FHI
Folkehelseinstituttet

RAPPORT

2021

Effektevaluering av International Child Development Programme (ICDP)

- En randomisert kontrollert studie

Effektevaluering av International Child Development Programme (ICDP)

En randomisert kontrollert studie

Idunn Brekke, Eia Elena Skjønsberg, Robert Smith, Gun-Mette Røsand, Tonje Holt, Leif Edvard Aarø, Maren Sand Helland, Espen Røysamb, Ingrid Grimstad og Heidi Aase

FHI
Folkehelseinstituttet

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Område for fysisk og psykisk helse
Avdeling for barns helse og utvikling
Oktober 2021

Tittel:

Effektevaluering av International Child Development Programme (ICDP). En randomisert kontrollert studie

Forfatter(e):
Idunn Brekke
Eia Elena Skjønsberg
Robert Smith
Gun-Mette Røsand
Tonje Holt
Leif Edvard Aarø
Maren Sand Helland
Espen Røysamb
Ingrid Grimstad
Heidi Aase

Oppdragsgiver: Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet (Bufdir)

Prosjektnummer: 38275

Publikasjonstype: Rapport

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

Rapporten kan også bestilles fra
Nasjonalt folkehelseinstitutt
Postboks 4404 Nydalen
NO-0403 Oslo
publikasjon@fhi.no
Telefon: 21 07 82 00

Grafisk designmal:
Per Kristian Svendsen og Grete Søimer

Grafisk design omslag:
Fete Typer

ISBN trykt utgave: ISBN 978-82-8406-209-9
ISBN elektronisk utgave:

Emneord (MeSH): foreldreveiledning, gruppebasert veiledning, foreldre-barn relasjon, familier, foreldretrygghet, internaliserende vansker, eksternaliserende vansker, RCT

Sitering: Brekke I, Skjønsberg EE, Smith R, Røsand GM, Holt T, Aarø LE, Helland MS, Røysamb E, Grimstad I, Aase H. "Effektevaluering av International Child Development Programme (ICDP). En randomisert kontrollert studie". Effect evaluation of the International Child Development Programme (ICDP). A randomized controlled study. Rapport 2021. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2021.

Innhold

Innhold 3

Figuroversikt 4

Tabelloversikt 5

Vedlegg 5

Sammendrag 6

Summary 8

Forord 11

1 Innledning 12

1.1 Bakgrunn 12

1.2 International Child Development Programme (ICDP) 14

1.2.1 Organisering og implementering av ICDP i Norge 15

1.2.2 Tiltakets målsetting og målgruppe 16

1.2.3 Beskrivelse av intervensjonen 17

1.3 Tidligere studier av ICDP 21

1.3.1 Studier gjennomført i Norge 22

1.4 Tiltaksintegritet 25

1.5 Problemstillinger og formål 26

2 Data og metode 28

2.1 Studiedesign 28

2.2 Rekruttering 29

2.2.1 Inklusjonskriterier 31

2.2.2 Utfordringer og løsninger 32

2.2.3 Insentiver for deltagelse 33

2.3 Utvalg og datainnsamling 34

2.4 Primær- og sekundærutfall 38

2.5 Andre mål kartlagt i studien 43

2.6 Statistisk validitet og styrkeberegning 44

2.7 Statistisk analysemetode 45

3 Resultater 47

3.1 Beskrivelse av deltakerne 47

3.2 Beskrivelse av veilederne, rekruttering og gjennomføring av ICDP-grupper 53

3.3 Hovedresultater: Effektevaluering av intervensjonen 59

3.3.1 Endring i primærutfall: Foreldrerollen 59

3.3.2 Endring i sekundærutfall: Foreldre-barn-relasjonen og utfall hos barna 60

4 Diskusjon 66

4.1 Oppsummering av hovedresultat 66

4.2 Studiens kontekst og målgruppe 68

4.3 Styrker, begrensninger og utfordringer 69

4.4 Implikasjoner og anbefalinger 71

5 Konklusjon 74

Referanser 75

Figuroversikt

Figur 1: ICDP-huset 20

Figur 2: Modell for effekten av foreldreveiledningsprogrammet ICDP 26

Figur 3: Rekruttering av veiledningsgrupper og deltakere til ICDP-studien 31

Figur 4: ICDP-veiledningsgrupper etter kommune 35

Figur 5: Antall innmeldte veiledningsgrupper i perioden 1. januar 2017 til 5. oktober 2020 36

Figur 6: Flytdiagram over deltakerne i ICDP-studien 38

Figur 7: Aldersfordeling over barna oppgitt i prosent, målt ved t1 48

Figur 8: Hvor ofte kommer du i situasjoner hvor det oppstår konflikter mellom deg og barnet ditt nå for tiden? Oppgitt i prosentandeler, målt ved t1 51

Figur 9: Forekomst av betydelige psykiske plager, andel foreldre som har skåret >2 på SCL-5 skalaen, målt ved t1 52

Figur 10: Fornøydhet med foreldreveiledningsgruppe, gjennomsnittskårer hos foreldre i intervensjonsgruppen, målt ved t2 53

Tabelloversikt

Tabell 1: Gruppemøtenes oppbygning, innhold i standardversjonen **18**

Tabell 2: Tidligere kvantitative studier som har evaluert ICDP **24**

Tabell 3: Cronbach's alfakoeffisienter for primær- og sekundærutfall, målt ved t1 **43**

Tabell 4: Kjennetegn ved foreldrene, målt ved t1 **47**

Tabell 5: Kjennetegn ved barna, målt ved t1 **48**

Tabell 6: Utdanningsnivå, sysselsettingsstatus og familieøkonomi for deltakerne, målt ved t1 **49**

Tabell 7: Oversikt over foreldrenes tilgang til familie og nettverk, målt ved t1 **50**

Tabell 8: «Har du i løpet av de siste tolv månedene hatt langvarige vanskeligheter knyttet til følgende områder?» **51**

Tabell 9: Kjennetegn ved ICDP-veilederne, n=77, målt ved t1 **54**

Tabell 10: Informasjon om rekruttering til ICDP-gruppe, n=77, målt ved t1 **54**

Tabell 11: Informasjon om gruppesammensetning og tilgang til veiledning, n=77, målt ved t1 **55**

Tabell 12: Informasjon om planlagt gjennomføring av ICDP-gruppe, n=77, målt ved t1 **56**

Tabell 13: ICDP-veiledernes oppfatning av hvordan de åtte gruppemøtene fungerte **56**

Tabell 14: Oversikt over hvilke temaer som ble tatt opp av veilederne (n=38) på hvilke gruppemøter, oppgitt i antall **58**

Tabell 15: Beskrivelse av primærutfallsmålene (APQ-positiv involvering med barnet, TOPSE-trygghet i foreldrerollen og CCNES/CTNES- bevissthet og sensitivitet for barnets tilstand og behov), gjennomsnitt og standardavvik etter gruppe og måletidspunkt, og endring i primærutfall fra pre til post **63**

Tabell 16: Beskrivelse av sekundærutfallsmålene (PPC- uenighet i barneoppdragelse, CPRC-relasjonen mellom foreldre og barn, SDQ-barnets emosjonelle vansker og sosiale fungering og KINDL- barnets helserelatert livskvalitet) gjennomsnitt og standardavvik etter gruppe og måletidspunkt, og endring i sekundærutfallsmål fra pre til post **64**

Vedlegg

Appendiks 1: «Detaljert agenda for hvert møte»

Appendiks 2: «Litteratursøk»

Appendiks 3: «Spørreskjema til veiledere etter hvert gruppemøte»

Appendiks 4: «Studier utenfor Norge som har evaluert ICDP»

Appendiks 5: «Informasjonsbrosjyre til deltakere i studien»

Appendiks 6: «Tilleggsanalyse med omsorgspersoner»

Appendiks 7: «Spørreskjema til foreldre»

Appendiks 8: «Spørreskjema til veiledere før trekning»

Appendiks 9: «intraklasse korrelasjonskoeffisienter (ICC)»

Sammendrag

Bakgrunn og problemstilling

Barns utvikling skjer i et komplekst samspill mellom genetiske, biologiske og miljømessige faktorer. Relasjonen mellom barnet og dets nære omsorgspersoner, samspillet mellom foreldre og barn, oppdragerstil, foreldres psykiske helse, og konflikt i hjemmet er faktorer som har betydning for barns utvikling. I dag er derfor foreldreveiledning et utbredt tiltak – som tilbys både til foreldre som opplever utfordringer knyttet til det å ha barn, og av foreldre som ikke opplever slike vansker.

International Child Development Programme (ICDP) er et universelt forebyggende foreldreveiledningsprogram rettet mot foreldre og profesjonelle omsorgsgivere til barn i alderen 0-18 år. Programmet har norsk opprinnelse, men benyttes i dag i over 45 land verden over. I Norge er det Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet (Bufdir), gjennom Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat), som er ansvarlig for drift og implementering av programmet, med mål om at ICDP skal tilbys i alle landets kommuner. Tiltaket gis i form av gruppeveiledning ledet av sertifiserte ICDP-veiledere, og bygger på utviklingspsykologisk, kulturpsykologisk og pedagogisk teori. Tanken er at programmet skal kunne tilpasses ulike arenaer og kulturelle kontekster, med fokus på samspill og relasjon mellom omsorgsgivere og barnet.

Det er gjort studier som indikerer at foreldreveiledning kan bidra til å styrke omsorgspersoner i foreldrerollen, bedre samspillet mellom foreldre og barn samt fremme positiv helse og utvikling hos barna. Samtidig er det behov for mer forskning på dette området for å få mer kunnskap om hvor effektive slike tiltak er og hvorvidt slike tiltak har langtidseffekter. Denne studien er den første effektevalueringen av ICDP i Norge som gjennomføres som en randomisert kontrollert studie (RCT), og den største RCT-studien gjennomført av ICDP internasjonalt. Studien er gjennomført av Folkehelseinstituttet på oppdrag fra Bufdir.

Målet med studien er å undersøke effekten av standardversjonen av foreldreveiledningsprogrammet ICDP i Norge. Dette gjøres ved å undersøke foreldrerapportert endring ved 1) foreldrene, 2) foreldre-barn-relasjonen og 3) barnet.

Gjennom studiens tre problemstillinger undersøker vi effekten av ICDP på tre nivåer:

1. Fører ICDP til en positiv endring i rollen som foreldre?

2. Kan ICDP styrke relasjonen mellom foreldre og barn?

3. Kan ICDP bidra til å bedre barns helserelatert livskvalitet, emosjonelle vansker og sosiale fungering?

Metode

Utvalget i ICDP-studien består av foreldre i Norge som har meldt seg på foreldreveiledning i standardversjonen av ICDP, i perioden 1. januar 2017 til 5. oktober 2020. For å kunne avgjøre om et tiltak virker, er det sentralt at intervensjonsgruppen, det vil si de som får tiltaket, sammenlignes med en kontrollgruppe som ikke får tiltaket, og at det er tilfeldig hvem i utvalget som kommer i hvilken gruppe. For å finne ut om ICDP-veiledning har en effekt på foreldrene som har mottatt dette tiltaket, og deres barn, har vi gjennomført en randomisert kontrollert studie. Studiedeltakerne ble tilfeldig trukket til to grupper:

1) Studiens intervensjonsgruppe, n=327 foreldre som hadde meldt seg på for å få ICDP-veiledning, hvor deres gruppe ble trukket (randomisert) til å gjennomføre ICDP-veiledning. Deltakerne i intervensjonsgruppen har dermed mottatt ICDP-intervensjonen.
2) Studiens kontrollgruppe, n=339 foreldre som hadde meldt seg på for å delta i en ICDP-gruppe, men gruppen ble trukket til å motta ICDP først etter at studien var avsluttet. De ble altså såkalte ventelistegrupper som ikke mottok ICDP-intervensjonen.

