det er flest og best beskrevne funn i førstnevnte studie, studien av par der den ene parten har hatt brystkreft. Vi har primært lagt vekt på deltakernes erfaringer med innhold i tiltakene som er rettet mot parrelasjonen og mindre vekt på innhold rettet mot oppfølging av kreftbehandlingen.

Beskrivelse av metodologisk sterke og svake sider

Begge studiene er intervjustudier, og begge studiene kombinerer den kvalitative datainnsamlingen med innsamling av kvantitative data, enten om endring fra før til etter (63), eller om fornøydhets (32).¹⁹ Intervjuene er gjort over telefon i begge studier. Studiene er relativt «tynne»²⁰ kvalitative studier og har korte metodebeskrivelser. Vi har vurdert at begge studiene har noe begrensede/uklare analyser av funn samt svært korte diskusjoner. Analysene er tematiske, som også er utgangspunkt for vår analyse. Våre vurderinger er presentert i tabeller for hver studie i vedlegg 5.

Beskrivelse av tillit til resultatene

For hvert utfallsmål vurderte vi tillit til den samlede dokumentasjonen. Vi har nedgradert tilliten til enkeltresultater blant annet på bakgrunn av metodologisk svake sider (som beskrevet over), at begge utvalgene består av par der den ene parten har kreft, at det er få og små studier og at i noen tilfeller representerer funnene et svært avgrenset fenomen. Etter en vurdering av overførbarhet i tråd med TRANSFER (41) har vi ikke nedgradert for dette (på domenet *relevance*). Se også tabell etter presentasjonen av resultater (oppsummeringstabell) samt i en mer detaljert tabell i vedlegg 7.

Erfaringer med digitale tiltak

Tiltaket i begge de kvalitative studiene legger vekt på intimitet, kommunikasjon og mestring, mens tiltaket for par der den ene hadde prostatakreft også inneholdt edukativt materiale om mestring av symptomer (63). Innholdet i tiltakene er beskrevet i tabell 12.

Tabell 12. Studier av erfaring med beskrivelse av digitale intimitetstiltak (n=2).

Studie (land)	Populasjon	Tiltak	Mål med studien
Fergus 2014 (32)	Par der kvinnen var behandlet for brystkreft og deres mannlige partnere	Online-program med mål om å hjelpe paret til å integrere erfaringer med brystkreft slik at paret styrkes på tross av alle utfordringer. Spesifikt mål er å styrke mestring, intimitet, oppmerksomhet på forholdet, konstruktiv lytting, kommunikasjonsferdigheter og generelle positive følelser i forholdet. 6 leksjoner	Undersøke erfaringer med programmet: fordeler, ulemper, forbedringspunkter

¹⁹ Disse kvantitative dataene besvarer ikke spørsmålet om effekt og er derfor ikke inkludert i vår oversikt.

²⁰ «Tynne» beskrivelser betyr i kvalitativ metode at forskeren beskriver en type praksis med dens kulturelle kontekst og meningsbæring, mens tynne beskrivelser kun beskriver fakta om et fenomen, uten noen fortolkning (64).

		som alle inkluderte studiemateriale, øvelser og tilbakemelding fra kurslærer. Varighet 6-8 uker.	
Song 2015 (63)	Par der mannen var behandlet for prostatakreft og deres partnere	Online-program som integrerer teoribasert involvering av familie og mestring i paret, med empirisk kunnskap om håndtering av symptomer ved prostatakreft. 7 moduler á 10-20 min med materiale (tekst, video) og deretter øvelser for paret: 2 obligatoriske moduler med fokus på parrelasjonen og generell helse og 5 valgfrie moduler med fokus på mestring av symptomer ved prostatakreft. Ukentlige eposter med påminnelser. Varighet 8 uker	Undersøke erfaringer med programmet: nytte, anvendbarhet, forbedringspunkter

Etter koding av resultatene i de to studiene identifiserte vi 18 deskriptive funn. Disse kunne kategoriseres under åtte tema: relasjon, kommunikasjon, innsikt, motivasjon, helsehjelp, fleksibilitet, digital tilgjengelighet og frafall. Vi har sortert funnene etter opplevde *fordeler* og *ulemp*er med tiltaket, beskrevet nedenfor. Deretter presenteres en oppsummeringstabell med alle funn og beskrivelser av disse, hvilke studier de støtter seg på, samt vår vurdering av tillit til funnet og hvilke betenkeligheter (*concerns*) vi har som gjør at vi eventuelt nedgraderer denne tilliten. I vedlegg 7 finnes tabeller med detaljer om tillit til funnene (GRADE-CERQual-tabeller) og i vedlegg 8 finnes tabell med alle tekstutdrag vi har hentet fra artiklene.

Opplevde fordeler eller positive aspekter med tiltakene

Parrelasjon

Deltakere i begge tiltakene opplevde at programmet styrket relasjonen (32;63). Noen uttrykte at de hadde fått ny kunnskap om parforhold generelt eller at de lærte mer om sitt eget forhold: «*The program taught us a lot about ourselves and our relationship. I think it brought us closer together*» ((32), side 487). Noen deltakere opplevde at de følte seg mer knyttet til den andre.

Kommunikasjon

Begge programmene ble opplevd å gi anledning til å stoppe opp og reflektere over situasjonen, samt å ha meningsfulle samtaler om relasjonen i en strevsom tid (32;63). Programmet tilførte noe nytt til hverdagen. Funnet gjenspeiler at paret har vært gjennom en vanskelig tid der den ene parten har hatt kreft. I det ene programmet legger deltakerne også vekt på at programmet øker og bedrer kommunikasjonen mellom partene, og dette er trolig et mer generelt funn knyttet til parprogrammer (32). En kvinnelig deltaker formulerte det som følger: «*My husband and I are feeling more connected to one another*» ((32), side 187).

Dette tiltaket inneholder også en øvelse som flere omtaler, *Intentional Dialogue* som er en speilingsøvelse der man skal øve på å bekrefte hverandre i samtalen gjennom å gjenta eller omformulere (*mirroring*) det den andre har sagt, bekrefte at man forstår eller begynner å forstå (*validation*), samt uttrykke at man kan leve seg inn i den andre (*empathy*) (Hendrix 1988 i (32)). Hensikten med øvelsen er å trene på å selv kommunisere tydeligere samt å øke forståelsen for den andres perspektiver. Øvelsen ble opplevd som svært nyttig og det viktigste i programmet av noen deltakere.

Én av studiene (63) diskuterer betydningen av «rasespesifikk» tilnærming i et digitalt tiltak for par som har opplevd prostatakreft. De afroamerikanske deltakerne i denne studien opplevde ikke at programmet var diskriminerende, men heller ikke at informasjon rettet spesielt mot dem var nødvendig.

Innsikt

Noen deltakere opplevde at tiltaket bidro til økt forståelse for egne tanker og følelser (32). I tillegg bidro tiltaket til økt forståelse for eller innsikt i partnerens tanker og følelser, enten denne var kreftpasienten eller partneren. Ett par eksemplifiserte dette i det kvinnen uttrykte at partneren «*had a better understanding of my worries and fears than I realised. I guess he has been listening and paying attention*», mens mannen fortalte at det hadde vært viktig for ham å forstå at hun «*still has a concern about her future health – and I knew she always would*» ((32), side 488). Ny innsikt i partnerens situasjon kunne gjelde små, hverdagslige ting eller større og mer betydningsfulle aspekter ved livet.

Helsehjelp

I det ene tiltaket var det flere deltakere som satt stor pris på at programmet var utformet og tilrettelagt av profesjonelle helsearbeidere (32;63). Det ble opplevd som svært nyttig at man kunne ha samtaler med og få tilbakemeldinger fra helsearbeidere. I det andre tiltaket fremhevet flere deltakere at informasjonen de fikk gjennom programmet var omfattende og pålitelig (32;63). Informasjonen ble opplevd som nyttig også for å selv kunne søke etter videre informasjon eller diskutere ulike aspekter med den vanlige legen sin.

Fleksibilitet

Deltakere i begge studiene fremhever fleksibiliteten ved det digitale programmet; at man selv kan bestemme når man vil arbeide med det, hvilket tema man skal arbeide med og hvor lenge man skal holde på (32;63). I den ene studien ble det også trukket frem fleksibiliteten når det gjelder format, det at man kan velge mellom å lese en tekst eller se en video for å tilegne seg materialet (63).

Digital tilgjengelighet

Et annet aspekt ved det digitale er tilgjengelighet. Deltakere i begge studier understreket at programmet var enkelt å bruke, oversiktlig, forståelig og lett å finne frem (32;63). Det ble opplevd som nyttig å kunne kontakte veileder ved å sende en melding innenfor programmet (32).

Opplevde ulemper eller utfordringer med tiltakene

Kommunikasjon

Øvelsen *Intentional Dialogue* ble av noen deltakere opplevd som lite nyttig, vanskelig og unaturlig (32). Deltakerne var kanskje i ulik grad mottakelig for programmet, f.eks. basert på tidligere erfaring, trygghet eller personlighet. Forfatterne av studien fant ellers ingen mønstre i deltakernes tilbakemeldinger på enkeltelementer i programmet.

Motivasjon

I den ene studien erfarte noen deltakere at det kunne være for lite tid i hverdagen til å gjøre oppgavene skikkelig, og da ble tiltaket mindre meningsfullt (32). Noen uttrykte at de ikke var motivert for å jobbe med programmet om kvelden, på den tiden de egentlig skulle ha fri og slappe av, slik de vanligvis gjorde (32). Programmet kom på et vis i veien for hverdagen. Andre følte seg lite motiverte for å bruke PC til å jobbe med programmet, enten fordi de allerede brukte PC mye på jobb og ikke hadde lyst til å gjøre det på fritiden. En deltaker uttrykte det slik: «*We have very limited free time available and found it difficult to finish the lessons within a week, particularly the ones that needed to be started immediately*» og partneren utfylte: «*sometimes we viewed it as a chore (...) In the end it was a bit disruptive to our normal routine. We're the type that would rather snuggle up on the couch and watch a TV show at the end of a day of work*» ((28), side 488). Andre deltakere fremhevet at det kjentes upersonlig å jobbe med denne type temaer på PC (32). PC opplevdes med andre ord som noe fremmed og jobbrelatert.

Noen deltakere opplevde at programmet tok for mye tid i en travel hverdag, mens andre syntes at én time i uka var akkurat passe (32). Enkelte deltakere opplevde at motivasjon og tidsbruk kunne være skjevfordelt i paret, særlig at den som hadde hatt brystkreft var villig til å sette av mer tid og ressurser enn partneren (32).

Fleksibilitet

Deltakere i begge studier påpeker baksiden ved det fleksible formatet i tiltaket (32;63). Det kan være lett å glemme å gå inn i programmet eller gjøre øvelsene og man trenger påminnelser, flere og av ulik type. Fleksibiliteten i de digitale programmene oppleves dermed tosidig.

Digital tilgjengelighet

I det ene programmet ble det påpekt at programmet kunne henge seg opp og man kunne miste data (32;63). God digital tilgjengelighet er viktig for at deltakerne skal engasjere seg.

Frafall

Behandlernes erfaringer i det ene programmet (32) tilsa at deltakeres frafall kunne ha svært ulike årsaker, for eksempel skjev motivasjon i paret (kvinnen som hadde hatt brystkreft var mer motivert enn partneren), alvorlige problemer i relasjonen, komplisert og/eller uavklart ved sykdomssituasjon, andre store livsendringer (flytte, jobb-skifte mm), manglende oppmerksomhet mot psykologiske prosesser (liten interesse eller forståelse for tanker og følelser knyttet til dette) eller problemer med språket. Dette er ikke årsaker som primært henger sammen med det digitale formatet, men med forholdet ved paret, den enkelte eller situasjonen rundt.

Oppsummering av resultater og tillit

Tabell 13: Oppsummering. Erfaringer med digitale tiltak

Populasjon: Par der den ene parten nylig har hatt kreft Tiltak: Online intimitetsprogrammer Studier: Fergus 2014, Song 2015		
Funn	Studier som støtter funnene	CERQual (vurdering av tillit)
Opplevde fordeler eller positive aspekter med tiltakene		
RELASJON		
Flere deltakere synes at programmet styrket relasjonen	Fergus 2014, Song 2015	⊕⊕⊕○ MODERAT 1,2
KOMMUNIKASJON		
Flere deltakere opplevde at programmet styrket kommunikasjonen	Fergus 2014	⊕⊕○○ LAV 1,3
Noen deltakere opplever at programmet gir anledning til refleksjon	Fergus 2014, Song 2015	⊕⊕⊕○ MODERAT 1,2
Flere deltakere opplevde at tiltaket ikke var rasediskriminerende	Song 2015	⊕⊕○○ LAV 1,3
Øvelsen <i>Intentional Dialogue</i> ble godt likt av noen	Fergus 2014	⊕⊕○○ LAV 1,3,4
INNSIKT		
Noen deltakere syntes at programmet bidro til ny innsikt i seg selv og den andre	Fergus 2014	⊕⊕○○ LAV 1,3
HELSEHJELP		
Deltakere syntes det var svært nyttig med tilbakemelding fra helsearbeider	Fergus 2014	⊕⊕○○ LAV 1,3,5
Deltakere opplevde informasjonen som troverdig	Song 2015	⊕⊕○○ LAV 1,3,5
FLEKSIBILITET		
Mange deltakere likte fleksibiliteten ved programmet	Fergus 2014, Song 2015	⊕⊕⊕○ MODERAT 1,2,4
DIGITAL TILGJENGELIGHET		
Flere deltakerne uttrykte at god digital tilgjengelighet er viktig	Fergus 2014, Song 2015	⊕⊕⊕○ MODERAT 1,2
Opplevde ulemper eller utfordringer med tiltakene		
KOMMUNIKASJON		
Øvelsen <i>Intentional Dialogue</i> ble mislikt av noen	Fergus 2014	⊕⊕○○ LAV 1,3
MOTIVASJON		
Flere deltakere opplevde at de hadde for lite tid til eller brukte for lite tid på programmet	Fergus 2014	⊕⊕○○ LAV 1,3
Flere deltakere var ikke motiverte for å jobbe med programmet om kvelden	Fergus 2014	⊕⊕○○ LAV 1,3
Noen deltakere opplevde at PC var upersonlig	Fergus 2014	⊕⊕○○ LAV 1,3
Noen deltakere opplevde at motivasjon kan være skjevfordelt i paret	Fergus 2014	⊕⊕○○ LAV 1,3
FLEKSIBILITET		
Flere deltakere opplevde at fleksibiliteten gjør det lett å glemme	Fergus 2014, Song 2015	⊕⊕⊕○ MODERAT 1,2

DIGITAL TILGJENGELIGHET		
Deltakere uttrykte frustrasjon ved at det ikke var god nok digital tilgjengelighet	Fergus 2014	⊕⊕⊕○ MODERAT 1,2,4
FRAFALL		
Programlærerne opplevde at frafall kunne skyldes ulike aspekter ved paret, den enkelte eller situasjonen	Fergus 2014	⊕⊕○○ LAV 1,3,6
<ol style="list-style-type: none"> 1. Usikkerhet ved studienes analyse og begrenset diskusjon av funn 2. Begge studiene har utvalg der den ene parten nylig har hatt kreft og vi vet ikke om dette er direkte overførbart til andre populasjoner. 3. Kun to studier 4. Kun én studie 5. Funnene gjelder et avgrenset fenomen (én komponent i ett tiltak) 6. Disse sidene ved tiltaket er knyttet til at den ene parten i parene har hatt kreft og paret søker helsehjelp spesifikt til dette 		

Diskusjon

Hovedfunn

I denne systematiske oversikten har vi inkludert ni effektstudier (med totalt 2197²¹ deltakere, fra 46 til 600) og to erfaringsstudier (med totalt 25 deltakere) av digitale tiltak for par med relasjonelle problemer (varighet fra fire til 20 uker, median seks uker). Disse har vi presentert i tre sammenligninger av effekt og én vurdering av erfaringer. Nedenfor oppsummerer vi de viktigste funnene og tilliten vi har til dokumentasjonen.

Effekt på relasjonsmål

Resultatene i denne systematiske oversikten viser at digitale tiltak rettet mot par med relasjonelle problemer muligens har en liten til middels positiv effekt på økt tilfredshet i relasjonen, kvaliteter i relasjonen, kommunikasjon, konflikthåndtering og livskvalitet, sammenlignet med venteliste/ingen tiltak (lav tillit til dokumentasjonen).

For sammenligningen mellom digitale og fysiske tiltak har vi svært lav tillit til dokumentasjonen, og vi kan derfor ikke slå fast om digitale og fysiske tiltak har tilsvarende effekter på tilfredshet, kommunikasjon eller livskvalitet. Vi kan heller ikke avgjøre om digitale tiltak for populasjoner der den ene nylig har hatt kreft har bedre effekt enn ingen tiltak når det gjelder intimitet i relasjonen (svært lav tillit). Kanskje er det ingen forskjell når det gjelder tilfredshet i relasjonen for denne gruppen (lav tillit).

Ingen av de inkluderte studiene undersøkte tiltakenes effekt på brudd i relasjonen eller kostnadseffektivitet.

De inkluderte studiene har undersøkt tiltak av med ulike digitale format. I den største sammenligningen (digitale relasjonstiltak vs. venteliste) bestod de digitale tiltakene av online-leksjoner kombinert med egne øvelser for paret. Sammenligning av digitale og fysiske tiltak inkluderte et online-tiltak og et telefonkonferanse-tiltak, mens i sammenligningen av intimitetsprogrammer for kreftrammede var det digitale tiltaket telefonsamtaler. I alle tiltakene var egne øvelser for paret et viktig element, om enn i ulik grad. Vi har ingen holdepunkter basert på funnene i denne oversikten for å si at noen digitale format er mer effektive enn andre.

²¹ Studiens av Tompkins 2013 inkluderte 3002 deltakere men data ved oppfølging omfattet kun 305.

I sum betyr dette at et begrenset antall studier, heftelser ved studiene samt at studiene måler ulike aspekter, gjør at vi ikke kan ha høy grad av tillit til resultatene i denne oversikten. Likevel kan vi si at resultatene peker i retning av at digitale tiltak har positive effekter på ulike relasjonsmål, sammenlignet med det å ikke få noe tiltak (venteliste). Det er vanskelig å si, basert på funnene i denne oversikten, om digitale tiltak har like god effekt som tradisjonelle, ansikt-til-ansikt-tiltak.

Erfaringer og fornøydh

To kvalitative studier bidro til analysen av erfaringer. Dette var online-tiltak rettet mot par der den ene parten nylig har hatt kreft, så utvalgene dekker kun deler av målpopulasjonen for denne oversikten. Hovedresultatene er knyttet til relasjonsmål og det digitale formatet, og vi mener disse kan være relevante for digitale tiltak rettet mot andre parpopulasjoner. Vi identifiserte åtte tema: relasjon, kommunikasjon, innsikt, helsehjelp, motivasjon, fleksibilitet, tilgjengelighet og frafall – med samlet sett 18 funn.

Relasjon

Erfaringene med digitale tiltak for relasjonelle problemer tyder på at programmene kan styrke både relasjonen i seg selv og kommunikasjonen mellom partene (lav til moderat tillit til dokumentasjonen). Trolig gir tiltaket dem en anledning til å snakke sammen på nye måter (moderat tillit). Muligens kan denne type tiltak bidra til ny innsikt i seg selv eller partneren (lav tillit). Dette er i tråd med effektresultatene knyttet til tilfredshet med relasjonen, (positiv og negativ) kommunikasjon og (positive og negative) kvaliteter i relasjonen. Tiltakene setter fokus på hvordan man snakker sammen, hvordan forstå partneren bedre og hvordan bedre forstå dynamikkene i et parforhold. Parrene som deltar opplever at dette endres i positiv retning.

Det er også noen funn som peker i retning av mindre nytte eller ulemper ved tiltaket. Noen deltakere opplevde en spesiell øvelse (*Intentional Dialogue*) som vanskelig og unyttig, selv om andre igjen syntes det kanskje var den mest nyttige av alle øvelsene i programmet (lav tillit til dokumentasjonen).

Digitalt format

Det digitale formatet gir både muligheter og utfordringer. Digitale tiltak gir høy grad av fleksibilitet med hensyn til når man ønsker å ta en leksjon eller gjøre en øvelse, hvor man ønsker å gjøre dette, hvor lang tid man skal bruke, om man skal gjøre det alene eller med partner, hvor lenge man skal holde på – og ikke minst hvilken type oppgave man skal engasjere seg i (moderat tillit). Denne fleksibiliteten kan være nyttig for mange mennesker, ikke minst grupper som er inkludert i effektstudiene, som par som venter eller nylig har fått barn, eller par der den ene nylig har hatt eller har en sykdom som kreft eller multippel sklerose. Den digitale tilgjengeligheten er viktig for deltakerne, at det godt tilrettelagt, oversiktlig, enkelt å bruke (moderat tillit). Noen deltakere fremhevet mulighet for å kontakte en behandler innenfor programmet som en god og enkel løsning (lav tillit). Samtidig fortalte deltakerne om tekniske problemer som at programmet hang seg opp eller at de mistet data de hadde lagt inn (lav tillit).

Et viktig aspekt ved det digitale formatet er at den verdsatte fleksibiliteten også gjør det enkelt å glemme eller utsette å se/høre/lese leksjoner eller å gjøre øvelser (moderat tillit til dokumentasjonen). Flexibiliteten i det digitale formatet oppleves altså som positivt, men det er også en bakside. Deltakere i det ene programmet etterlyste flere typer påminnelser, for eksempel i form av postkort og telefon, ikke bare innenfor programmet. I tre av effektstudiene (56;58;59) og én av erfaringsstudiene (63) sendes det påminnelser på epost, men kanskje er dette ikke tilstrekkelig.

Andre utfordringer knyttet til det digitale formatet handler både om manglende motivasjon for å sette seg ned med PC etter jobbdag med PC, eller at PC blir for upersonlig for disse svært personlige temaene (lav tillit). Kanskje kan en kombinasjon med andre digitale elementer (f.eks. telefonkontakt) eller ikke-digitale møter avhjelpe dette noe.

Motivasjon

Analysen av erfaringer løfter også frem utfordringer med å motivere seg for å arbeide tilstrekkelig med programmet, primært på grunn av tidsnød, slik at man trolig mindre ut av programmet enn det som er meningen (lav tillit). Noen opplever at å gjennomføre leksjoner eller øvelser kommer i veien for fritid som man ønsker å bruke til andre ting (lav tillit), eller at den ene i paret (i denne studien: kvinnen som har hatt brystkreft) er langt mer motivert enn partneren (lav tillit). Man kan tenke seg at kanskje skjevfordelt motivasjon i paret kan være vanskeligere ved et digitalt tiltak (lav tillit), fordi det er ingen utenfor som har forventninger til deltakelse.

Fornøydhet i effektstudier

Denne oversikten inkluderer også effektstudier som har spørsmål om fornøydhet, målt med både åpne og lukkede spørsmål. I to studier av relasjonsprogrammer rettet mot par generelt og eldre par, viste kvantitative mål at deltakerne var fornøyde med tiltaket, i den ene studien var deltakerne like fornøyde som i et sammenlignbart ansikt-til-ansikt-program, men vi vet lite utover dette. I de to effektstudiene av par der den ene parten hadde hatt kreft uttrykte også deltakerne på ulike spørsmål at de var fornøyde. Likevel kommer det frem i åpne svar i den ene studien at deltakerne savnet veiledning ansikt-til-ansikt, men studien rapporterer ikke om dette er knyttet til kreftbehandling/symptomer eller til relasjonelle tema.

Ulike grupper

Er det ulike grupper som har mer nytte av digitale partiltak enn andre grupper? Denne oversikten kan ikke besvare dette spørsmålet. Annen litteratur (21) diskuterer ulike grupper og parterapi generelt, eksempelvis homofile/lesbiske par eller flerkulturelle par. En tidligere omtalt systematisk oversikt over partiltak fra 2008 fant at en stor majoritet av deltakerne i studiene var hvite, heteroseksuelle middelklassepar (22). De kvantitative studiene i vår oversikt problematiserer i liten grad dette, men noen påpeker at deltakerne utgjør en relativt homogen gruppe (f.eks. (57)). Ett funn fra de kvalitative studiene var knyttet til betydningen av rase- eller etnisk spesifikk (*race-specific*)

tilnærming i et digitalt tiltak for par som har opplevd prostatakreft. De afroamerikanske deltakerne i denne studien opplevde ikke at programmet var diskriminerende, men heller ikke at informasjon rettet spesielt mot dem var nødvendig (lav tillit). Kanskje kan digitale tiltak være mer åpne for grupper med etnisk minoritetsbakgrunn (eller f.eks. seksuell minoritetsbakgrunn), fordi settingen kan være mer «nøytral» enn i en ansikt-til-ansikt-situasjon? Dette kan undersøkes videre.

Fire studier av ni studier rapporterte resultater separat for kvinner og menn. Sensitivitetsanalyser antyder at disse tiltakene hadde noe bedre effekt blant kvinner enn blant menn. Kan dette bety at kvinnene er mer engasjert i tiltaket? Vi vet ikke. En oversiktsartikkel fra 2008 over partiltak gitt ansikt-til-ansikt viste ingen forskjeller i effekt mellom kjønn (19), men vi vet heller ikke om dette fremdeles er representative funn.

Frafall

Kun en studie sammenlignet et digitalt og et ansikt-til-ansikt-tiltak når det gjaldt frafall fra programmet (57). Denne studien fant ingen forskjell mellom de to tiltaksformatene. Dette er likevel én liten studie, så dokumentasjonen er usikker. En annen studie (48) sammenligner sitt frafall i det digitale tiltaket (29 prosent) med frafall fra ansikt-til-ansikt-tiltak i andre studier og finner at det er tilsvarende. Andre studier målte frafall i kun den digitale gruppen og fant stor variasjon, så det er vanskelig å si noe mer sikkert på bakgrunn av disse.

Studiene av erfaringer løfter frem behovet for å bli minnet på («presset» til?) å delta i programmet, det vil si gjennomføre leksjoner og gjøre oppgaver, en ulempe med den ellers positive fleksibiliteten. En av disse studiene viser også til behandlernes erfaringer når de peker på grunnene til frafall i denne studien (32) (lav tillit): skjev motivasjon i paret, alvorlige problemer i relasjonen, medisinske komplikasjoner, andre store livsendringer, manglende oppmerksomhet mot psykologiske prosesser (f.eks. relatert til vanskene med øvelsen *Intentional Dialogue*) samt mulige språkbarrierer. Dette er ikke årsaker som primært henger sammen med det digitale formatet. Imidlertid kan det at det digitale format trolig har færre krav til begge parters deltakelse, kanskje bidra til frafall – men her har vi ikke noe sammenligningsgrunnlag.

Tillit til forskningsresultatene

Ni effektstudier ble vurdert for risiko for skjevheter, åtte RCTer og én kontrollert før-og-etter-studie. Det var en del mangler ved beskrivelser av prosedyrer for randomisering og skjult allokering (gjelder faktisk fordeling på gruppene), kanskje preget av at denne type design ikke er så hyppig brukt på parterapiområdet? Det var videre en ulempe at så mange av studiene hadde «ventelistedesign», altså at grupper som fikk tiltak ble sammenlignet med grupper som ikke fikk noe tiltak, og at det dermed kan være at noe av effekten ikke skyldes det særlige tiltaket, men at de fikk et tiltak overhodet. Det er sannsynlig at for en del par som vil delta på et digitalt partiltak i Norge, så er alternativet ingen tiltak. Problemet i denne sammenheng er at forskningsdesignet gjør at vi blir noe mer usikre på effekten av tiltak. Det er også en begrensning for tolkning av

resultatene at deltakerne ikke kan blindes men vet hva slags tiltak de får, fordi dette kan påvirke hvordan de skårer seg selv på ulike tester.

Den overordnede tilliten til hvert av resultatene er påvirket av den beskrevne risikoen for skjevheter samt lavt antall deltakere og/eller studier. Det å slå sammen studier i en metaanalyse gir mer oversiktlige funn og som regel sterkere resultater, men kan også føre til heterogenitet, altså sprik i effekter som igjen kan medføre lavere tillit. Vi har likevel valgt å sammenstille i metaanalyser der det er mulig, også ved bare to studier. Metaanalyser med kun to studier kan være problematisk fordi vi i *random effects*-modellen antar at tiltakene har noe ulik effekt, men resultatet blir mindre presist og variasjonen i studiene kommer dårlig til syne (43). På den annen siden vil leseren ofte slå sammen resultater på egen hånd dersom de er syntetisert narrativt, så Borenstein og kolleger anbefaler å gjøre en metaanalyse men være klar over begrensingene (43).

To studier av erfaring ble vurdert for metodologisk sterke og svake sider. Studiene har noen mangler knyttet til stringens ved analyse av data og beskrivelse av funn. Det er lite dybde i både analyse og presentasjon, men samtidig er funnene i seg selv relativt enkle («tiltaket har bedret vår kommunikasjon»). En kvalitativ studie med andre ambisjoner kunne ha gått mer i dybden rundt disse utsagnene og forsøkt å finne ut *hva* i programmet, *hvordan* og *på hvilken måte* kommunikasjonen ble bedret av å delta i det digitale tiltaket.

Overførbarhet til norske forhold

Vi har ikke funnet informasjon om de identifiserte faktorene som kan påvirke overførbarhet til norske forhold: nivå på generell digital kompetanse og tilgang på offentlig/gratis samlivsterapi/veiledning. Vi vil likevel gjøre noen betraktninger om overførbarhet, noe mer generelt, basert på landene studiene er gjort i. De fleste av studiene (7 av 11) er fra USA, de andre er fra Australia, Canada og Sveits. I rapporten *Digital Planet* fra 2017 (24) er 60 av verdens land vurdert med hensyn til digital utvikling og her ligger Norge øverst. USA, Australia, Canada og Sveits følger imidlertid tett på og ligger alle blant de 12 øverste. Faktorene som er vurdert er betingelser for tilgang og etterspørsel, institusjonell tilrettelegging, innovasjon og endring (*Supply Conditions, Demand Conditions, Institutional Environment, and Innovation and Change* (24)). Det er derfor ikke sannsynlig at Norge skiller seg betydelig fra disse landene på dette området; innbyggere i Norge vil trolig kunne nyttiggjøre seg digitale tiltak omtrent på samme nivå.

Når det gjelder tilgang på offentlig/gratis samlivsterapi eller veiledning er spørsmålet vanskeligere. Det kan for eksempel være store forskjeller mellom statene i USA. Tanken var at dersom terapi eller veiledning ansikt-til-ansikt er svært dyrt eller vanskelig tilgjengelig, så vil digitale tiltak kunne ha en mye sterkere stilling, folk vil være mer interessert og motivert, og digitale tiltak ville kanskje komme ut med en bedre effekt enn ellers forventet. Kanskje var denne antagelsen dårlig fundert. I denne oversikten har vi ingen valide resultater fra studier som sammenligner ansikt-til-ansikt-tiltak og digitale tiltak (kun med svært lav tillit).