Alle deltakerne fikk tilsendt elektroniske spørreskjemaer før trekning og oppstart av intervensjonen (t1), rett etter fullført intervensjon (ti uker etter t1 for kontrollgruppen) (t2), og seks måneder etter at det første spørreskjemaet ble utsendt (t3). Veilederne fylte også ut spørreskjema: ett da de meldte inn grupper i studien og ett skjema etter hvert gjennomførte gruppemøte (åtte til sammen). Data ble analysert etter behandlingsintensjon (intention-to-treat, ITT). Det var 590 foreldre som ble inkludert i ITT analysen (292 i intervensjonsgruppen og 298 i kontrollgruppen). Ettersom vi hadde repeterte målinger, og alle utfallsmålene var kontinuerlige, benyttet vi en lineær blandet modell-regresjonsanalyse «linear mixed models» for å estimere effekten av ICDP på de utvalgte utfallsmålene.

Resultat

Overordnet viser resultatene at ICDP har hatt en positiv effekt på foreldrene og på relasjonen mellom foreldre og barn, selv om effektene er små. Etter avsluttet ICDP-veiledning oppgir foreldrene i intervensjonsgruppen at de har blitt tryggere i foreldrerollen, og at de praktiserer en mer støttende foreldrestil sammenlignet med kontrollgruppen. Den positive endringen gjelder både på kort og lang sikt. Videre oppgir foreldrene i intervensjonsgruppen at de føler mer nærhet til barnet sitt rett etter avsluttet intervensjon, og de rapporterer på siste måletidspunkt færre konflikter med partner rundt barneoppdragelse. Vi finner ingen forskjell i endring mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen på noen av måletidspunktene når det gjelder positiv involvering med barnet eller konfliktnivå mellom foreldre og barn.

I vår studie rapporterer foreldrene liten eller ingen endring hos barnet etter gjennomført ICDP-intervensjon. Vi finner riktignok at foreldrene i intervensjonsgruppen, sammenlignet med kontrollgruppen, rapporterer små positive endringer når det gjelder internaliserende vansker hos barnet og prososial atferd. Samtidig finner vi ingen forskjeller i endring mellom de to gruppene på eksternaliserende vansker eller helserelatert livskvalitet hos barnet.

Konklusjon

Denne evalueringen viser at standardversjonen av ICDP i Norge har en positiv effekt på foreldrene i intervensjonsgruppen gjennom at de har blitt tryggere i foreldrollen, de føler mer nærhet til barnet sitt, de opplever mindre konflikter knyttet til barneoppdragelse, og de praktiserer en mer støttende foreldrestil etter avsluttet ICDP-veiledning sammenlignet med kontrollgruppen. De rapporterte effektene på barna er små, men kan likevel være av betydning for praksis ettersom ICDP-tiltaket når ut til mange foreldre og barn. Det er også verdt å påpeke at effektene som er funnet i studien ikke er så små når de forstås i kontekst: Det er ikke forventet å finne store effekter av et universelt tiltak, og det er primært ved foreldrene (ikke barna) at ICDP sin intenderte endring ligger. Målet er likevel at en positiv effekt på foreldrene skal få betydning for barna – på kort eller lengre sikt. Det er også viktig å merke seg at dette kun er foreldrerapporterte endringer. Resultatene i denne studien er basert på et sterkt evalueringsdesign og validerte utfallsmål. Resultatene

fra studien gir derfor forskningsmessig støtte til at standardversjonen av ICDP-tiltaket er et hensiktsmessig verktøy i arbeidet med å styrke omsorgspersoner i foreldrerollen og bedre samspillet mellom foreldre og barn.

Summary

Introduction

Children's development transpires in a complex interplay between genetic, biological, and environmental factors. The relationship between the child and their close caregivers, the interaction between parents and children, the parents' mental health, their parenting style, and conflicts within the family are all important elements in children's development. Thus, parental guidance is a widespread measure – used both by parents who experience major challenges related to having children, and by parents who do not experience such difficulties.

The International Child Development Program (ICDP) is a universal preventive parental guidance program, aimed at parents of children aged 0-18 years. The program has Norwegian origins but is currently used in more than 45 countries worldwide. In Norway, The Norwegian Directorate for Children, Youth and Family Affairs (Bufdir), is responsible for the organisation and implementation of the program, targeting to offer ICDP in all the Norwegian municipalities. The measure is provided in the form of group sessions led by certified ICDP supervisors, and the program is based on developmental and cultural psychology, as well as pedagogical theory. The focus of the program is on the interaction and relationship between the caregivers and their children, and the program is intended to suit various settings and cultural contexts.

Previous studies indicate that parental guidance can contribute to the strengthening of caregivers in their parental role, improve the interaction between the parents and their children, and promote positive health and development in children. However, there is a need for more research on the effectiveness of these programs, both short- and long-term. This study is the first randomized controlled trial (RCT) of ICDP conducted in Norway, and the largest RCT study of ICDP internationally. This study was conducted by the Norwegian Institute of Public Health on behalf of Bufdir.

The aim of the study is to investigate the effect of the universal, standard version of the parental guidance program ICDP in Norway by using parent-reported outcome measures. This is done by examining changes in 1) the parents, 2) the parent-child relationship, and 3) the child.

We investigate the effect of ICDP on three different levels, by examining the study's three research questions:

1. Does ICDP lead to a positive change in the parental role?

2. Can ICDP strengthen the relationship between the parents and their children?

3. Can ICDP help improve children's quality of life, emotional difficulties, and social functioning?

Methods

The study sample consists of parents in Norway who signed up for ICDP (standard version), in the period between 1 January 2017 to 5 October 2020. In order to be able to decide whether an intervention is effective or not, it is imperative that the effect can be attributed to the intervention and not to systematic differences between the intervention- or control groups. Thus, we conducted a randomized controlled trial to investigate the effectiveness of ICDP. The study participants were randomly allocated to one of the two groups:

1) The study's intervention group, n = 327 parents who had signed up to receive ICDP guidance, and their group was selected to receive the ICDP guidance.

2) The study control group (waiting list groups), n = 339 parents who had also signed up to participate in an ICDP group, but the group was selected to not receive the ICDP measure (until after the study was completed).

All participants received the electronic questionnaires prior to randomisation and the start of the intervention (t1), immediately after the intervention was completed (ten weeks after t1 for the control group) (t2), and six months after the first questionnaire was sent (t3). The group supervisors also handed in questionnaires, first when joining the study, and then they filled in one form after each of the eight group meetings. Data were analysed by intention-to-treat (ITT). In total, 590 parents with 494 children were included in the ITT analysis (292 parents in the intervention group, 298 parents in the control group). Since we had multiple measurement time points, and all outcome measures were continuous, we used a linear mixed model regression analysis to estimate the effect of ICDP on the selected outcome measures.

Results

Overall, the study results showed that ICDP had a positive effect on parents and on the relationship between them and their children, even though the effects were small. After completing the ICDP course, the parents from the intervention group had become more confident in the parental role and practiced a more supportive parenting style compared to the control group, according to self-report. The positive change applied to both short- and long-term follow-up. Furthermore, the parents from the intervention group stated that they felt closer to their child immediately after the intervention ended, and at the last measure point they reported fewer conflicts with the partner regarding child rearing. We found no difference in change between the intervention group and the control group when it comes to positive involvement with the child and level of conflict between parents and children at any of the measurement times.

Our results further show that the ICDP intervention appears to have little or no effect on changes in the child. However, we do find that the parents in the intervention group, compared with the control group, report reduced internalizing difficulties and improved prosocial behaviour immediately after ICDP. At the same time, we found no differences in change between the two groups when it comes to externalizing difficulties or quality of life in the child at any measure points.

Conclusion

This effect evaluation of the universal parental guidance program ICDP in Norway showed that the program had a positive effect on the parents in the intervention group. They reported more confidence in the parenting role, that they felt closer to their child,

experienced less conflicts related to child rearing, and practiced a more supportive parenting style after completing ICDP compared to the control group. Although the reported effects were small, they may still be important for practice, as the program is available for all parents and may thus reach many parents and their children. Our study found a limited effect on the children. It is however important to note that these effects are not inconsiderable when understood in context: One cannot expect finding large effects from a universal program, and the intended change from the ICDP is primarily on the parents. The intention is that the positive impact on the parents will be of importance to the child – in short or long term. We found some positive changes in favour of the intervention group in terms of internalizing difficulties and prosocial behaviour, but these effects are very small, and should therefore be interpreted with caution. ICDP is a universal preventive measure and is offered regardless of the level of risk; many of the children who receive ICDP will already have good psychosocial health before entering the study. The results of this study are based on a strong evaluation design and include validated instruments and scales. The results from the study therefore provide scientific support for the standard version of the ICDP being an appropriate tool in the work of strengthening caregivers in their parental role, and in improving the interaction between parents and their children.

Forord

Denne studien er et oppdrag gitt fra Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet (Bufdir) til Folkehelseinstituttet (FHI) november 2015 om å effektevaluere standardversjonen av ICDP i Norge ved bruk av et RCT-design. Vi ønsker å takke Bufdir for et spennende oppdrag, for godt samarbeid, og for å utvise fleksibilitet i forbindelse med manøvrering i utfordrende tider (særlig Covid-19 pandemien i prosjektets siste år).

Rapporten er et produkt av arbeidet som har blitt lagt inn gjennom studiens totalt femårige prosjektperiode, og vi vil gjerne takke alle involverte. Vi ønsker å særlig takke følgende personer tilknyttet Folkehelseinstituttet: studiens prosjektgruppe, bestående av Leif Edvard Aarø, Heidi Aase, Maren Sand Helland, Tonje Holt, Espen Røysamb og Robert Smith. En spesiell takk til Robert Smith for verdifull bistand i utarbeidelse av de statistiske analysene. Øvrige kollegaer fra avdeling for Barns helse og utvikling ved Folkehelseinstituttet takkes for innspill, spesielt Leila Torgersen som hjalp til med oversettelse av utvalgte skalaer. Takk til Karine Jakobsen for bistand i datainnsamlingens sluttfase. Takk til Gun-Mette B. Røsand som var prosjektleder i prosjektets designfase og oppstart, og takk til ekspertgruppen som bisto i samme periode. Studiens prosjektassistenter takkes for deres arbeid, inkludert Ingrid Anna Dissen og Ingrid Grimstad for deres bidrag til denne rapporten. Eia Elena Skjønsberg, som har holdt i prosjektet de siste tre og et halvt årene, fortjener også en spesiell takk. I en periode var hun fungerende prosjektleder. Takk til Idunn Brekke som var prosjektleder gjennom prosjektets siste to år. Takk til ICDP-seniortrenere Astri Johnsen og Hilde Tørnes og seniorrådgivere ved Bufdir, Solvor Bäcklund og Grete Flakk for faglig og administrativt arbeid knyttet til oppfriskningssamlinger. Takk til ekstern fagfellevurderer Ane-Marthe Solheim Skar. Forfatterne av rapporten har ingen interessekonflikter.

Vi er svært takknemlige for de mange deltakerne som har bidratt med sin tid og sine erfaringer gjennom tre relativt omfattende spørreundersøkelser. Avslutningsvis ønsker vi å takke de over 400 veilederne og trenerne som har vært involvert i arbeidet med denne studien, særlig de 77 som har bidratt med gruppe i studien. Takk for det administrative ekstraarbeidet dere har gjort i tillegg til deres vanlige arbeidsoppgaver som ledd i datainnsamlingen, og for deres smittende engasjement. Dere har vært helt avgjørende for studien.

Oslo, oktober 2021

Knut Inge Klepp

Områdedirektør psykisk og fysisk helse

1 Innledning

I dette kapittelet tar vi for oss studiens bakteppe. Vi beskriver kort rasjonalen bak foreldreveiledningsprogrammer og evalueringen av disse, og beskriver utviklingen, organiseringen og implementeringen av ICDP (International Child Development Programme) i Norge. Vi beskriver tiltakets mål og innhold, og gjennomgår stegene i selve ICDP-intervensjonen. Deretter redegjør vi for studiens tiltaksintegritet, og de kvantitative studiene som frem til nå er publisert om standardversjonen av ICDP-foreldreveiledning. Avslutningsvis redegjør vi for studiens problemstillinger: 1) Fører ICDP til en positiv endring i rollen som foreldre? 2) Kan ICDP styrke relasjonen mellom foreldre og barn? og 3) Kan ICDP bidra til å bedre barns emosjonelle vansker og sosiale fungering? For enkelthets skyld bruker vi i det følgende begrepet «foreldre». Vi inkluderer i dette ikke kun biologiske foreldre eller foresatte med juridisk foreldrerett, men også de voksenpersoner som i praksis fungerer i en foreldrerolle for barn. I vår bruk av begrepet foreldre ekskluderes altså profesjonelle omsorgspersoner; voksenpersoner i øvrige oppdragerroller, som lærere, barnehage- eller helsepersonell.

1.1 Bakgrunn

Barns utvikling skjer i et komplekst samspill mellom genetiske, biologiske og miljømessige faktorer. Samspillet mellom foreldre og barn, og gode relasjoner med nære omsorgspersoner, er viktig for barns utvikling. Dette er anerkjent på tvers av faggrupper og teoritilhørighet (1 s. 80). Barnets samspill med sine nærmeste omsorgsgivere er avgjørende for barnets utvikling (2, 3) og det er en sammenheng mellom kvaliteten på foreldreomsorgen og barnets utvikling på ulike områder. Studier som har undersøkt de samme familiene over tid har funnet at lav kvalitet på foreldreomsorg er en risikofaktor for negativ utvikling hos barn, som utfordringer med emosjonsregulering og atferdsproblemer (2, 4, 5). Det er også forsket relativt mye på foreldrestil og betydningen av denne. Det er dokumentert at en kombinasjon av varme og regulering av barnet gjennom konsekvente grenser er assosiert med en god utvikling hos barnet, mens autoritær, ettergivende eller neglisjerende foreldrestil ofte henger sammen med en mindre positiv utvikling (6, 7).

Foreldres betydning for barns utvikling bekreftes i studier som ser på innvirkningen på barn av å vokse opp med foreldre med psykiske lidelser, eller i familier med høyt konfliktnivå. Ifølge Folkehelseinstituttet (8) er psykiske problemer og konflikter mellom foreldrene blant de viktigste risikofaktorene knyttet til mentale helseproblemer blant barn og unge. Det er godt dokumentert at psykiske vansker og lidelser hos foreldre kan være uheldig for barns helse og utvikling (9-13). Konflikt mellom foreldre er en velkjent risikofaktor knyttet til barns utvikling, særlig når konfliktene er vedvarende og involverer barna (14, 15). Studier peker mot at foreldrekonflikt er assosiert med redusert evne til ivaretakelse av barnet, mindre emosjonelt tilgjengelige foreldre og mer aggressiv og fiendtlig foreldrestil. Dette kan igjen øke barnets risiko for tilpasningsvansker, lav selvfølelse, lavere emosjonelt velvære, atferdsproblemer og internaliserende vansker som depresjon, stress og angst (16-18).

Livsfasen med fødsler og små barn omtales ofte som en svært lykkelig tid, og kan komme med forventning om positive opplevelser og mestring. Det å være foreldre oppleves imidlertid ikke alltid som enkelt, og både perioden med små barn og tenåringer kan for mange foreldre være preget av bekymringer. Det kan derfor være nyttig for foreldre å delta på foreldreveiledning.

Foreldreveiledning har i løpet av de siste årene blitt en anerkjent metode for å hjelpe foreldre til å manøvrere i det krevende terrenget det er å være foreldre. Foreldreveiledningsfeltet består nå av en rekke ulike metodiske tilnærminger, som i Norge tilbys både i statlig, kommunal og privat regi. Mens enkelte tiltak er rettet mot barn med spesifikke utfordringer eller utsatte grupper/individer (indikative eller selektive tiltak), er andre tiltak rettet mot den generelle befolkningen (universelle tiltak) (19). Universelle tiltak har ofte mindre effekter på den enkelte enn det selektive og indikative tiltak har, men større effekt på samfunnet ettersom de når mange (8). Verdens helseorganisasjon (WHO) understreker behovet for å gjøre forebyggende tiltak på området psykisk helse tilgjengelige for den generelle befolkningen. De peker på psykiske vansker og lidelser som en av vår tids største folkehelseutfordringer, og vektlegger betydningen av forebyggende tiltak som en effektiv tilnærming for å bedre den psykiske helsen i befolkningen (20, 21). WHO har også en egen handlingsplan hvor foreldreveiledning fremheves som en kunnskapsbasert metode for å forebygge vold og omsorgssvikt som rammer barn (22). Investering i helsefremmende og forebyggende tiltak, som potensielt har stor og positiv folkehelseeffekt, vil også være samfunnsøkonomisk lønnsomt (23, 24), også ettersom psykiske lidelser er den sykdomsgruppen som er knyttet til de høyeste kostnadene for det offentlige (25).

På tvers av de ulike foreldreveiledningsprogrammene er gruppeveiledning utbredt som intervensjonsform. Gruppeintervensjoner kan være kostnadseffektive sammenliknet med tiltak som rettes mot enkeltindivider (26). Kostnadene ved å levere gruppeintervensjon til foreldre er dessuten små om man sammenligner med kostnadene forbundet med ulike vansker og helseproblemer hos barn (27).

Flere vitenskapelige oversiktsartikler (review-artikler) som har gått gjennom RCT-studier og kvasieksperimentelle studier viser at gruppeintervensjoner for foreldre kan bedre foreldrenes psykososiale helse og fungering (28, 29), foreldreferdigheter og foreldre-barn-samspill (19, 27, 30) samt barns emosjonelle og atferdsmessige fungering (19, 27, 30-32). Resultatene fra en systematisk gjennomgang av kvalitative studier peker mot at gruppeintervensjoner gir foreldre økt kunnskap og forståelse og bedre ferdigheter, samt en følelse av aksept og støtte fra andre deltakere i gruppen. Foreldrene opplever også større grad av mestring og kontroll, mindre skyldfølelse og ensomhet, i tillegg til at de blir mer empatiske og opplever større trygghet i samspillet med barna sine (33).

Til tross for at foreldreveiledningsprogrammer er utbredt i Norge, vet vi for lite om effekten av disse tiltakene, spesielt på lang sikt (30). I det forebyggende arbeidet er det viktig å bruke tiltak som har vist gode resultater i kontrollerte evalueringer (34), og det er en relativt bred enighet blant praktikere, forskere og politikere om at tiltak rettet mot barn og unges psykiske helse burde ha best mulig dokumentasjon av effekt (35). Betydningen av evidensbasert praksis fremheves også av internasjonale organisasjoner som WHO (20, 21), og av nasjonale helsemyndigheter som understreker viktigheten av at barn og unge skal møtes av kunnskapsbaserte tjenester
(36). I en rapport fra Folkehelseinstituttet om forebyggende og helsefremmende tiltak konkluderes det med at tiltak knyttet til barn og unges psykiske helse bør være forskningsbaserte, og at «det bør stilles krav om at tiltaket skal være prøvd ut på forhånd og at en skal ha dokumentasjon for at det virker etter hensikten» (8). Et av de mest utbredte foreldreveiledningsprogrammene i Norge [1] er det universalforebyggende tiltaket

[1] Per våren 2016 var de fire mest utbredte foreldreveiledningsprogrammene i Norge COS (Circle of Security), ICDP, DUÅ (De Utrolige Årene) og PMTO (Parent Management Training – Oregon)

ICDP. Tidligere kvantitative studier av ICDP indikerer at programmet kan ha positive effekter (37, 38), men ingen av disse studiene har en høy nok forskningsmessig kvalitet til at en med tilstrekkelig sikkerhet kan si noe om tiltakets effekter. De tidligere studiene kan likevel bidra med viktig kunnskap om hvordan ICDP kan virke inn på både foreldre og barn i de kontekstene studiene er gjennomført. Se vår gjennomgang av tidligere kvantitative studier av ICDP i kapittel 1.3. En utfordring ved å skulle vurdere universelle foreldreveiledningsprogram gjennom effektevaluering er at universelle tiltak primært skal virke forebyggende, gjennom å styrke omsorgspersoner i deres foreldrerolle og forebygge at problemer oppstår (42). Universelt forebyggende tiltak som rettes mot hele befolkningen innebærer at andelen individer med potensielle problemer man ønsker å forebygge er liten, men ettersom tiltaket når ut til så mange vil selv små effekter av tiltaket være av betydning på samfunnsnivå (8). Verdien av foreldreveiledning begrenser seg ikke til kun å ha betydning for de med utfordringer, og tiltak kan ha en betydning for foreldre og barn som ikke effektevalueringer fanger opp.

1.2 International Child Development Programme (ICDP)

ICDP er et foreldreveiledningsprogram som siden 1990-tallet har blitt tatt i bruk i over 45 land verden over. Programmet ble først utviklet i Norge i 1985 av psykologiprofessorene Karsten Hundeide og Henning Rye ved Universitetet i Oslo, på bakgrunn av erfaringer hentet fra de tidligere foreldreveiledningsprogrammene Marte Meo og MISC (More Intelligent and Sensitive Child). Disse to programmene hadde i likhet med ICDP som målsetting å forbedre samspillet mellom foreldre og barn og å fremme barns psykososiale utvikling, men med videreutviklingen til ICDP ønsket Hundeide og Rye å utvikle et universalforebyggende, ressursorientert foreldreveiledningsprogram. I 1989 ble Rye og Hundeide invitert til UNICEF i New York for å presentere ICDP, noe som ledet til et samarbeid med WHO, og at programmet ble implementert i en rekke land verden over (39).

I Norge fikk ICDP en sentral rolle gjennom den nasjonale satsningen på foreldreveiledning (kalt «Program for foreldreveiledning») i 1995. Som ledd i dette arbeidet ble ICDP introdusert til helsestasjoner, barnehager og skoler i hele landet. Siden da har programmet blitt gjennomført i store deler av førstelinjetjenesten, men også gjennom instanser som fengsler, moskeer og asylmottak. Tidlig på 2000-tallet ble det gjennomført et pilotprosjekt for å tilpasse ICDP til familier med minoritetsbakgrunn, og siden 2006 har programmets såkalte «minoritetsversjon» vært en del av ICDP-tilbudet både i statlig og kommunal regi, som et alternativ til det opprinnelige opplegget (programmets «standardversjon», tidligere kalt «basisversjon»)[2]. I 2005 besluttet det daværende Barne- og familiedepartementet å revitalisere Program for foreldreveiledning, og ICDP ble hoveddelen av programmet. Det innebar også en fastere struktur på gjennomføringen av standardversjonen av ICDP, samt styrket opplæring og implementering. Siden 2006 har Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet (Bufdir) vært ansvarlig for implementeringen av ICDP i Norge, med mål om å kunne tilby ICDP i alle landets kommuner (39).