Andre sosioøkonomiske forhold kan ha betydning for effekt av tiltak for relasjonelle problemer. Digitale tiltak kan kreve mer egeninnsats av deltakerne, som kan gjøre det mer utfordrende for par med andre store belastninger (f.eks. økonomiske eller familie-relaterte). Basert på de inkluderte studienes rapportering, så ser deltakerne ut til å ha et relativt høyt utdanningsnivå. I majoriteten av studiene har over halvparten av deltakerne utdanning på bachelornivå eller høyere. (I Norge hadde 32,9 prosent av befolkningen utdanning på universitets- og høgskolenivå i 2017 (65).) Det er videre en høyere andel «hvite» i de amerikanske studiene enn den generelle befolkningen skulle tilsi.

Samlet sett vurderer vi at det ikke er grunn til store betenkeligheter knyttet til overførbarhet av funnene i denne oversikten til en norsk kontekst.

Sterke og svake sider ved denne systematiske oversikten

Det er en styrke ved denne systematiske oversikten at vi har lett grundig etter studier på våre forskningsspørsmål, på et område som er nytt og ganske uutforsket. Det er videre en styrke at vi har lett etter – og identifisert – både studier av effekt og studier av erfaring, som samlet sett gir bedre kunnskap om et tiltak. Selv om vi i denne oversikten bare kunne inkludere to kortfattede erfaringsstudier, så mener vi at de bidrar til bedre forståelse av hvordan digitale tiltak fungerer.

Det er noen åpenbare svakheter ved dokumentasjonen. Vi fant få store og gode studier, og vi kan derfor ikke gi klare svar på forskningsspørsmålene. Det er muligens en liten til middels positiv effekt av digitale programmer, men resultatene er målt rett etter tiltakets slutt, og vi vet ikke om effektene vedvarer. Imidlertid er forskningen på partiltak ansikt-til-ansikt også preget av resultater på kort sikt, men en oversiktsstudie fra 2013 (66) fant at denne type tiltak (*relationship education*) kan forsterke tilfredsheten i forholdet over flere år, særlig for par med høy risiko. Forfatterne bemerker at for noen kan effektene være tydeligere på lenger sikt (ibid.).

Vi vet ikke om digitale tiltak er like effektive som ansikt-til-ansikt-tiltak og hvordan deltakerne vurderer disse formatene opp mot hverandre. Vi kan heller ikke på bakgrunn av de inkluderte studiene si noe om digitale tiltak har bedre effekt for noen grupper enn andre, for eksempel basert på kjønn eller etnisitet. Ei heller kan vi si noe om eventuell forskjell i effekt på bakgrunn av ulike typer digitale tiltak, for eksempel online-versus telefonbaserte tiltak. Det kan ha tilkommet relevante studier etter vi avsluttet vårt søk i oktober 2017.

I denne systematiske oversikten har vi statistisk slått sammen resultater fra ulike tiltak og ulike populasjoner i metaanalyser. Noen vil kunne innvende at tiltakene og populasjonene er *for* ulike og at nyansene mellom studiene går tapt. På den annen side vil sammenslåtte resultater kunne gi en bedre oversikt enn mange funn fra hver enkelt studie. Vi har valgt denne tilnærmingen fordi vi mener studiene er like nok og at målet

med en systematisk oversikt også er å få et overblikk. Dersom studiene presenteres enkeltvis vil leseren ofte selv «legge sammen» resultatene, ofte på en mindre presis måte.

Vi presenterer de fleste resultatene som standardiserte gjennomsnittsforskjeller mellom gruppene: små, middels eller store forskjeller. Disse forskjellene er basert på statistisk signifikans. Dessverre vet vi mindre om de klinisk signifikante forskjellene, etter som vi har måttet regne om fra de individuelle studienes måleresultater til en standardisert effektstørrelse for å kunne se resultatene i sammenheng.

Det kan også bemerkes her at vi på bakgrunn av resultatene i denne systematiske oversikten ikke gir råd til oppdragsgiver. Vi presenterer et kunnskapsgrunnlag, mens en beslutning om iverksetting av digitale tiltak for par vil oppdragsgiver måtte ta på bakgrunn av også andre forhold, som kostnader, praktiske løsninger, tilgjengelige alternativer, med mer.

Samsvar med andre oversikter

Vi fant ingen oversikter, verken systematiske eller ikke-systematiske, over studier av digitale tiltak rettet mot generelle parpopulasjoner. Vi identifiserte to andre systematiske oversikter der begge oppsummerte tiltak rettet mot par der den ene parten har hatt kreft.

Regan og kolleger (67) vurderte i 2012 psykologiske tiltak for par der den ene parten hadde hatt kreft. De inkluderte 23 kontrollerte studier, publisert mellom 1990 og 2010, som målte depresjon, angst, stress og livskvalitet som utfall. Åtte av studiene omfattet digitale tiltak, det vil si at de ble gitt helt eller delvis per telefon. Ingen av de studiene vi har inkludert i vår oversikt var inkludert i oversikten av Regan og kolleger. Den systematiske oversikten viste ingen forskjell i effekt basert på om tiltaket ble gitt ansikt-til-ansikt eller per telefon. I studiene av telefonbaserte tiltak rapporterte deltakerne fordelene med å kunne få veiledning uten å måtte dra hjemmefra, men at de likevel ønsket en viss grad av kontakt ansikt-til-ansikt.

Kim og kolleger (68) sammenstilte i 2014 studier av psykoedukative tiltak med fokus på seksualitet rettet mot par eller individer i par der den ene parten hadde hatt kreft. Oversikten inkluderte 15 kontrollerte studier og før-etter-studier, men det går ikke frem av oversikten hvor mange av tiltakene som er helt eller delvis digitale. To inkluderte studier er pilotstudier til studier vi har inkludert i vår oversikt (47;48). Utfallsmål var knyttet til fysiske, psykiske, kognitive og sosiale aspekter ved seksualitet. Den systematiske oversikten fant tilnærmet like gode effekter av ansikt-til-ansikt-tiltak og digitale tiltak, men tiltak som kombinerte ansikt-til-ansikt-programdeler med telefon/internett, hadde bedre effekt enn ansikt-til-ansikt-tiltak eller telefontiltak hver for seg.

Begge disse oversiktene fant med andre ord at digitale og ikke-digitale tiltak hadde tilnærmet lik effekt, men begge påpeker at en kombinasjon trolig vil være det mest eg-

nede for mange par. Dette vil kunne gi både digital fleksibilitet *og* kontakt ansikt-til-ansikt. I vår oversikt har vi ingen pålitelige funn om digitale versus ikke-digitale tiltak og vi har heller ikke identifisert noen studier som har tiltak som kombinerer disse to elementene. Funn fra de kvalitative studiene antyder at ansikt-til-ansikt-kontakt er et savn når temaet er så personlig.

Som presentert i innledningskapittelet, finnes det flere systematiske oversikter over ansikt-til-ansikt-tiltak for par med relasjonsproblemer mer generelt (16;22;23). Det er imidlertid vanskelig å sammenligne effektstørrelsene fra disse oversiktene med de effektstørrelsene vi finner i denne oversikten, både fordi det er noe usikkerhet knyttet til de effektene vi har funnet og fordi tiltak og populasjon må være noenlunde tilsvarende for at resultatene skal være sammenlignbare. Dette ligger utenfor rammen for denne oversikten.

Resultatenes betydning for praksis

Digitale tiltak for relasjonsproblemer ser ut til å kunne ha positive effekter for relasjon og kommunikasjon i paret. Vi vet imidlertid ikke om digitale tiltak er like effektive (eller bedre eller dårligere) som ansikt-til-ansikt-tiltak, ettersom de fleste studiene sammenlignet tiltaket med ventelistegrupper. Erfaringene vi har oppsummert tyder på at deltakerne synes at tiltakene bidrar positivt til relasjonen, at det digitale formatet gir høy grad av fleksibilitet. Utfordringer er at det kan være lettere å falle fra denne type tiltak, det kan være lett å glemme og det er lite forpliktende. Kanskje kan en kombinasjon av digitale og ansikt-til-ansikt-komponenter avhjelpe dette noe?

Kunnskapshull

Oversikten avdekker et generelt behov for mer effektforskning på digitale tiltak for par med relasjonelle problemer. Fremtidige studier bør også søke å sammenligne ansikt-til-ansikt-tiltak og digitale tiltak i større grad. I tillegg bør utfallsmål som brudd i relasjonen og kostnadseffektivitet undersøkes, og studiene bør ha lenger oppfølgingstid.

Videre er behov for studier av erfaringer med digitale partiltak, også studier som går i dybden når det gjelder det å arbeide med denne type spørsmål i et digitalt format.

Konklusjon

I denne oversikten har vi funnet at digitale tiltak for par med relasjonelle problemer kan ha små til middels positive effekter på flere relasjonelle mål, sammenlignet med å stå på venteliste eller ingen tiltak. Det er særlig tiltak som kombinerer online-leksjoner med egne øvelser, som er studert.

Studier av erfaringer med digitale tiltak for par viser at mange deltakere opplever at tiltaket bidrar til en bedre relasjon og anledning til å snakke sammen. Disse studiene undersøker kun erfaringer med *digitale* tiltak, ikke med tiltak ansikt-til-ansikt. Deltakerne er videre fornøyde med det fleksible formatet, at det åpner for individuelle valg av tid, sted, oppgaver og omfang. På den annen side kan det digitale formatet også medføre noen ulemper eller utfordringer, som lav motivasjon for å jobbe på PC etter jobbdag med PC eller at PC er upersonlig i denne type tiltak. Flexibiliteten kan også bidra til at det er lett å glemme å gjennomføre leksjonene i tiltak.

Frafall fra digitale tiltak kan være en utfordring, det viser både effektstudiene og erfaringsstudiene. Imidlertid kan vi ikke si om det er større frafall fra digitale tiltak enn fra ansikt-til-ansikt-tiltak.

Vi har ikke funnet svar på om digitale tiltak fungerer bedre eller dårligere enn tiltak ansikt-til-ansikt, basert på de inkluderte studiene.

Det er behov for mer forskning på digitale tiltak for par, både studier av effekt og av erfaring, helst i sammenligning med ansikt-til-ansikt-tiltak. Det vil være nyttig med studier som måler resultater eller utforsker erfaringer med slik tiltak over en lenger periode etter at tiltaket er avsluttet.

Referanser

1. Ekteskap og skilsmisser [nettdokument]. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå [oppdatert 2018; lest]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/ekteskap>
2. Zahl-Olsen R. Går annethvert ekteskap i oppløsning? En prospektiv kohortundersøkelse av skilsmisser i Norge 1886–2013. Fokus på familien 2018;46(1):53-73.
3. Skjøre samboerskap uten barn [nettdokument]. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå [oppdatert 2015; lest 11. mars 2018]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/skjore-samboerskap-uten-barn>
4. Helland MS, von Soest T, Gustavson K, Røysamb E, Mathiesen KS. Long shadows: a prospective study of predictors of relationship dissolution over 17 child-rearing years. BMC Psychology Vol 4 2016, ArtID 33 2014.
5. Gottman JM. What predicts divorce. The relationship between marital processes and marital outcomes. . Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1994.
6. Gottman JM, Silver N. The seven principles for making marriage work. New York: Harmony; 1999.
7. Helland M, Borren I. Foreldrekonflikt; identifisering av konfliktnivåer, sentrale kjennetegn og risiko. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2015. Rapport 2015:3.
8. Robles T, Slatcher R, Trombello J, McGinn M. Marital Quality and Health: A Meta-Analytic Review. Psychological Bulletin 2014;140(1):140-87.
9. Fincham F, Beach S. Marriage in the New Millennium: A Decade in Review. Journal of Marriage and Family 2010;72(3):630-49.
10. Whisman M. Marital Distress and DSM-IV Psychiatric Disorders in a Population-Based National Survey. Journal of Abnormal Psychology 2007;116(3):638-43.
11. Skauli G. Evidensbasert praksis i familievernet. En litteraturgjennomgang av forskning på parterapi. Oslo: Bufetat; 2009. Familievernets skriftserie 1/2009.
12. Nilsen W, Skipstein A, Gustavson K. Foreldrekonflikt, samlivsbrudd og mekling: Konsekvenser for barn og unge. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2012. 2012:2.
13. Tan E, McIntosha J, Kothea E, Opiea J, Olssona C. Couple relationship quality and offspring attachment security: a systematic review with meta-analysis. Attach Hum Dev 2017.
14. Yap M, Jorm A. Parental factors associated with childhood anxiety, depression, and internalizing problems: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord 2015;175:424-40.
15. Ponzetti JJ, Jr., red. Evidence-based Approaches to Relationship and Marriage Education. New York/East Sussex: Routledge; 2016.
16. Hawkins A, Erickson S. Is Couple and Relationship Education Effective for Lower Income Participants? A Meta-Analytic Study. Journal of family psychology : JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43) 2015;29(1):59-68.

17. PREP - Et forebyggende program som styrker samlivet [nettdokument]. Vikersund: Modum Bad [oppdatert 2013; lest 17. april 2018]. Tilgjengelig fra: www.kildehuset.no/prep/
18. Kielland Samoillow D. Kunsten å elske. Ni nøkler til det gode samlivet. Oslo: Kagge Forlag; 2015.
19. Greenberg L, Johnson S. Emotionally Focused Therapy for Couples: Guilford Publications; 2010.
20. Epstein N, Zheng L. Cognitive-behavioral couple therapy. *Current Opinion in Psychology* 2017;13:142-7.
21. Næss O, red. Håndbok i parterapi. Oslo: Fagbokforlaget; 2017.
22. Hawkins A, Blanchard V, Baldwin S, Fawcett E. Does Marriage and Relationship Education Work? A Meta-Analytic Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2008;76(5):223-34.
23. Halford W, Snyder D. Universal Processes and Common Factors in Couple Therapy and Relationship Education. *Behavior Therapy* 2012;43.
24. Chakravorti B, Chaturvedi R. Digital Planet 2017. How competitiveness and trust in digital economies vary across the world. . Medford: The Fletcher School, Tufts University; 2017.
25. Unge og høyt utdannede er flinkest foran PC-en [nettdokument]. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå [oppdatert 2017; lest 17. april 2018]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/teknologi-og-innovasjon/artikler-og-publikasjoner/unge-og-hoyt-utdannede-er-flinkest-foran-pc-en>
26. Nasjonalt senter for e-helseforskning [nettdokument]. Tromsø: Nasjonalt senter for e-helseforskning [oppdatert 2018; lest 4. april 2018].
27. Andersson G, Cujipers P. Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: a meta-analysis. *Cognitive Behavior Therapy* 2009;38(4):196-205.
28. Georgia EJ, Cicila LN, Doss BD. Use of web-based relationship and marriage education. I: Ponzetti J, red. Evidence-based approaches to relationship and marriage education. New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group; US; 2016. s. 319-30.
29. Breitenstein SM, Gross D, Christophersen R. Digital delivery methods of parenting training interventions: a systematic review. *Worldviews Evid Based Nurs* 2014;11(3):168-76.
30. Barak A, Suler J. Reflections on the Psychology and Social Science of Cyberspace. I: Psychological Aspects of Cyberspace Theory, Research, Applications: Cambridge University Press; 2008. s. 1-12. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511813740>
31. Nieuwboer CC, Fukkink RG, Hermanns JM. Peer and professional parenting support on the Internet: a systematic review. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2013;16(7):518-28.
32. Fergus KD, McLeod D, Carter W, Warner E, Gardner SL, Granek L, et al. Development and pilot testing of an online intervention to support young couples' coping and adjustment to breast cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2014;23(4):481-92.
33. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions [nettdokument]. The Cochrane Collaboration [oppdatert 2011; lest 17. april 2018]. Tilgjengelig fra: <http://handbook-5-1.cochrane.org/>
34. Berg R, Munthe-Kaas H. Systematiske oversikter og kvalitativ forskning. *Norsk Epidemiologi* 2013;23(2):131-9.
35. Slik oppsummerer vi forskning [nettdokument]. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt (tidl. Kunnskapssenteret) [oppdatert 2014; lest 17. april 2018]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/slik-oppsummerer-vi-forskning/>

36. Supplemental Handbook Guidance [nettdokument]. Cochrane Qualitative & Implementation Methods Group [oppdatert 2018; lest 22. april 2018].
Tilgjengelig fra: <http://qim.cochrane.org/supplemental-handbook-guidance>
37. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan — a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews* 2016;5(1).
38. Suggested risk of bias criteria for EPOC reviews [nettdokument]. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC) [oppdatert 2017; lest 17. april 2018]. Tilgjengelig fra:
http://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/public/uploads/Resources-for-authors2017/suggested_risk_of_bias_criteria_for_epoc_reviews.pdf
39. CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a Qualitative research: Critical Appraisal Skills Programme (CASP) [oppdatert 2018; lest 17. april 2018]. Tilgjengelig fra: <https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/01/CASP-Qualitative-Checklist.pdf>
40. Hoffmann T, Glasziou P, Boutron I, Milne R, Perera R, Moher D, et al. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ (clinical research ed)* 2014.
41. Munthe-Kaas H, Nøkleby H, Lewin S, Glenton C. The TRANSFER Approach for assessing the transferability of systematic review findings Submitted 2018.
42. Cohen J, red. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2nd utg. Hillsdale, NJ, USA: Erlbaum; 1988.
43. Borenstein M, Hedges L, Higgins J, Rothstein H. *Introduction to meta-analysis*. West Sussex, UK: Wiley; 2009.
44. Review Manager 5 Cochrane Community [oppdatert 2018; lest 17. april 2018]. Tilgjengelig fra: <http://community.cochrane.org/tools/review-production-tools/revman-5>
45. Bodenmann G, Hilpert P, Nussbeck FW, Bradbury TN. Enhancement of couples' communication and dyadic coping by a self-directed approach: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2014;82(4):580-91.
46. Doss BD, Cicila LN, Georgia EJ, Roddy MK, Nowlan KM, Benson LA, et al. A randomized controlled trial of the web-based OurRelationship program: Effects on relationship and individual functioning. *J Consult Clin Psychol* 2016;84(4):285-96.
47. Chambers SK, Occhipinti S, Schover L, Nielsen L, Zajdlewicz L, Clutton S, et al. A randomised controlled trial of a couples-based sexuality intervention for men with localised prostate cancer and their female partners. *Psychooncology* 2015;24(7):748-56.
48. Reese J, Porter LS, Regan KR, Keefe FJ, Azad NS, Diaz LA, Jr., et al. A randomized pilot trial of a telephone-based couples intervention for physical intimacy and sexual concerns in colorectal cancer. *Psychooncology* 2014;23(9):1005-13.
49. Barnett-Page E, Thomas J. *Methods for the synthesis of qualitative research: a critical review*. ESRC National Centre for Research Methods; 2009. NCRM Working Paper Series. 01/09.
50. Munabi-Babigumira S, Glenton C, Lewin S, Fretheim A, Nabudere H. Factors that influence the provision of intrapartum and postnatal care by skilled birth attendants in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis (Review). *Cochrane Library, Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2018.
51. Thomas J, Harden A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Med Res Methodol* 2008;8(45).
52. Bohren M, Hunter E, Munthe-Kaas H, Souza J, Vogel J, Gülmezoglu A. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reprod Health* 2014;11.

53. Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation [nettdokument]. GRADE working group [oppdatert 2018; lest 17. april 2018]. Tilgjengelig fra: www.gradeworkinggroup.org
54. Lewin S, Glenton C, Munthe-Kaas H, Carlsen B, Colvin C, Gülmezoglu M, et al. Using Qualitative Evidence in Decision Making for Health and Social Interventions: An Approach to Assess Confidence in Findings from Qualitative Evidence Syntheses (GRADE-CERQual). *PLoS Medicine* 2015.
55. Glenton C, Carlsen B. GRADE-CERQual-metoden for å vurdere tillit til funn fra systematiske oversikter av kvalitativ forskning. Powerpoint-presentasjon fra foredrag holdt januar 2017 på Høgskulen på Vestlandet på vegne av GRADE-CERQual Project Group. Formidlet til oversiktsforfatter april 2018. 2018.
56. Coulter K, Malouff JM. Effects of an intervention designed to enhance romantic relationship excitement: A randomized-control trial. *Couple and Family Psychology: Research and Practice* 2013;2(1):34-44.
57. Duncan SF, Steed A, Needham CM. A comparison evaluation study of Web-based and traditional marriage and relationship education. *J Couple Relationship Ther* 2009;8(2):162-80.
58. Kalinka CJ, Fincham FD, Hirsch AH. A randomized clinical trial of online-biblio relationship education for expectant couples. *J Fam Psychol* 2012;26(1):159-64.
59. Loew B. Internet Delivery of PREP-based Relationship Education for Older Couples [doktorgrad]. Denver, USA: University of Denver, USA; 2015. A Dissertation Presented to the Faculty of Social Sciences.
60. Tompkins SA, Roeder JA, Thomas JJ, Koch KK. Effectiveness of a relationship enrichment program for couples living with multiple sclerosis. *Int* 2013;15(1):27-34.
61. Doss BD, Benson LA, Georgia EJ, Christensen A. Translation of Integrative Behavioral Couple Therapy to a web-based intervention. *Fam Process* 2013;52(1):139-53.
62. Furukawa T, Noma H, Caldwell DM, Honyashiki M, Shinohara K, Imai H, et al. Waiting list may be a placebo condition in psychotherapy trials: a contribution from network meta-analysis *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2014;130(3):181-92.
63. Song L, Rini C, Deal AM, Nielsen ME, Chang H, Kinneer P, et al. Improving couples' quality of life through a Web-based prostate cancer education intervention. *Oncol Nurs Forum* 2015;42(2):183-92.
64. Geertz C. *The Interpretation of Cultures Basic Books*; 1973.
65. Befolkningens utdanningsnivå: Statistisk Sentralbyrå (SSB) [oppdatert 17. juni 2017; lest 24. mai 2018]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/utniv/>
66. Halford W, Bodenmann G. Effects of relationship education on maintenance of couple relationship satisfaction. *Clin Psychol Rev* 2013;33:512-25.
67. Regan TW, Lambert SD, Girgis A, Kelly B, Kayser K, Turner J. Do couple-based interventions make a difference for couples affected by cancer? A systematic review. *BMC Cancer* 2012;12(2):279.
68. Kim J, Yang Y, Hwang E. The Effectiveness of Psychoeducational Interventions Focused on Sexuality in Cancer. *Cancer Nurs* 2014;38((Kim J.-H.) Author Affiliations: College of Health Sciences, Department of Nursing, Dankook University, Cheonan (Drs Kim and Yang); and Department of Nursing, Woosuk University, Wanju (Mrs Hwang), Republic of Korea.):E32-42.

Vedlegg 1: Prosjektplan

Prosjektplan for Digitale tiltak for par og familier som har relasjonelle problemer: en systematisk oversikt

Plan utarbeidet:	Juni 2017
Vedlegg:	Begrepsforklaringer

Kort beskrivelse/sammendrag

Folkehelseinstituttet har fått i oppdrag å vurdere effekter av og erfaringer med digitale tiltak for par og familier med relasjonelle problemer. Tradisjonelle tiltak (ansikt-til-ansikt) rettet mot par eller familier som har relasjonelle problemer er ikke like tilgjengelige for alle. Årsaker kan være reiseavstand, bevegelsesproblemer, skepsis til tradisjonell terapi/veiledning eller annet. Tiltak gitt på digitale arenaer, via nettsider eller annen form for digital kommunikasjon, kan øke tilgjengelighet og nytte.

English:

Norwegian Institute for Public Health has been commissioned to evaluate effects of and experiences with digitally-based interventions for couples or families who have relationship problems. Traditional interventions (face-to-face) for couples or families who have relationship problems are not equally available for everyone. This may be due to long distances, physical mobility problems, scepticism towards traditional therapy/counselling or other reasons. Digitally-based interventions, given on webpages or other forms of digital communication, can improve access and usefulness.

Prosjektkategori og oppdragsgiver

Produkt:	Systematisk oversikt
Tematisk område:	Parforhold og familier
Oppdragsgiver/bestiller:	Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet v/ Marianne Bie og Irene Handeland

Prosjektledelse og medarbeidere

Prosjektleder:	Heid Nøkleby
Prosjektansvarlig:	Rigmor C. Berg
Interne medarbeidere:	Gerd M. Flodgren (forsker), Heather M. Munthe-Kaas (forsker), Rigmor C. Berg (seksjonsleder), Lien Nguyen (forskningsbibliotekar)
Interne fagfeller:	Gunn Vist, Atle Fretheim

Eksterne fagfeller:	Ottar Ness (førsteamanuensis, NTNU), Dimitrij Kielland Samoilow (privatprakt. psykolog, Oslo)
----------------------------	---

Plan for erstatning ved prosjektdeltakeres fravær:	Prosjektansvarlig finner erstatter
---	------------------------------------

Mandat

Oppdraget ble gitt av Barne-, ungdoms og familiedirektoratet (Bufdir) 10.11.2016 til Seksjon for velferdstjenester, Folkehelseinstituttet, og presisert og prioritert i koordineringsgruppemøte med seksjonen 16.12.2016. Oppdragsgiver ønsket en systematisk oversikt over effekt av og erfaringer med digitale terapi- og veiledningstiltak for par og familier som har, eller vil forebygge, problemer med relasjoner.

Mål

Målet med prosjektet er å oppsummere forskning som har undersøkt effekt av og erfaringer med digitale terapi- og veiledningstiltak for par og familier som har, eller vil forebygge, problemer med relasjoner. Digitale terapi- og veiledningstiltak sammenlignes med ikke-digitale tiltak eller ingen tiltak. Vi vil også vurdere overførbarheten av resultatene fra internasjonal forskning til en norsk kontekst. Forskning om par og forskning om familier vil oppsummeres i to rapporter (med mindre svært få studier for hver populasjon møter inklusjonskriteriene).

Nytteverdi

Bufdir lanserte i 2016 en digital plattform for foreldre som ønsker hjelp med støtte til barns utvikling og relasjoner i familien. Denne ønsker direktoratet å kvalitetssikre og videreutvikle. I tillegg ønsker Bufdir å kunne utvikle en digital plattform som kan tilby hjelp og støtte til par som har problemer (eller vil forebygge problemer) i samlivet. På sikt er det også mulig at meklingstjenesten²², som er en del av familieverntjenesten, kan bli digitalisert. Til disse formål ønsker direktoratet et oppdatert kunnskapsgrunnlag om effekt av og erfaringer med terapi- og veiledningstiltak på digitale arenaer for par og familier.

Bakgrunn

De offentlige helse- omsorgs- og velferdstjenestene skal i prinsippet gi et likeverdig tilbud til alle innbyggere i Norge. I dag er lang reisevei til denne type tjenester i praksis en hindring for mange. Det kan være urealistisk for par og familier å gå til samtalerapi før problemene vokser seg store, hvis stedet der de kan få hjelp ligger langt unna. Digitale tiltak blir i økende grad brukt som lavterskeltilbud for å forebygge problemer og støtte god helse. Slike tiltak kan være et viktig alternativ eller supplerende tilbud for par og familier som har behov for veiledning når det gjelder nære relasjoner. Digitale tiltak vil også kunne være et alternativ eller supplement for personer med nedsatt funksjonsevne, språkproblemer, begrenset tid, lang ventetid for tradisjonell terapi/veiledning, skepsis til tradisjonell terapi/veiledning, eller som med bakgrunn i andre årsaker ikke kan eller vil møte opp fysisk hos en terapeut, på et kurs eller en gruppesamling (se bl.a. Bråten & Sønsterudbråten 2016).

²² I dag tilbyr familieverntjenesten 1-7 timer mekling for par som skal gå fra hverandre og har barn; én time er obligatorisk (Bufdir 2017 b). I tillegg kan de tilby terapi.

Digitale tiltak

Vi definerer «digitale tiltak» som ulike former for tjenester der det tilbys faglig hjelp eller støtte i digital form (Barak & Suler 2008, Breitenstein 2014, Nieuwboer et al 2013), enten:

- statisk informasjon på en nettside (eller applikasjon/app) der brukeren leser og henter ut informasjon (eventuelt følger et program/kurs);
- interaktiv nettside der man også kommuniserer med en terapeut/veileder; eller
- kommunikasjon med en terapeut/veileder på epost, sms, skype, chat, videolink, e.l.

Terapi eller veiledning på digitale arenaer kan mottas individuelt, som par eller i gruppe, samt i kombinasjon med ikke-digitale, ansikt-til-ansikt-møter. Med andre ord kan det være mange varianter av digitale tiltak som ikke nødvendigvis kan sammenstilles (se avsnitt *h* om subgruppeanalyser).

Samliv

Foreldrekonflikter og samlivsbrudd ser ut til å kunne ha en rekke negative konsekvenser for både voksne og barn, blant annet når det gjelder psykososial utvikling, livskvalitet og helse (Borren & Helland 2013, Mortensen & Thuen 2007). En norsk kunnskapsoppsummering fant at studier både i og utenfor Norden viste at foreldrekonflikt var assosiert med høyere nivå av depresjon, angst og aggresjon, selvskadende atferd og lavere selvtilitt blant barn og ungdom, men studienes design gjorde det vanskelig å vite hvorvidt det er snakk om årsakssammenhenger eller ikke (Nilsen et al 2012).

Det er utviklet en lang rekke programmer som har som mål å forebygge samlivsproblemer og fremme en positiv utvikling av parforhold. I 2007 ble det utarbeidet en kunnskapsoppsummering av modeller for samlivskurs (Mortensen & Thuen 2007). En samlet vurdering av de inkluderte studiene tydet på at samlivskurs under visse betingelser (som karakteristika ved paret) kunne endre pars samhandlingsmønstre og gi moderate forbedringer i tilpasning og stabilitet i parforhold, men styrken og varighet på endringen var uklare. Oppsummeringen inkluderer ingen tiltak gitt på digitale arenaer.

I 2015 utførte Kunnskapscenteret et systematisk litteratursøk med sortering om effekt av samlivstiltak (Hammerstrøm & Blaasvær 2015). Rapporten identifiserte 17 oversikter og 175 primærstudier men oppsummerte ikke resultatene. Det ser ut til å være kun to studier om digitale tiltak inkludert (Loew 2012 og Wylie 2012, i Hammerstrøm & Blaasvær 2015).

Foreldreveiledning

Foreldre er de viktigste bidragsyterne til barnets forståelse av seg selv, som støtte til barnets utvikling (Hafstad & Øvreide 2011). Barnet utvikler seg gjennom relasjonen til foreldrene (og etter hvert gjennom relasjonen til andre mennesker). I Norge brukes betydelige ressurser på veiledning av foreldre, både i familievernet og i kommunene – først og fremst på helsestasjonene (se bl.a. Bråten & Sønsterudbråten 2016). Tiltakene har som mål å styrke båndene i familien og foreldrene i deres rolle som omsorgsgivere og på den måten forebygge at problemer oppstår. Støtten til foreldrene kan gjelde mindre eller større utfordringer med å tilby utviklingsstøtte til sine barn.

En ny kunnskapsoppsummering fra november 2016 (Bråten & Sønsterudbråten) kan tyde på at foreldreveiledningsprogrammer rettet mot foreldre flest virker, og at foreldrenes erfaringer er gode, men dokumentasjonen er av varierende kvalitet. Denne oppsummeringen beskriver ingen tiltak på digitale arenaer.