De siste årene har det vært økende oppmerksomhet på foreldrestøtte i offentlige styringsdokumenter, hvor ICDP har blitt hyppig nevnt. I 2018 ble det offentliges ansvar for foreldrestøttende tiltak uttrykt sterkere enn tidligere, gjennom lanseringen av en egen

(Wesseltoft-Rao, N., Holt, T. & Helland, M. S. (2017). Gruppetiltak og kurs for foreldre: Norsk praksis, erfaringer og effektevalueringer. Oslo: Folkehelseinstituttet.)

[2] I ICDP-håndboken står det beskrevet hvordan programmet også kan bli tilrettelagt/justert mot øvrige, spesifikke grupper: barn med funksjonsnedsettelser, for foreldre til ungdom og for foreldre i fengsel/kriminalomsorgen (Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, 2016)

strategi for foreldrestøtte: «Trygge foreldre – trygge barn: Regjeringens strategi for foreldrestøtte (2018-2021)» (40). Et mål med strategien er at tilbudet i kommunene skal bli mer likeverdig, og at alle kommuner skal tilby kvalitetssikret foreldrestøtte. I Norge har kommunene stor grad av selvråderett og «staten kan ikke pålegge kommunene å prioritere foreldrestøtte», men i strategien står det at «kommunene er den viktigste aktøren i å gi støtte til foreldrene» (40, s. 11). ICDP fremheves i denne strategien, og tiltaket nevnes langt flere ganger enn noe annet tiltak. På bakgrunn av strategien er det blant annet blitt vedtatt og tatt inn i Integreringsloven (41) at foreldreveiledning skal innføres som obligatorisk element i introduksjonsprogrammet for nyankomne flykninger fra 2021. Det er valgfritt hvilket program som brukes, men minoritetsversjonen av ICDP er et av de anbefalte tiltakene (42).

1.2.1 Organisering og implementering av ICDP i Norge

I dag har Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat), som er styrt av Bufdir, fått delegert ansvar for drift og videreutvikling av ICDP. I hver av Bufetat sine fem regioner er det et familievernkontor som har et særskilt ansvar for ICDP i sin region. I tillegg er det et Spisskompetansemiljø for foreldrestøtte (SKM foreldrestøtte) som har nasjonale oppgaver knyttet til programmet. SKM foreldrestøtte har ansvar for fagutviklingen av programmet, med nasjonalt ansvar for drift og implementering av ICDP. Videreutvikling av programmet kan gjøres av både Bufetat og ICDP Norge, som har et formalisert samarbeid om programmet.

Hver kommune som implementerer ICDP har én eller flere ICDP-kontaktpersoner, som foreldre kan kontakte ved interesse for deltagelse på ICDP-veiledning[3]. Det foregår også oppsøkende rekrutteringsarbeid fra disse kontaktpersonene, og fra de som tilbyr veiledningsgruppene lokalt.

Foreldreveiledningsgruppene holdes av sertifiserte ICDP-veiledere. For å kunne delta på veilederopplæring for å bli ICDP-veileder forutsetter det at man er ansatt i eller jobber for det offentlige eller en frivillig organisasjon/trossamfunn, og som hovedregel ha minimum en treårig utdanning innen helsefag, sosialfag eller pedagogiske fag [4]. Veilederne sertifiseres i enten standard- eller minoritetsversjonen av programmet. For å bli sertifisert som veileder i standardversjonen av ICDP må en rekke kriterier oppfylles: overordnet må man ha deltatt på seks dagers teoretisk og praktisk opplæring i tillegg til to veiledningsdager, ha gjennomført hjemmeoppgaver til samlingene, selv ha ledet minimum åtte gruppemøter der hvert møte har en varighet på halvannen til to timer, og bli vurdert som godkjent av trenerne som holder kursopplegget. Godkjenningen gjør at man blir sertifisert ICDP-veileder. Antall personer som sertifiserer seg til ICDP-veiledere øker årlig, og per 01.05.2021 er det blitt sertifisert 4.850 ICDP veiledere i Norge. Opplæringen av veiledere gjennomføres av ICDP-trenere (eller -seniortrenere), som er veiledere med videreopplæring. Det er SKM foreldrestøtte som har ansvaret for opplæring og oppfølging av trenere. Det er i dag utdannet om lag 200 ICDP-trenere (43).

En sertifisert ICDP-veileder kan tilby ICDP-veiledning til foreldre og andre omsorgsgivere (39). Det er imidlertid ikke alle som er ICDP-sertifiserte veiledere som holder ICDP-grupper, og noen veiledere bruker opplegget primært på andre enn foreldre – for

[3] Oversikten over hvem som er ICDP-kontaktpersoner finnes her: https://bufdir.no/Familie/veiledning_til_foreldre/foreldreveiledning_landsoversikt/

[4] Det har blitt gjort noen unntak fra dette, men det gjelder primært for sertifisering i minoritetsversjonen (muntlig samtale med Tomas Hemstad ved Bufetat, 11.11.20)

eksempel ansatte i barnehager eller i én-til-én oppfølging. Per nå finnes det ingen nasjonal samlet oversikt over pågående eller faste ICDP-gruppetilbud (44). Det er stor variasjon i bruken av ICDP mellom ulike tjenester og kommuner i Norge, og et behov for en samlet og lett tilgjengelig oversikt over tilbudet (40). Det er store forskjeller mellom og innad i de ulike kommunene når det kommer til hvorvidt, hvor hyppig, hvor, og til hvem ICDP tilbys. Mens enkelte helsestasjoner eksempelvis tilbyr jevnlige ICDP-grupper til foreldre med barn i faste aldersgrupper, tilbyr andre faste åpne grupper på gitte tidspunkter i året, mens det andre steder tilbys mer sporadisk eller ikke i det hele tatt. Det er også forskjeller mellom hvorvidt det er minoritets- og/eller standardversjonen av programmet som tilbys.

Kapittelet «ICDP i praksis» i ICDP-håndboken (39 s. 80) inneholder et delkapittel om implementering og kontekstuelle vurderinger i forbindelse med implementering, hvor programmets seks implementeringsprinsipper[5] gjennomgås:

1) Støtte fra ledelse
2) Rom for programmet (tid, økonomi, institusjonell støtte, motivasjon og egnethet hos veileder)
3) Rekruttering av deltakerne med vekt på motivasjon
4) Fremdriftsplan
5) Kvalitet og intensitet av gjennomføringen
6) Plan for oppfølging, selvevaluering og iboende motivasjon

Programmets opplærings- og kursmateriale har blitt oppdatert i flere omganger gjennom årene (39). I 2016 lanserte Bufdir en utvidet håndbok for ICDP-veiledere på 187 sider. Håndboken inneholder oppdatert og utvidet informasjon om programmets teoretiske fundament. I tillegg inneholder den forslag til og materiale for praktisk gjennomføring av ICDP-gruppene. I neste kapittel beskrives innholdet i ICDP-gruppemøtene, men først skal vi beskrive hva programmet er ment å påvirke.

1.2.2 Tiltakets målsetting og målgruppe

ICDP er «et universelt forebyggende program, nyttig for alle i omsorgsposisjoner. Programmet har også vist seg anvendelig for spesielle og sårbare grupper» (Barne-ungdoms- og familiedirektoratet, 2016, side 118). Målet er å kunne tilby veiledning til alle foreldre med barn i alderen 0-18 år (39). Standardversjonen av ICDP er et universelt tiltak (rettet mot alle foreldre uavhengig av behov), men ICDP benyttes også selektivt (rettet mot spesielt sårbare og utsatte grupper, som for eksempel minoriteter gjennom minoritetsversjonen av programmet), og indikativt (rettet mot personer med identifiserte utfordringer).

Man kan skille mellom såkalte «atferdsprogrammer[6]» og «tilknytningsprogrammer», hvor ICDP kan plasseres under sistnevnte ettersom hovedfokus i programmet er å bedre samspillet mellom foreldre og barn (44). I ICDP-materialet og på ICDP Norge sine

[5] Implementeringsprinsippene kommer også med en sjekkliste, hvor veilederne skal selvevaluere sin egen implementering og de seks punktene gjennom gradering fra 1-5

[6] Atferdsprogrammene bygger på teorier om sosial læring og atferdsendring. Målet med programmene er å hjelpe foreldrene til å korrigere barnas atferd ved å lære dem opp i konsekvenspedagogiske virkemidler (44)

nettsider er det beskrevet en rekke forskjellige målsettinger. Programmet skal «understøtte omsorgskompetanse hos foreldre og andre som har omsorg for barn som sin profesjon», og «sikter først og fremst på å påvirke kvaliteten av kontakten og samspillet i relasjonen mellom barn og omsorgsgiver» (39 s.15).

ICDP Norge oppgir på sine nettsider at ICDP overordnet har tre hovedmål:

1. Å fremme den positive oppfatningen av og holdningen til barnet
2. Å påvirke omsorgsgivers forståelse av hvor viktig samhandlingen mellom omsorgsgiver og barnet er for barnets utvikling
3. Å fremme omsorgsgivers oppfatning av seg selv som kompetent og mestrende

Øvrige formål med programmet, i sin helhet hentet fra ICDP Norge sine nettsider, (https://www.icdp.no/mal-for-icdp/):

Å påvirke omsorgsgiverens positive opplevelse av barnet, slik at omsorgspersonen kan identifisere seg med og føle med barnet

Å hjelpe omsorgsgiveren til å bli bevisst barnets tilstand og behov og tilpasse omsorgen til barnets egne behov og initiativ

Å styrke omsorgsgiverens selvtillit

Å fremme en sensitiv og uttrykksfull kommunikasjon mellom omsorgsgiveren og barnet, slik at det følelsesmessige forholdet mellom de to blir positivt og utviklende

Å fremme et berikende og stimulerende samspill mellom omsorgsgiveren og barnet. Berike dets opplevelse av verden

Å utvikle og veilede barnets mestring av de oppgaver som kreves i forhold til andre mennesker og omverdenen

Å benytte og aktivere lokale praksisformer i barneoppdragelse og barnekultur gjennom lek, spill, sang og felles aktiviteter

1.2.3 Beskrivelse av intervensjonen

Et gruppeløp for standardversjonen av ICDP består av åtte møter med varighet halvannen til to timer, som vist i tabell 1 under. Det er anbefalt at hver gruppe ledes av to veiledere, slik at disse kan utfylle og avlaste hverandre. Anbefalt gruppestørrelse er fem til sju deltakere, og maksimalt åtte deltakere (45). Møtene gjennomføres som hovedregel med én eller to ukers mellomrom. Ifølge håndboken har erfaring vist at en viss intensitet i gjennomføringen gir best resultat, men ikke hyppigere enn at foreldrene får tid til å gjøre hjemmeoppgavene de har fått mellom hvert møte. På hvert av disse møtene gjennomgås ulike temaer, og mellom møtene oppfordres foreldrene til å øve på det de har lært og ta erfaringer med tilbake til gruppen. Foreldrene får konkrete hjemmeoppgaver til hvert av gruppemøtene, både handlingsoppgaver og observasjonsoppgaver. En oppgave kan være en filmoppgave, hvor foreldrene filmer gitte situasjoner med barna sine og tar med videoene tilbake til gruppen. Et annet eksempel på en oppgave er at foreldrene skal bruke en hverdagssituasjon hjemme, og i denne situasjonen justere seg etter og følge barnets

initiativ. De skal i etterkant reflektere rundt hva de gjorde, hvordan de og barnet reagerte og hvilke erfaringer det ga foreldrene (39).