Høsten 2016 lanserte Bufdir en digital foreldreveileder som faglig er basert på programmet *International Child Development Program* (2017): www.bufdir.no/foreldre-

hverdag. Per i dag tilbyr denne portalen kun lesestoff som kan brukes av enkeltpersoner eller grupper, uten noen fagperson som veileder. Portalen er under utvikling og en tjeneste med spørsmål og svar kan komme. Målet er at plattformen skal være førstevalg for foreldre som ønsker hjelp og innspill til å bli kjent med seg selv, barnet sitt og å utvikle relasjonen mellom dem. Bufdir ønsker mer kunnskap om erfaringer med lignende digitale verktøy, for å kunne videreutvikle sin digitale veileder basert på den beste tilgjengelige kunnskapen.

Metoder og arbeidsform

Prosjektet har to hovedområder med to empiriske spørsmål på hvert område:

1. Hva er effekter av og erfaringene med digitale samlivsterapi/veiledningstiltak for relasjonelle problemer?
2. Hva er effekter av og erfaringene med digitale foreldreveiledningstiltak for relasjonelle/ utviklingsproblemer?

Effektspørsmålene søker svar på hvorvidt terapi/veiledning på digitale arenaer gir bedre, tilsvarende eller dårligere resultater på ulike utfallsmål, sammenlignet med ingen tiltak eller terapi/veiledning som ikke er gitt på digitale arenaer eller i liten grad er gitt på digitale arenaer. Erfaringsspørsmålene søker svar på brukernes opplevelser: hva brukerne sier om fordeler, ulemper, nytte og utfordringer med terapi/veiledning på digitale arenaer. Dette vil kunne utdype, forklare og forsterke resultatene på effektspørsmålet (Berg & Munthe-Kaas 2013, Cochrane Handbook 2017).

Innenfor hver rapport vil resultatene fra den kvantitative og den kvalitative syntesen presenteres separat, men sammenstilles i diskusjonsdelen (Cochrane 2017, Noyes & Popay 2007).

Vi søker først etter eksisterende systematiske oversikter for begge områder (samliv og foreldre) på begge empiriske spørsmål (effekt og erfaringer). En *systematisk oversikt* skal bruke systematiske og eksplisitte metoder for å identifisere, velge ut og kritisk vurdere relevant forskning, samt for å innsamle og analysere data fra studiene som er inkludert i oversikten. Dersom vi finner én relevant og ny (litteratursøk i løpet av siste 5 år) systematisk oversikt av høy eller moderat metodisk kvalitet på ett eller flere av spørsmålene, vil vi lage en omtale av denne. Dersom vi finner to eller flere nye systematiske oversikter av høy eller moderat metodisk kvalitet på ett eller flere av spørsmålene, vil vi lage en oversikt over oversikter (se figur 1).

Dersom vi ikke finner systematiske oversikter som dekker alle spørsmålene (eventuelt for de spørsmålene som ikke dekkes), vil vi søke etter primærstudier. For spørsmålene om effekt vil vi søke etter kontrollerte studier; for spørsmålene om erfaringer vil vi søke etter kvalitative studier.

Hvis vi finner flere og fylldige (med «tykke» beskrivelser, Geertz 1973) kvalitative studier (for eksempel fem eller flere) som undersøker erfaringer av eksakt samme tiltak som vi også har effektstudier for, så er det disse vi inkluderer (Cochrane 2017). I tilfelle vi ikke finner dette, vil vi inkludere kvalitative studier som undersøker erfaringer med digitale tiltak vi ikke vurderer effekter av.

Figur 1. Oversikt over prosessen

Spørsmål:

To områder: par, foreldre

To empiriske spørsmål: effekt, erfaringer

Alternativer:

1. Vi finner én til fire systematiske oversikter som dekker alle fire spørsmål → vi lager omtale(r)
2. Vi finner flere systematiske oversikter som dekker alle spørsmål → vi lager oversikt over oversikter
3. Vi finner kun primærstudier på ett eller flere av områdene → vi lager systematisk oversikt

Vi kan også utføre en kombinasjon; for eksempel lage en omtale for ett spørsmål, en oversikt over oversikter for et annet spørsmål, og en systematisk oversikt for de to siste spørsmålene.

a) Litteratursøk

Den endelige søkestrategien utarbeides av en forskningsbibliotekar (LN) i samarbeid med prosjektleder. Søk etter studier på begge områder og for begge empiriske spørsmål vil skje samtidig. Søket vil bli fagfellevurdert av en annen bibliotekar. Vi vil søke systematisk etter studier i følgende samfunnsfaglige og medisinske databaser: Campbell Library, Cochrane Library (CDSR, DARE, HTA, CENTRAL), Sociological Abstracts, Social Services Abstracts, Web of Science, Medline, PsycINFO, Swemed+, Norart, EMBASE, Epistemonikos, CINAHL og ERIC.

Vi vil også søke etter studier som ikke er indekserte i ordinære databaser («grå litteratur», f.eks.

OpenGrey, Grey Literature Report, BASE), Google og Google Scholar (på engelsk, norsk, svensk og dansk). Videre vil vi gjøre manuelle søk i referanselister, samt ta kontakt med fagpersoner på feltet for å identifisere eventuelle pågående studier og studier som ikke er fanget opp i det systematiske søket.

b) Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi vil kun inkludere studier som undersøker tiltak som er helt eller delvis digitale og rettet mot par eller familier som ønsker terapi eller veiledning for relasjonsproblemer eller forebygging av problemer. Dersom tiltaket er en kombinasjon av digital og ikke-digital terapi/veiledning, må den digitale delen utgjøre minst 50 prosent av tiltaket – slik vi skjønnsmessig vurderer det. For spørsmål om effekt vil sammenligningen være ingen tiltak eller ikke-digitale tiltak eller tiltak som i liten grad er digitale (mindre enn 50 prosent).

For spørsmål om effekt vil det primære utfallet vi ønsker å se på være knyttet til kvalitet på kommunikasjon/relasjon mellom par eller mellom foreldre og barn. For spørsmål om erfaringer vil utfallet være erfaringer med bruk av digitale tiltak, eventuelt i sammenligning med erfaring med ikke-digitale tiltak.

<i>Populasjon</i>	<p>Par</p> <ul style="list-style-type: none"> • Par der én eller begge ønsker hjelp for milde til moderate problemer i parforholdet, eller ønske om å forebygge konflikter eller få hjelp til bedre kommunikasjon <p>Foreldre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Foreldre der én eller begge parter ønsker hjelp til utviklingsstøtte for barna sine (oppdragelse, støtte til barns utvikling, samspill med barn, kommunikasjon med barn), inkludert – men ikke begrenset til: <ul style="list-style-type: none"> - Foreldre med førstefødte barn - Foreldre med funksjonshemmede barn (fysiske skader, kroniske sykdommer, multihandikappede) - Foreldre med høyt konfliktnivå/er skilt
<i>Tiltak</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Terapi/veiledning for par/foreldre gitt via digitale arenaer (se definisjon i tekst over) • Terapi/veiledning for par/foreldre gitt via en kombinasjon av digitale og ikke-digitale arenaer (f.eks. noen møter og digital kommunikasjon mellom møtene), der den digitale delen utgjør minst 50 prosent av tiltaket
<i>Sammenligning</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ingen veiledning/tilbud • Ikke-digitale tiltak • Tiltak som hovedsakelig er ikke-digitale (mindre enn 50 prosent)
<i>Utfall</i>	<p>Effekt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primært utfall: <ul style="list-style-type: none"> - Kvalitet på kommunikasjon/relasjon mellom par eller mellom foreldre og barn (også fra barns synspunkt hvis inkludert) • Sekundære utfall: <ul style="list-style-type: none"> - Konfliktnivå - Livskvalitet - Fornøydhet - Brudd/ikke brudd (par) - Bruk av «oppdragervold» (foreldre) - Dropout fra program/tiltak - Kostnadseffektivitet <p>Erfaringer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deltakernes erfaringer (også deltakernes barns erfaringer) med digitale veiledningstiltak, evt. sammenligning med andre
<i>Studiedesign</i>	<p>Effekt</p> <ul style="list-style-type: none"> - Systematiske oversikter - Randomiserte kontrollerte studier - Ikke-randomiserte kontrollerte studier - Kontrollerte før-og-etter studier - Avbrutte tidsserier m/minst 3 måletidspunkt før tiltaket og 3 etter - Registerstudier med matchete kontroller - Kohortstudier med kontrollgruppe

	<p>Erfaringer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Systematiske oversikter over kvalitative studier - Kvalitative studier (kvalitativ datainnsamling og kvalitativ analyse)
<i>Språk</i>	Engelsk, norsk, svensk, dansk. For kvantitative studier også finsk, tysk, fransk, spansk, nederlandsk, islandsk. Andre språk vurderes for oversettelse
<i>År</i>	På grunn av rask utvikling av teknologi vil vi kun inkludere systematiske oversikter av høy eller moderat metodisk kvalitet (vurdert med <i>Området for helsetjenesters sjekkliste for systematiske oversikter</i>) med litteratursøk fra siste 5 år (2012 eller senere). Primærstudier inkluderes fra siste 10 år (publisert 2007 eller senere).

Vi vil ekskludere studier som undersøker tiltak rettet mot særgrupper av par/foreldre med egne, store problemer, samt tiltak rettet mot foreldre med barn med store psykiske vansker. Studier som blir ekskludert på bakgrunn av utfallsmål vil presenteres i en liste.

<i>Eksklusjonskriterier</i>	
<i>Populasjon</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Voksne (par, foreldre) med egne store problemer, f.eks. dårlig psykisk helse, forhøyet rusmiddelbruk eller sinne/vold - Foreldre med barn med store psykiske vansker, f.eks. spiseforstyrrelser eller andre alvorlige psykiske vansker
<i>Studiedesign</i>	<p>Effekt Ikke-kontrollerte studier, kasus-kontroll studier, kvalitative studier</p> <p>Erfaringer Studier av veileders/behandlers erfaringer</p>

c) Utvalgelse av artikler

To medarbeidere vil uavhengig av hverandre gå gjennom resultatene for søkene (HN og GF/HMK/RB). Den første utvelgelsen av litteraturen vil skje på basis av titler og sammendrag for alle identifiserte referanser og i henhold til inklusjonskriteriene beskrevet ovenfor. Potensielt relevante studier vil vi innhente i fulltekst. Den neste utvelgelsen vil skje på basis av fulltekstlesing av studiene og de samme inklusjonskriteriene. Vi vil benytte et utarbeidet skjema for å vurdere inklusjon/eksklusjon. Dersom uenighet oppstår om inklusjon/eksklusjon vil uoverensstemmelsen avgjøres ved ny gjennomlesning av studien og diskusjon mellom medarbeiderne, og eventuelt en tredje metodekyndig person som vil ta den endelige beslutningen hvis enighet ikke oppnås.

d) Vurdering av risiko for systematiske feil ved inkluderte studier

To medarbeidere vil vurdere risiko for systematiske feil og skjevheter (*risk of bias*) ved de inkluderte studiene (HN og GF for kvantitative studier; HN og HMK/RB for kvalitative studier). Dersom vi baserer vår systematiske forskningsoversikt på systematiske oversikter, vil vi vurdere risiko for systematiske feil ved oversiktene ved hjelp av sjekklister. For oversikter over kvantitative studier vil vi bruke sjekklisten gjengitt i Kunnskapssenterets håndbok *Slik oppsummerer vi forskning* (Kunnskapssenteret 2013). Vi

vil kun inkludere systematiske oversikter som i henhold til sjekklisten vurderes til å ha høy eller moderat metodisk kvalitet. For oversikter over kvalitative studier vil vi bruke en sjekkliste av Lewin og kolleger (Lewin et al 2012).

Dersom vi baserer vår systematiske forskningsoversikt på primærstudier, vil vi når det gjelder spørsmål om effekt vurdere studienes risiko for systematiske feil ved hjelp av andre sjekklister: for randomiserte kontrollerte studier bruker vi sjekkliste fra Cochrane Handbook (2017) (også gjengitt i *Slik oppsummerer vi forskning*), mens for ikke-randomiserte kontrollerte studier bruker vi EPOC-sjekklisten (EPOC 2017). Når det gjelder kvalitative primærstudier som omhandler spørsmål om erfaringer, vil vi kunne bruke en tilpasset versjon av *CASP Qualitative Checklist* for å vurdere den metodiske kvaliteten (CASP 2017). Dersom vi finner mange og fylldige kvalitative studier (for eksempel ti eller flere), kan vi beslutte å ekskludere studier av gjennomgående lav metodisk kvalitet (Berg & Munthe-Kaas 2013).

e) Dataauthenting og sammenstilling/analyse av data

Prosjektleder henter ut data fra de inkluderte oversiktene eller primærstudiene. Aktuelle data fra kvantitative primærstudier om effekt er tittel, førsteforfatter, år, design/metode, populasjonskarakteristika, tiltak og sammenlikninger, oppfølgingsperiode, frafall, relevante utfall og resultater. Aktuelle data fra kvalitative primærstudier av erfaringer er tittel, førsteforfatter, år, metode, populasjon, tiltak og resultater. For systematiske oversikter rapporteres også antall og type studier som er inkludert i oversiktene samt studienes metodiske kvalitet. Vi vil sammenstille data i tekst og lage tabeller der det er relevant. Resultatene vil bli oppsummert i henhold til kriteriene i Kunnskapscenterets metodehåndbok.

En prosjektmedarbeider går gjennom beskrivelsene for å sikre at all relevant informasjon er kommet med og er korrekt gjengitt (GF og HMK/RB). Ved usikkerhet eller uenighet konfereres det med en tredje person.

Vi vil kort presentere tiltakenes innhold i rapporten, for eksempel komponenter, omfang og teoretisk perspektiv, ved hjelp av TIDieR sjekkliste og veiledning (Hoffmann et al 2014).

Datasyntese i en omtale eller oversikt over oversikter

I en omtale vil vi kun presentere datasyntesen som oversiktsforfatterne selv har foretatt. I en oversikt over oversikter om effekt vil resultatene sammenfattes for hvert av de relevante utfallsmålene, presentert i samme form som i de enkelte oversiktene som er inkludert. Oversiktene vil bli sortert etter hvilke sammenligninger som er gjort. Vi vil presentere utfallsmål etter oppfølgingstidspunkt dersom data er tilgjengelig. Oppfølgingstidspunkt vil basere seg på hva som er rapportert i de inkluderte systematiske oversiktene. I en oversikt over oversikter om erfaringer vil vi også sammenfatte resultatene basert på de inkluderte oversiktene struktur/analyse.

Datasyntese i en systematisk oversikt

Studier om effekt: Vi vil sammenfatte resultatene for hvert av de relevante utfallsmålene for hver sammenligning. Vi vil analysere dikotome utfallsmål ved å beregne relativ risiko (RR) og 95 % konfidensintervall (KI). Kontinuerlige utfall vil vi analysere ved å bruke gjennomsnittlig forskjell (*mean difference*; MD) med 95 % KI, alternativt standardisert gjennomsnittlig forskjell (*standardized mean difference*; SMD), hvis utfallsmålene har ulik måleenhet/måleskala. Resultater fra ulike studiedesign analyseres hver for seg, men oppsummeres under samme kapittel i rapporten.

Dersom vi inkluderer flere primærstudier med samme utfallsmål og disse er tilstrekkelig like med hensyn til populasjon, intervensjon, sammenligning og måling av effekter

vil vi vurdere å sammenstille resultater i metaanalyser. Vi kan forvente at intervensjonen i såfall vil kunne ha ulik effekt i ulike kontekster og med ulike populasjoner, og vi ønsker derfor vi å finne en gjennomsnittseffekt (fremfor *en* endelig effekt). Metaanalysen vil dermed være av typen «*random effects modell*» (Borenstein et al 2009) (mer om dette i punkt *h*).

Studier om erfaringer: Resultatene fra de kvalitative studiene vil sammenstilles analytisk, for eksempel i form av en tematisk syntese (Berg & Munthe-Kaas 2013, Barnett-Paige & Thomas 2009, Thomas & Harden 2008). Tematisk syntese innebærer tre trinn: detaljert koding av tekst, utvikling av deskriptive tema, samt utvikling av analytiske temaer (Thomas & Harden 2008). Dette skal gi en eksplisitt og transparent kobling mellom teksten i de opprinnelige studiene og konklusjonene i den systematiske oversikten (ibid). Valg av analysemetode må ses i sammenheng med analysemetode i primærstudiene.

f) Vurdering av overførbarhet

Forskningsspørsmålene i denne oversikten er av global karakter. Bufdir skal bruke resultatene fra oversikten i en norsk kontekst, så vi vil vurdere resultatenes overførbarhet, både når det gjelder effekt og erfaringer. Vi vil bruke rammeverket TRANSFER (Munthe-Kaas & Nøkleby 2017) som bidrar til å identifisere faktorer som kan påvirke overførbarhet i denne sammenheng. I samarbeid med Bufdir identifiserte vi følgende to faktorer som gjelder begge områder (par og foreldre):

- I Norge er offentlige tilbud om terapi og veiledning gratis eller rimelig (eks. Bufdir 2017 a). Dette kan medføre mindre interesse for og dårligere effekt av digitale terapi/veiledning.
- Nordmenn har relativ høy digital kompetanse og tilgang sammenlignet med andre europeiske land (Eurostat 2017, SSB 2016). Dette kan gjøre det lettere å nyttiggjøre seg digitale arenaer.

Foreløpig er dette kun hypoteser om faktorer som kan påvirke overførbarhet. I arbeidet med oversikten vil vi hente ut data om disse faktorene (samtidig med annen datautenting) og analysere betydningen for overførbarhet av resultater for primærutfallet i tråd med TRANSFER (Munthe-Kaas & Nøkleby 2017).

g) Vurdering av kvaliteten på dokumentasjonen

Ved en omtale vil vi presentere en vurdering av kvalitet på dokumentasjonen som oversiktsforfatterne gjør, eventuelt gjøre en egen vurdering ved hjelp av GRADE (se nedenfor). Hvis vi lager en oversikt over oversikter, vil vi hvis mulig vurdere kvaliteten på dokumentasjonen på tvers av oversiktene ved hjelp av GRADE. Dersom vi utfører en systematisk oversikt vil vi vurdere kvaliteten på dokumentasjonen som følger:

Effekt

Vi vil benytte verktøyet GRADE (2017) for å vurdere tilliten vi har til den samlede dokumentasjonen for hvert av de identifiserte utfallsmålene. GRADE er en metode som viser hvilke kjennetegn ved studiene som er vurdert og hvilke vurderinger som er blitt gjort. Dersom eventuelle inkluderte systematiske oversikter inneholder GRADE-vurderinger vil vi gjengi disse, dersom vi vurderer at de er godt utført. Hvis vi ikke stoler på oversiktens GRADE-vurdering, eller ingen GRADE-vurdering er utført, vil vi utføre en egen GRADE-vurdering. Kritisk vurdering og gradering vil utføres av to medarbeidere, der den ene kontrollerer den andres arbeid. Ved uenighet vil vurderingene diskuteres med en kyndig tredjeperson. Denne metoden hjelper oss til å vurdere hvilken grad av tillit vi har til den oppsummerte dokumentasjonen: høy, middels, lav eller svært lav tillit.

Vurderingen gjøres for hvert av utfallsmålene på tvers av de inkluderte studiene. GRADE inkluderer en vurdering av risiko for feil/skjevheter (*risk of bias*), samsvar (konsistens) av resultater mellom studier, direktet (hvor like populasjonene, intervensjonene og utfallene i studiene er sammenliknet med personer, tiltak og utfall i PICO), hvor presise resultatestimatene er, og om det er risiko for publiserings-skjevheter. GRADE kan også ta hensyn til om det er sterke sammenhenger mellom intervensjon og utfall, om det er stor/svært stor dose-responseeffekt, eller om konfunderende variabler ville ha redusert effekten.

Erfaringer

På tilsvarende måte vil vi vurdere tilliten til resultatene når det gjelder studiene om erfaringer. Vi bruker GRADE-CERQual til å gjøre en overordnet vurdering av tillit, basert på vurdering av fire komponenter: de metodologiske begrensningene ved de kvalitative studiene som har bidratt til hvert funn, relevansen av studiene som har bidratt til hvert funn, datasamsvar på tvers av studiene, og omfanget av dataene som støtter opp under hvert funn. (Lewin et al 2015, CERQual 2017).

h) Subgruppeanalyse

I spørsmålet om effekt vil vi også vurdere å utføre subgruppeanalyser på ulike populasjoner, dersom vi finner studier vi kan slå sammen statistisk for å se det er forskjell i effekt mellom ulike grupper (Borenstein et al 2009, Sun et al 2014). Det kan være relevant å se på følgende aspekter:

- kjønn (menn deltar f.eks. mindre på ansikt-til-ansikt foreldreveiledning (Bråten & Sønsterudbråten 2016) og vil kanskje kunne nyttiggjøre seg digitale tiltak i større grad
- etnisitet (innvandrere deltar også mindre på ansikt-til-ansikt foreldreveiledning (Bråten & Sønsterudbråten 2016) og vil kanskje kunne nyttiggjøre seg digitale tiltak i større grad
- én eller begge i pare/foreldreparet (bruk av digitale tiltak kan ha færre krav til begges deltakelse, hvilket muligens kan svekke effekten)
- ulike typer av digitale arenaer (interaktive vil trolig ha større effekt)

I tillegg vil vi kunne utføre subgruppeanalyser basert på faktorene identifisert som relevante for en vurdering av overførbarhet (se punkt f).

i) Fagfellevurdering

Denne prosjektplanen vurderes av to interne og to eksterne fagfeller. Interne fagfeller vurderer hovedsakelig metode, mens eksterne fagfeller vurderer hovedsakelig faglig innhold. To interne og to eksterne fagfeller vil også vurdere de endelige rapportene.

Vi ber oppdragsgiver (Bufdir) om å bidra ved skriving av sammendrag, samt gjennomlesning av de endelige rapportene før publisering.

For en detaljert beskrivelse av Folkehelseinstituttets metoder og arbeidsform på dette området, henviser vi til vår metodebok, *Slik oppsummerer vi forskning* (Kunnskapssenteret 2013).

Aktiviteter, milepæler og tidsplan

Dette prosjektet har flere spørsmål, og sluttproduktet vil kunne bli to systematiske oversikter. På oppdragsgivers ønske vil vi først ferdigstille arbeidene om tiltak rettet mot par, deretter tiltak rettet mot foreldre. Vi vet ikke hvilke eller hvor mange studier vi vil finne på de to områdene og for de to empiriske spørsmålene, så eksakte tidspunkt for ferdigstillinger er vanskelig. Følgende er dermed anslag: Ettersom begge rapportene

skal inkludere både kvalitative og kvantitative studier, men søk og screening skjer felles, beregner vi tidsbruk til 15 måneder for første rapport og 12 måneder for andre rapport. Dette er skissert i skjemaet nedenfor.

Oppgave	Ansvarlig	Startdato	Kalender-tid i dager	Sluttdato	Reelt tidsforbruk i mndverk (overføres budsjettet)
Første rapport					
Skrive prosjektplan	HN	01.04.2017	45	15.05.2016	1
Fagfellevurdering av prosjektplan	ON+DKS, GV+AF	15.05.2017	21	05.06.2017	
Få godkjent prosjektplan	KO-ledere	05.06.2017	15	15.06.2017	
Søke etter litteratur	LN	15.06.2017	15	01.07.2017	1
Velge ut studier	HN+GF + HMK/RB	01.07.2017	20	20.07.2017	2
<i>Sommerferie</i>		<i>20.07.2017</i>	<i>30</i>	<i>20.08.2017</i>	
Forts. velge ut studier	HN+GF + HMK/RB	20.08.2017	40	01.10.2017	
Vurdere studienes metodiske kvalitet	HN+GF + HMK/RB	01.10.2017	60	01.12.2017	2
Hente ut data, sammenstille og grade	HN+GF + HMK/RB	01.12.2017	60	01.02.2018	2
Skrive utkast rapport	HN	01.02.2018	60	01.04.2018	2
Fagfellevurdering av rapport	ON+DKS, GV+AF	01.04.2018	30	01.05.2018	1
Ferdigstille rapport	HN+ KO-ledere	01.05.2018	30	01.06.2018	1
Oversende Bufdir og publisere	HN	01.06.2018	30	01.07.2018	
Andre rapport					
Prosesen fra fulltekstlesing til publisasjon	Alle overstående	01.08.2018	365	01.08.2019	12

Sluttdato: 01.07.2018 for første rapport og 01.08.2019 for andre rapport.

Publikasjon/formidling

Prosjektet vil lede fram til en eller flere omtaler, en eller flere oversikter over oversikter, eller en eller flere systematiske oversikter, hvor primær målgruppe er oppdragsgiver (Bufdir). De(n) endelige omtalen(e) eller rapporten(e) vil ferdigstilles og oversendes elektronisk til oppdragsgiver. I tillegg vil rapportenes hovedpunkter presenteres muntlig for oppdragsgiver ved ønske. Tre uker etter oversendelse vil den publiseres på hjemmesidene til Folkehelseinstituttet.

Etter Bufdirs ønske vil vi også kunne presentere rapporten(e) eller deler av den/m i andre sammenhenger, som konferanser eller fagmøter. Videre kan det være aktuelt for prosjektleder/Velferdsseksjonen å skrive artikler for publisering i fagtidsskrift (for eksempel i samarbeid med Bufdir) og/eller i vitenskapelig tidsskrift.

Risikoanalyse

RISIKOELEMENT	SANNSYNLIGHET	KONSEKVENNS	RISIKOFAKTOR
Sykdom i prosjekt-gruppa	Lav	Prosjektperioden forlenges	Liten
Tiltak for å begrense risikoelementenes sannsynlighet og konsekvens: Prosjektansvarlig utpeker ny prosjektleder eller prosjektmedarbeidere.			

Relaterte prosjekter/publikasjoner fra Område for helsetjenester, FHI (tidligere Kunnskapssenteret)

Hammerstrøm KT, Blaasvær N. (2015) *Effekt av samlivstiltak*. Notat. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Referanser/litteratur

- Barak, A., & Suler, J. (2008). Reflections on the psychology and social science of cyberspace. In Barak, A., ed. *Psychological aspects of cyberspace. Theory, research, applications* (pp. 1–12). New York, NY: Cambridge University Press.
- Barnett-Paige E, Thomas J. (2009) Methods for the synthesis of qualitative research: a critical review. *BMC Med Res Methodol*, 9: 59.
- Berg, R. & Munthe-Kaas, H (2013) Systematiske oversikter og kvalitativ forskning. *Norsk Epidemiologi*. 23 (2): 131-139 131.
- Borenstein M, Hedges LV, Higgins JPT, Rothstein HR. (2009) Introduction to meta-analysis. West Sussex, UK: Wiley.
- Borren I & Hellan SS (2013) Intervensjoner for å dempe foreldrekonflikt – en kunnskapsoversikt. Rapport 2013:6. Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Breitenstein SM, Gross D, Christophersen R (2014) Digital Delivery Methods of Parenting Training Interventions: A Systematic Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11:3, 168–176.
- Bråten, B. og S. Sønsterudbråten. *Foreldreveiledning – virker det?* Fafo 2016.
- Bufdir (2017 a) Hjelp til parforholdet og familien. Tilgjengelig fra: https://bufdir.no/Familie/Hjelp_til_parforholdet_og_familien/ Lest: 22. mai 2017.
- Bufdir (2017 b) Praktisk informasjon om mekling. Tilgjengelig fra: https://www.bufdir.no/Familie/mekling/Praktisk_informasjon/ Lest: 25. april 2017.
- CASP (2017) 10 questions to help you make sense of qualitative research. Tilgjengelig på: http://media.wix.com/ugd/dded87_25658615020e427da194a325e7773d42.pdf. Lest: 26. april 2017.
- Cochrane (2017) *Cochrane Handbook, versjon 5.1.0* Tilgjengelig fra: <http://handbook.cochrane.org/> Lest: 21. april 2017.
- Critical Appraisal Skills Programme (2017). *CASP Qualitative Checklist*. Tilgjengelig på: <http://www.casp-uk.net/casp-tools-checklists>. Lest: 19. april 2017.

- EPOC (2017) *Suggested risk of bias criteria for EPOC reviews*. Tilgjengelig fra: <http://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/uploads/14%20Suggested%20risk%20of%20bias%20criteria%20for%20EPOC%20reviews%202015%2009%2002.pdf>. Lest: 25. april 2017.
- Eurostat (2017) Digital economy and society statistics - households and individuals. Tilgjengelig fra: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Digital_economy_and_society_statistics_-_households_and_individuals Lest: 22. mai 2017.
- Geertz, C. (1973) *The interpretation of cultures: Selected essays*. New York: Basic Books
- GRADE (2017) *GRADE Working Group*. Tilgjengelig fra: <http://www.gradeworking-group.org/> Lest: 26. april 2017.
- GRADE-CERQual (2017) *Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research*. Tilgjengelig fra: <http://www.cerqual.org/> Lest: 26. april 2017.
- Hafstad, R, Øvreiede, H. (2011) *Utviklingsstøtte. Foreldrefokusert arbeid med barn*. Kristiansand: Høgskoleforlaget.
- Hammerstrøm KT, Blaasvær N. *Effekt av samlivstiltak*. Notat. Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten, 2015.
- Hoffmann T, Glasziou P, Boutron I, Milne R, Perera R, Moher D, Altman D, Barbour V, Macdonald H, Johnston M, Lamb S, Dixon-Woods M, McCulloch P, Wyatt J, Chan A, Michie S. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ*. 2014;348
- International Child Development Program (2017) ICDP Norge. Tilgjengelig fra: <http://icdp.no/> Lest: 25. april 2017.
- Kunnskapscenteret (2013) *Slik oppsummerer vi forskning. Kunnskapscenterets håndbok*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/slik-oppsummerer-vi-forskning/> Lest: 26. april 2017.
- Lewin S, Bosch-Capblanch X, Oliver S, Akl EA, Vist GE, et al. (2012) Guidance for Evidence-Informed Policies about Health Systems: Assessing How Much Confidence to Place in the Research Evidence. *PLoS Med* 9(3): e1001187. doi:10.1371/journal.pmed.1001187
- Lewin et al (2015). Using qualitative evidence in decision making for health and social interventions: An approach to assess confidence in findings from qualitative evidence syntheses. *PLoS Medicine*, 12(10): e1001895.
- Mortensen, Ø og F. Thuen (2007) *Kunnskapsstatus om forskning på modeller for samlivskurs*. HEMIL-rapportnr. 1-2007, Bergen.
- Munthe-Kaas, H. & Nøkleby, H. *The TRANSFER Framework for assessing transferability of systematic review findings to a specific context of interest*. Work in progress 2017.
- Nieuwboer, C.C., Fukkink, R.G., & Hermanns, J.M.A. (2013). Peer and professional support on the Internet: A systematic review. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 16(7), 518-528.
- Nilsen, W. A. Skipstein og K. Gustavson (2012) *Foreldrekonflikt, samlivsbrudd og mekling: Konsekvenser for barn og unge*. Rapport 2012:2, Folkehelseinstituttet.
- Noyes J. & Popay J. (2007) Directly observed therapy and tuberculosis: how can a systematic review of qualitative research contribute to improving services? A qualitative meta-synthesis. *Journal of Advanced Nursing* 57(3), 227-243 doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04092.x

Thomas J, Harden A (2008) Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology* 8:45.

SSB (2016) Bruk av IKT i husholdningene, 2016, 2. kvartal. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/ikthus> Lest: 22. mai 2007.

Sun X, Ioannidis JPA, Agoritsas T (2014) How to use a subgroup analysis. Users' guide to the medical literature. *JAMA*, 311(4), 405-411

VEDLEGG

Begrepsforklaringer

Begrep	Forklaring
<i>Avbrutte tidsserier</i>	Et forskningsdesign hvor det samles inn data og/eller observeres ved flere (helst mange) tidspunkt før og etter en intervensjon («interruption»). Slik søker man å beregne effekten av et tiltak og samtidig estimere den underliggende tidstrenden.
<i>Blinding</i>	I et kontrollert forsøk: prosessen som hindrer at de som er involvert i forsøket, vet hvilken gruppe én deltaker tilhører. Risikoen for skjevhet blir redusert når så få personer som mulig vet hvem som mottar eksperimentelt tiltak (tiltak) og hvem som er i kontrollgruppen. Deltakere, helsepersonell, forsker (utfallsmåler) og den som gjør analysene, er alle kandidater for blinding. Blinding av enkelte grupper er ikke alltid mulig, for eksempel for mottakere og givere av psykososiale tiltak.
<i>Før- og etter-studier med kontrollgruppe</i>	Et ikke-randomisert forsøk der en kontrollgruppe og en tiltaksgruppe med like karakteristika og ensartet atferd forsøkes identifisert. Data blir innhentet i kontroll- og tiltaksgruppen både før og etter et tiltak.
<i>Gjennomsnittlig forskjell (MD)</i>	Gjennomsnittlig forskjell (<i>mean difference</i>) er forskjellen mellom to estimerte gjennomsnitt der målingene har foregått med samme måleenhet, f.eks. uker i arbeid. Dette effektestimatet brukes ved kontinuerlig måleskalaer.
<i>Ikke-kontrollerte studier</i>	Studier som ikke kontrollerer for systematiske skjevheter på noen måte, for eksempel observasjonsstudier, kvalitative studier.
<i>Ikke-randomiserte kontrollerte studier</i>	Studier som har andre kontrollbetingelser (f.eks. måling før og etter samt kontrollgruppe), men der fordeling på grupper ikke er (fullstendig) randomisert.
<i>Ikke-systematiske kunnskapsoversikter</i>	For at en oversikt skal kunne kalles systematisk, må disse tre kriteriene være oppfylt: 1) oversikten må ha en oppgitt søkestrategi; 2) oversikten må inneholde klare inklusjonskriterier; 3) oversikten må ha kvalitetsvurdert de inkluderte studiene og/eller oversiktene
<i>Kohortstudier</i>	En form for longitudinell undersøkelse av en bestemt gruppe individer. Studien følger en gruppe mennesker (kohort) over tid for å identifisere subgrupper av personer som er, har vært, eller blir eksponert for en eller flere faktorer som hypotetisk påvirker sannsynligheten for sykdom eller andre utfall. Over tid observeres i hvilken grad sykdom eller andre utfall forekommer i ulike eksposisjonsgrupper.
<i>Konfidensintervall (KI)</i>	Statistisk uttrykk for feilmargin fra frekvensstatistikk. Det angir intervallet som med en spesifisert sannsynlighet (vanligvis 95 %) inneholder den «sanne» verdien av variabelen man har målt. Presisjonen på resultatet angis som ytterpunktene for et intervall, f.eks. når man skriver $10,5 \pm 0,5$ (95 % KI), så betyr dette at målingen var 10,5, og at konfidensintervallet strekker seg fra 10,0 til 11,0. Jo smalere intervall, desto større presisjon.
<i>Kontrollgruppe</i>	En gruppe som brukes som sammenligning for en tiltaksgruppe. Den har lignende karakteristika som tiltaksgruppen, men mottar et alternativt tiltak eller ingen tiltak.
<i>Observasjonsstudier</i>	En studie hvor forskerne ikke forsøker å intervenere, men simpelthen observerer hva som skjer. Forandringer eller forskjeller i en variabel (f.eks. behandling) blir studert i relasjon til forandringer eller forskjeller i andre variabler (f.eks. død), uten noen innblanding fra forskeren. Det er en større risiko for seleksjonsskjevhet i en slik studie enn i en eksperimentell studie.

<i>Oversikt over oversikter</i>	Oversikter over oversikter lages når: 1) Det finnes flere tiltak for samme populasjon/diagnose og vi ønsker å vite hvilke som er mest effektive; eller 2) Det er flere populasjoner/diagnoser som kan behandles med samme tiltak og vi ønsker å vite om tiltaket er effektivt i de forskjellige populasjonene; eller 3) Det finnes flere systematiske oversikter med samme problemstilling, men med forskjellige konklusjoner.
<i>Metaanalyse</i>	Statistiske teknikker i en systematisk oversikt for å integrere resultatene av inkluderte studier.
<i>Metaanalyse, fixed effects</i>	Tar utgangspunkt i at de inkluderte studiene har utvalg fra ulike populasjoner/univers. Gir en gjennomsnittlig effekt.
<i>Metaanalyse, random effects</i>	Tar utgangspunkt i at de inkluderte studiene har utvalg fra samme populasjon/univers. Gir en «sann» effekt.
<i>Randomiserte kontrollerte studier (RCT)</i>	Et studiedesign hvor deltakerne er randomisert (tilfeldig fordelt) til en tiltaks- og kontrollgruppe. Resultatene blir vurdert ved å sammenligne utfall i behandlings-/tiltaksgruppen og kontrollgruppen. En fordel ved en RCT er at den tilfeldige fordeling av deltakere til de to (eller flere) gruppene i teorien sikrer at gruppene er like med hensyn til demografiske og sykdomsspesifikke variabler samt konfunder-variabler.
<i>Registerdata med matched kontroll</i>	Bruk av data fra f.eks. et administrativt register der hver deltakerne sammenlignes med en gruppe som er lik med hensyn til bestemte karakteristika.
<i>Relativ risiko (RR)</i>	Relativ risiko (RR) brukes ved dikotome målinger (enten-eller) og er forholdet mellom «risikoen» i to grupper. I intervensjonsstudier finner man RR ved å ta risikoen i intervensjonsgruppen og dele på risikoen i kontrollgruppen. For ønskede utfall (som det å få arbeid) innebærer en $RR > 1$ at tiltaket er effektivt for dette utfallet. En $RR = 2$ vil si at sjansen for f.eks. å komme i arbeid er dobbelt så stor i intervensjonsgruppen som i kontrollgruppen.
<i>Risk of bias</i>	Risiko for systematiske feil, som manglende eller mangelfull blinding, generering av randomiseringssekvens, skjult fordeling til grupper, vurdering av ufullstendige data, rapportering av utfallsmål eller frafall fra studien.
<i>Standardisert gjennomsnittlig forskjell (SMD)</i>	Standardisert gjennomsnittlig forskjell (<i>standardised mean difference</i>) er forskjellen mellom to estimerte gjennomsnitt delt på et estimat for standardavviket. SMD brukes for å kombinere resultater fra studier som bruker ulike målemåter, f.eks. ulike måleskalaer for depresjon
<i>Standardavvik</i>	Et mål for spredning eller fordeling av et sett med observasjoner. Beregnes som det gjennomsnittlige avviket fra gjennomsnittet i utvalget.
<i>Systematisk oversikt</i>	En oversikt over et klart definert forskningsspørsmål. Oversikten bruker systematiske og eksplisitte metoder for å identifisere, utvelge og kritisk vurdere relevant forskning, samt for å innsamle og analyse data fra studiene som er inkludert i oversikten. Statistiske metoder (metaanalyser) vil i noen tilfeller bli brukt for å analysere og oppsummere resultatene fra de inkluderte studiene. I andre tilfeller skjer oppsummering uten bruk av statistiske metoder.
<i>Tverrsnittstudier</i>	En studie som måler fordelingen av ulike egenskaper i en populasjon på ett bestemt tidspunkt. Kan vise sammenhenger men ikke årsaksforhold.

Vedlegg 2: Søkestrategi

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

Dato: 24.06.2017

Treff: 2460

#	Searches	Results
1	Parenting/	13543
2	exp Parents/	94020
3	exp Parent-Child Relations/	52720
4	Child Rearing/	5450
5	Couples Therapy/	568
6	Marital Therapy/	1527
7	Family Therapy/	8582
8	Marriage/	22553
9	Family Relations/	9912
10	Divorce/	4542
11	Family Conflict/	1563
12	or/1-11	175258
13	Internet/	62513
14	Videoconferencing/	1195
15	Electronic Mail/	2397
16	exp Cell Phones/	9225
17	Telephone/	10917
18	Mobile Applications/	2127
19	Telemedicine/	16484
20	Telerehabilitation/	108
21	Computers/	51100
22	Therapy, Computer-Assisted/	6290
23	Telecommunications/	4724
24	or/13-23	155577
25	12 and 24	1962
26	((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrear* or (child* adj1 rear*) or couple or couples or (intimate adj2 relationship*) or partner relationship* or marriage* or marital or divorce*) and (online or on-line or internet or web or website* or (digital* adj3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app? or cell phone* or chat? or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e adj2 health) or email* or e-mail* or electronic mail* or mobile app* or mobile phone* or multimedia or multi-media or phone app* or smartphone* or sms or text messag* or texting or video* or virtual) and (advice* or assist? or counsel* or educat* or empower* or guide? or guidance*	

- or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training)).ti. 571
- 27 ((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrear* or (child* adj1 rear*) or couple or couples or (intimate adj2 relationship*) or partner relationship* or marriage* or marital or divorce*) and (online or on-line or internet or web or website* or (digital* adj3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app? or cell phone* or chat? or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e adj2 health) or email* or e-mail* or electronic mail* or mobile app* or mobile phone* or multimedia or multi-media or phone app* or smartphone* or sms or text messag* or texting or video* or virtual) and (advice* or assist? or counsel* or educat* or empower* or guide? or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training)).kf. 149
- 28 ((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrear* or (child* adj1 rear*) or couple or couples or (intimate adj2 relationship*) or partner relationship* or marriage* or marital or divorce*) and (e-therap* or etherap* or electronic therap* or e-counsel* or ecounsel* or electronic counsel*).ti,ab,kf. 17
- 29 ((family therap* or (relationship* adj2 enhanc*)) adj10 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* adj3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app? or cell phone* or chat? or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e adj2 health) or email* or e-mail* or electronic mail* or mobile app* or mobile phone* or multimedia or multi-media or phone app* or smartphone* or sms or text messag* or texting or video* or virtual)).ti,ab. 75
- 30 ((family therap* or (relationship* adj2 enhanc*)) and (online or on-line or internet or web or website* or (digital* adj3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app? or cell phone* or chat? or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e adj2 health) or email* or e-mail* or electronic mail* or mobile app* or mobile phone* or multimedia or multi-media or phone app* or smartphone* or sms or text messag* or texting or video* or virtual)).kf. 1
- 31 (((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrear* or (child* adj1 rear*) or couple or couples or (intimate adj2 relationship*) or partner relationship* or marriage* or marital or divorce*) adj10 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* adj3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app? or cell phone* or chat? or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e adj2 health) or email* or e-mail* or electronic mail* or mobile app* or mobile phone* or multimedia or multi-media or phone app* or smartphone* or sms or text messag* or texting or video* or virtual) adj10 (advice* or assist? or counsel* or educat* or empower* or guide? or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training)) or ((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrear* or (child* adj1 rear*) or couple or couples or (intimate adj2 relationship*) or partner relationship* or marriage* or marital or divorce*) adj10 (advice* or assist? or counsel* or educat* or empower* or guide? or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training) adj10 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* adj3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app? or cell phone* or chat? or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e adj2 health) or email* or e-mail* or electronic mail* or mobile app* or mobile phone* or multimedia or multi-media or phone app* or smartphone* or sms or text messag* or texting or video* or virtual)) or ((online or on-line or internet or web or website* or (digital* adj3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app? or cell phone* or chat? or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e adj2 health) or email* or e-mail* or electronic mail* or mobile app* or mobile phone* or

multimedia or multi-media or phone app* or smartphone* or sms or text messag* or texting or video* or virtual) adj10 (parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrear* or (child* adj1 rear*) or couple or couples or (intimate adj2 relationship*) or partner relationship* or marriage* or marital or divorce*) adj10 (advice* or assist? or counsel* or educat* or empower* or guide? or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training)) or ((online or on-line or internet or web or website* or (digital* adj3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app? or cell phone* or chat? or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e adj2 health) or email* or e-mail* or electronic mail* or mobile app* or mobile phone* or multimedia or multi-media or phone app* or smartphone* or sms or text messag* or texting or video* or virtual) adj10 (advice* or assist? or counsel* or educat* or empower* or guide? or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training) adj10 (parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrear* or (child* adj1 rear*) or couple or couples or (intimate adj2 relationship*) or partner relationship* or marriage* or marital or divorce*)) or ((advice* or assist? or counsel* or educat* or empower* or guide? or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training) adj10 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* adj3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app? or cell phone* or chat? or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e adj2 health) or email* or e-mail* or electronic mail* or mobile app* or mobile phone* or multimedia or multi-media or phone app* or smartphone* or sms or text messag* or texting or video* or virtual) adj10 (parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrear* or (child* adj1 rear*) or couple or couples or (intimate adj2 relationship*) or partner relationship* or marriage* or marital or divorce*)) or ((advice* or assist? or counsel* or educat* or empower* or guide? or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training) adj10 (parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrear* or (child* adj1 rear*) or couple or couples or (intimate adj2 relationship*) or partner relationship* or marriage* or marital or divorce*) adj10 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* adj3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app? or cell phone* or chat? or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e adj2 health) or email* or e-mail* or electronic mail* or mobile app* or mobile phone* or multimedia or multi-media or phone app* or smartphone* or sms or text messag* or texting or video* or virtual)))).ab.2964

- 32 or/26-31 3257
 33 25 or 32 4635
 34 Randomized Controlled Trial/ 466963
 35 Non-randomized controlled trials as topic/ 169
 36 Controlled Clinical Trial/ 94240
 37 Controlled Before-After Studies/ 256
 38 Multicenter Study/230662
 39 Pragmatic Clinical Trial/ 598
 40 Interrupted Time Series Analysis/ 298
 41 (random* or trial or intervention? or effect* or impact? or multicenter or multi center or multicentre or multi centre or controlled or control group? or (before adj5 after) or (pre adj5 post) or ((pretest or pre test) and (posttest or post test)) or quasiexperiment* or quasi experiment* or evaluat* or time series or time point? or repeated measur*).ti,ab. 9320594
 42 Interview/ 27951

43 Qualitative Research/ 34611
 44 (interview* or experience* or qualitative).ti,ab. 1239821
 45 or/34-44 10018848
 46 Meta-Analysis/ 81934
 47 Meta-Analysis as Topic/ 16133
 48 (((systematic* or literature) adj3 (overview or review* or search*)) or meta-anal* or
 metaanal* or meta-regression* or umbrella review* or overview of reviews or review of
 reviews or (evidence* adj2 synth*) or synthesis review*).ti,ab,kf. 439605
 49 Review.pt. and (pubmed or medline).tw. 97708
 50 or/46-49 481875
 51 limit 45 to yr="2007-current" 4960958
 52 limit 50 to yr="2012-current" 223323
 53 33 and (51 or 52) 2629
 54 exp Animals/ 21389551
 55 Humans/ 16967867
 56 54 not (54 and 55) 4421684
 57 (news or editorial or comment).pt. 1173665
 58 53 not (56 or 57) 2619
 59 remove duplicates from 58 2460

Database: PsycINFO 1806 to June Week 3 2017

Dato: 24.06.2017

Treff: 2646

#	Searches	Results
1	exp parenting/	86010
2	exp parents/	82515
3	family relations/	33768
4	parenting skills/	2556
5	marital relations/	10736
6	marriage/	7878
7	divorce/	7956
8	couples therapy/	3942
9	marriage counseling/	4629
10	conjoint therapy/	564
11	family therapy/	20373
12	exp family conflict/	5066
13	or/1-12	209208
14	internet/	26715
15	computer applications/	10931
16	computer mediated communication/	5034
17	electronic communication/	2984
18	telephone systems/	1894
19	websites/	4230
20	cellular phones/	3504
21	teleconferencing/	816
22	online therapy/	2182
23	telemedicine/	3899
24	text messaging/	489
25	mobile devices/	1523

- 26 computer applications/ 10931
- 27 computer assisted therapy/ 839
- 28 or/14-27 55149
- 29 13 and 28 1016
- 30 ((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or (child* adj1 rear*) or couple or couples or (intimate adj2 relationship*) or partner relationship* or marriage* or marital or divorce*) and (online or on-line or internet or web or website* or (digital* adj3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app? or cell phone* or chat? or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e adj2 health) or email* or e-mail* or electronic mail* or mobile app* or mobile phone* or multimedia or multi-media or phone app* or smartphone* or sms or text messag* or texting or video* or virtual) and (advice* or assist? or counsel* or educat* or empower* or guide? or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training)).ti. 576
- 31 ((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or (child* adj1 rear*) or couple or couples or (intimate adj2 relationship*) or partner relationship* or marriage* or marital or divorce*) and (online or on-line or internet or web or website* or (digital* adj3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app? or cell phone* or chat? or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e adj2 health) or email* or e-mail* or electronic mail* or mobile app* or mobile phone* or multimedia or multi-media or phone app* or smartphone* or sms or text messag* or texting or video* or virtual) and (advice* or assist? or counsel* or educat* or empower* or guide? or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training)).id. 967
- 32 ((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or (child* adj1 rear*) or couple or couples or (intimate adj2 relationship*) or partner relationship* or marriage* or marital or divorce*) and (e-therap* or etherap* or electronic therap* or e-counsel* or ecounsel* or electronic counsel*)).ti,ab,id. 24
- 33 ((family therap* or (relationship* adj2 enhanc*)) adj10 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* adj3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app? or cell phone* or chat? or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e adj2 health) or email* or e-mail* or electronic mail* or mobile app* or mobile phone* or multimedia or multi-media or phone app* or smartphone* or sms or text messag* or texting or video* or virtual)).ti,ab. 315
- 34 ((family therap* or (relationship* adj2 enhanc*)) and (online or on-line or internet or web or website* or (digital* adj3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app? or cell phone* or chat? or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e adj2 health) or email* or e-mail* or electronic mail* or mobile app* or mobile phone* or multimedia or multi-media or phone app* or smartphone* or sms or text messag* or texting or video* or virtual)).id. 177
- 35 (((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or (child* adj1 rear*) or couple or couples or (intimate adj2 relationship*) or partner relationship* or marriage* or marital or divorce*) adj10 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* adj3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app? or cell phone* or chat? or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e adj2 health) or email* or e-mail* or electronic mail* or mobile app* or mobile phone* or multimedia or multi-media or phone app* or smartphone* or sms or text messag* or texting or video* or virtual) adj10 (advice* or assist? or counsel* or educat* or empower* or guide? or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training)) or ((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or

(child* adj1 rear*) or couple or couples or (intimate adj2 relationship*) or partner relationship* or marriage* or marital or divorce*) adj10 (advice* or assist? or counsel* or educat* or empower* or guide? or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training) adj10 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* adj3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app? or cell phone* or chat? or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e adj2 health) or email* or e-mail* or electronic mail* or mobile app* or mobile phone* or multimedia or multi-media or phone app* or smartphone* or sms or text messag* or texting or video* or virtual)) or ((online or on-line or internet or web or website* or (digital* adj3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app? or cell phone* or chat? or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e adj2 health) or email* or e-mail* or electronic mail* or mobile app* or mobile phone* or multimedia or multi-media or phone app* or smartphone* or sms or text messag* or texting or video* or virtual) adj10 (parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or (child* adj1 rear*) or couple or couples or (intimate adj2 relationship*) or partner relationship* or marriage* or marital or divorce*) adj10 (advice* or assist? or counsel* or educat* or empower* or guide? or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training)) or ((online or on-line or internet or web or website* or (digital* adj3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app? or cell phone* or chat? or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e adj2 health) or email* or e-mail* or electronic mail* or mobile app* or mobile phone* or multimedia or multi-media or phone app* or smartphone* or sms or text messag* or texting or video* or virtual) adj10 (advice* or assist? or counsel* or educat* or empower* or guide? or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training) adj10 (parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or (child* adj1 rear*) or couple or couples or (intimate adj2 relationship*) or partner relationship* or marriage* or marital or divorce*)) or ((advice* or assist? or counsel* or educat* or empower* or guide? or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training) adj10 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* adj3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app? or cell phone* or chat? or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e adj2 health) or email* or e-mail* or electronic mail* or mobile app* or mobile phone* or multimedia or multi-media or phone app* or smartphone* or sms or text messag* or texting or video* or virtual) adj10 (parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or (child* adj1 rear*) or couple or couples or (intimate adj2 relationship*) or partner relationship* or marriage* or marital or divorce*)) or ((advice* or assist? or counsel* or educat* or empower* or guide? or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training) adj10 (parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or (child* adj1 rear*) or couple or couples or (intimate adj2 relationship*) or partner relationship* or marriage* or marital or divorce*) adj10 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* adj3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app? or cell phone* or chat? or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e adj2 health) or email* or e-mail* or electronic mail* or mobile app* or mobile phone* or multimedia or multi-media or phone app* or smartphone* or sms or text messag* or texting or video* or virtual))) .ab. 3229

36 or/29-35 4511

37 ("0400" or "0451" or "1800" or "2100").md. [empirical study/ prospective study/ quantitative study/ treatment outcome/] 2164550

38 Experimental Design/ 10538

39 Between Groups Design/ 107
40 Quantitative Methods/ 2941
41 Quasi Experimental Methods/ 143
42 Experiment Controls/ 884
43 Pretesting/ 235
44 Posttesting/ 135
45 Time Series/ 1807
46 Repeated Measures/ 641
47 (random* or trial or intervention? or effect* or impact? or multicenter or multi center or multicentre or multi centre or controlled or control group? or (before adj5 after) or (pre adj5 post) or ((pretest or pre test) and (posttest or post test)) or quasiexperiment* or quasi experiment* or evaluat* or time series or time point? or repeated measur*).ti,ab. 1886664
48 Interviews/ 7901
49 Qualitative Research/ 7486
50 (interview* or experience* or qualitative).ti,ab. 767702
51 or/37-50 3072329
52 Meta Analysis/ 4020
53 ("0830" or "1200").md. [Systematic review / Meta analysis] 31212
54 (((systematic* or literature) adj3 (overview or review* or search*)) or meta-anal* or metaanal* or meta-regression* or umbrella review* or overview of reviews or review of reviews or (evidence* adj2 synth*) or synthesis review*).ti,ab,id. 119094
55 (review and (pubmed or medline)).ti,ab. 12315
56 or/52-55 123699
57 limit 51 to yr="2007-Current" 1504905
58 limit 56 to yr="2012-Current" 43290
59 36 and (57 or 58) 2654
60 remove duplicates from 59 2653

Database: Embase 1974 to 2017 June 23

Dato: 24.06.2017

Treff: 1760

#	Searches	Results
1	exp child parent relation/	75719
2	exp parent/	208845
3	family relation/	9566
4	parenting education/	959
5	marriage/	49484
6	divorce/	6898
7	family therapy/	12553
8	couple therapy/	112
9	marital therapy/	2931
10	family conflict/	2762
11	or/1-10	315964
12	internet/	91977
13	computer/	78532
14	computer mediated communication/	7
15	electronic communication/	4

- 16 telephone/ 31679
- 17 websites/ 1
- 18 exp mobile phone/ 15644
- 19 teleconferencing/ 1056
- 20 online therapy/ 2
- 21 telemedicine/ 16496
- 22 text messaging/ 2787
- 23 mobile devices/ 3
- 24 computer applications/ 0
- 25 computer applications/ 0
- 26 computer assisted therapy/ 4213
- 27 or/12-26 228747
- 28 11 and 27 5362
- 29 ((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrear* or (child* adj1 rear*) or couple or couples or (intimate adj2 relationship*) or partner relationship* or marriage* or marital or divorce*) and (online or on-line or internet or web or website* or (digital* adj3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app? or cell phone* or chat? or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e adj2 health) or email* or e-mail* or electronic mail* or mobile app* or mobile phone* or multimedia or multi-media or phone app* or smartphone* or sms or text messag* or texting or video* or virtual) and (advice* or assist? or counsel* or educat* or empower* or guide? or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training)).ti. 585
- 30 ((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrear* or (child* adj1 rear*) or couple or couples or (intimate adj2 relationship*) or partner relationship* or marriage* or marital or divorce*) and (online or on-line or internet or web or website* or (digital* adj3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app? or cell phone* or chat? or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e adj2 health) or email* or e-mail* or electronic mail* or mobile app* or mobile phone* or multimedia or multi-media or phone app* or smartphone* or sms or text messag* or texting or video* or virtual) and (advice* or assist? or counsel* or educat* or empower* or guide? or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training)).kw. 224
- 31 ((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrear* or (child* adj1 rear*) or couple or couples or (intimate adj2 relationship*) or partner relationship* or marriage* or marital or divorce*) and (e-therap* or etherap* or electronic therap* or e-counsel* or ecounsel* or electronic counsel*).ti,ab,kw. 24
- 32 ((family therap* or (relationship* adj2 enhanc*)) adj10 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* adj3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app? or cell phone* or chat? or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e adj2 health) or email* or e-mail* or electronic mail* or mobile app* or mobile phone* or multimedia or multi-media or phone app* or smartphone* or sms or text messag* or texting or video* or virtual)).ti,ab. 102
- 33 ((family therap* or (relationship* adj2 enhanc*)) and (online or on-line or internet or web or website* or (digital* adj3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app? or cell phone* or chat? or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e adj2 health) or email* or e-mail* or electronic mail* or mobile app* or mobile phone* or multimedia or multi-media or phone app* or smartphone* or sms or text messag* or texting or video* or virtual)).kw. 9

childrear* or (child* adj1 rear*) or couple or couples or (intimate adj2 relationship*) or partner relationship* or marriage* or marital or divorce*) adj10 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* adj3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app? or cell phone* or chat? or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e adj2 health) or email* or e-mail* or electronic mail* or mobile app* or mobile phone* or multimedia or multi-media or phone app* or smartphone* or sms or text messag* or texting or video* or virtual)))ab.3638
 35 or/28-34 8431
 36 Randomized Controlled Trial/ 458261
 37 Controlled Clinical Trial/ 437103
 38 Quasi Experimental Study/ 3847
 39 Pretest Posttest Control Group Design/ 306
 40 Time Series Analysis/ 19580
 41 Experimental Design/ 14374
 42 Multicenter Study/158234
 43 Pretest Posttest Design/ 1899
 44 (random* or trial or intervention? or effect* or impact? or multicenter or multi center or multicentre or multi centre or controlled or control group? or (before adj5 after) or (pre adj5 post) or ((pretest or pre test) and (posttest or post test)) or quasiexperiment* or quasi experiment* or evaluat* or time series or time point? or repeated measur*).ti,ab. 11488592
 45 Interview/ 163349
 46 Qualitative Research/ 46026
 47 (interview* or experience* or qualitative).ti,ab. 1582966
 48 or/36-47 12315172
 49 Meta Analysis/ 129195
 50 Systematic Review/ 141824
 51 (((systematic* or literature) adj3 (overview or review* or search*)) or meta-anal* or metaanal* or meta-regression* or umbrella review* or overview of reviews or review of reviews or (evidence* adj2 synth*) or synthesis review*).ti,ab. 518536
 52 (review and (pubmed or medline)).ti,ab,kw. 118777
 53 or/49-52 586800
 54 limit 48 to yr="2007-Current" 6818847
 55 limit 53 to yr="2012-Current" 275684
 56 35 and (54 or 55) 5294
 57 exp animals/ or exp invertebrate/ or animal experiment/ or animal model/ or animal tissue/ or animal cell/ or nonhuman/ 24811176
 58 human/ or normal human/ or human cell/ 18654209
 59 57 not (57 and 58) 6203744
 60 (news or editorial or comment).pt. 538699
 61 56 not (59 or 60) 5275
 62 limit 61 to embase 1856
 63 remove duplicates from 62 1760

Database: Cochrane Library

Dato: 24.06.2017

Treff: 1053

#1 [mh ^Parenting] 959
 #2 [mh Parents] 3744

- #3 [mh "Parent-Child Relations"] 1672
- #4 [mh ^"Child Rearing"] 88
- #5 [mh ^"Couples Therapy"] 89
- #6 [mh ^"Marital Therapy"] 124
- #7 [mh ^Marriage] 260
- #8 [mh ^"Family Relations"] 237
- #9 [mh ^Divorce] 44
- #10 [mh ^"Family Therapy"] 871
- #11 [mh ^"Family Conflict"] 70
- #12 (or #1-#11) 6046
- #13 [mh ^Internet] 2902
- #14 [mh ^Videoconferencing] 131
- #15 [mh ^"Electronic Mail"] 275
- #16 [mh "Cell Phones"] 877
- #17 [mh ^"Mobile Applications"] 139
- #18 [mh ^Telemedicine] 1496
- #19 [mh ^Telerehabilitation] 24
- #20 [mh ^Computers] 529
- #21 [mh ^"Therapy, Computer-Assisted"] 1098
- #22 [mh ^Telecommunications] 96
- #23 (or #13-#22) 6306
- #24 #12 and #23 180
- #25 ((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrear* or (child* near/1 rear*) or couple or couples or (intimate near/2 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*) and (online or on-line or internet or web or website* or (digital* near/3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e near/2 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual) and (advice* or assist or assists or counsel* or educat* or empower* or guide or guides or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training)):ti Publication Year from 2012 to 2017, in Other Reviews and Technology Assessments 3
- #26 ((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrear* or (child* near/1 rear*) or couple or couples or (intimate near/2 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*) and (online or on-line or internet or web or website* or (digital* near/3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e near/2 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual) and (advice* or assist or assists or counsel* or educat* or empower* or guide or guides or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training)):ti Publication Year from 2007 to 2017, in Trials 170
- #27 ((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrear* or (child* near/1 rear*) or couple or couples or (intimate near/2 relationship*) or partner relationship* or marriage* or marital or divorce*) and (online or on-line or internet or web or website* or (digital* near/3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e near/2 health) or email* or e-mail* or electronic mail* or mobile-app* or mobile-

- phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual) and (advice* or assist or assists or counsel* or educat* or empower* or guide or guides or guidance* or help* or information* or inter-vention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training)):kw Publi-cation Year from 2012 to 2017, in Cochrane Reviews (Reviews only) 2
- #28 ((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrear* or (child* near/1 rear*) or couple or couples or (intimate near/2 relationship*) or partner rela-tionship* or marriage* or marital or divorce*) and (online or on-line or internet or web or website* or (digital* near/3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e near/2 health) or email* or e-mail* or electronic mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual) and (advice* or assist or assists or counsel* or educat* or empower* or guide or guides or guidance* or help* or information* or inter-vention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training)):kw Publi-cation Year from 2007 to 2017, in Trials 585
- #29 ((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrear* or (child* near/1 rear*) or couple or couples or (intimate near/2 relationship*) or partner-rela-tionship* or marriage* or marital or divorce*) and (e-therap* or etherap* or electronic-therap* or e-counsel* or ecounsel* or electronic-counsel*)):ti,ab,kw Publication Year from 2012 to 2017, in Cochrane Reviews (Reviews only) 0
- #30 ((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrear* or (child* near/1 rear*) or couple or couples or (intimate near/2 relationship*) or partner-rela-tionship* or marriage* or marital or divorce*) and (e-therap* or etherap* or electronic-therap* or e-counsel* or ecounsel* or electronic-counsel*)):ti,ab,kw Publication Year from 2007 to 2017, in Trials 8
- #31 ((family-therap* or (relationship* near/2 enhanc*)) near/10 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* near/3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e near/2 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual)):ti,ab,kw Publication Year from 2012 to 2017, in Cochrane Reviews (Reviews only) 0
- #32 ((family-therap* or (relationship* near/2 enhanc*)) near/10 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* near/3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e near/2 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual)):ti,ab,kw Publication Year from 2007 to 2017, in Trials 20
- #33 ((family-therap* or (relationship* near/2 enhanc*)) near/10 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* near/3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e near/2 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual)) Publication Year from 2012 to 2017, in Other Reviews and Methods Studies 0
- #34 ((family-therap* or (relationship* near/2 enhanc*)) near/10 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* near/3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or

(e near/2 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual)) in Cochrane Reviews (Protocols only) 2

#35 (((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrear* or (child* near/1 rear*) or couple or couples or (intimate near/2 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*) near/10 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* near/3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e near/2 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual) near/10 (advice* or assist or assists or counsel* or educat* or empower* or guid or guides or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training)) or ((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrear* or (child* near/1 rear*) or couple or couples or (intimate near/2 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*) near/10 (advice* or assist or assists or counsel* or educat* or empower* or guid or guides or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training) near/10 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* near/3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e near/2 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual)) or ((online or on-line or internet or web or website* or (digital* near/3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e near/2 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual) near/10 (parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrear* or (child* near/1 rear*) or couple or couples or (intimate near/2 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*) near/10 (advice* or assist or assists or counsel* or educat* or empower* or guid or guides or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training)) or ((online or on-line or internet or web or website* or (digital* near/3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e near/2 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual) near/10 (advice* or assist or assists or counsel* or educat* or empower* or guid or guides or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training) near/10 (parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrear* or (child* near/1 rear*) or couple or couples or (intimate near/2 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*)) or ((advice* or assist or assists or counsel* or educat* or empower* or guid or guides or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training) near/10 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* near/3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e near/2 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or

virtual) near/10 (parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrears* or (child* near/1 rear*) or couple or couples or (intimate near/2 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*)) or ((advice* or assist or assists or counsel* or educat* or empower* or guid or guides or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training) near/10 (parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrears* or (child* near/1 rear*) or couple or couples or (intimate near/2 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*) near/10 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* near/3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e near/2 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual))):ab Publication Year from 2012 to 2017, in Cochrane Reviews (Reviews only) 17

#36 (((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrears* or (child* near/1 rear*) or couple or couples or (intimate near/2 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*) near/10 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* near/3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e near/2 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual) near/10 (advice* or assist or assists or counsel* or educat* or empower* or guid or guides or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training)) or ((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrears* or (child* near/1 rear*) or couple or couples or (intimate near/2 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*) near/10 (advice* or assist or assists or counsel* or educat* or empower* or guid or guides or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training) near/10 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* near/3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e near/2 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual)) or ((online or on-line or internet or web or website* or (digital* near/3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e near/2 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual) near/10 (parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrears* or (child* near/1 rear*) or couple or couples or (intimate near/2 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*) near/10 (advice* or assist or assists or counsel* or educat* or empower* or guid or guides or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training)) or ((online or on-line or internet or web or website* or (digital* near/3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e near/2 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual) near/10 (advice* or assist or assists or counsel* or educat* or empower* or guid or guides or guidance* or

help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training) near/10 (parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrear* or (child* near/1 rear*) or couple or couples or (intimate near/2 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*)) or ((advice* or assist or assists or counsel* or educat* or empower* or guid or guides or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training) near/10 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* near/3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e near/2 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual) near/10 (parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrear* or (child* near/1 rear*) or couple or couples or (intimate near/2 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*)) or ((advice* or assist or assists or counsel* or educat* or empower* or guid or guides or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training) near/10 (parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrear* or (child* near/1 rear*) or couple or couples or (intimate near/2 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*) near/10 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* near/3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e near/2 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual))):ab Publication Year from 2007 to 2017, in Trials 596

#37 (((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or (child* near/1 rear*) or couple or couples or (intimate near/2 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*) near/10 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* near/3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e near/2 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual) near/10 (advice* or assist or assists or counsel* or educat* or empower* or guid or guides or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training)) or ((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or (child* near/1 rear*) or couple or couples or (intimate near/2 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*) near/10 (advice* or assist or assists or counsel* or educat* or empower* or guid or guides or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training) near/10 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* near/3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e near/2 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual)) or ((online or on-line or internet or web or website* or (digital* near/3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e near/2 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual) near/10 (parent* or interparent* or coparent* or mother*

or father* or (child* near/1 rear*) or couple or couples or (intimate near/2 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*) near/10 (advice* or assist or assists or counsel* or educat* or empower* or guid or guides or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training)) or ((online or on-line or internet or web or website* or (digital* near/3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e near/2 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual) near/10 (advice* or assist or assists or counsel* or educat* or empower* or guid or guides or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training) near/10 (parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or (child* near/1 rear*) or couple or couples or (intimate near/2 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*)) or ((advice* or assist or assists or counsel* or educat* or empower* or guid or guides or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training) near/10 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* near/3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e near/2 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual) near/10 (parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or (child* near/1 rear*) or couple or couples or (intimate near/2 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*)) or ((advice* or assist or assists or counsel* or educat* or empower* or guid or guides or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training) near/10 (parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or (child* near/1 rear*) or couple or couples or (intimate near/2 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*) near/10 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* near/3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e near/2 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual)))) Publication Year from 2012 to 2017, in Other Reviews and Technology Assessments 14

- #38 (((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrear* or (child* near/1 rear*) or couple or couples or (intimate near/2 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*) near/10 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* near/3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e near/2 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual) near/10 (advice* or assist or assists or counsel* or educat* or empower* or guid or guides or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training)) or ((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrear* or (child* near/1 rear*) or couple or couples or (intimate near/2 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*) near/10 (advice* or assist or assists or counsel* or educat* or empower* or guid or guides or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or

training) near/10 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* near/3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e near/2 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual)) or ((online or on-line or internet or web or website* or (digital* near/3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e near/2 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual) near/10 (parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrear* or (child* near/1 rear*) or couple or couples or (intimate near/2 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*) near/10 (advice* or assist or assists or counsel* or educat* or empower* or guid or guides or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training)) or ((online or on-line or internet or web or website* or (digital* near/3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e near/2 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual) near/10 (advice* or assist or assists or counsel* or educat* or empower* or guid or guides or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training) near/10 (parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrear* or (child* near/1 rear*) or couple or couples or (intimate near/2 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*)) or ((advice* or assist or assists or counsel* or educat* or empower* or guid or guides or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training) near/10 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* near/3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e near/2 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual) near/10 (parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrear* or (child* near/1 rear*) or couple or couples or (intimate near/2 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*)) or ((advice* or assist or assists or counsel* or educat* or empower* or guid or guides or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training) near/10 (parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrear* or (child* near/1 rear*) or couple or couples or (intimate near/2 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*) near/10 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* near/3 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e near/2 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual))) in Cochrane Reviews (Protocols only)

11

#39 (or #24-#38) 1053

Database: CINAHL (EBSCO)

Dato: 24.06.2017

Treff: 1288

- S32 s24 and (s28 or s31) Limiters - Exclude MEDLINE records 1,288
- S31 S29 OR S30 Limiters - Published Date: 20120101-20170631 23,064
- S30 TI (((systematic* or literature) N2 (overview or review* or search*)) or meta-anal* or metaanal* or meta-regression* or umbrella-review* or "overview of reviews" or "review of reviews" or (evidence* N1 synth*) or synthesis-review*)) AND AB (((systematic* or literature) N2 (overview or review* or search*)) or meta-anal* or metaanal* or meta-regression* or umbrella-review* or "overview of reviews" or "review of reviews" or (evidence* N1 synth*) or synthesis-review*)) AND SU (((systematic* or literature) N2 (overview or review* or search*)) or meta-anal* or metaanal* or meta-regression* or umbrella-review* or "overview of reviews" or "review of reviews" or (evidence* N1 synth*) or synthesis-review*)) 13,110
- S29 (MH systematic review) OR (MH meta analysis) 41,827
- S28 S25 OR S26 OR S27 Limiters - Published Date: 20070101-20170631 1,088,086
- S27 TI ((random* or trial or intervention# or effect* or impact# or multicenter or multi-center or multicentre or multi-centre or controlled or control group# or (before N4 after) or (pre N4 post) or ((pretest or pre-test) and (posttest or post-test)) or quasiexperiment* or quasi-experiment* or evaluat* or time-series or time point# or repeated-measur* or interview* or experience* or qualitative) OR AB ((random* or trial or intervention# or effect* or impact# or multicenter or multi-center or multicentre or multi-centre or controlled or control group# or (before N4 after) or (pre N4 post) or ((pretest or pre-test) and (posttest or post-test)) or quasiexperiment* or quasi-experiment* or evaluat* or time-series or time point# or repeated-measur* or interview* or experience* or qualitative)) OR SU ((random* or trial or intervention# or effect* or impact# or multicenter or multi-center or multicentre or multi-centre or controlled or control group# or (before N4 after) or (pre N4 post) or ((pretest or pre-test) and (posttest or post-test)) or quasiexperiment* or quasi-experiment* or evaluat* or time-series or time point# or repeated-measur* or interview* or experience* or qualitative)) 1,449,290
- S26 ((MH randomized controlled trials) OR (MH clinical trials) OR (MH intervention trials) OR (MH nonrandomized trials) OR (MH experimental studies) OR (MH pretest-posttest design+) OR (MH quasi-experimental studies+) OR (MH multicenter studies) OR (MH "Repeated Measures") OR (MH Controlled Before-After Studies) OR (MH Quantitative Studies) OR (MH Control Group) OR (MH Qualitative Studies+) OR (MH Interviews) 365,381
- S25 (PT randomized controlled trial) OR (PT clinical trial) OR (PT research) OR (PT Interview) 1,026,880
- S24 S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 5,701
- S23 AB (((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or (child* N0 rear*) or couple or couples or (intimate N1 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*) N9 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* N2 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e N1 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual) N9 (advice* or assist or assists or counsel* or educat* or empower* or guid or guides or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training)) or ((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or (child* N0 rear*) or couple or couples or (intimate N1 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*) N9 (advice* or assist or assists or

counsel* or educat* or empower* or guid or guides or guidance* or help* or infor-
 mation* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or
 training) N9 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* N2 (based or
 deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chat-
 ting or computer* or cyber* or ehealth or (e N1 health) or email* or e-mail* or elec-
 tronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-
 app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual)) or ((online
 or on-line or internet or web or website* or (digital* N2 (based or deliver* or plat-
 form*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer*
 or cyber* or ehealth or (e N1 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-
 app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or
 sms or text-messag* or texting or video* or virtual) N9 (parent* or interparent* or
 coparent* or mother* or father* or (child* N0 rear*) or couple or couples or (intimate
 N1 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*) N9 (ad-
 vice* or assist or assists or counsel* or educat* or empower* or guid or guides or guid-
 ance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or
 therap* or train or training)) or ((online or on-line or internet or web or website* or
 (digital* N2 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or
 chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e N1 health) or email* or
 e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-
 media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or
 virtual) N9 (advice* or assist or assists or counsel* or educat* or empower* or guid or
 guides or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or
 support* or therap* or train or training) N9 (parent* or interparent* or coparent* or
 mother* or father* or (child* N0 rear*) or couple or couples or (intimate N1 relation-
 ship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*)) or ((advice* or as-
 sist or assists or counsel* or educat* or empower* or guid or guides or guidance* or
 help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or
 train or training) N9 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* N2
 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats
 or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e N1 health) or email* or e-mail* or
 electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or
 phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual) N9
 (parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or (child* N0 rear*) or cou-
 ple or couples or (intimate N1 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or
 marital or divorce*)) or ((advice* or assist or assists or counsel* or educat* or em-
 power* or guid or guides or guidance* or help* or information* or intervention* or les-
 son* or program* or support* or therap* or train or training) N9 (parent* or in-
 terparent* or coparent* or mother* or father* or (child* N0 rear*) or couple or couples
 or (intimate N1 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or di-
 vorce*) N9 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* N2 (based or
 deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chat-
 ting or computer* or cyber* or ehealth or (e N1 health) or email* or e-mail* or elec-
 tronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-
 app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual)))

1,205

S22 TI (((family-therap* or (relationship* N1 enhanc*)) N9 (online or on-line or internet or
 web or website* or (digital* N2 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps
 or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e N1
 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or

multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual))) OR AB (((family-therap* or (relationship* N1 enhanc*)) N9 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* N2 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e N1 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual))) OR SU (((family-therap* or (relationship* N1 enhanc*)) AND (online or on-line or internet or web or website* or (digital* N2 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e N1 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual))) 131

S21 TI (((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or (child* near/1 rear*) or couple or couples or (intimate near/2 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*) and (e-therap* or etherap* or electronic-therap* or e-counsel* or ecounsel* or electronic-counsel*))) OR AB (((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or (child* near/1 rear*) or couple or couples or (intimate near/2 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*) and (e-therap* or etherap* or electronic-therap* or e-counsel* or ecounsel* or electronic-counsel*))) OR SU (((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or (child* near/1 rear*) or couple or couples or (intimate near/2 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*) and (e-therap* or etherap* or electronic-therap* or e-counsel* or ecounsel* or electronic-counsel*))) 5

S20 SU ((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or (child* N0 rear*) or couple or couples or (intimate N1 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*) AND (online or on-line or internet or web or website* or (digital* N2 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e N1 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual) and (advice* or assist or assists or counsel* or educat* or empower* or guide or guides or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training)) 3,623

S19 TI ((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or (child* N0 rear*) or couple or couples or (intimate N1 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*) and (online or on-line or internet or web or website* or (digital* N2 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e N1 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual) and (advice* or assist or assists or counsel* or educat* or empower* or guide or guides or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training)) 330

S18 S11 AND S17 2,291

S17 S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 79,611

S16 (MH "Cellular Phone+") 5,556

S15 (MH "Electronic Mail") 4,082

S14 (MH "Computers and Computerization") 7,147

S13 (MH "Therapy, Computer Assisted") 2,419

S12 (MH "Telecommunications+") 71,539
 S11 S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 82,611
 S10 (MH "Family Conflict") 439
 S9 (MH "Family Therapy") 2,313
 S8 (MH "Family Relations") 9,588
 S7 (MH "Divorce") 1,216
 S6 (MH "Marriage") 4,680
 S5 (MH "Couples Counseling") 1,068
 S4 (MH "Child Rearing+") 3,951
 S3 (MH "Parent-Child Relations+") 16,793
 S2 (MH "Parents+") 50,708
 S1 (MH "Parenting") 8,720

Database: ERIC (EBSCO)

Dato: 24.06.2017

Treff: 1540

S16 S9 and (s12 or s15) 1,540
 S15 S13 OR S14 Limiters - Date Published: 20120101-20170631 4,403
 S14 TI (((systematic* or literature) N2 (overview or review* or search*)) or meta-anal* or metaanal* or meta-regression* or umbrella-review* or "overview of reviews" or "review of reviews" or (evidence* N1 synth*) or synthesis-review*) AND AB (((systematic* or literature) N2 (overview or review* or search*)) or meta-anal* or metaanal* or meta-regression* or umbrella-review* or "overview of reviews" or "review of reviews" or (evidence* N1 synth*) or synthesis-review*) AND SU (((systematic* or literature) N2 (overview or review* or search*)) or meta-anal* or metaanal* or meta-regression* or umbrella-review* or "overview of reviews" or "review of reviews" or (evidence* N1 synth*) or synthesis-review*)) 3,149
 S13 (DE "Meta Analysis") OR (DE "Literature Reviews") 26,897
 S12 S10 OR S11 Limiters - Date Published: 20070101-20170631 268,627
 S11 TI ((random* or trial or intervention# or effect* or impact# or multicenter or multi-center or multicentre or multi-centre or controlled or control group# or (before N4 after) or (pre N4 post) or ((pretest or pre-test) and (posttest or post-test)) or quasiexperiment* or quasi-experiment* or evaluat* or time-series or time point# or repeated-measur* or interview* or experience* or qualitative) OR AB ((random* or trial or intervention# or effect* or impact# or multicenter or multi-center or multicentre or multi-centre or controlled or control group# or (before N4 after) or (pre N4 post) or ((pretest or pre-test) and (posttest or post-test)) or quasiexperiment* or quasi-experiment* or evaluat* or time-series or time point# or repeated-measur* or interview* or experience* or qualitative)) OR SU ((random* or trial or intervention# or effect* or impact# or multicenter or multi-center or multicentre or multi-centre or controlled or control group# or (before N4 after) or (pre N4 post) or ((pretest or pre-test) and (posttest or post-test)) or quasiexperiment* or quasi-experiment* or evaluat* or time-series or time point# or repeated-measur* or interview* or experience* or qualitative)) 849,840
 S10 (DE "Randomized Controlled Trials" OR DE "Pretests Posttests" OR DE "Control Groups" OR DE "Evaluation Research" OR DE "Quasiexperimental Design" OR DE "Interviews" OR DE "Program Validation" OR DE "Program Effectiveness" OR DE "Program Evaluation" OR DE "Outcomes of Treatment") OR (DE "Qualitative Research") 82,891
 S9 S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 5,424

S8 AB (((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrear* or (child* N0 rear*) or couple or couples or (intimate N1 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*) N9 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* N2 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e N1 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual) N9 (advice* or assist or assists or counsel* or educat* or empower* or guid or guides or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training)) or ((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrear* or (child* N0 rear*) or couple or couples or (intimate N1 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*) N9 (advice* or assist or assists or counsel* or educat* or empower* or guid or guides or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training) N9 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* N2 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e N1 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual)) or ((online or on-line or internet or web or website* or (digital* N2 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e N1 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual) N9 (parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrear* or (child* N0 rear*) or couple or couples or (intimate N1 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*) N9 (advice* or assist or assists or counsel* or educat* or empower* or guid or guides or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training)) or ((online or on-line or internet or web or website* or (digital* N2 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e N1 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual) N9 (advice* or assist or assists or counsel* or educat* or empower* or guid or guides or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training) N9 (parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrear* or (child* N0 rear*) or couple or couples or (intimate N1 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*)) or ((advice* or assist or assists or counsel* or educat* or empower* or guid or guides or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training) N9 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* N2 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e N1 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual) N9 (parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrear* or (child* N0 rear*) or couple or couples or (intimate N1 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*)) or ((advice* or assist or assists or counsel* or educat* or empower* or guid or guides or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or

support* or therap* or train or training) N9 (parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrear* or (child* N0 rear*) or couple or couples or (intimate N1 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*) N9 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* N2 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e N1 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual)))
2,373

S7 TI (((family-therap* or (relationship* N1 enhanc*)) N9 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* N2 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e N1 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual))) OR AB ((((family-therap* or (relationship* N1 enhanc*)) N9 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* N2 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e N1 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual))) OR SU (((family-therap* or (relationship* N1 enhanc*)) AND 9 (online or on-line or internet or web or website* or (digital* N2 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e N1 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual))))

47

S6 TI (((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrear* or (child* near/1 rear*) or couple or couples or (intimate near/2 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*) and (e-therap* or etherap* or electronic-therap* or e-counsel* or ecounsel* or electronic-counsel*))) OR AB ((((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrear* or (child* near/1 rear*) or couple or couples or (intimate near/2 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*) and (e-therap* or etherap* or electronic-therap* or e-counsel* or ecounsel* or electronic-counsel*))) OR SU (((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrear* or (child* near/1 rear*) or couple or couples or (intimate near/2 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*) and (e-therap* or etherap* or electronic-therap* or e-counsel* or ecounsel* or electronic-counsel*))))

1

S5 SU ((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrear* or (child* N0 rear*) or couple or couples or (intimate N1 relationship*) or partner-relationship* or marriage* or marital or divorce*) AND (online or on-line or internet or web or website* or (digital* N2 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e N1 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual) and (advice* or assist or assists or counsel* or educat* or empower* or guide or guides or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training))

3,617

S4 TI ((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or childrear* or (child* N0 rear*) or couple or couples or (intimate N1 relationship*) or partner-relationship* or

- marriage* or marital or divorce*) and (online or on-line or internet or web or website* or (digital* N2 (based or deliver* or platform*)) or tele* or app or apps or cell-phone* or chat or chats or chatting or computer* or cyber* or ehealth or (e N1 health) or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or multimedia or multi-media or phone-app* or smartphone* or sms or text-messag* or texting or video* or virtual) and (advice* or assist or assists or counsel* or educat* or empower* or guide or guides or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or train or training)) 230
- S3 S1 AND S2 747
- S2 DE "Electronic Mail" OR DE "Online Courses" OR DE "Web 2.0 Technologies" OR DE "Internet" OR DE "Telecommunications" OR DE "Computer Mediated Communication" OR DE "Radio" OR DE "Teleconferencing" OR DE "Television" OR DE "Teleconferencing" OR DE "Videoconferencing" OR DE "Audiovisual Instruction" OR DE "Distance Education" 63,157
- S1 DE "Parent Child Relationship" OR DE "Parent Counseling" OR DE "Parent Education" OR DE "Parenting Skills" OR DE "Parents" OR DE "Fathers" OR DE "Mothers" OR DE "Parenting Skills" OR DE "Family Relationship" OR DE "Child Rearing" OR DE "Family Counseling" OR DE "Family Problems" OR DE "Marriage Counseling" OR DE "Marriage" OR "Divorce" OR DE "Marital Satisfaction" 60,565

Database: Web of Science Core Collection

Dato: 24.06.2017

Treff: 1939

#1 638

TITLE: (((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or (child* NEAR/0 rear*) or "couple" or "couples" or ("intimate" NEAR/1 relationship*) or "partner-relationships*" or marriage* or "marital" or divorce*) and ("online" or "on-line" or "internet" or "web" or website* or (digital* NEAR/2 ("based" or deliver* or platform*)) or tele* or "app" or "apps" or "cell-phone*" or "chat" or chats or chatting or computer* or cyber* or "ehealth" or ("e" NEAR/1 "health") or email* or e-mail* or electronic-mail* or mobile-app* or mobile-phone* or "multimedia" or "multi-media" or phone-app* or smartphone* or "sms" or "text-messag*" or "texting" or video* or "virtual") and (advice* or "assist" or "assists" or counsel* or educat* or empower* or "guide" or "guides" or guidance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or "train" or "training"))))

#2 18

TOPIC: (((parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or (child* near/0 rear*) or "couple" or "couples" or ("intimate" near/1 relationship*) or "partner-relationships*" or marriage* or "marital" or divorce*) and ("e-therap*" or etherap* or "electronic-therap*" or "e-counsel*" or ecounsel* or "electronic-counsel*"))))

#3 121

TOPIC: (((("family-therap*" or (relationship* NEAR/1 enhanc*)) NEAR/9 ("online" or "on-line" or "internet" or "web" or website* or (digital* NEAR/2 ("based" or deliver* or platform*)) or tele* or "app" or "apps" or "cell-phone*" or "chat" or "chats" or "chatting" or computer* or cyber* or "ehealth" or (e NEAR/1 health) or email* or "e-mail*" or "electronic-mail*" or "mobile-app*" or "mobile-phone*" or "multimedia" or "multi-media" or "phone-app*" or "smartphone*" or "sms" or "text-messag*" or "texting" or video* or "virtual"))))

#4 2,995

- or "sms" or "text-messag*" or "texting" or video* or "virtual") NEAR/9 (parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or (child* NEAR/0 rear*) or "couple" or "couples" or ("intimate" NEAR/1 relationship*) or "partner-relationships*" or marriage* or "marital" or divorce*) or ((advice* or "assist" or "assists" or counsel* or educat* or empower* or "guide" or "guides" or guidedance* or help* or information* or intervention* or lesson* or program* or support* or therap* or "train" or "training") NEAR/9 (parent* or interparent* or coparent* or mother* or father* or (child* NEAR/0 rear*) or "couple" or "couples" or ("intimate" NEAR/1 relationship*) or "partner-relationships*" or marriage* or "marital" or divorce*) NEAR/9 ("online" or "on-line" or "internet" or "web" or website* or (digital* NEAR/2 ("based" or deliver* or platform*)) or tele* or "app" or "apps" or "cell-phone*" or "chat" or "chats" or "chatting" or computer* or cyber* or "ehealth" or (e NEAR/1 health) or email* or "e-mail*" or "electronic-mail*" or "mobile-app*" or "mobile-phone*" or "multimedia" or "multi-media" or "phone-app*" or "smartphone*" or "sms" or "text-messag*" or "texting" or video* or "virtual"))))
- #5 3,1445
#4 OR #3 OR #2 OR #1
- #6 7,850,109
TOPIC: (((random* or "trial" or intervention\$ or effect* or impact\$ or "multicenter" or "multi-center" or "multicentre" or "multi-centre" or "controlled" or control-group\$ or ("before" NEAR/4 "after") or ("pre" NEAR/4 "post") or ("pretest" or "pre-test") and ("posttest" or "post-test")) or quasiexperiment* or quasi-experiment* or evaluat* or "time-series" or time-point\$ or repeated-measur* or interview* or experience* or "qualitative")))
[Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI Timespan=2007-2017]
- #7 271,464
TOPIC: (((((systematic* or "literature") NEAR/2 ("overview" or review* or search*) or meta-anal* or metaanal* or meta-regression* or umbrella-review* or "overview of reviews" or "review of reviews" or (evidence* NEAR/1 synth*) or synthesis-review*))
[Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI Timespan=2012-2017]
- #8 1,939
#5 and (#6 or #7)

Database: Sociological Abstracts (ProQuest)

Dato: 24.06.2017

Treff: 614 (after de-duplication of 664)

(((SU.EXACT("Parental Attitudes") OR SU.EXACT("Parent Child Relations") OR SU.EXACT("Parent Training") OR SU.EXACT("Childrearing Practices") OR SU.EXACT("Fathers") OR SU.EXACT("Mothers") OR SU.EXACT("Conjoint Therapy") OR SU.EXACT("Marital Relations") OR SU.EXACT("Marriage") OR EXACT("Divorce") OR SU.EXACT("Family Relations") OR SU.EXACT("Family Therapy") OR SU.EXACT.EXPLODE("Parents") OR SU.EXACT("Family Conflict")) AND (SU.EXACT("Computers") OR SU.EXACT("Electronic Technology") OR SU.EXACT("Internet") OR SU.EXACT("Telephone Communications") OR SU.EXACT("Videotape Recordings") OR SU.EXACT("Computer Mediated Communication")) OR TI((parent* OR co-parent* OR coparent* OR (child* NEAR/0 rear*) OR mother* OR father* OR childrear* OR couple OR couples OR (intimate NEAR/1 relationship*) OR partner-relationships* OR marriage* OR married OR marital OR partners OR divorce*) AND (app OR apps OR cell-phone* OR chat* OR computer* OR digital* OR ehealth OR (e NEAR/1 health) OR email* OR e-mail* OR electronic-mail* OR internet OR mobile-app* OR mobile-phone* OR online OR on-line OR phone-app* OR smartphone* OR sms OR tele* OR text-messag* OR texting OR video* OR web* OR virtual) AND (advice* OR assist OR assists

OR counsel* OR educat* OR empower* OR guide OR guides OR guidance* OR help* OR information* OR intervention* OR lesson* OR program* OR support* OR therap* OR train OR training)) OR SU((parent* OR co-parent* OR coparent* OR (child* NEAR/0 rear*) OR mother* OR father* OR childrear* OR couple OR couples OR (intimate NEAR/1 relationship*) OR partner-relationships* OR marriage* OR married OR marital OR partners OR divorce*) AND (app OR apps OR cell-phone* OR chat* OR computer* OR digital* OR ehealth OR (e NEAR/1 health) OR email* OR e-mail* OR electronic-mail* OR internet OR mobile-app* OR mobile-phone* OR online OR on-line OR phone-app* OR smartphone* OR sms OR tele* OR text-messag* OR texting OR video* OR web* OR virtual) AND (advice* OR assist OR assists OR counsel* OR educat* OR empower* OR guide OR guides OR guidance* OR help* OR information* OR intervention* OR lesson* OR program* OR support* OR therap* OR train OR training)) OR SU((parent* OR co-parent* OR coparent* OR (child* NEAR/0 rear*) OR mother* OR father* OR childrear* OR couple OR couples OR (intimate NEAR/1 relationship*) OR partner-relationships* OR marriage* OR married OR marital OR partners OR divorce*) AND (app OR apps OR cell-phone* OR chat* OR computer* OR digital* OR ehealth OR (e NEAR/1 health) OR email* OR e-mail* OR electronic-mail* OR internet OR mobile-app* OR mobile-phone* OR online OR on-line OR phone-app* OR smartphone* OR sms OR tele* OR text-messag* OR texting OR video* OR web* OR virtual) AND (advice* OR assist OR assists OR counsel* OR educat* OR empower* OR guide OR guides OR guidance* OR help* OR information* OR intervention* OR lesson* OR program* OR support* OR therap* OR train OR training)) OR TI,AB,SU((parent* OR co-parent* OR coparent* OR (child* NEAR/0 rear*) OR mother* OR father* OR childrear* OR couple OR couples OR (intimate NEAR/1 relationship*) OR partner-relationships* OR marriage* OR married OR marital OR partners OR divorce*) AND (e-therap* OR etherap* OR electronic therap* OR e-counsel* OR ecounsel* OR electronic counsel*)) OR (TI,AB((family-therap* OR (relationship* NEAR/1 enhanc*)) NEAR/9 (online OR on-line OR internet OR web OR website* OR (digital* NEAR/2 (based OR deliver* OR platform*)) OR tele* OR app OR apps OR cell-phone* OR chat OR chats OR chatting OR computer* OR cyber* OR ehealth OR (e NEAR/1 health) OR email* OR e-mail* OR electronic-mail* OR mobile-app* OR mobile-phone* OR multimedia OR multi-media OR phone-app* OR smartphone* OR sms OR text-messag* OR texting OR video* OR virtual)) OR SU((family-therap* OR (relationship* NEAR/1 enhanc*)) AND (online OR on-line OR internet OR web OR website* OR (digital* NEAR/2 (based OR deliver* OR platform*)) OR tele* OR app OR apps OR cell-phone* OR chat OR chats OR chatting OR computer* OR cyber* OR ehealth OR (e NEAR/1 health) OR email* OR e-mail* OR electronic-mail* OR mobile-app* OR mobile-phone* OR multimedia OR multi-media OR phone-app* OR smartphone* OR sms OR text-messag* OR texting OR video* OR virtual))) OR AB(((parent* OR interparent* OR coparent* OR mother* OR father* OR (child* NEAR/0 rear*) OR "couple" OR "couples" OR ("intimate" NEAR/1 relationship*) OR "partner-relationships*" OR marriage* OR "marital" OR divorce*) NEAR/9 ("online" OR "on-line" OR "internet" OR "web" OR website* OR (digital* NEAR/2 ("based" OR deliver* OR platform*)) OR tele* OR "app" OR "apps" OR "cell-phone*" OR "chat" OR "chats" OR "chatting" OR computer* OR cyber* OR "ehealth" OR (e NEAR/1 health) OR email* OR "e-mail*" OR "electronic-mail*" OR "mobile-app*" OR "mobile-phone*" OR "multimedia" OR "multi-media" OR "phone-app*" OR "smartphone*" OR "sms" OR "text-messag*" OR "texting" OR video* OR "virtual") NEAR/9 (advice* OR "assist" OR "assists" OR counsel* OR educat* OR empower* OR "guide" OR "guides" OR guidedance* OR help* OR information* OR intervention* OR lesson* OR program* OR support* OR therap* OR "train" OR "training")) OR ((parent* OR interparent* OR coparent* OR mother* OR father* OR (child* NEAR/0 rear*) OR "couple" OR "couples" OR ("intimate" NEAR/1 relationship*) OR "partner-relationships*" OR marriage* OR "marital" OR divorce*) NEAR/9 (advice* OR "assist" OR "assists" OR counsel* OR educat* OR empower* OR "guide" OR "guides" OR guidedance* OR help* OR information* OR intervention* OR lesson* OR program* OR support* OR therap* OR "train" OR "training") NEAR/9 ("online" OR "on-line" OR "internet" OR "web" OR website* OR (digital*