Ut over innholdskomponentene har programmet også et sterkt fokus på pedagogikk og kommunikasjon, og bygger blant annet på teorier om læring – hvor foreldrene er formidlere mellom barnet og omgivelsene. En av grunnprinsippene i ICDP er at utviklingen av omsorgsgiverens sensitivitet og empati skjer i daglig omgang med barnet, og det er derfor lagt opp til mye arbeid rundt det dagligdagse samspillet. Programmet bygger på en tenkning om at relevant faglig forståelse må fordøyes, og integreres i de kognitive forestillingene personer har fra før av. Programmets modell er å ta utgangspunkt i den kunnskapen omsorgsgiverne allerede har om sitt samspill med barnet, og legge til rette for at de kan bli mer bevisste på hva de allerede gjør som er bra (https://www.icdp.no/mal-for-icdp/). «Programmet ønsker å understøtte og få frem den intuitive omsorgskompetansen som omsorgsgivere har i seg, men som av ulike grunner ikke kommer til uttrykk i møtet med barnet» (39 s.16).

Tabell 1: Gruppemøtenes oppbygning, innhold i standardversjonen

Møte 1	Velkommen, informasjon om ICDP, presentasjon, forventninger til gruppen, grupperegler. Foreldrerollen, synet på barnet og verdier i barneoppdragelse. Foreldre er viktige for barns utvikling.
Møte 2	Omsorgsgivers syn på barnet, positiv redefinering. Tema 1: Vis at du er glad i barnet ditt. Vis positive følelser.
Møte 3	Tema 2: Juster deg til barnet og følg dets initiativ.
Møte 4	Tema 3: Etabler en følelsesmessig samtale og snakk om det barnet er opptatt av, snakk med barnet om følelser. Tema 4: Gi ros for det barnet klarer å gjøre og vis anerkjennelse
Møte 5	Tema 5, 6 og 7: Felles oppmerksomhet. Gi mening til det barnet opplever. Utdyp og gi forklaringer.
Møte 6	Tema 8: Hjelp barnet til å kontrollere seg selv Tema 8a og b: Planlegge steg for steg, gradert støtte
Møte 7	Fortsettelse tema 8: Tema 8c: Situasjonsregulering, Tema 8d: Positiv grensesetting Bruk av vold i barneoppdragelsen, andre tabubelagte temaer
Møte 8	Oppsummering, gjennomgang av alle temaene, evaluering

Tabell hentet fra ICDP-håndboken (39 s.92).

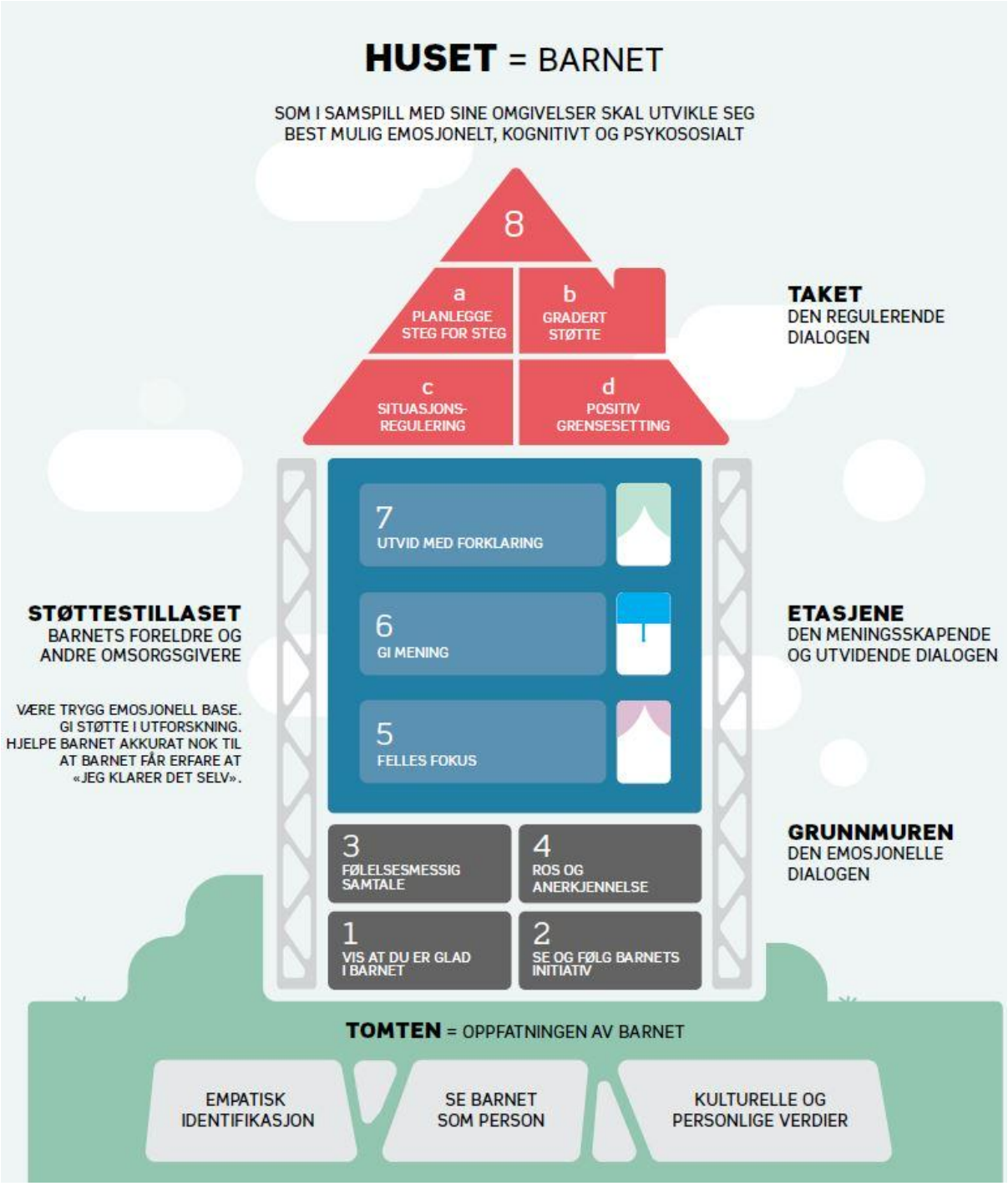
Tabellen over viser det overordnede innholdet i ICDP-gruppemøtene[7], og de åtte ulike temaene programmet er organisert i. I håndboken legges det vekt på at det er viktig å følge denne rekkefølgen, ettersom temaene bygger på hverandre. Samtidig er det avgjørende at tiltaket tilpasses deltakerne i gruppen. Det kan innebære at noen av temaene må vektlegges mer enn andre, eller at noen av temaene må repeteres. I veilederhåndboken finnes en utdypende tabell bestående av innholdet i de ulike møtene. Se tabellen i Appendiks 1 «Detaljert agenda for hvert møte» som viser hvert av møtene sitt: hovedbudskap, tema, forslag til metode for sensitivisering av deltakerne, og forslag til oppgaver til neste møte.

Figur 1 under kalles «ICDP-huset», og er en visuell måte veiledere kan presentere sentrale elementer i samspillet mellom barn og omsorgsgivere (https://www.icdp.no/icdp-huset-2/). Huset symboliserer barnet, som ved hjelp av støtte fra sine omsorgsgivere (husets støttestilas) skal vokse og utvikle seg på best mulig måte (39 s.18).

Figuren er både en metafor på programmets *form* (når en skal bygge et hus må en først finne en god tomt, så legge grunnmuren og videre opp til taket som legges helt til slutt - og avhenger av alt det andre), og en metafor på programmets faglige *innhold* (barnets foreldre og andre omsorgsgivere er eksempelvis barnets støttestilas, som justeres kontinuerlig og gradvis tas ned ettersom huset reises).

[7] For standardversjonen av programmet

Figur 1: ICDP-huset



«ICDP-huset - bearbeidet etter idé fra Marianne Fjetland» (39 s.19). Lånt med tillatelse fra Bufetat.

De «tre dialogene» på figurens høyre side er en del av ICDPs teoretiske fundament, og bygger på «barnets behov for utvikling: Hjelp til tilknytning (Den emosjonelle dialogen), hjelp til læring (Den meningsskapende og utvidende dialogen), og hjelp til å regulere seg selv (Den regulerende dialogen)» (39).

Figurens grønne felt – tomten – viser et grunnleggende prinsipp i ICDP-veiledningen: Foreldrenes oppfatning av barnet som grunnmuren alle de andre elementene hviler på.

Punktet i nedre høyre hjørne belyser et annet sentralt aspekt ved ICDP; ICDP kaller seg et «kultursensitivt program [med] en kultursensitiv tilnærming til omsorg og barn», beskrevet som «en anerkjennelse av at omsorgsgivers syn på barn varierer og at oppdragelsen av barna følgelig varierer» (39 s.31). I ICDP-gruppene er en av veiledernes oppgaver å bevisstgjøre omsorgsgiveren på sitt kulturelle og verdimessige utgangspunkt, og hvordan dette i kombinasjon med egne erfaringer preger deres oppdragerstil, foreldrepraksis og møte med sine barn (39).

1.3 Tidligere studier av ICDP

Foreldreveiledningsprogrammet ICDP har vært gjenstand for forskning, både i og utenfor Norge. I det følgende presenterer vi de kvantitative evalueringene av standardversjonen av ICDP-foreldreveiledning publisert i fagfellevurderte artikler som ble funnet gjennom vårt litteratursøk[8] (se Appendiks 2). Først vil studiene i Norge bli beskrevet kort og i relasjon til hverandre, deretter følger en gjennomgang av hver studie for seg. Appendiks 4 inneholder en tilsvarende gjennomgang av studiene gjennomført utenfor Norge. Til slutt i kapittelet fremstilles disse studiene samlet i tabell 2: «Oversikt over studier som har evaluert ICDP», med studienes navn, forskningsdesign, deltakere, måletidspunkter og landet studien er gjennomført i.

Med bakgrunn i foreliggende studier kan vi ikke konkludere med sikkerhet at ICDP har en signifikant effekt på foreldrene, foreldre-barn relasjonen eller barnet. Selv om tidligere studier har funnet lovende resultater, er det svakheter knyttet til design og utvalgsstørrelse som gjør at vi ikke vet med sikkerhet at disse sammenhengene er kausale. Når man skal studere virkningen av et tiltak og hensikten er å finne kausale sammenhenger, er randomiserte kontrollerte studier (RCT) regnet som «gullstandarden» (for nærmere beskrivelse av RCT, se kapittel 2.1). For en grundigere gjennomgang av de foreliggende studienes forskningsmetodiske kvalitet (vurdert ut ifra studiens statistiske styrke – om antall deltakere i studien var høyt nok, frafallsanalyse, reliabilitet, indre og ytre validitet, og hvor godt selve gjennomføringen av tiltaket stemte overens med prinsippene for en ICDP-intervensjon), se Ungsinn[9] sin vurdering (46).