NEAR/2 ("based" OR deliver* OR platform*) OR tele* OR "app" OR "apps" OR "cell-phone*" OR "chat" OR "chats" OR "chatting" OR computer* OR cyber* OR "ehealth" OR (e NEAR/1 health) OR email* OR "e-mail*" OR "electronic-mail*" OR "mobile-app*" OR "mobile-phone*" OR "multimedia" OR "multi-media" OR "phone-app*" OR "smartphone*" OR "sms" OR "text-messag*" OR "texting" OR video* OR "virtual") OR (("online" OR "on-line" OR "internet" OR "web" OR website* OR (digital* NEAR/2 ("based" OR deliver* OR platform*)) OR tele* OR "app" OR "apps" OR "cell-phone*" OR "chat" OR "chats" OR "chatting" OR computer* OR cyber* OR "ehealth" OR (e NEAR/1 health) OR email* OR "e-mail*" OR "electronic-mail*" OR "mobile-app*" OR "mobile-phone*" OR "multimedia" OR "multi-media" OR "phone-app*" OR "smartphone*" OR "sms" OR "text-messag*" OR "texting" OR video* OR "virtual") NEAR/9 (parent* OR interparent* OR coparent* OR mother* OR father* OR (child* NEAR/0 rear*) OR "couple" OR "couples" OR ("intimate" NEAR/1 relationship*) OR "partner-relationships*" OR marriage* OR "marital" OR divorce*) NEAR/9 (advice* OR "assist" OR "assists" OR counsel* OR educat* OR empower* OR "guide" OR "guides" OR guidedance* OR help* OR information* OR intervention* OR lesson* OR program* OR support* OR therap* OR "train" OR "training")) OR (("online" OR "on-line" OR "internet" OR "web" OR website* OR (digital* NEAR/2 ("based" OR deliver* OR platform*)) OR tele* OR "app" OR "apps" OR "cell-phone*" OR "chat" OR "chats" OR "chatting" OR computer* OR cyber* OR "ehealth" OR (e NEAR/1 health) OR email* OR "e-mail*" OR "electronic-mail*" OR "mobile-app*" OR "mobile-phone*" OR "multimedia" OR "multi-media" OR "phone-app*" OR "smartphone*" OR "sms" OR "text-messag*" OR "texting" OR video* OR "virtual") NEAR/9 (advice* OR "assist" OR "assists" OR counsel* OR educat* OR empower* OR "guide" OR "guides" OR guidedance* OR help* OR information* OR intervention* OR lesson* OR program* OR support* OR therap* OR "train" OR "training") NEAR/9 (parent* OR interparent* OR coparent* OR mother* OR father* OR (child* NEAR/0 rear*) OR "couple" OR "couples" OR ("intimate" NEAR/1 relationship*) OR "partner-relationships*" OR marriage* OR "marital" OR divorce*)) OR ((advice* OR "assist" OR "assists" OR counsel* OR educat* OR empower* OR "guide" OR "guides" OR guidedance* OR help* OR information* OR intervention* OR lesson* OR program* OR support* OR therap* OR "train" OR "training") NEAR/9 ("online" OR "on-line" OR "internet" OR "web" OR website* OR (digital* NEAR/2 ("based" OR deliver* OR platform*)) OR tele* OR "app" OR "apps" OR "cell-phone*" OR "chat" OR "chats" OR "chatting" OR computer* OR cyber* OR "ehealth" OR (e NEAR/1 health) OR email* OR "e-mail*" OR "electronic-mail*" OR "mobile-app*" OR "mobile-phone*" OR "multimedia" OR "multi-media" OR "phone-app*" OR "smartphone*" OR "sms" OR "text-messag*" OR "texting" OR video* OR "virtual") NEAR/9 (parent* OR interparent* OR coparent* OR mother* OR father* OR (child* NEAR/0 rear*) OR "couple" OR "couples" OR ("intimate" NEAR/1 relationship*) OR "partner-relationships*" OR marriage* OR "marital" OR divorce*)) OR ((advice* OR "assist" OR "assists" OR counsel* OR educat* OR empower* OR "guide" OR "guides" OR guidedance* OR help* OR information* OR intervention* OR lesson* OR program* OR support* OR therap* OR "train" OR "training") NEAR/9 (parent* OR interparent* OR coparent* OR mother* OR father* OR (child* NEAR/0 rear*) OR "couple" OR "couples" OR ("intimate" NEAR/1 relationship*) OR "partner-relationships*" OR marriage* OR "marital" OR divorce*) NEAR/9 ("online" OR "on-line" OR "internet" OR "web" OR website* OR (digital* NEAR/2 ("based" OR deliver* OR platform*)) OR tele* OR "app" OR "apps" OR "cell-phone*" OR "chat" OR "chats" OR "chatting" OR computer* OR cyber* OR "ehealth" OR (e NEAR/1 health) OR email* OR "e-mail*" OR "electronic-mail*" OR "mobile-app*" OR "mobile-phone*" OR "multimedia" OR "multi-media" OR "phone-app*" OR "smartphone*" OR "sms" OR "text-messag*" OR "texting" OR video* OR "virtual")))) AND ((TI,AB,SU(randomis* OR randomiz* OR "random" OR "randomly" OR "trial" OR intervention[*1] OR effect* OR impact[*1] OR "multicenter" OR "multicenter" OR "multicentre" OR "multi-centre" OR "controlled" OR control-group[*1] OR ("before" NEAR/4 "after") OR ("pre" NEAR/4 "post") OR (("pretest" OR "pre-test") AND ("posttest" OR "post-test")) OR quasiexperiment* OR quasi-experiment* OR evaluat* OR "time-series" OR time-

point[*1] OR repeated-measur* OR interview* OR experience* OR qualitative) AND
 pd(>20070101)) OR (TI,AB,SU(((systematic* OR literature) NEAR/2 ("overview" OR review* OR
 search*)) OR meta-anal* OR metaanal* OR meta-regression* OR umbrella-review* OR "overview
 of reviews" OR "review of reviews" OR (evidence* NEAR/1 synth*) OR synthesis-review*) AND
 pd(>20120101)))

Database: SveMed+

Dato: 24.06.2017

Treff: 167

- | | | | |
|----|---|------|------|
| 1 | exp:"parenting" | 177 | |
| 2 | exp:"parents" | 1498 | |
| 3 | exp:"Parent-Child Relations" | | 571 |
| 4 | exp:"Child Rearing" | 74 | |
| 5 | exp:"Couples Therapy" | 8 | |
| 6 | exp:"Marital Therapy" | 4 | |
| 7 | exp:"Family Therapy" | 147 | |
| 8 | exp:"Marriage" | 60 | |
| 9 | exp:"Family Relations" | 927 | |
| 10 | exp:"Divorce" | 37 | |
| 11 | exp:"Family Conflict" | 18 | |
| 12 | #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 | | 2315 |
| 14 | exp:"Internet" | 901 | |
| 15 | exp:"Videoconferencing" | 29 | |
| 16 | exp:"Electronic Mail" | 39 | |
| 17 | exp:"Cell Phones" | 119 | |
| 18 | exp:"Telephone" | 323 | |
| 19 | exp:"Mobile Applications" | 27 | |
| 20 | exp:"Telemedicine" | 346 | |
| 21 | exp:"Telerehabilitation" | 5 | |
| 22 | exp:"Computers" | 388 | |
| 23 | exp:"Therapy, Computer-Assisted" | 105 | |
| 25 | noexp:"Telecommunications" | 96 | |
| 26 | #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #25 | | 1975 |
| 27 | #12 AND #26 | 42 | |

Fritekststøk: ((parent* OR co-parent* OR coparent* OR "child rearing" OR mother* OR father* OR
 couple OR couples OR marriage* OR married OR marital OR "intimate relationship" OR "inti-
 mate relationships" OR "partner relationships" OR "partner relationships" OR partners OR di-
 vorce* OR "family therapy" OR "family therapies" OR "relationship enhancement" OR "relation-
 ship enhancements") AND (app OR apps OR cell-phone* OR chat* OR computer* OR cyber* OR
 digital* OR ehealth OR email* OR e-mail* OR electronic-mail* OR internet OR mobile-app* OR
 mobile-phone* OR online OR phone-app* OR smartphone* OR sms OR tele* OR text-messag* OR
 texting OR video* OR web* OR virtual OR e-therap* OR etherap* OR eletronic-therap* OR e-
 counsel* OR ecounsel* OR electronic-counsel* OR e-visit* OR evisit* OR electronic-visit* OR e-
 communicat* OR ecommunicat* OR electronic-communicat* OR e-consult* OR econsult* OR
 electronic-consult*)) 125

Database: Epistemonikos**Dato: 24.06.2017****Treff: 572**

[Title/Abstract:] (parent* OR co-parent* OR coparent* OR "child rearing" OR mother* OR father* OR couple OR couples OR marriage* OR married OR marital OR "intimate relationship" OR "intimate relationships" OR "partner relationships" OR "partner relationships" OR partners OR divorce* OR "family therapy" OR "family therapies" OR "relationship enhancement" OR "relationship enhancements")

AND

[Title/Abstract:] (app OR apps OR cell-phone* OR chat* OR computer* OR cyber* OR digital* OR ehealth OR email* OR e-mail* OR electronic-mail* OR internet OR mobile-app* OR mobile-phone* OR online OR phone-app* OR smartphone* OR sms OR tele* OR text-messag* OR texting OR video* OR web* OR virtual OR e-therap* OR etherap* OR eletronic-therap* OR e-counsel* OR ecounsel* OR electronic-counsel* OR e-visit* OR evisit* OR electronic-visit* OR e-communicat* OR ecommunicat* OR electronic-communicat* OR e-consult* OR econsult* OR electronic-con-sult*)

[Publication last 5 years]

Database Campbell Library**Dato: 04.07.2017****Treff i publiserte oversikter: 135****Treff i protokoller: 148**

Gjennomgikk alle

I tillegg søkte vi etter studier kun om tiltak for par i oktober 2017**Google****Dato: 31.10.2017****Treff: 23 500 resultater**Søkt på couples AND "online therapy" abstract

Lest de første 30

Google Scholar**Dato: 31.10.2017****Treff: 17 600 resultater**Søkt på couples AND ((online OR digital OR internet OR web-based) AND (counseling OR therapy OR guide) 2007-2017

Lest de første 30

Norske og nordiske tidsskriftartikler (Norart)**Dato: 31.10.2017**Søkt på nøkkelordet parterapi

Vedlegg 3: Ordliste

Begrep	Forklaring
<i>Allokering</i>	Fordeling av deltakere i et forsøk til tiltaks- og kontrollgruppe. Skjult allokering betyr at det er gjort grep for å skjule allokeringen til gruppene fra dem som er ansvarlig for å vurdere deltakere når de inngår i studien. Dette sikres ved robuste randomiseringsprosedyrer. Åpen allokering betyr at fordelingen til tiltaks- og kontrollgruppe ikke er skjult for dem som vurderer deltakere når de inngår i studien.
<i>Avbrutte tidsserier</i>	Et forskningsdesign hvor det samles inn data og/eller observeres ved flere (helst mange) tidspunkt før og etter en intervensjon («interruption»). Slik søker man å beregne effekten av et tiltak og samtidig estimere den underliggende tidstrenden.
<i>Baseline data</i>	Verdier av demografiske, kliniske eller andre variabler som blir innhentet fra hver deltaker ved oppstarten av et forsøk, før tiltaket blir gitt.
<i>Blinding</i>	I et kontrollert forsøk: prosessen som hindrer at de som er involvert i forsøket, vet hvilken gruppe én deltaker tilhører. Risikoen for skjevhet blir redusert når så få personer som mulig vet hvem som mottar eksperimentelt tiltak (tiltak) og hvem som er i kontrollgruppen. Deltakere, helsepersonell, forsker (utfallsmåler) og den som gjør analysene, er alle kandidater for blinding. Blinding av enkelte grupper er ikke alltid mulig, for eksempel for mottakere og givere av psykososiale tiltak.
<i>Før- og etter-studier med kontrollgruppe</i>	Et ikke-randomisert forsøk der en kontrollgruppe og en tiltaksgruppe med like karakteristika og ensartet atferd forsøkes identifisert. Data blir innhentet i kontroll- og tiltaksgruppen både før og etter et tiltak.
<i>Gjennomsnittlig forskjell (MD)</i>	Gjennomsnittlig forskjell (<i>mean difference</i>) brukes på kontinuerlig utfallsmål, grader av noe (f.eks. grader av tilfredshet med relasjonen). Som navnet tilsier er dette den gjennomsnittlige forskjellen mellom resultatet for tiltaksgruppen og kontrollgruppen.
<i>Ikke-kontrollerte studier</i>	Studier som ikke kontrollerer for systematiske skjevheter på noen måte, for eksempel observasjonsstudier, kvalitative studier.
<i>Kontrollert før-og-etter studie (CBA) (ikke-randomiserte kontrollerte studier)</i>	Studier som har andre kontrollbetingelser (f.eks. måling før og etter samt kontrollgruppe), men der fordeling på grupper ikke er (fullstendig) randomisert.
<i>ITT-analyser (Intention to treat)</i>	En statistisk strategi for å analysere data fra randomiserte kontrollerte studier. Alle deltakerne i en studie inkluderes i analysen i den tiltaksgruppen de ble randomisert til, uavhengig av om de deltok i eller fullførte tiltaket som var foreskrevet, eller ikke. Bruk av ITT-analyse reduserer risikoen for frafallsskjevhet, noe som kan endre baselinelikheten (opnådd ved randomisering) og/eller reflektere etterlevelse av protokollen.
<i>Kohortstudier</i>	En form for longitudinell undersøkelse av en bestemt gruppe individer. Studien følger en gruppe mennesker (kohort) over tid for å identifisere subgrupper av personer som er, har vært, eller blir eksponert for en eller flere faktorer som hypotetisk påvirker sannsynligheten for sykdom eller andre utfall. Over tid observeres i hvilken grad sykdom eller andre utfall forekommer i ulike eksposisjonsgrupper.

<i>Konfidensintervall (KI)</i>	Statistisk uttrykk for feilmargin fra frekvensstatistikk. Det angir intervallet som med en spesifisert sannsynlighet (vanligvis 95 %) inneholder den «sanne» verdien av variabelen man har målt. Presisjonen på resultatet angis som ytterpunktene for et intervall, f.eks. når man skriver $10,5 \pm 0,5$ (95 % KI), så betyr dette at målingen var 10,5, og at konfidensintervallet strekker seg fra 10,0 til 11,0. Jo smalere intervall, desto større presisjon.
<i>Konfunderende faktor</i>	En variabel som er relatert til både den variabel som studeres og til utfallet som er målt i studien, og således påvirker resultatene når årsakssammenhenger studeres. Det er ikke en mellomliggende variabel, men en variabel som skaper tilsynelatende sammenheng eller skjuler en sann sammenheng mellom eksposisjon og utfall.
<i>Kontrollgruppe</i>	En gruppe som brukes som sammenligning for en tiltaksgruppe. Den har lignende karakteristika som tiltaksgruppen, men mottar et alternativt tiltak eller ingen tiltak.
<i>Korrelasjonskoeffisient</i>	En statistisk verdi (R) fra -1 til +1 som uttrykker grad av samvariasjon mellom variasjon i grupper innad og mellom grupper. 0=ingen sammenheng.
<i>Litteraturoversikt (tradisjonell)</i>	En oversikt som ikke er systematisk (se Systematisk oversikt)
<i>Observasjonsstudier</i>	En studie hvor forskerne ikke forsøker å intervensere, men simpelthen observerer hva som skjer. Forandringer eller forskjeller i en variabel (f.eks. behandling) blir studert i forhold til forandringer eller forskjeller i andre variabler (f.eks. død), uten noen innblanding fra forskeren. Det er en større risiko for seleksjonsskjevhet i en slik studie enn i en eksperimentell studie.
<i>Oversikt over oversikter</i>	Oversikter over oversikter lages når: 1) Det finnes flere tiltak for samme populasjon/diagnose og vi ønsker å vite hvilke som er mest effektive; eller 2) Det er flere populasjoner/diagnoser som kan behandles med samme tiltak og vi ønsker å vite om tiltaket er effektivt i de forskjellige populasjonene; eller 3) Det finnes flere systematiske oversikter med samme problemstilling, men med forskjellige konklusjoner.
<i>Metaanalyse</i>	Statistiske teknikker i en oversikt for å integrere resultatene av inkluderte studier.
<i>Metaanalyse, fixed effects</i>	Tar utgangspunkt i at de inkluderte studiene har utvalg fra ulike populasjoner/univers. Gir en gjennomsnittlig effekt.
<i>Metaanalyse, random effects</i>	Tar utgangspunkt i at de inkluderte studiene har utvalg fra samme populasjon/univers. Gir en «sann» effekt.
<i>Populasjon</i>	Den gruppen mennesker som tiltaket er rettet mot (se Utvalg)
<i>Randomiserte kontrollerte studier (RCT)</i>	Et studiedesign hvor deltakerne er randomisert (tilfeldig fordelt) til en tiltaks- og kontrollgruppe. Resultatene blir vurdert ved å sammenligne utfall i behandlings-/tiltaksgruppen og kontrollgruppen. En fordel ved en RCT er at den tilfeldige fordeling av deltakere til de to (eller flere) gruppene i teorien sikrer at gruppene er like med hensyn til demografiske og sykdomsspesifikke variabler samt konfunder-variabler.
<i>Registerdata med matched kontroll</i>	Bruk av data fra f.eks. et administrativt register der hver deltakerne sammenlignes med en gruppe som er lik med hensyn til bestemte karakteristika.
<i>Risk of bias</i>	Risiko for systematiske feil, som manglende eller mangelfull blinding, generering av randomiseringssekvens, skjult fordeling til grupper, vurdering av ufullstendige data, rapportering av utfallsmål eller frafall fra studien.
<i>Signifikans</i>	At et resultat kalles signifikant betyr at man har valgt et nivå (vanligvis 95 prosent) for hvor sikker man er på at resultatet ikke er tilfeldig. Man kan måle om resultatet er signifikant blant annet ved hjelp av p-verdi eller konfidensintervaller. At et resultat er statistisk signifikant betyr ikke nødvendigvis at det er klinisk signifikant, altså at det har en faktisk eller praktisk betydning for den det gjelder.
<i>Standardisert gjennomsnittlig forskjell (SMD)</i>	Når man slår sammen studier for et kontinuerlig utfallsmål som ikke måler på samme måte, for eksempel måler et utfall med ulike skalaer, så må alle resultater regnes om til standardisert størrelser som igjen gir en standardisert gjennomsnittlig forskjell (<i>standardised mean difference</i>). SMD tilsvarer Cohen's d og kan vise en liten effektstørrelse=0,2, en medium effektstørrelse=0,5 eller stor effektstørrelse=0,8.
<i>Standardavvik (SD)</i>	Et mål for spredning eller fordeling av et sett med observasjoner. Beregnes som det gjennomsnittlige avviket fra gjennomsnittet i utvalget.

<i>Subgruppeanalyse</i>	En analysemetode innenfor en metaanalyse som gjør at man kan se eller forskjeller i effekt mellom grupper av studier, eventuelt grupper av tiltak, utvalg, land, mm
<i>Systematisk oversikt</i>	En oversikt over et klart definert forskningsspørsmål. Oversikten bruker systematiske og eksplisitte metoder for å identifisere, utvelge og kritisk vurdere relevant forskning, samt for å innsamle og analyse data fra studiene som er inkludert i oversikten. Statistiske metoder (metaanalyser) vil i noen tilfeller bli brukt for å analysere og oppsummere resultatene fra de inkluderte studiene. I andre tilfeller skjer oppsummering uten bruk av statistiske metoder.
<i>Tverrsnittstudier</i>	En studie som måler fordelingen av ulike egenskaper i en populasjon på ett bestemt tidspunkt. Kan vise sammenhenger men ikke årsaksforhold.
<i>Tykke og tynne beskrivelser</i>	I kvalitativ metode betyr tykke beskrivelser at forskeren beskriver en type praksis med dens kulturelle kontekst og meningsbæring, mens tynne beskrivelser kun beskriver fakta om et fenomen, uten noen fortolkning.
<i>Utvalg</i>	Den konkrete gruppen mennesker som er inkludert i studien (se Populasjon)

Vedlegg 4: Ekskluderte studier

30 studier ble ekskludert etter fulltekstlesing:

Oversikter (n=5)	Begrunnelse
Georgia, E. J., et al. (2016). <i>Use of web-based relationship and marriage education. Evidence-based approaches to relationship and marriage education</i> . I: Ponzetti JJ, Jr. (red.) Evidence-based Approaches to Relationship and Marriage Education. New York, NY, Routledge/Taylor & Francis Group; US: 319-330.	Ikke systematisk oversikt, kun omtale av relevante programmer
Kim, J., et al. (2014). The Effectiveness of Psychoeducational Interventions Focused on Sexuality in Cancer. <i>Cancer Nursing</i> 38: 32-42.	Systematisk oversikt, men ikke kun om digitale tiltak
McAllister, S., Duncan, S. F. and Hawkins, A. J. (2012). Examining the Early Evidence for Self-directed Marriage and Relationship Education: A Meta-analytic Study. <i>Family Relations</i> , 61: 742-755.	Ikke systematisk oversikt (ingen kvalitetsvurdering av studiene), blander digitale og andre typer selvadministrerte tiltak
Nelson, C. J., et al. (2015). Couples-based interventions following prostate cancer treatment: a narrative review. <i>Translational andrology and urology</i> 4(2): 232-242.	Ikke systematisk oversikt, ikke kun om digitale tiltak
Regan, T. W., et al. (2012). Do couple-based interventions make a difference for couples affected by cancer? A systematic review. <i>BMC Cancer</i> 12(2): 279.	Systematisk oversikt, men ikke kun om digitale tiltak
Studier av effekt (n=21)	Begrunnelse
Badger, T.A. et al (2007). Depression and Anxiety in Women With Breast Cancer and Their Partners. <i>Nursing Research</i> 56(1): 44-53	Ikke utfall relatert til paret
Badger, T.A. et al (2011) Psychosocial interventions to improve quality of life in prostate cancer survivors and their intimate or family partners. <i>Quality of Life Research</i> 20(6): 833-844	Kontrolltiltaket er også digitalt samt ingen partutfall
Braithwaite, S. R. and F. D. Fincham (2007). ePREP: Computer based prevention of relationship dysfunction, depression and anxiety. <i>Journal of Social and Clinical Psychology</i> 26(5): 609-622.	Kontrolltiltaket er også digitalt (samt rekrutt. på bakgrunn av universitetskurs)
Braithwaite, S. R. and F. D. Fincham (2009). A randomized clinical trial of a computer based preventive intervention: replication and extension of ePREP. <i>Journal of Family Psychology</i> 23(1): 32-38.	Kontrolltiltaket er også digitalt

Braithwaite, S. R. and F. D. Fincham (2011) Computer-based dissemination: A randomized clinical trial of ePREP using the actor partner interdependence model. <i>Behaviour Research and Therapy</i> 49(2): 126-131.	Samme studie som Braithwaite 2009
Braithwaite, S. R. (2012). <i>Eprep for couples: A randomized clinical trial of a computer based preventive intervention</i> . Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering 72(9-B): 5566.	Kontrolltiltaket er også digitalt (samme studie som 2009)
Braithwaite, S. R. and F. D. Fincham (2014). Computer-based prevention of intimate partner violence in marriage. <i>Behaviour Research & Therapy</i> 54: 12-21.	Kontrolltiltaket er også digitalt
Budin, W.C. et al (2008) Breast Cancer Education, Counseling, and Adjustment Among Patients and Partners: A Randomized Clinical Trial. <i>Nursing Research</i> 57(3): 199-213.	Tiltaket er ikke primært digitalt
Campbell, L. C. et al. (2007). Facilitating research participation and improving quality of life for African American prostate cancer survivors and their intimate partners. <i>Cancer</i> , 109: 414-424.	Kun individuelle utfall, ikke utfall knyttet til parrelasjonen
Eichenberg, C. (2007). Online sexual counseling: Effectiveness and mechanisms. Evaluation of a service of Pro Familia (German affiliate of the International Planned Parenthood Federation). <i>Zeitschrift fur Sexualforschung</i> 20(3): 247-262.	Ikke en kontrollert studie (kun tiltaksgruppe med to målinger)
Emery, K. A. (2015). <i>Increasing motivation to use internet-based relationship enhancement interventions</i> . Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering 76(2-B(E))	Ikke relevante omfall (omhandlet motivasjon for tiltak/ending)
Kim Halford, W., Moore, E., Wilson, K., Farrugia, C. and Dyer, C. (2004), Benefits of flexible delivery relationship education: An evaluation of the couple CARE program*. <i>Family Relations</i> , 53: 469-476.	For gammel studie
Halford, W. K., Wilson, K., Watson, B., Verner, T., Larson, J., Busby, D., & Holman, T. (2010). Couple relationship education at home: Does skill training enhance relationship assessment and feedback? <i>Journal of Family Psychology</i> , 24(2), 188-196.	Kontrolltiltaket er også digitalt
Kersting, A., et al. (2011). Efficacy of cognitive behavioral internet-based therapy in parents after the loss of a child during pregnancy: pilot data from a randomized controlled trial. <i>Archives of Women's Mental Health</i> 14(6): 465-477.	Digitalt tiltak men ikke utfall mht par
Kersting, A., et al. (2013). Brief Internet-based intervention reduces posttraumatic stress and prolonged grief in parents after the loss of a child during pregnancy: a randomized controlled trial. <i>Psychotherapy & Psychosomatics</i> 82(6): 372-381.	Digitalt tiltak men ikke utfall mht par
Loew, B., et al. (2012). Internet delivery of PREP-based relationship education for at-risk couples. <i>Journal of Couple & Relationship Therapy</i> 11(4): 291-309.	Ikke sammenligning av digitalt tiltak med ikke-digitalt tiltak
Morowatisharifabad, M. A., et al. (2014). The effects of training married men about premenstrual syndrome by pamphlets and short messages on marital satisfaction. <i>Health Education Research</i> 29(6): 1005-1014.	Ikke riktig populasjon, ikke relevant sammenligning

McCorkle, R. et al. (2007). Effects of Advanced Practice Nursing on Patient and Spouse Depressive Symptoms, Sexual Function, and Marital Interaction After Radical Prostatectomy. <i>Urologic Nursing</i> , 27(1): 65-77	Sekundæranalyse av studie fra 1998 + manglende digitalt fokus
McManaman, M. (2017). <i>Changing perspectives: Can a short-term intervention promote relationship satisfaction?</i> Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering 77(11-B(E)): No Pagination Specified.	Ikke sammenligning av digitalt tiltak med ikke-digitalt tiltak
Roddy, M. K., et al. (2016). A Randomized Controlled Trial of Coach Contact During a Brief Online Intervention for Distressed Couples. <i>Family Process</i> 17: 17.	Ikke sammenligning av digitalt tiltak med ikke-digitalt tiltak
Schover, L. R., et al. (2012). A randomized trial of internet-based versus traditional sexual counseling for couples after localized prostate cancer treatment. <i>Cancer</i> 118(2): 500-509.	Ikke sammenlignbare data for relevante utfallsmål

Studier av erfaring (n=4)	Begrunnelse
Darbyshire, P., et al. (2013). Supporting bereaved parents: a phenomenological study of a telephone intervention programme in a paediatric oncology unit. <i>Journal of Clinical Nursing</i> 22(3-4): 540-549.	Ikke fokus på takling/utvikling av parrelasjonen, kun individuell sorg
de Pierrepont, C. (2010). Post-Partum Sexuality on Internet Fora: Socialization between Couples and Transmission of Knowledge. <i>Civilisations</i> 59(1): 109-127.	Omhandler ikke profesjonell men støtte fra likemenn (<i>peers</i>)
Eichenberg, C. & Aden, J. (2015) Onlineberatung bei Partnerschaftskonflikten und psychosozialen Krisen [Online counseling for partnership conflicts and psychosocial crises. Multi-method evaluation of an e-mail counseling offer]. <i>Psychotherapeut</i> 60 (1):53-63.	Tysk studie (skiller heller ikke mellom veiledning for relasjonelle eller psykiske problemer)
Fergus, K., et al. (2017). Metaphor and meaning in an online creative expression exercise to promote dyadic coping in young couples affected by breast cancer. <i>Arts & Health</i> 9(2): 139-153.	Undersøker ikke erfaringer om tiltak for parrelasjonen

Vedlegg 5: Inkluderte studier – kjennetegn og vurderinger

Her følger en beskrivelse av alle de 11 inkluderte studiene, sortert etter type studie (effekt, erfaringer) og deretter alfabetisk etter førsteforfatter. Beskrivelsen inneholder informasjon om hvilke artikler dataene er hentet fra, relevante detaljer om studien, samt vår vurdering av risiko for skjevheter eller metodologisk sterke og svake sider.

Studier av effekt

Bodenmann 2014

Artikler	Bodenmann 2014: <i>Enhancement of couples' communication and dyadic coping by a self-directed approach: a randomized controlled trial</i>
Studie	Design: RCT Land: Sveits Oppfølgingstid etter avslutning av tiltaket: 0 mnd, 3 mnd, 6 mnd
Deltakere	Antall (par/individer): 220 par (440 individer) Alder: 18-65 år, kvinner snitt 40 år; menn snitt 41,4 år Etnisitet: ikke beskrevet Seksuell legning: ikke eksplisitt beskrevet (men det kommer frem at parene er heterofile) Relasjonens lengde: 1-30 år, snitt 12,9 år Utdanningsnivå: 57% av mennene og 35% av kvinnene hadde høyere utdanning Rekruttering: annonser i aviser og blader
Tiltak	<i>The Couple Coping Enhancement Training</i> , tilpasset fra et ansikt-til-ansikt-program. Interaktivt DVD-program, bygger på prinsipper fra kognitiv-atferdsterapi og mestringsorientering. Fokuserer på positiv og negativ kommunikasjon, hvordan paret takler stress, konflikthåndtering og problemløsning. Inneholder fem timers materiale (teoretisk oversikt, diagnostiske vurderinger, øvelser, videoeksempler, selvevaluering, litteratur og tester) til bruk over fem uker.
Kontroll	Venteliste (Studien inkluderer ytterligere en tiltaksgruppe: DVD + teknisk support i form av en telefonsamtale per kapittel. N=110 par. Denne er ikke inkludert i vår oversikt.)
Relevante utfallsmål	Tilfredshet i relasjonen (<i>Relationship Assessment Scale</i> , Hendrick 1988) Positiv og negativ kommunikasjon (<i>Marital Communication Questionnaire</i> , Bodenmann 2000) Konflikthåndtering (<i>Ineffective Arguing Inventory</i> , Kurdek 1994) Frafall fra programmet

Risiko for skjevheter

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Uklar risiko	Lite beskrevet

Allokering	Uklar risiko	Lite beskrevet
Blinding av deltakere	Uklar-høy risiko	Ingen blinding, etablerte instrumenter, ventelistedesign
Blinding av utfallsmåler	Lav risiko	Blindet utfallsmåler
Frafall	Høy risiko	20% frafall, ikke inkludert i analysen
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent (vi fikk tilsendt manglende data)
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Chambers 2015

Artikler	Chambers 2015: <i>A randomised controlled trial of a couples-based sexuality intervention for men with localised prostate cancer and their female partners</i>
Studie	Design: RCT Land: Australia Oppfølgingstid etter avslutning av tiltaket: 0, 3 og 9 mnd
Deltakere	Antall (par/individer): 189 par (189 menn med prostatakreft og deres kvinnelige partnere) Alder: snitt kvinner 59,8 år; snitt menn 62,7 år Etnisitet: ikke beskrevet Seksuell legning: heterofile Relasjonens lengde: snitt 32,5 år Utdanningsnivå: 65,1% av mennene og 47,6% av kvinnene hadde høyere eller teknisk utdanning Rekruttering: pasientene ble referert fra urologer ved private el. offentlige klinikker eller via annonser
Tiltak	Seks-åtte telefonsamtaler mellom sykepleier, kreftoperert mann og hans partner. Basert på kognitiv-atferdsorientert seksual- og parterapi, samt en voksenpedagogisk tilnærming der parene selv velger mål. Vekt på seksualitet, kommunikasjon, uttrykke følelser, relasjon samt kunnskap om og holdning til prostatakreft. To samtaler før operasjon (hvis mulig), fire samtaler etter hver 14. dag, samt ved 16. og 22. uke (gj.snitt tid per samtale: 37 min). I tillegg en DVD med støttende materiale. Øvelser for paret.
Kontroll	Ingen tiltak rettet mot par, kun standard medisinsk oppfølging (Studien inkluderer ytterligere en tiltaksgruppe: Telefonveiledning/støtte fra andre par. N=63 par. Denne er ikke inkludert i vår oversikt.)
Relevante utfallsmål	Samstemthet og tilfredshet i relasjonen (<i>Revised Dyadic Adjustment Scale</i> , Busby 1995) Intimitet i relasjonen (<i>Miller Social Intimacy Scale</i> , Miller 1982) Evaluering av programmet (inkl. åpne spørsmål) Frafall fra programmet

Risiko for skjevheter

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Lav risiko	Datagenerert randomisering
Allokering	Lav risiko	Skjult allokering
Blinding av deltakere	Uklar-høy risiko	Ingen blinding, etablerte instrumenter, design der kontrolltiltak er ingen tiltak
Blinding av utfallsmåler	Lav risiko	Etablerte instrumenter
Frafall	Lav risiko	16% frafall, ITT-analyser
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent

Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente
-------------------------------------	------------	--------------

Coulter 2013

Artikler	Coulter 2013: <i>Effects of an intervention designed to enhance romantic relationship excitement: A randomized-control trial</i>	
Studie	Design: RCT Land: Australia Oppfølgingstid etter avslutning av tiltaket: 0 mnd	
Deltakere	Antall (par/individer): 101 par (202 individer) Alder: 18-76 år, snitt 35 år (SD 11,22) Etnisitet: ikke beskrevet Seksuell legning: 5% homofile Relasjonens lengde: 2 mnd – 53 år, snitt 9,7 år Utdanningsnivå: ikke beskrevet Rekruttering: annonser i aviser, brosjyrer, intervjuer i avis & radio, presentasjoner i universitetsklasser, annonser på Facebook, forskningsnettsider og universitetsnettsider	
Tiltak	Egenutviklet program for å øke begeistringen i relasjonen. Utgangspunkt i forbindelser mellom begeistring, positive følelser og tilfredshet med relasjonen. Paret skulle ved hjelp av litteratur online finne frem til aktiviteter hver uke som kunne øke begeistringen, med fokus på stikkordene: eventyrlig, lidenskapelig, seksuell, spennende, interessant, lekent, romantisk, spontant. Fire uker tiltak á 90 min (egne aktiviteter) + en epost per uke i tre uker for å høre om hvordan det står til	
Kontroll	Venteliste	
Relevante utfallsmål	Tilfredshet i relasjonen (<i>Relationship Assessment Scale</i> , Hendrick, 1988) Frafall fra programmet	
<i>Risiko for skjevheter</i>		
<i>Område</i>	<i>Vår vurdering</i>	<i>Begrunnelse</i>
Randomisering	Lav risiko	Kastet mynt og kron
Allokering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Blinding av deltakere	Uklar risiko	Ingen blinding, etablerte måleinstrumenter, ventelistedesign
Blinding av utfallsmål	Lav-uklar risiko	Etablerte måleinstrumenter
Frafall	Lav risiko	14% i tiltaksgruppen, 11,76% i kontrollgruppen. Frafallsgrunner beskrevet. ITT-analyser.
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Doss 2016

Artikler	Doss 2016: <i>A Randomized Controlled Trial of the Web-Based OurRelationship Program: Effects on Relationship and Individual Functioning</i> Doss 2013: <i>Translation of Integrative Behavioral Couple Therapy to a web-based intervention</i>	
Studie	Design: RCT Land: USA Oppfølgingstid etter avslutning av tiltaket: 0 mnd	
Deltakere	Antall (par/individer): 300 par (600 individer) Alder: snitt 36,1 år	

	Etnisitet: 67,2% hvite, 17,2% afroamerikanere, 10,2% hispanics Seksuell legning: heterofile Relasjonens lengde: snitt 9,7 år Utdanningsnivå: 47,7% bachelorgrad eller høyere Rekruttering: annonse på nett (dukker opp ved søk), annonser på nett, Facebook, omtale i media
Tiltak	<i>The OurRelationship program</i> , tilpasset fra et ansikt-til-ansikt-program til online. Bygger på <i>Integrative Behavioral Couple Therapy</i> : å akseptere følelser og derav endre handlinger. Tre deler (observasjon, forståelse, respons) der partene først arbeidet individuelt og deretter sammen. Tiltaket inneholdt fire samtaler mellom veileder og par (til sammen opp til 1 time), i tillegg til mulighet for å sende beskjeder begge veier gjennom programmet. 8 ukers varighet.
Kontroll	Venteliste
Relevante utfallsmål	Tilfredshet i relasjonen (4 item-versjon, <i>Global Relationship Satisfaction</i> , Funk & Rogge 2007) Positive og negative kvaliteter i relasjonen (<i>Positive and Negative Relationship Quality</i> , Fincham & Rogge 2010) Livskvalitet (ett spørsmål) Fornøydhet med tiltaket (<i>Evaluation of Services Questionnaire</i> , Nguyen 1983, 8 items) Frafall fra programmet

Risiko for skjevheter

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Lav risiko	Datagenerert randomisering
Allokering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Blinding av deltakere	Uklar-høy risiko	Ingen blinding, hovedsakelig etablerte instrumenter, ventelistedesign
Blinding av utfallsmål	Lav-uklar risiko	Hovedsakelig etablerte instrumenter
Frafall	Lav risiko	12,7% samlet frafall, likt fordelt på begge grupper, ITT-analyse
Selektiv rapportering	Lav risiko	Forhåndsspesifiserte utfallsmål, noen mangler ved rapportering av utfall/KI
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	To av forfatterne har utviklet og eier programmet

Duncan 2009

Artikler	Duncan 2009: <i>A Comparison Evaluation Study of Web-Based and Traditional Marriage and Relationship Education</i> Busby 2001: <i>RELATE: Relationship evaluation of the individual, family, cultural, and couple contexts</i>
Studie	Design: RCT Land: USA Oppfølgingstid etter avslutning av tiltaket: 0 mnd
Deltakere	Antall (par/individer): 82 par (164 individer) Alder: kvinner snitt 38,7 år; menn snitt 41 år Etnisitet: 92% hvite, 4% hispanic (totalt 97% mormonere) Seksuell legning: ikke eksplisitt beskrevet (men det kommer frem at parene er heterofile) Relasjonens lengde: (alle var gift) Utdanningsnivå: 55,1% av mennene og 40,7% av kvinnene (sum 47,9%) hadde bachelorgrad eller høyere

	Rekruttering: annonser i radio og aviser, brosjyrer, artikler i lokale aviser
Tiltak	Egenutviklet program som bygger på Gottmans prinsipper (1999) om å øke positivitet (kjærlige følelser, vennskap, ømhet, beundring, gjensidig innflytelse, felles forståelse) og redusere negativitet (effektiv konflikt- og problemløsning, komme forbi blokkeringer, trøst) i relasjonen. Materialet i programmene bygget på kognitiv-atferdsterapeutiske prinsipper. Online program, skriftlig materialet på nettsiden, 2-3 øvelser per uke. 6 ukers varighet
Kontroll	1) Venteliste 2) Gruppesamlinger
Relevante utfallsmål	<i>Subskalaene nedenfor er hentet fra RELATE (Busby 2001)</i> Tilfredshet i relasjonen Empatisk kommunikasjon (<i>Empathic communication</i>) Kritisk kommunikasjon (<i>Criticism</i>)

Risiko for skjevheter

<i>Område</i>	<i>Vår vurdering</i>	<i>Begrunnelse</i>
Randomisering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Allokering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Blinding av deltakere	Uklar-høy risiko	Ingen blinding, etablert instrument, treatmet design (venteliste og gruppesamlinger)
Blinding av utfallsmål	Lav risiko	Etablert instrument
Frafall	Høy risiko	Høyt frafall (35,4% samlet sett) og ikke tatt høyde for i analyser
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Kalinka 2012

Artikler	Kalinka 2012: <i>A randomized clinical trial of online-biblio relationship education for expectant couples</i>
Studie	Design: RCT Land: USA Oppfølgingstid etter avslutning av tiltaket: 0 mnd
Deltakere	Antall (par/individer): 79 individer (fra par som forsøkte å få barn, var gravide eller hadde barn < 1år) Kjønn: 85,7% kvinner Alder: snitt 28 år (SD 5,75) Etnisitet: 84.3% hvite, 7.1% hispanic, 2.9% afroamerikanere Seksuell legning: heterofile Relasjonens lengde: snitt 5,4 år Utdanningsnivå: 51,5% hadde bachelorgrad eller høyere Rekruttering: annonser på gynekolog/jordmorkontorer og internett
Tiltak	<i>Power of Two</i> , egenutviklet program som bygger på Heitler (1997, 2003) og skal bidra i overgangen når paret får barn. Fem temaområder: oversikt, kommunikasjon, følelsesregulering, beslutningstaking og positivitet & intimitet. Hver modul har 8-12 aktiviteter/oppgaver. I tillegg får deltakerne tilsendt skriftlig materiale og en DVD, pluss SMS/epost med påminnelser eller generelle tilbakemeldinger. 2 mnd varighet.
Kontroll	Venteliste
Relevante utfallsmål	Tilfredshet i relasjonen (<i>Couples Satisfaction Index</i> , Funk & Rogge 2007) Konflikthåndtering (<i>Ineffective Arguing Inventory</i> , Kurdek 1994) Frafall fra programmet

<i>Risiko for skjevheter</i>		
<i>Område</i>	<i>Vår vurdering</i>	<i>Begrunnelse</i>
Randomisering	Lav risiko	Datagenerert
Allokering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Blinding av deltakere	Uklar-høy risiko	Ingen blinding, etablerte instrumenter, ventelistedesign
Blinding av utfallsmål	Lav risiko	Etablerte instrumenter
Frafall	Høy risiko	20,6% (tiltak) og 53,3% (kontroll) ved 2 mnd
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	En av forfatterne har utviklet og eier programmet

Loew 2015

Artikler	Loew 2015: <i>Internet delivery of PREP-based relationship education for older couples</i>
Studie	Design: RCT Land: USA Oppfølgingstid etter avslutning av tiltaket: 0 mnd
Deltakere	Antall (par/individer): 93 personer fra 61 par (i 32 par deltok begge) Alder: snitt 67,7 år (SD 5,5 år) Kjønn: 49,5% kvinner (men sign. færre menn logget inn/deltok faktisk) Seksuell legning: heterofile Etnisitet: 91,4% hvite, 6,5% afroamerikanere, 2,2% annet Relasjonens lengde: 88,5% var gift, i snitt 34,6 år (SD 15,0 år) Utdanningsnivå: 48,4% master- eller PHD-utdanning Rekruttering: Info distribuert via sosiale medier (Blogspot, Twitter, Facebook), SmartMarriages.com-epostliste (73,8%) og nyhetsbrev fra lokale aktive-eldre-foreninger
Tiltak	<i>ePREP online</i> Onlineversjon av ePREP (<i>Prevention and Relationship Enhancement Program</i> , Braithwaite & Fincham, 2007, 2009, 2011, 2014) Syv leksjoner á maks 30 min (presentasjonsvideoer, illustrasjonsvideoer, «kontrollspørsmål») pluss oppgaver for diskusjon eller ferdighetstrening. Vekt på kommunikative faresignaler, klar kommunikasjon, samtaleteknikker, problemløsning, glede, vennskap og tid sammen. Påminnelser om programmet sendt på epost. Varighet 1mnd.
Kontroll	Venteliste
Relevante utfallsmål	Tilfredshet i relasjonen (4 item-versjon, <i>Couples Satisfaction Index</i> , Funk & Rogge 2007) Kompetent kommunikasjon (<i>Skillful communication</i> , 10 items fra <i>Communication Skills Test</i> , Saiz & Jenkins 1995, Stanley et al. 2014) Negativ kommunikasjon (5 items fra test om negative kommunikasjonsmønstre, Stanley, Markman, & Whitton, 2002) Fornøydhet med tiltaket (11 items om nytte og fornøydhet, Loew 2012) Frafall fra programmet

<i>Risiko for skjevheter</i>		
<i>Område</i>	<i>Vår vurdering</i>	<i>Begrunnelse</i>
Randomisering	Uklar risiko	Lite beskrevet
Allokering	Uklar risiko	Lite beskrevet
Blinding av deltakere	Uklar-høy risiko	Ingen blinding, etablerte instrumenter, ventelistedesign

Blinding av utfalls- måler	Lav risiko	Etablerte instrumenter
Frafall	Lav risiko	Frafall i tiltaksgruppen før allokering, ukjent hvorfor, deretter øk
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke rapportering av alle utfall i tall
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Reese 2014

Artikler	Reese 2014: <i>A randomized pilot trial of a telephone-based couples intervention for physical intimacy and sexual concerns in colorectal cancer</i> Reese 2012: <i>Pilot feasibility study of a telephone-based couples intervention for physical intimacy and sexual concerns in colorectal cancer</i>
Studie	Design: RCT Land: USA Oppfølgingstid etter avslutning av tiltaket: 0 mnd
Deltakere	Antall (par/individer): 23 par (kun data for 18), den ene parten (67% menn) hadde tykk/endetarmskreft (i snitt ett år før oppstart) Alder: snitt 52,6 år (SD 10,6) Etnisitet: 88,9% hvite Seksuell legning: ikke eksplisitt beskrevet (men det kommer frem at parene er heterofile) Relasjonens lengde: snitt 21,5 år Utdanningsnivå: 50% bachelorgrad eller høyere Rekruttering: de fleste via en annen (prospektiv) studie – rekrutteringen til den skjedd primært via kreftklinikken de tilhørte
Tiltak	<i>Intimacy Enhancement</i> Telefonbasert tiltak (psykolog) basert på atferdsteoretiske prinsipper for par- og seksualterapi. Fokus på å forsterke den intime relasjonen i paret, dvs. felles forståelse, åpenhet, nærhet, varme og hengivenhet. Fire ukentlige 50 minutters samtaler/leksjoner. Øvelser for paret.
Kontroll	Venteliste
Relevante utfallsmål	Intimitet i relasjonen (<i>Miller Social Intimacy Scale</i> , Miller 1982) Gjennomførbarhet og akseptabilitet (spørsmål om nytte, fornøydhet og samt senere bruk av ferdighetene) Frafall fra programmet

Risiko for skjevheter

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Lav risiko	Datagenerert
Allokering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Blinding av deltakere	Usikker-høy risiko	Ingen blinding, hovedsakelig etablerte instrumenter, ventelistedesign
Blinding av utfalls- måler	Lav-usikker risiko	Hovedsakelig etablerte instrumenter
Frafall	Lav risiko	21,7% frafall, forklart, relativt likt fordelt, ikke inkludert i analysene
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Tompkins 2013

Artikler	Tompkins 2013: <i>Effectiveness of a Relationship Enrichment Program for Couples Living with Multiple Sclerosis</i>
Studie	Design: Kontrollert før-og-etter-studie Land: USA (tiltaksgruppen og kontroll 1) og Canada (kontroll 2) Oppfølgingstid etter avslutning av tiltaket: 0 mnd, 3 mnd
Deltakere	Antall (par/individer): 3002 individer i par (504 i tiltaksgruppe og 2498 i kontrollgruppe) der 52% hadde multippel sklerose og 48% var kjærester/samboere/ektefeller. Alder: snitt 48,9 år Etnisitet: (ikke oppgitt) Seksuell legning: ingen beskrivelser Kjønn: 74% av MS-deltakerne og 30% av partner-deltakerne var kvinner Relasjonens lengde: 44% partnere 20+ år Utdanningsnivå: ikke beskrevet Rekruttering: annonser på internett, brosjyrer, eposter og nyhetsbrev fra ressurscenter for MS
Tiltak	<i>Relationships Matters</i> , telekonferanseformat tilpasset fra ansikt-til-ansikt-program (PREP, <i>Prevention and Relationship Enhancement Program</i> , Renick 1992), bearbeidet for par der den ene har en kronisk sykdom som multippel sklerose. Fokus på bedring av kommunikasjon, håndtering av konflikter og teknikker for å bevare en god relasjon i en setting der en har en kronisk sykdom. Temaer var intimitet, kommunikasjon om økonomi, håndtering av sinne, samt måter å bevare gleden i forholdet på. Telefonsamtale 1-2 g per uke, 4-6 uker (sum 8 timer).
Kontroll	Gruppesamlinger (Studien inkluderer ytterligere en kontrollgruppe: en gruppe individer hentet fra en kanadisk registerstudie der 87% hadde MS. N=621. Denne er ikke inkludert i vår oversikt.)
Relevante utfallsmål	Samstemthet og tilfredshet i relasjonen (<i>The Revised Dyadic Adjustment Scale</i> , Busby 1995) Helserelatert livskvalitet (<i>Health-Related Quality of Life</i> , Ware 1998)

Risiko for skjevheter

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
Fordelingsprosedyre	Høy risiko	Fordelt på gruppene etter behov (eget valg)
Skjult fordeling	Høy risiko	Følger av over
Lik baseline for utfallsmål	Høy risiko	Gruppene (tiltak og kontroll) er ulike på en rekke variabler, f.eks. stress i relasjonen
Lik baseline for kjennetegn ved populasjonen	Høy risiko	Det er ikke skilt mellom tiltaksgruppe og kontroll når det gjelder demografiske data, men det kan antas å være forskjeller
Manglende data	Høy risiko	Svært høyt frafall ved rapportert måletidspunkt 3 mnd (90%), noe uklar fordeling
Blinding	Høy risiko	Deltakerne i tiltaksgruppe og kontroll kunne selv velge gruppetilhørighet
«Smitteeffekter»	Lav risiko	Lite sannsynlig at kontrollgruppen fikk tilgang til fra tiltaksgruppens program
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Studier av erfaring

Fergus 2014

Artikler	Fergus 2014: <i>Development and pilot testing of an online intervention to support young couples' coping and adjustment to breast cancer</i>
Studie	Design: Kvalitativ intervjustudie (samt spørreundersøkelse som ikke er inkludert i vår oversikt) Land: Canada
Deltakere	Programmet var beregnet på kvinner under 40 år som hadde fått brystkreft i løpet av siste 36 mnd – og deres mannlige partnere. 16 par startet i programmet og 10 par fullførte. De 10 kvinnene var i gjennomsnitt 33,6 år og de 10 mennene var i snitt 34,9 år. Med hensyn til etnisitet var én person svart, de 19 øvrige var hvite. Kun heterofile ble inkludert. Nittifem prosent hadde høyskole/universitets-utdanning. Parrelasjonens lengde var i snitt 9,3 år. Ni deltakere fra 5 par deltok i intervjustudien. Imidlertid er intervju-dataene blandet med surveydata – til sammen 10 par (20 personer). Deltakerne var rekruttert via brosjyrer på sykehus og legekantor samt annonser på nettsider som er relevante for kvinner med brystkreft.
Tiltak	<i>Couplelinks</i> Egenutviklet online-program med mål om å hjelpe paret til å integrere erfaringer med brystkreft slik at paret styrkes på tross av alle utfordringer. Spesifikk mål er å styrke mestring, intimitet, oppmerksomhet på forholdet, konstruktiv lytting, kommunikasjonsferdigheter og generelle positive følelser i forholdet. Programmet hadde 6 leksjoner som alle inkluderte studiemateriale, øvelser og tilbakemelding fra kurslærere. Varighet 6-8 uker.
Metode og forsknings-spørsmål	Kvalitative intervjuer for å undersøke erfaringer med programmet (fordeler, ulemper, forbedringspunkter) samt survey for å måle fornøydhet. Intervjuene er rett etter programslutt. Data fra surveyen er ikke inkludert i denne oversikten.

Metodologisk sterke og svake sider

<i>Spørsmål</i>	<i>Vår vurdering</i>	<i>Begrunnelse</i>
1. Klart formulerte mål	Ja	Målet med studien var å fremskaffe nyansert informasjon om hva deltakerne i studien fant nyttig og/eller problematisk med programmet, dvs både tiltaket og nettsiden, samt å gi innspill om mulige forbedringspunkter.
2. Hensiktsmessig med kvalitativ metode	Ja	Studiens mål var å undersøke deltakernes erfaringer med programmet
3. Forskningsdesign egnet for studiens mål	Ja	Studien er en pilot for å vurdere tilbakemeldinger og opplevelser av programmet Ikke beskrevet/diskutert valg av intervju (vs. f.eks. fokusgruppe)
4. Hensiktsmessig rekruttering	Ja	Rekruttering til studien via brosjyrer på sykehus/legekantor og via nettsider relevante for målgruppen. Tilbud om telefonintervju etter programmet.
5. Datainnsamling tilpasset hensikten	Ja	Dybdeintervjuer, egnet for eksplorering av temaer, muligens et minus at intervjuene ble gjort per telefon?

6. Vurdering av relasjon mellom forsker og deltakere	Nei	Ikke omtalt
7. Vurdering av etiske hensyn	Ja	Studien var godkjent av det forskningsetiske rådet ved institusjonen, inkludert beskyttelse av passord og personlige data.
8. Rigorøs analyse av data	Usikker	Studien kombinerer kvantitative og kvalitative data (datatriangulering) men dette er ikke inkludert i vår oversikt. De funnene som presenteres som kvalitative, ser ut til å være en blanding av svar på åpne spørsmål i survey og intervjudata. Ingen beskrivelse av opptak, transkripsjon, diskusjon, analyse. Ni personer oppgis å være intervjuet, men disse kan ikke gjenfinnes i analysen. Ingen beskrivelse av metode for kvalitativ analyse.
9. Klar beskrivelse av funn	Usikker	Begrenset diskusjon av funnene.
10. Verdifull forskning	Ja	Viktig gruppe å nå med relasjonsprogram; viktig å få kjennskap til erfaringer med programmet

Song 2015

Artikler	Song 2015: <i>Improving couples' quality of life through a Web-based prostate cancer education intervention</i>
Studie	Design: Kvalitativ intervjustudie (og kvantitativ før-og-etter studie, ikke vurdert i vår oversikt pga. manglende kontrollgruppe) Land: USA
Deltakere	Åtte par der mannen var behandlet for prostatakraft, og deres partnere (16 personer) deltok i intervjustudien (totalt 22 par/44 personer var inkludert i studien). Tre av åtte pasienter var afroamerikanske, resten hvite. Fem av pasientene var 65 år eller yngre; gjennomsnittsalder var 61,1 år. Intervjupersonene var trukket fra det totale utvalget for å gi variasjon på flere variabler. I det totale utvalget var mennenes gjennomsnittsalder 63 år, kvinnenenes 59 år. Studien sier ingenting om deltakernes seksuell legning. Parrelasjonen hadde i gjennomsnitt vart i 29 år, og det hadde i snitt gått 19 mnd siden kreftdiagnosen. 70% hadde høgskole/universitetsutdannelse. Deltakerne var rekruttert som pasienter ved et kreftsenter og ble inkludert dersom partner også ville delta. Mer enn halvparten bodde minst 50 miles fra.
Tiltak	<i>Prostate Cancer Education and Resources for Couples (PERC)</i> Programmet integrerer to komponenter: teoribasert involvering av familie og mestring i paret, samt empirisk kunnskap om håndtering av symptomer ved prostatakraft. Nettsiden inneholder syv moduler: to obligatoriske moduler med fokus på parrelasjonen (f.eks. kommunikasjon) og generell helse, og fem moduler med fokus på mestring av symptomer ved prostatakraft. Hver modul inneholdt 10-20 min med materiale (tekst, video) og deretter øvelser for paret. Etter hver modul ble paret anbefalt å praktisere ferdighetene de har lært, diskutere symptomenes påvirkning på dagliglivet og hvordan paret kunne mestre disse. Programmet skulle gjennomføres i løpet av åtte uker. Paret mottok ukentlige eposter med påminnelse om å gjøre en modul.

Metode og forsknings-spørsmål	Kvalitative intervjuer for å undersøke erfaringer med programmet (nytte, anvendbarhet, forbedringspunkter) samt før-og-etter survey for å måle fornøydhets. Intervjuene er gjort rett etter programslutt. Data fra surveyen er ikke inkludert i denne oversikten.	
<i>Metodologisk sterke og svake sider</i>		
<i>Spørsmål</i>	<i>Vår vurdering</i>	<i>Begrunnelse</i>
1. Klart formulerte mål	Ja	Studien beskriver en innledende evaluering av programmet der målet er å rapportere deltakernes opplevelse av nytte og anvendbarhet. (Det kommer ikke frem i begynnelsen av artikkelen at deltakernes opplevelse av selve modulene ikke er inkludert i studien.)
2. Hensiktsmessig med kvalitativ metode	Ja	Studiens mål var å undersøke deltakernes erfaringer med programmet
3. Forskningsdesign egnet for studiens mål	Ja	Intervjuguiden er utarbeidet med støtte i retningslinjer.
4. Hensiktsmessig rekruttering	Ja	Rekruttering til studien via et kreftsentor. Deltakerne fikk økonomisk kompensasjon.
5. Datainnsamling tilpasset hensikten	Ja	Semistrukturerte intervjuer, egnet for eksplorering av temaer, muligens et minus at intervjuene ble gjort per telefon? (Ikke reflektert rundt av forskerne) Deltakerne ble først intervjuet som par, deretter individuelt.
6. Vurdering av relasjon mellom forsker og deltakere	Ja	Utarbeidelse av intervjuguide, datainnsamling og analyse ble gjennomført av to forskere.
7. Vurdering av etiske hensyn	Usikker	Deltakerne gav samtykke ved inngang til studien. Ingen info om ekstern etisk godkjenning.
8. Rigorøs analyse av data	Usikker	Intervjuene ble tatt opp på bånd (varighet 45-60 min), lyttet til, diskutert og fortolket av to forskere. Tematisk analyse (oppsummering av viktige temaer og verdier), ikke videre beskrevet.
9. Klar beskrivelse av funn	Usikker	Resultatene er kort beskrevet, lite sitater, men det er diskusjon med tolkninger.
10. Verdifull forskning	Ja	Viktig gruppe å nå med relasjonsprogram; viktig å få kjennskap til erfaringer med programmet

Vedlegg 6: Sensitivitetsanalyser

Her følger tabeller som oppsummerer sensitivitetsanalyser utført på bakgrunn av at fire studier rapporterer resultater separat for menn og kvinner. 0=antagelse om helt uavhengige grupper, 1= antagelse om helt avhengige grupper. I tillegg rapporterer vi resultater for studiene dersom vi kunne hadde inkludert henholdsvis kvinner og menn. (Farget rad er den valgte korrelasjonskoeffisienten i metaanalysene, R=0,5.)