Det er også verdt å merke seg at studiene som er gjort utenfor Norge som beskrives nærmere i Appendiks 4, er blitt gjennomført i kontekster som er relativt ulik den norske (i Iran (47), Russland (48), Mosambik (49, 50), et område i Colombia med mye vold (51), i Peru (52), og i et da krigsherjet Bosnia og Hercegovina (53), som utfordrer overføring til norsk kontekst.

Studiene vi presenterer i dette kapittelet kan likevel bidra med kunnskap om hvordan ICDP kan virke på både foreldre og barn i de sammenhengene studiene er gjennomført. Samtidig viser denne gjennomgangen at det er stort behov for en randomisert kontrollert studie med tilfredsstillende utvalgsstørrelse som kan undersøke effekten av ICDP-veiledning på kort og lang sikt.

I det følgende presenterer vi de ulike studiene.

[8] Basert på vårt litteratursøk, gjort sist 13.04.21

[9] Ungsinn har kun vurdert de norske studiene. Ungsinn (https://www.ungsinn.no/) er et elektronisk vitenskapelig tidsskrift om tiltak for barn og unges psykiske helse. Tidsskriftet inneholder systematiske kunnskapsoppsummeringer om enkelttiltak, med praktisk informasjon om tiltakene og gjennomganger av hvor godt dokumentert effekten av tiltakene er

1.3.1 Studier gjennomført i Norge

Det er publisert fem artikler der man har evaluert ICDP i Norge, og hvor noen av de samme utvalgene er benyttet i flere av artiklene. To er kvasieksperimentelle studier[10] som har analysert bruken av ICDP blant et utvalg foreldre i Norge. Begge disse studiene har en intervensjonsgruppe (som mottok intervensjonen, altså ICDP-veiledning) og en sammenligningsgruppe (som ikke mottok ICDP-veiledning). Ifølge forfatterne viser studiene gode resultater både med hensyn til korttidseffekt (37) og langtidseffekt (38) av ICDP-veiledning. Det er også gjennomført tre andre studier i Norge, hvor det kun er undersøkt endring i ICDP-gruppen fra før til etter intervensjonen uten sammenligningsgruppe (54-56). Ifølge forfatterne viser disse studiene også lovende resultater. Men ettersom disse studiene mangler sammenligningsgruppe som ikke har mottatt ICDP-veiledning, er det usikkert om de positive endringene faktisk skyldes selve ICDP-veiledningen eller om de bare er et naturlig resultat av tiden som har gått siden oppstart av intervensjonen. Den førstnevnte av disse studiene (54) sammenligner mødre og fedre, mens den andre studien (55) belyser forskjeller mellom mødre født i Pakistan og Norge. Den siste av studiene (56) analyserer betydningen av ICDP-veiledning blant innsatte fedre i fengsel, sammenlignet med en gruppe fedre som også mottar ICDP-veiledning – men utenfor fengsel.

I det følgende presenteres disse fem studiene fra Norge hver for seg:

Evaluation of the International Child Development Programme (ICDP) as a community-wide parenting programme (2014)

Undersøkelsen til Sherr et al. (37) er foretatt i et normalutvalg av foreldre hvor en gruppe som hadde mottatt ICDP (n = 141) ble sammenlignet med en gruppe som ikke hadde mottatt ICDP (n = 79). Studien har et kvasieksperimentelt design, og er gjennomført i barnehager og på helsestasjoner i Norge i perioden 2008 til 2010. Det ble foretatt to målinger: pretest før oppstart av ICDP-veiledning og posttest rett etter avslutning. Studien undersøker forskjeller i endring mellom intervensjonsgruppen og sammenligningsgruppen med hensyn til foreldreatferd, vansker hos barnet og foreldrenes psykososiale helse. Studien har tolv utfallsmål. Forfatterne rapporterer at ICDP-gruppen hadde signifikant større endring i positiv retning sammenlignet med sammenligningsgruppen på følgende utfall: aktivitet med barnet, foreldrestrategier[11], ledelse av barnet «child management», og hvordan vanskene virket inn på barnets liv (SDQ- impact-skåre).

Mothers and fathers attending the international child development programme in Norway (2014)

Undersøkelsen til Clucas et al. (54) er foretatt i perioden 2008 til 2010, og utvalget (n) består av 105 mødre og 36 fedre. Det ble foretatt to målinger: pretest før oppstart av ICDP-veiledning og posttest etter avslutning. Studien fokuserer på forskjellen mellom mødre og fedre, og den har 21 utfallsmål. Studien viser signifikante endringer i skårer for mødre og fedre på foreldrestrategier, ledelse av barnet, positiv disiplin og interaksjon med barnet fra før til etter intervensjonen. Før ICDP-veiledningen skåret mødrene generelt bedre enn fedrene på de fleste av målene når det gjaldt foreldreskap. Etter ICDP-

[10] Kvasieksperimentelle studier med sammenligningsgruppe skiller seg fra RCT studier ved at deltakerne ikke er tilfeldig fordelt (randomisert) slik som i RCT studier

[11] Foreldrestrategier er målt med fokus på komponentene som fremheves i ICDP-dialogen

veiledningen viste mødre og fedre mange av de samme endringene, men det var kun mødrene som rapporterte en signifikant bedring i vanskeligheter hos barnet (målt med SDQ[12]). Fedrene rapporterte imidlertid større positiv endring i foreldrestrategi og mestringstro enn mødrene. Videre rapporterte fedrene en signifikant reduksjon i egen angst og sinne fra pretest til posttest.

The Impact of a Parenting Guidance Programme for Mothers with an Ethnic Minority Background (2014)

I undersøkelsen til Skar et al. (55) deltok en gruppe pakistanske mødre (n = 29) og en gruppe norske mødre (n = 105). Studien hadde ingen sammenligningsgruppe som ikke mottok ICDP. Studien har også kvalitative data som vi ikke gjengir resultater fra i denne oppsummeringen. De pakistanske mødrene ble rekruttert fra familiesentre og barnehager, mens de norske mødrene er det samme utvalget som er benyttet i Clucas et al. (2014). Det ble gjennomført pretest ved oppstart av ICDP-gruppene og posttest etter avslutning. Studien hadde 20 utfallsmål. Studien fant signifikante positive endringer for de norske mødrene på ledelse av barnet, strategisk ledelse, foreldrestrategier og positiv disiplin. Videre viser studien en signifikant nedgang i rapportert angst blant de norske mødrene. Blant de pakistanske mødrene fant man ingen signifikante endringer på noen av foreldremålene presentert i studien. Videre fant forfatterne signifikant endring på barnets atferd og vansker rapportert av de norske mødrene (målt med SDQ totalskåre). Blant de pakistanske mødrene fant man en signifikant bedring i prososial atferd (målt med SDQ-prososial atferd) hos barna. Resultatene viser videre at det var kun for utfallsmålene «strategisk ledelse», «SDQ-totalskåre» og «SDQ-prososial atferd» at man fant signifikant forskjell i endring fra pre til post mellom de pakistanske og de norske mødrene.

Paradoxical correlates of a facilitative parenting programme in prison—counter-productive intervention or first signs of responsible parenthood? (2014)

I denne studien til Skar et al. (56) sammenlignes innsatte fedre (n = 25) med en gruppe fedre utenfor fengsel (n = 36). Begge gruppene mottok ICDP-veiledning. Det ble gjennomført pretest-måling ved oppstart av ICDP-gruppene og posttest-måling etter avslutning. I tillegg ble det gjennomført intervjuer av 20 innsatte fedre. Resultatene fra intervjuene gjengis ikke i denne oppsummeringen. Studien har 17 utfallsmål. Før ICDP-veiledningen rapporterte de innsatte fedrene signifikant bedre foreldreferdigheter og dårligere psykososial helse enn sammenligningsgruppen. Videre viser resultatene at de innsatte fedrene rapporterte en dårligere skåre på «ledelse av barnet» og «positiv disiplin» etter gjennomført ICDP-veiledning sammenlignet med før veiledningsstart, det motsatte var tilfelle for sammenligningsgruppen. Endringene fra pre til post på de to nevnte utfallsmålene var signifikant forskjellig mellom de to gruppene. Videre viser resultatene en signifikant forskjell i endring fra pre til post mellom de to gruppene på foreldrenes psykiske helse målt som: negative følelser, helse, livskvalitet, livstilfredshet og symptomer på angst.

[12] «Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)» er et skjema som skal fylles ut av foreldre for å kartlegge psykiske helse, vennerelasjoner og prososial atferd hos barn i alderen 4-17 år. For nærmere bekrivelse av instrumentet se kapittel 2.4

The long-term effectiveness of the International Child Development Programme (ICDP) implemented as a community-wide parenting programme (2015)

Denne undersøkelsen som er gjennomført av Skar et al. (38) ble foretatt blant foreldre i et «normalutvalg». Foreldre som mottok tiltaket (n = 79) ble sammenlignet med en gruppe foreldre som ikke mottok ICDP (n = 62). Studien benyttet et kvasieksperimentelt design, og er gjennomført i barnehager og på helsestasjoner i Norge i perioden 2008 til 2010. Studien benyttet samme utvalg som i Sherr et al (37). Det ble foretatt tre målinger: pretest før oppstart av ICDP-veiledning, posttest etter avslutning, og seks til tolv måneder etter gjennomført intervensjon. Studien har 18 utfallsmål. ICDP-gruppen viste signifikant forbedrede skårer på følgende mål sammenlignet med sammenligningsgruppen seks til tolv måneder etter gjennomføring av ICDP-veiledningen: Foreldrestrategier, tid tilbrakt på TV- og dataspill med barnet, ledelse av barnet og følelsen av ensomhet.

Tabell 2: Tidligere kvantitative studier som har evaluert ICDP

Studie	Forskningsdesign	Deltakere	Måletidspunkter	Land
Sherr et al., 2014	Kvasieksperimentell studie med intervensjons- og sammenligningsgruppe	Foresatte i intervensjons-gruppe (n = 141), og foresatte i sammenligningsgruppe (n = 79)	Pretest ved oppstart av gruppene og posttest etter avslutning	Norge
Clucas et al., 2014	Analyserer endringer innen en gruppe, ingen sammenligningsgruppe	Mødre (n = 105) og Fedre (n = 36) som har deltatt i ICDP-grupper	Pretest ved oppstart av gruppene og posttest etter avslutning	Norge
Skar et al., 2014a	Analyserer endringer innen en gruppe, ingen sammenligningsgruppe	Pakistanske mødre (n = 29) og norske mødre (n = 105)	Pretest ved oppstart av gruppene og posttest etter avslutning	Norge
Skar et al., 2014b	Analyserer endringer innen en gruppe, ingen sammenligningsgruppe	Fedre i fengsel som mottok ICDP (n = 25) og fedre fra normalpopulasjonen som mottok ICDP (n = 36)	Pretest ved oppstart av gruppene og posttest etter avslutning	Norge
Skar et al., 2015	Kvasieksperimentell studie med intervensjons- og sammenligningsgruppe	Foresatte i intervensjonsgruppe (n = 79), og foresatte i sammenligningsgruppe (n = 62)	Pretest ved oppstart av gruppene og posttest etter avslutning og 6-12 måneders oppfølgingsmåling	Norge
Dybdahl, 2001	Studie med deltakere randomisert til intervensjons- og/eller kontrollgruppe	Mødre i intervensjonsgruppe (n = 45), og mødre i kontrollgruppe (n = 42)	Pretest ved oppstart av gruppene og posttest etter avslutning	Bosnia og Hercegovina
Skar et al., 2014c	Kvasieksperimentell studie med intervensjons- og sammenligningsgruppe	Deltakere i intervensjons-gruppe (n = 75), Foresatte i sammenligningsgruppe (n = 62)	Posttest etter Avslutning	Mosambik
Abarashi et al., 2014	Studie med deltakere randomisert til intervensjons- og/eller kontrollgruppe	Mødre i intervensjonsgruppe (n = 20), Mødre i kontrollgruppe (n = 20)	Pretest ved oppstart av gruppene og posttest etter avslutning samt oppfølgingsmåling etter én måned	Iran
Isaeva, 2016	Studien hadde ingen sammenligningsgruppe	Foreldre (n = 75)	Ett måletidspunkt	Russland

Studie	Forskningsdesign	Deltakere	Måletidspunkter	Land
Skar et al., 2017	RCT-design, deltakerne randomisert til tre ulike grupper	Foreldre fordelt i to intervensjonsgrupper (n = 59 og n = 66), samt en kontrollgruppe (n = 51)	Pretest ved oppstart av gruppene og posttest seks måneder etter avslutning	Colombia
Skar et al., 2019	Kvasieksperimentell studie med intervensjons- og sammenligningsgruppe	Voksne deltakere fra intervensjonssenteret (n = 40), og voksne deltakere fra sammenligningssenteret (n = 40)	Pretest ved oppstart av gruppene og posttest etter avslutning	Mosambik
González-Fernández et al., 2020	Studie hvor områdene deltakerne bodde i ble randomisert til intervensjons- og/eller kontrollområder	Foreldre og barn, (n=113 barn) i intervensjonsgruppe, og n=127 barn) i kontrollgruppen	Pretest ved oppstart av gruppene og posttest etter 8 og 12 måneder	Peru

1.4 Tiltaksintegritet

For å kunne vurdere effekten av et tiltak, er det viktig å vite om tiltaket er gjennomført slik det er tenkt. Med andre ord, gjennomføringen av ICDP-veiledningen slik den foregikk i studien må være i overensstemmelse med hvordan ICDP-veiledningen er beskrevet i håndboken (39). Tiltaksintegritet, eller fidelitet, handler om hvordan intervensjonen gis til deltakerne. Høy grad av fidelitet viser til at tiltaket som deltakerne eksponeres for samstemmer med tiltaket slik det er beskrevet i de faglige retningslinjene (57).

Følgende fem punkter, ved henholdsvis organiseringen av programmet og studiedesignet, mener vi at bidrar til å ivareta tiltaksintegritet i ICDP-studien:

1) Veilederne som formidler tiltaket har gjennomgått en grundig opplæring i de faglige retningslinjene og praksisen for gjennomføringen av tiltaket, og de må være sertifisert for å kunne holde ICDP-gruppe.

2) Det er to veiledere som gjennomfører og sammen har ansvar for ICDP-veiledningen[13].

3) Veilederne følger håndboken (2016) som inneholder en sjekkliste for hvilke temaer som skal gjennomgås i hvert møte, og hva disse møtene skal bestå av.

I tillegg ble det gjort designmessige grep for å ivareta tiltaksintegriteten i studien:

4) For å delta i studien måtte veiledere ha deltatt på oppfriskningssamling, hvor seniortrenere (og noen av forfatterne bak ICDP-håndboken) ga veilederne en 2-dagers oppfriskning av det foreldreveiledningsfaglige ved programmet, i tillegg til oppfriskning i kunnskapen om hvordan tiltaket skulle gjennomføres etter håndboken. Veilederne fikk på disse samlingene utdelt og gjennomgått det oppdaterte, standardiserte kursmaterialet (håndboken), og ble gitt mulighet for å stille spørsmål om hvordan de skulle gå frem for å gjennomføre veiledningsgrupper etter håndboken.

5) I studiematerialet og den muntlige opplæringen til veiledere i forbindelse med ICDP-studien, ble viktigheten av å gjennomføre gruppene i tråd med ICDP-håndbokens sjekkliste for gjennomføring tydelig understreket.

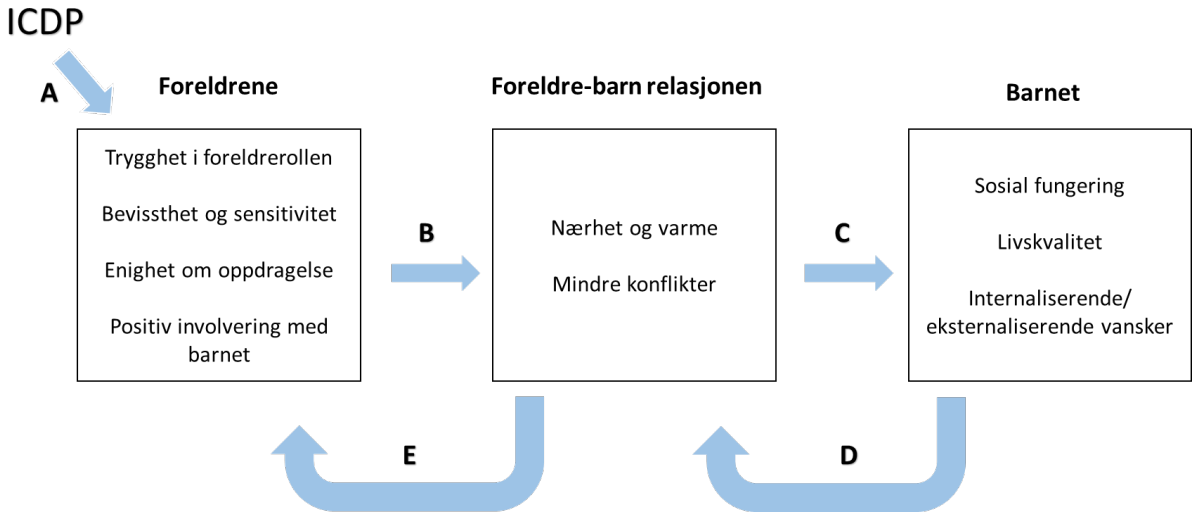
[13] I vår studie var det én gruppe som kun var ledet av én veileder

Tiltaksintegritet ble også selvevaluert av veilederne i studien. Etter hvert gruppemøte (åtte møter totalt) fylte veilederne som deltok i studien ut et kort spørreskjema (se Appendiks 3: «Spørreskjema til veiledere etter hvert gruppemøte»). I dette skjemaet er det et spørsmål hvor veilederne svarte på om de hadde gjennomgått de temaene som det var ment at de skulle.

1.5 Problemstillinger og formål

Målet med denne studien er å evaluere effekten av standardversjonen av foreldreveiledningsprogrammet ICDP. Effekten av intervensjonen er evaluert på tre områder; som foreldrerapportert endring i 1) foreldrene, 2) foreldre-barn-relasjonen og 3) barnet. ICDP er et systemisk tiltak, i den forstand at det bygger på en antakelse om at skjevutvikling hos barn kan forebygges ved å hjelpe foreldrene til å gi barna gode omsorgsbetingelser. Endringer i foreldrene er ment å styrke foreldre-barn relasjonen som igjen vil kunne ha positiv innvirkning på barnet. Bedret samspill og kommunikasjon mellom foreldre og barn vil «spille tilbake» og bidra til at foreldrene opplever økt mestring i foreldrerollen (se Figur 2).

Figur 2: Modell for effekten av foreldreveiledningsprogrammet ICDP



Modellen er utviklet av ICDP-studiens prosjektgruppe ved Folkehelseinstituttet (FHI). Den er ment som en visualisering av de virksomme prosessene i ICDP-intervensjonen som er beskrevet i ICDP-håndboken (39), og danner grunnlaget for studiens forskningsspørsmål.

Modellen forklart:

A: Foreldrene er de direkte mottakerne av intervensjonen, og vi antar derfor at den direkte effekten av tiltaket vil finnes i endringer hos foreldrene. Slike endringer kan skje på ulike områder av foreldreskapet og foreldrenes fungering.

B: Endringer i foreldrenes opplevde trygghet, bevissthet og sensitivitet, involvering med barnet, og i måten de kommuniserer med hverandre på antas å påvirke relasjonen mellom foreldrene og barna. Slike endringer kan for eksempel komme til syne i form av økt

emosjonell inntoning og responsivitet, mer positiv opplevelse av barna, klarere grensesetting, eller mindre aggressiv atferd overfor barna.

C: Endringer i samspillet mellom foreldre og barn vil i sin tur kunne påvirke barnas utvikling, sosiale fungering, helserelatert livskvalitet og psykiske helse. Barn av foreldre som deltar i ICDP forventes ikke å ha problemer innen disse områdene. Vi vil derfor ikke forvente en (stor) effekt på disse målene.

D og E: Sameroffs transaksjonsmodell for barns utvikling står sentralt i forståelsen av samspillet mellom foreldre og barn i ICDP (58). Sameroff (59) forstår utvikling som et resultat av gjensidig påvirkning mellom barnet og dets omgivelser over tid. Positiv utvikling hos barnet ventes dermed å virke positivt inn på samspillet mellom barnet og foreldrene, noe som igjen for eksempel vil kunne gi foreldrene økt mestring i foreldrerollen.

Med utgangspunkt i modellen presentert i Figur 2 søker vi å besvare følgende problemstillinger:

1. Fører ICDP til en positiv endring i rollen som foreldre,
spesifisert som:
1a: større trygghet i foreldrerollen?
1b: større bevissthet og sensitivitet for barnets tilstand og behov?
1c: mer positiv involvering med barnet?
1d: økt enighet mellom foreldre om barneoppdragelsen?

2. Kan ICDP styrke relasjonen mellom foreldre og barn,
spesifisert som:
2a: stor grad av nærhet mellom foreldre og barn?
2b: mindre konflikt mellom foreldre og barn?

3. Kan ICDP bidra til å bedre barns emosjonelle vansker og sosiale fungering,
spesifisert som:
3a: mindre internaliserende vansker (som symptomer på angst og depresjon)?
3b: mindre eksternaliserende vansker (atferdsproblemer, hyperaktivitet/oppmerksomhetsproblemer)?
3c: bedre sosial fungering og mer prososial atferd?
3d: bedre helserelatert livskvalitet

2 Data og metode

I dette kapittelet redegjør vi for studiedesign, utvalg og rekrutteringsprosess, datainnsamling og metode, statistisk validitet og styrkeberegning, og avslutningsvis presenterer vi studiens statistiske analysemodell. I kapittelet løfter vi også frem erfaringer knyttet til det å rekruttere deltakere til en RCT i en kommunal kontekst.

2.1 Studiedesign

Innenfor medisinsk forskning har man utviklet metoder som er egnet til å vurdere om en bestemt behandling virker, og om denne behandlingen virker bedre enn annen behandling. Det som ofte blir referert til som gullstandarden blant disse metodene er den såkalte randomiserte kontrollerte studien (randomised controlled trial, RCT).

Det er to sentrale forutsetninger ved RCT; a) at man sammenligner en gruppe som får intervensjonen (intervensjonsgruppen) med en gruppe som ikke får intervensjon (kontrollgruppen), og b) at fordelingen til intervensjons- eller kontrollgruppe er tilfeldig. Disse forutsetningene må være til stede for at eventuelle forskjeller mellom gruppene etter intervensjon kan tilskrives tiltaket (60, 61).