Til metaanalysen i figur 2: *Digitale relasjonsprogram vs. venteliste. Tilfredshet i relasjonen (n=6). SMD [KI]*

Korrelasjonskoeffisient (R)	Resultat Bodenmann 2014	Resultat Doss 2016	Samlet resultat (n=6)
0	0,23 (0,00-0,48)	0,78 (0,62-0,95)	0,48 (0,19-0,78), I ² =74%
0,25	0,23 (0,00-0,46)	0,70 (0,54-0,87)	0,46 (0,19-0,72), I ² =68%
0,5	0,21 (-0,02-0,44)	0,64 (0,48-0,81)	0,44 (0,20-0,68), I ² =61%
0,75	0,19 (-0,03-0,42)	0,59 (0,43-0,76)	0,42 (0,20-0,64), I ² =56%
1	0,18 (-0,05-0,41)	0,56 (0,39-0,72)	0,41 (0,20-0,61), I ² =50%
Kun kvinnene	0.23 [-0.09, 0.56]	0.58 [0.35, 0.81]	0.46 [0.30, 0.62], I ² =3%
Kun mennene	0.11 [-0.21, 0.43]	0.53 [0.30, 0.76]	0.39 [0.19, 0.59], I ² =29%

Til metaanalysen i figur 3: *Metaanalyse. Digitale relasjonsprogram vs. venteliste. Positiv kommunikasjon (n=3). SMD [KI]*

Korrelasjonskoeffisient (R)	Resultat Bodenmann 2014	Samlet resultat (n=3)
0	0.34 [0.11, 0.57]	0.36 [0.14, 0.58], I ² =0%
0,25	0.33 [0.10, 0.56]	0.35 [0.13, 0.57], I ² =0%
0,5	0,32 (0,09-0,55)	0,34 (0,12-0,56), I ² =0%
0,75	0.31 [0.08, 0.54]	0.33 [0.12, 0.55], I ² =0%
1	0.30 [0.07, 0.53]	0.32 [0.11, 0.54], I ² =0%
Kun kvinnene	0.32 [0.00, 0.64]	0,36 (0,07-0,65), I ² =0%
Kun mennene	0.23 [-0.09, 0.55]	0,28 (-0,01-0,57), I ² =0%

Til metaanalysen i figur 4: *Metaanalyse. Digitale relasjonsprogram vs. venteliste. Negativ kommunikasjon (n=3). SMD [KI]*

Korrelasjonskoeffisient (R)	Resultat Bodenmann 2014	Samlet resultat (n=3)
0	-0.38 [-0.61, -0.16]	-0.44 [-0.69, -0.19], I ² =7%
0,25	-0.44 [-0.67, -0.21]	-0.41 [-0.62, -0.19], I ² =0%
0,5	-0.40 [-0.63, -0.17]	-0.37 [-0.59, -0.16], I ² =0%
0,75	-0.37 [-0.60, -0.14]	-0.35 [-0.56, -0.13], I ² =0%
1	-0.35 [-0.58, -0.12]	-0.32 [-0.54, -0.11], I ² =0%
Kun kvinnene	-0.39 [-0.72, -0.07]	-0.34 [-0.63, -0.05], I ² =0%
Kun mennene	-0.30 [-0.62, 0.02]	-0.26 [-0.55, 0.03], I ² =0%

Til metaanalysen i figur 5: *Metaanalyse. Digitale relasjonsprogram vs. venteliste. Lite effektiv konflikthåndtering (n=2). SMD [KI]*

Korrelasjonskoeffisient (R)	Resultat Bodenmann 2014	Samlet resultat (n=2)
0	-0.58 [-0.81, -0.35]	-0.55 [-0.77, -0.34], I ² =0%
0,25	-0.52 [-0.75, -0.29]	-0.50 [-0.71, -0.29], I ² =0%
0,5	-0.47 [-0.70, -0.24]	-0.46 [-0.68, -0.25], I ² =0%
0,75	-0.44 [-0.67, -0.21]	-0.43 [-0.65, -0.22], I ² =0%
1	-0.41 [-0.64, -0.18]	-0.41 [-0.62, -0.19], I ² =0%
Kun kvinnene	-0.45 [-0.77, -0.12]	-0.44 [-0.72, -0.15], I ² =0%
Kun mennene	-0.36 [-0.69, -0.04]	-0.37 [-0.65, -0.09], I ² =0%

Til metaanalysen i figur 6: *Metaanalyse. Digitale intimitetsprogram vs. venteliste. Intimitet i relasjonen (n=2). SMD [KI]*

Korr. ko-eff. (R)	Resultat Chambers 2015	Resultat Reese 2014	Samlet resultat (n=2)
0	-0.26 [-0.53, 0.01]	0.70 [0.02, 1.38]	0.16 [-0.77, 1.10], I ² =85%
0,25	-0.23 [-0.50, 0.03]	0.63 [-0.05, 1.30]	0.14 [-0.70, 0.98], I ² =81%
0,5	-0.21 [-0.48, 0.05]	0.58 [-0.10, 1.25]	0.12 [-0.64, 0.88], I ² =78%
0,75	-0.20 [-0.46, 0.07]	0.54 [-0.13, 1.21]	0.10 [-0.60, 0.81], I ² =75%
1	-0.18 [-0.45, 0.08]	0.50 [-0.17, 1.17]	0.09 [-0.57, 0.75], I ² =71%
Pasienter ¹	-0.13 [-0.51, 0.25]	0.41 [-0.54, 1.35]	-0.04 [-0.43, 0.34], I ² =7%
Partnere ²	-0.24 [-0.61, 0.14]	0.57 [-0.39, 1.52]	0.04 [-0.71, 0.79], I ² =57%

1 Kun pasienter=menn

2 Kun partnere=kvinner

Vedlegg 7: Profiler GRADE/GRADE-CERQual

Studier av effekt

Tabell 14. GRADE-profil. Sammenligning 1. Effekt av digitale relasjonsprogram vs. venteliste

Author(s): Heid Nøkleby

Date: 07.04.2018

Setting: Sveits, Australia, USA

Question: *Digitale relasjonsprogrammer* compared to *ingen tilbud (venteliste)* for *problemer i parrelasjon*

Bibliography: Bodenmann 2014, Coultier 2013, Doss 2016, Duncan 2009, Kalinka 2012, Loew 2015

Certainty assessment							No of patients		Effect		Certainty
No of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Digitale program	Ingen tilbud (venteliste)	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)	
Tilfredshet i relasjonen (Bodenmann 2014, Coultier 2013, Doss 2016, Duncan 2009, Kalinka 2012, Loew 2015)											
6	randomised trials	serious ^a	serious ^b	not serious	not serious	none	552	615	-	SMD 0.44 SD higher ^c (0.20 higher to 0.68 higher)	⊕⊕○○ LOW
Positive kvaliteter i relasjonen (Doss 2016)											

Certainty assessment							No of patients		Effect		Certainty
No of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Digitale program	Ingen tilbud (venteliste)	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)	
1	randomised trials	serious ^d	not serious	not serious	serious ^e	none	302	298	-	SMD 0.19 SD higher (0.03 higher to 0.36 higher)	⊕⊕○○ LOW
Negative kvaliteter i relasjonen (Doss 2016)											
1	randomised trials	serious ^d	not serious	not serious	serious ^e	none	302	298	-	SMD 0.65 SD lower (0.81 lower to 0.48 lower)	⊕⊕○○ LOW
Positiv kommunikasjon (Bodenmann 2014, Duncan 2009, Loew 2015)											
3	randomised trials	serious ^f	not serious	not serious	serious ^g	none	179	239	-	SMD 0.3 SD higher^h (0.08 higher to 0.51 higher)	⊕⊕○○ LOW
Negativ kommunikasjon (Bodenmann 2014, Duncan 2009, Loew 2015)											
3	randomised trials	serious ^f	not serious	not serious	serious ^g	none	147	197	-	SMD 0.32 SD lowerⁱ (0.54 lower to 0.11 lower)	⊕⊕○○ LOW
Konfliktløsning (Bodenmann 2014 og Kalinika 2012)											
2	randomised trials	serious ^j	not serious	not serious	serious ^g	none	148	208	-	SMD 0.41 SD lower (0.62 lower to 0.19 lower)	⊕⊕○○ LOW
Livskvalitet (Doss 2016)											
1	randomised trials	serious ^k	not serious	not serious	serious ^g	none	302	298	-	SMD 0.23 SD higher (0.07 higher to 0.39 higher)	⊕⊕○○ LOW

CI: Confidence interval; SMD: Standardised mean difference

Noter. Tilliten er nedgradert pga. følgende:

- a. To studier har uklare prosedyrer for (dvs. manglende beskrivelser av) randomisering; seks studier har uklare prosedyrer for allokering; tre studier har høyt frafall. Én studie rapporterer ikke alle resultater i tall. Deltakerne er ikke blindet og alle studiene har ventelistedesign.

- b. Middels heterogenitet
- c. Den siste studien (Loew 2015) og fant ingen effekt (men rapporterte ingen data).
- d. Uklar prosedyre for allokering. Deltakerne er ikke blindet. Ventelistedesign
- e. Kun én studie
- f. To studier har uklare prosedyrer for randomisering; tre studier har uklare prosedyrer for allokering; to studier har høyt frafall. Deltakerne er ikke blindet og alle studiene har ventelistedesign.
- g. Bredt konfidensintervall
- h. Den siste studien (Loew 2015) fant en bedring i positiv kommunikasjon, middels effektstørrelse (Cohens d= 0,63 – konfidensintervall ikke oppgitt).
- i. Den siste studien (Loew 2015) rapporterte ingen forskjell etter tiltaket for negativ kommunikasjon (ingen tall oppgitt).
- j. En studie har uklare prosedyrer for randomisering; to studier har uklare prosedyrer for allokering; to studier har høyt frafall. Deltakerne er ikke blindet og begge studiene har ventelistedesign.
- k. Uklar prosedyre for allokering, ikke validert instrument (kun ett spørsmål). Deltakerne er ikke blindet. Ventelistedesign

Tabell 15. GRADE-profil. Sammenligning 2. Effekt av digitale relasjonsprogram vs. gruppesamlinger ansikt-til-ansikt

Author(s): Heid Nøkleby

Date: 07.04.2018

Setting: USA

Question: Digitale relasjonsprogrammer compared to gruppesamlinger for problemer i parrelasjonen

Bibliography: Duncan 2009, Tompkins 2013

Certainty assessment							No of patients		Effect		Certainty
No of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Digitale program	Gruppesamlinger	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)	
Tilfredshet i relasjonen 1 (Duncan 2009)											
1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	very serious ^b	none	20	17	-	SMD 0.08 SD higher (0.56 lower to 0.73 higher)	⊕○○○ VERY LOW
Tilfredshet i relasjonen 2 (Tompkins 2013)											
1	observational studies	very serious ^c	not serious	not serious	not serious	none	Ingen forskjell mellom gruppene ved tiltakets slutt. (Heller ingen endring fra før til etter tiltak for noen av gruppene.)				⊕○○○ VERY LOW
Positiv kommunikasjon (Duncan 2009)											

Certainty assessment							No of patients		Effect		Certainty
No of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Digitale program	Grupperesamlinger	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)	
1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	very serious ^b	none	20	17	-	SMD 0.16 SD lower (0.8 lower to 0.49 higher)	⊕○○○ VERY LOW
Negativ kommunikasjon (Duncan 2009)											
1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	very serious ^b	none	20	17	-	SMD 0.16 SD lower (0.81 lower to 0.49 higher)	⊕○○○ VERY LOW
Livskvalitet (Tompkins 2013)											
1	observational studies	very serious ^c	not serious	not serious	not serious	none	Ingen forskjell mellom gruppene ved tiltakets slutt. (Heller ingen endring fra før til etter tiltak for noen av gruppene.)			⊕○○○ VERY LOW	

CI: Confidence interval; **SMD:** Standardised mean difference

Noter. Tilliten er nedgradert pga. følgende:

a. Uklare prosedyrer for randomisering og allokering. Høyt frafall. Ingen blinding av deltakere.

b. Totalt antall deltakere < 400 (ved svært lavt antall og/eller bredt KI trekkes to)

c. Selvselektering til gruppene, ulikheter ved gruppene ved oppstart, svært høyt frafall. Observasjonsstudie

Tabell 16. GRADE-profil. Sammenligning 3. Effekt av digitale intimitetsprogram vs. venteliste/ingen tiltak

Author(s): Heid Nøkleby

Date: 07.04.2018

Setting: Australia, USA

Question: *Intimitetsprogrammer compared to venteliste / ingen tiltak for problemer i parrelasjonen*

Bibliography: Chambers 2015, Reese 2014

Certainty assessment							No of patients		Effect		Certainty
No of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Intimitetsprogram	Venteliste/ingen tiltak	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)	
Tilfredshet i relasjonen (0 mnd) (Chambers 2015)											
1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	very serious ^b	none	109	108	-	SMD 0.2 SD higher (0.07 lower to 0.47 higher)	⊕○○○ VERY LOW
Intimitet i relasjonen (Chambers 2015 og Reese 2014)											
2	randomised trials	serious ^c	serious ^d	not serious	serious ^b	none	129	124	-	SMD 0.12 SD higher (0.64 lower to 0.88 higher)	⊕○○○ VERY LOW

CI: Confidence interval; **SMD:** Standardised mean difference

Noter. Tilliten er nedgradert pga. følgende:

- a. Ingen blinding av deltakere. Ventelistedesign
- b. Totalt antall deltakere < 400 (ved svært lavt antall og/eller bredt KI trekkes to)
- c. Uklare prosedyrer for allokering. Ingen blinding av deltakere. Ventelistedesign / ingen tiltak for kontrollgruppen
- d. Sprikende resultater, høy heterogenitet

Studier av erfaring

Tabell 17. CERQual-profil. Erfaringer med digitale intimitetstiltak

Author(s): Heid Nøkleby

Date: 14.04.2018

Setting: Canada, USA

Question: Erfaringer med digitale program for par med problemer i relasjonen

Bibliography: Fergus 2014, Song 2015

FUNN	STUDIER	1) Metodologiske begrensninger	2) Relevans mht. forskningsspørsmålet	3) Sammenheng mellom oversikt og studier	4) Omfang og dybde mht. data	CERQual (Tillit til funnet)
Opplevde fordeler eller positive aspekter med tiltakene						
RELASJON						
Flere deltakere synes at programmet styrket relasjonen	Fergus 2014, Song 2015	Minor concerns ¹	Minor concerns ²	No concerns	Minor concerns ³	⊕⊕⊕○ MODERAT
KOMMUNIKASJON						
Flere deltakere opplevde at programmet styrker kommunikasjonen	Fergus 2014	Minor concerns ¹	Minor concerns ²	No concerns	Moderate concerns ⁴	⊕⊕○○ LAV
Noen deltakere opplever at programmet gir anledning til refleksjon	Fergus 2014, Song 2015	Minor concerns ¹	Minor concerns ²	No concerns	Minor concerns ³	⊕⊕⊕○ MODERAT
Flere deltakere opplevde at tiltaket ikke var rasediskriminerende	Song 2015	Minor concerns ¹	Minor concerns ²	No concerns	Moderate concerns ⁴	⊕⊕○○ LAV
Øvelsen <i>Intentional Dialogue</i> ble godt likt av noen	Fergus 2014	Minor concerns ¹	Moderate concerns ^{2,5}	No concerns	Moderate concerns ⁴	⊕⊕○○ LAV
INNSIKT						
Noen deltakere syntes at programmet bidro til ny innsikt i seg selv og den andre	Fergus 2014	Minor concerns ¹	Minor concerns ²	No concerns	Moderate concerns ⁴	⊕⊕○○ LAV
HELSEHJELP						

Deltakere syntes det var svært nyttig med tilbakemelding fra helsearbeider	Fergus 2014	Minor concerns ¹	Moderate concerns ^{2,6}	No concerns	Moderate concerns ⁴	⊕⊕○○ LAV
Deltakere opplevde informasjonen som troverdig	Song 2015	Minor concerns ¹	Moderate concerns ^{2,6}	No concerns	Moderate concerns ⁴	⊕⊕○○ LAV
FLEKSIBILITET						
Mange deltakere likte fleksibiliteten ved programmet	Fergus 2014, Song 2015	Minor concerns ¹	Minor concerns ²	No concerns	Minor concerns ³	⊕⊕⊕○ MODERAT
DIGITAL TILGJENGELIGHET						
Flere deltakerne uttrykte at god digital tilgjengelighet er viktig	Fergus 2014, Song 2015	Minor concerns ¹	Minor concerns ²	No concerns	Minor concerns ³	⊕⊕⊕○ MODERAT
Opplevde ulemper eller negative aspekter med tiltakene						
KOMMUNIKASJON						
Øvelsen <i>Intentional Dialogue</i> ble mislikt av noen	Fergus 2014	Minor concerns ¹	Moderate concerns ^{2,5}	No concerns	Moderate concerns ⁴	⊕⊕○○ LAV
MOTIVASJON						
Flere deltakere opplevde at de hadde for lite tid til eller brukte for lite tid på programmet	Fergus 2014	Minor concerns ¹	Minor concerns ²	No concerns	Moderate concerns ⁴	⊕⊕○○ LAV
Flere deltakere var ikke motiverte for å jobbe med programmet om kvelden	Fergus 2014	Minor concerns ¹	Minor concerns ²	No concerns	Moderate concerns ⁴	⊕⊕○○ LAV
Noen deltakere opplevde at PC var upersonlig	Fergus 2014	Minor concerns ¹	Minor concerns ²	No concerns	Moderate concerns ⁴	⊕⊕○○ LAV
Noen deltakere opplevde at motivasjon kan være skjevfordelt i paret	Fergus 2014	Minor concerns ¹	Minor concerns ²	No concerns	Moderate concerns ⁴	⊕⊕○○ LAV
FLEKSIBILITET						
Flere deltakere opplevde at fleksibiliteten gjør det lett å glemme	Fergus 2014, Song 2015	Minor concerns ¹	Minor concerns ²	No concerns	Minor concerns ³	⊕⊕⊕○ MODERAT
DIGITAL TILGJENGELIGHET						

Deltakere uttrykte frustrasjon ved at det ikke var god nok digital tilgjengelighet	Fergus 2014	Minor concerns ¹	Minor concerns ²	No concerns	Moderate concerns ⁴	⊕⊕○○ LAV
FRAFALL						
Programlærerne opplevde at frafall kunne skyldes ulike aspekter ved paret, den enkelte eller situasjonen	Fergus 2014	Minor concerns ¹	Minor concerns ²	No concerns	Moderate concerns ⁴	⊕⊕○○ LAV

Noter. Tilliten er nedgradert pga. følgende:

1. Usikkerhet ved studienes analyse og begrenset diskusjon av funn
2. Begge studiene har utvalg der den ene parten nylig har hatt kreft og vi vet ikke om dette er direkte overførbart til andre populasjoner.
3. Kun to studier
4. Kun én studie
5. Funnene gjelder et avgrenset fenomen (én komponent i ett tiltak)
6. Disse sidene ved tiltaket er knyttet til at den ene parten i parene har hatt kreft og paret søker helsehjelp spesifikt til dette

Vedlegg 8: Tekstutdrag kvalitative studier

Tabell 18. Tekstutdrag fra studiene og formulerte funn

Tekstutdrag	Henvisning	Formulerte funn
<p><i>Several participants indicated that they acquired new relationship knowledge through the program. Some participants commented on the fact that the program helped to open up lines of communication and 'got (us) talking', while others remarked that they achieved greater closeness in their relationship as a result of the intervention: 'The program taught us a lot about ourselves and our relationship. I think it brought us closer together' (17M).</i></p>	<p>Fergus 2014, side 487</p>	<p>Flere deltakere synes at programmet styrket relasjonen</p>
<p><i>Three participants made reference to the program's not having had a 'profound' impact on the relationship, with one of these individuals suggesting that the program did not meet her expectations: 'I don't feel that the program achieved what I intended but it did provide us with opportunities for discussions and a chance to reminisce' (8F).</i></p>	<p>Fergus 2014, side 488</p>	
<p><i>Other themes indicated that PERC provided a way for patients and partners to work together and strengthen their relationships during a difficult time.</i></p>	<p>Song 2015, side 187</p>	
<p><i>Some participants commented on the fact that the program helped to open up lines of communication and 'got (us) talking', while others remarked that they achieved greater closeness in their relationship as a result of the intervention: 'The program taught us a lot about ourselves and our relationship. I think it brought us closer together' (17M). A female participant similarly expressed, 'My husband and I are feeling more connected to one another. We have learned to communicate and express ourselves better' (16F).</i></p>	<p>Fergus 2014, side 487</p>	<p>Flere deltakere opplevde at programmet styrket kommunikasjonen</p>
<p><i>A number of participants identified improving their communication skills and making time 'to stop and reflect on what we have already been through' (4M) as important gains from their participation: 'I liked that taking part in this program meant that my husband and I actively made time to sit down and have meaningful conversations.</i></p>	<p>Fergus 2014, side 488</p>	
<p><i>Also viewed as beneficial was that the exercises created an opportunity to work together.</i></p>	<p>Fergus 2014, side 487</p>	
<p><i>Regarding racial sensitivity, African American participants commented that PCa "does not discriminate" and did not think race-specific information was necessary for PERC.</i></p>	<p>Song 2015, side 187</p>	<p>Flere deltakere opplevde at tiltaket ikke var rasediskriminerende</p>
<p><i>A number of participants identified improving their communication skills and making time 'to stop and</i></p>	<p>Fergus 2014, side 488</p>	

<p><i>reflect on what we have already been through' (4M) as important gains from their participation: 'I liked that taking part in this program meant that my husband and I actively made time to sit down and have meaningful conversations. It isn't that we don't communicate regularly, but our lives are quite busy and having this time each week where we were completely focused on our relationship was nice' (10F).</i></p>		<p>Noen deltakere opplever at programmet gir anledning til refleksjon</p>
<p><i>Three participants made reference to the program's not having had a 'profound' impact on the relationship, with one of these individuals suggesting that the program did not meet her expectations: 'I don't feel that the program achieved what I intended but it did provide us with opportunities for discussions and a chance to reminisce' (8F).</i></p>	<p>Fergus 2014, side 488</p>	
<p><i>Other themes indicated that PERC provided a way for patients and partners to work together and strengthen their relationships during a difficult time.</i></p>	<p>Song 2015, side 187</p>	
<p><i>In response to questions concerning specific benefits, a number of participants made reference to the DLM that they found to be particularly helpful or enjoyable to them. Favourite exercises varied according to participants' personal preferences and no clear pattern emerged in participant responses with the exception of the 'Intentional Dialogue' (Hendrix 1988). This structured activity in which participants are required to view instructional videos and practice mirroring, validating and empathising with one another, was the most controversial module in the study. For four participants this DLM stood out as the most useful aspect of the program; whereas two other women found it to be particularly unproductive because it seemed 'fake', or because the couple could not execute the techniques effectively.</i></p>	<p>Fergus 2014, side 488</p>	<p>Øvelsen <i>Intentional Dialogue</i> ble godt likt av noen og mislikte av andre</p>
<p><i>Learning something new about one's partner was regarded as one of the more valuable aspects of the program – whether that entailed discovering 'little tidbits (sic)' about the other, or gaining insight into the other person around more significant matters. For one woman the following awareness was offered as the most valuable learning for her: 'that despite his always positive attitude, (partner) is scared too' (1F). Likewise, one pair of partners commented, independent of one another, on the value of sharing their fears. The woman stated that it was very important to know that her '(partner) had a better understanding of my worries and fears than I realised. I guess he has been listening and paying attention' (8F). While the male partner offered that it was important to learn that his '(partner) still has a concern about her future health (and I knew she always would)' (8M).</i></p>	<p>Fergus 2014, side 487-488</p>	<p>Noen deltakere syntes at programmet bidro til ny innsikt i seg selv og den andre.</p>
<p><i>One of the most appreciated aspects of the program was the professional facilitation component as one participant conveyed, 'The fact . . . that there was feedback from a health professional' (7F) was noted as extremely beneficial.</i></p>	<p>Fergus 2014, side 488</p>	<p>Deltakere syntes det var svært nyttig med tilbagemelding fra helsearbeider</p>
<p><i>Participants said finding a trustworthy source for PCa information was sometimes challenging, but that they viewed PERC as a credible source that offered them as much information as they wanted. Participants used PERC as a starting point for further online research or as an informational resource to guide follow-up discussion with their doctors.</i></p>	<p>Song 2015, side 187</p>	
<p><i>The program's convenience was the lowest rated component of the evaluation. Although one of the male partners stated that he found the time commitment of one hour per</i></p>	<p>Fergus 2014, side 488</p>	<p>Flere deltakere opplevde at de hadde for</p>

<p><i>week to be very manageable, a number of participants indicated that it was difficult for them to find time for the project amidst their busy schedules. As one participant said, 'We have very limited free time available and found it difficult to finish the lessons within a week, particularly the ones that needed to be started immediately' (8F). This participant's partner also mentioned that 'sometimes we viewed it as a chore' and went on to elaborate, 'In the end it was a bit disruptive to our normal routine. We're the type that would rather snuggle up on the couch and watch a TV show at the end of a day of work' (8M). The fact that the program was demanding of the couple's time and interfered with their leisure activities inadvertently created a dynamic within some relationships whereby the female member of the couple was left to prod her partner into doing his 'homework' which in turn, had the potential to evoke feelings of guilt, 'I kept forgetting about my portions of the project and felt bad' (10M). On the female side, one participant stated, 'It was a little bit inconvenient for my husband to make the time so I had to constantly ask him to spend time on the modules every week' (17F). On the other hand, the two most frequently cited attributes contributing to the program's convenience were its flexibility e.g. 'We were able to complete the exercises on our own schedule' (10F), and the fact that it could be completed online, e.g. 'It was great to be able to log in anytime (as well as independently) to complete the exercises' (4F).</i></p>		<p>lite tid til eller brukte for lite tid på programmet</p>
<p><i>A related limitation identified by participants was that they did not feel they gave the exercises enough time or effort and therefore, did not think they benefited as much as they could have from the program. One participant felt the timing of the program interfered with the couple's ability to get the most out of it. In his words, 'The program was great, I just think that (partner) and I were so focused on moving forward that we didn't devote as much time as we should have to the project' (14M).</i></p>	<p>Fergus 2014, side 488-489</p>	
<p><i>The program's convenience was the lowest rated component of the evaluation. Although one of the male partners stated that he found the time commitment of one hour per week to be very manageable, a number of participants indicated that it was difficult for them to find time for the project amidst their busy schedules. As one participant said, 'We have very limited free time available and found it difficult to finish the lessons within a week, particularly the ones that needed to be started immediately' (8F). This participant's partner also mentioned that 'sometimes we viewed it as a chore' and went on to elaborate, 'In the end it was a bit disruptive to our normal routine. We're the type that would rather snuggle up on the couch and watch a TV show at the end of a day of work' (8M).</i></p>	<p>Fergus 2014, side 488</p>	<p>Flere deltakere var ikke motiverte for å jobbe med programmet om kvelden</p>
<p><i>In terms of specific limitations one participant commented that she did not like the 'impersonality of the computer' (14F), and another mentioned that because he works all day on a computer, he did not like having to log on at home as well.</i></p>	<p>Fergus 2014, side 489</p>	
<p><i>In terms of specific limitations one participant commented that she did not like the 'impersonality of the computer' (14F), and another mentioned that because he works all day on a computer, he did not like having to log on at home as</i></p>	<p>Fergus 2014, side 489</p>	<p>Noen deltakere opplevde at PC var upersonlig</p>

<i>well.</i>		
<i>The fact that the program was demanding of the couple's time and interfered with their leisure activities inadvertently created a dynamic within some relationships whereby the female member of the couple was left to prod her partner into doing his 'homework' which in turn, had the potential to evoke feelings of guilt, 'I kept forgetting about my portions of the project and felt bad' (10M). On the female side, one participant stated, 'It was a little bit inconvenient for my husband to make the time so I had to constantly ask him to spend time on the modules every week' (17F). On the other hand, the two most frequently cited attributes contributing to the program's convenience were its flexibility e.g. 'We were able to complete the exercises on our own schedule' (10F), and the fact that it could be completed online, e.g. 'It was great to be able to log in anytime (as well as independently) to complete the exercises' (4F).</i>	Fergus 2014, side 488	Noen deltakere opplevde at motivasjon kan være skjevfordelt i paret
<i>Although we were not successful in interviewing couples who did not complete the entire program, clinical impressions of these couples provide insight into issues that may have prevented or interfered with their finishing. In one situation, although the female partner was highly motivated, the male partner was clearly not.</i>	Fergus 2014, side 489	
<i>On the other hand, the two most frequently cited attributes contributing to the program's convenience were its flexibility e.g. 'We were able to complete the exercises on our own schedule' (10F), and the fact that it could be completed online, e.g. 'It was great to be able to log in anytime (as well as independently) to complete the exercises' (4F).</i>	Fergus 2014, side 488	Mange deltakere likte fleksibiliteten ved programmet
<i>Other comments indicated that the content was clear, as well as that terminology and text were concise and easy to understand. Participants said finding a trustworthy source for PCa [prostate cancer] information was sometimes challenging, but that they viewed PERC as a credible source that offered them as much information as they wanted. Participants used PERC as a starting point for further online research or as an informational resource to guide follow-up discussion with their doctors. Key features of PERC that participants liked included the straightforward index to help locate specific information, the option of either watching or reading informational content, concise modules, and content about communication and various symptoms.</i>	Song 2015, side 187	
<i>Although the flexibility of the intervention made it more accessible to young couples according to their own report, it also made it easier to forget about or lose sight of the program over the course of their busy, daily lives.</i>	Fergus 2014, side 489	Flere deltakere opplevde at fleksibiliteten gjør det lett å glemme
<i>Phone and postcard reminders, or a reminder from a nurse, could help to engage participants.</i>	Song 2015. Side 189	
<i>Participants also indicated that they found the website generally easy to use and navigate. One participant remarked that she was glad she could communicate with the facilitator by 'dropping (her) a line within the website and didn't have to go in and out' (16F). Participants who were only 'somewhat' satisfied made reference to technical issues such as losing data when the website would 'time out' without warning, or when the participants neglected to hit the 'submit' button after inputting their data, or glitches such as a video link not working. According to participants, such technological inconveniences or mishaps made the</i>	Fergus 2014, side 488	Flere deltakerne uttrykte at god digital tilgjengelighet er viktig

<p><i>website frustrating to interact with at times.</i></p>		
<p><i>Participants agreed that PERC was a useful PCa resource for patients and partners, describing it as "an information cornucopia" that was "easy to use." Other comments indicated that the content was clear, as well as that terminology and text were concise and easy to understand. Participants said finding a trustworthy source for PCa information was sometimes challenging, but that they viewed PERC as a credible source that offered them as much information as they wanted. Participants used PERC as a starting point for further online research or as an informational resource to guide follow-up discussion with their doctors. Key features of PERC that participants liked included the straightforward index to help locate specific information, the option of either watching or reading informational content, concise modules, and content about communication and various symptoms.</i></p>	<p>Song 2015, side 187</p>	
<p><i>Although we were not successful in interviewing couples who did not complete the entire program, clinical impressions of these couples provide insight into issues that may have prevented or interfered with their finishing. In one situation, although the female partner was highly motivated, the male partner was clearly not. Another couple's high level of marital dysfunction and distress ultimately seemed to prohibit the partners' finishing the program. In a third case, the woman was undergoing ongoing investigations for concerning medical symptoms with no conclusive results, and the additional anxiety and strain this situation posed on the couple may have deterred from completion. Additional possible barriers to completion observed by the research team included one or both partners undergoing multiple life transitions (e.g. moving, returning to work, starting a new job), low psychological mindedness (i.e. a general inability or disinterest with respect to reflecting upon thoughts, feelings and internal motivations), and possible language barriers.</i></p>	<p>Fergus 2014, side 489</p>	<p>Programlærerne opplevde at frafall fra programmet kunne skyldes skjev motivasjon i paret, store relasjonelle problemer, uavklart sykdomssituasjon, store livsendringer, manglende oppmerksomhet mot psykologiske prosesser og språkbarrierer.</p>

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Juli 2018

Postboks 4404 Nydalen

NO-0403 Oslo

Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra

Folkehelseinstituttets nettsider www.fhi.no