For å evaluere effekten av ICDP på foreldrene og barna har vi gjennomført en RCT. Foreldre som har mottatt ICDP-veiledning er studiens intervensjonsgruppe, mens studiens kontrollgruppe er foreldre som ikke har mottatt ICDP-veiledning. Foreldrene fyller ut spørreskjema om ett av sine barn, som er det barnet de fokuserer på i ICDP-gruppen. For å undersøke om ICDP har effekt sammenligner vi endring på utvalgte utfallsmål for de som har mottatt ICDP intervensjonen med de som ikke har mottatt ICDP-intervensjonen.

Randomisering sikrer at den eneste systematiske forskjellen mellom intervensjons- og kontrollgruppene er at en gruppe får ICDP, mens den andre gruppen ikke får ICDP. Begge grupper svarer på spørreskjema og «måles» dermed på samme tidspunkt. Dette betyr at den eventuelle forskjellen i endring vi finner mellom de to gruppene fra oppstart av intervensjonen til etter fullført intervensjon med stor sannsynlighet kan tilskrives effekten av tiltaket, og ikke systematiske forskjeller mellom gruppene.

Randomisering kan gjøres på individnivå eller gruppenivå. Vi har benyttet et klynge-randomisert design. Dette er et design hvor grupper av individer (veiledningsgrupper) er tilfeldig utvalgt til kontroll- eller intervensjonsgruppe
(62). Det ble benyttet stratifisert randomisering hvor vi stratifiserte på kommunestørrelse og veileders erfaring. Randomisert allokering til gruppe var skjult for deltakere og forskere. Den ble gjennomført gjennom en automatisert prosedyre i portalen til NSD og det var de som var ansvarlig for gjennomføringen, uavhengig av forskerne.

I RCT-studier er det også et poeng at det er ukjent for deltakerne om de deltar i intervensjonsgruppe eller kontrollgruppe, såkalt blinding. Hvis deltakerne vet at de skal få et tiltak kan dette påvirke hvordan de svarer. Det er vist i tidligere studier at det å vite at man skal få et tiltak eller en behandling kan skape forventninger i positiv retning, og dermed påvirke deltakerne til å svare mer positivt (63). Motsatt kan være tilfelle om deltakerne vet at de skal være i en kontrollgruppe. De kan bli skuffet og dermed påvirker dette svarene deres i negativ retning. Blinding er også nødvendig for å sikre at svarene deltakerne gir ikke påvirkes av subjektive antakelser om effekt av intervensjonen. Noen

RCT-studier er blindet under hele datainnsamlingen, det vil si at det er ukjent for deltakerne om de er i kontroll- eller intervensjonsgruppen inntil studien er avsluttet. Selv om blinding er idealet, kan dette være vanskelig eller umulig å gjennomføre i klyngerandomiserte RCT-studier (62), eller andre intervensjonsstudier der det er åpenbart for deltakeren om vedkommende får intervensjonen. I ICDP-studien var det ikke mulig å blinde deltakerne under hele datainnsamlingen, da det var umulig å holde det skjult om deltakeren fikk intervensjonen (deltok på gruppemøter) eller ikke. Men deltakerne visste ikke hvilken gruppe de ville havne i da de svarte på det første spørreskjemaet (t1, før intervensjonen). Det var først etter trekning (14 dager etter t1) hvor det ble det kjent om deltakerne tilhørte en veiledningsgruppe som var trukket til intervensjon- eller kontrollgruppe. Av etiske grunner ble kontrollgruppene alltid tilbudt ICDP-veiledning etter at gruppens studiedeltagelse var avsluttet, såkalt venteliste kontrollgruppe. Foreldre kunne selv avgjøre om de ønsket å delta i ICDP-gruppe etter de seks månedene. Dette ble også gjort for å sikre ivaretakelse av deltakerne.

2.2 Rekruttering

I forkant av studien (februar 2016) gjennomførte FHI en pilotundersøkelse blant sertifiserte ICDP-veiledere (totalt 3082 e-postadresser). Til sammen 1214 veiledere besvarte pilotundersøkelsen, der formålet var å få en oversikt over hvordan ICDP brukes, og å undersøke hvor mange som var positive til å delta i en effektstudie av ICDP. Av de 1214 respondentene var det 844 som oppga at de drev ICDP-gruppe, 578 av dem i sitt daglige arbeid. 426 veiledere oppga at de var positive til å delta i en slik studie. Det var disse som først ble invitert til å delta i effektstudien. Det fremgikk av pilotundersøkelsen at det var en variasjon både med hensyn til i hvilke tjenester det ble gjennomført grupper, og i hvilken grad veilederne fulgte hele ICDP-opplegget slik det er tenkt. Ettersom det er såpass stor variasjon i hvor tiltaket tilbys hadde vi ingen gitt/naturlig rekrutteringsarena. Vi måtte lage en arena for rekruttering, derfor opprettet vi oppfriskningssamlinger. Oppfriskningssamlingene hadde også en viktig funksjon for å bidra til tiltaksintegritet (se kapittel 1.2.4). Nedenfor beskrives studiens rekrutteringstrinn, og hvordan de mange rekrutteringsutfordringene studien møtte på ble løst. Rekrutteringen foregikk i perioden 1. januar 2017 til 5. oktober 2020.

Rekruttering til studien foregikk i fem trinn (vist i figur 3 under):

1. **Rekruttering til oppfriskningskurs**
   Alle veiledere som skulle delta i studien måtte først delta på et todagers kurs i regi av Bufdir og FHI. I første trinn av rekrutteringen inviterte Bufdir og FHI alle sertifiserte ICDP-veiledere til å delta på oppfriskningssamling. Denne rekrutteringen ble gjort ved at Bufdir sendte ut invitasjon på e-post, mens FHI utførte oppsøkende arbeid i form av telefonsamtaler med ICDP-kontaktpersonene i kommunene. I tillegg oppfordret FHI til deltagelse gjennom informasjonsforedrag om studien på ICDP-nettverkssamlinger.

2. **Deltakelse på to dagers oppfriskningssamling**
   Hensikten med kurset var å bidra til økt bevissthet om innholdet i ICDP og hvordan tiltaket skal gjennomføres. På denne måten ønsket vi å øke trofasthet til gjennomføringen av tiltaket, og at tiltaket i størst mulig grad ble utført likt på tvers av veiledere. I tillegg til at oppfriskningssamlingene bidro til fornyet kunnskap om ICDP, var samlingene en arena for rekruttering av veiledere til studien. Det ville ellers vært svært vanskelig å rekruttere nok veiledere og deltakere til et universelt

tiltak i kommunal regi. Totalt ble det gjennomført 27 like oppfriskningssamlinger i perioden oktober 2016 til oktober 2019, hvor det totalt deltok 411 veiledere fra hele Norge.

Oppfriskningssamlingene besto av en gjennomgang av den oppdaterte ICDP-håndboken, i hovedsak holdt av to av seniortrenerne bak håndboken (psykologspesialist Astri Johnsen, og spesialist i pedagogisk psykologisk veiledning Hilde Tørnes). Seniortrenerne gjennomgikk også hvordan å tilby tiltaket etter håndboka, drøftet problemstillinger og bestepraksis relatert til gjennomføring av grupper. I tillegg gjennomgikk prosjektleder og forskningskoordinator fra FHI sentrale aspekter ved deltagelse i en RCT-studie.

Under det oppsøkende rekrutteringsarbeidet FHI gjennomførte, uttrykte mange veiledere at en oppfriskning av ICDP-sertifiseringen var kjærkommen. Frem til nå har det ikke vært tilbud om oppfriskning av selve ICDP-sertifiseringen.

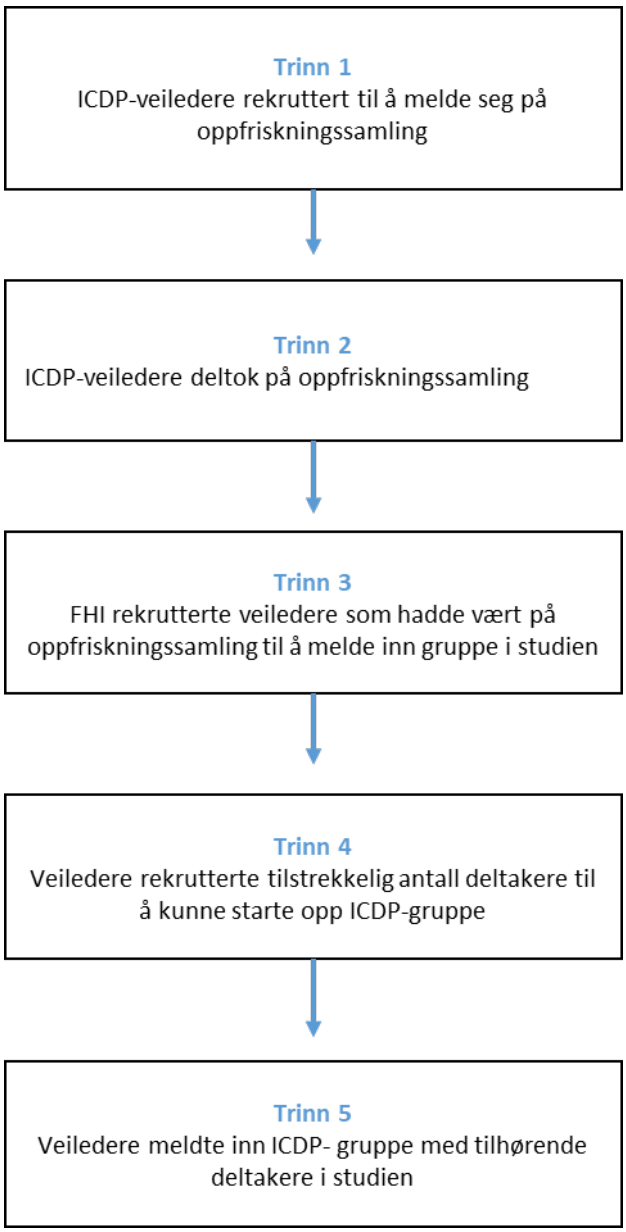
3. **Rekruttere veiledere til studien**
   Etter oppfriskningssamlingene tok FHI kontakt med veilederne per telefon og e-post for å rekruttere veiledere til å melde inn gruppe i studien, samt oppfriske andre praktiske detaljer rundt deltagelse i ICDP-studien.

4. **Rekruttering av foreldre til ICDP veiledningsgruppe**
   Det var veilederne som rekrutterte deltakere til sin ICDP-gruppe lokalt. FHI fulgte opp at veiledere meldte inn grupper, og at de hadde tilstrekkelig med informasjon om studiedeltagelse. Veilederne skulle rekruttere som vanlig, men også informere deltakerne om at gruppen skulle være en del av et forskningsprosjekt, og hva det innebar med tanke på datasikkerhet og at data ville bli samlet inn på tre tidspunkt via spørreskjema. I tillegg til muntlig informasjon om studien, fikk deltakerne en informasjonsbrosjyre (se Appendiks 5) og henvisning til FHI sin hjemmeside hvor man kunne lese mer om studien.

   Fra veilederne som FHI snakket med i forbindelse med rekruttering kom det frem at det uavhengig av studien var store lokale forskjeller mellom hvorvidt det var stor etterspørsel etter ICDP, eller om det var vanskelig å rekruttere til gruppe. Mange oppga at etterspørselen etter ICDP økte når tiltaket hadde blitt tilbudt fast over en viss periode.

5. **Innmelding av gruppe**. Når veilederne hadde rekruttert en stor nok gruppe (minimum fem deltakere), meldte de fra til FHI at de var klare for å starte opp. Deltakerne ga sitt samtykke til å delta i studien om foreldreveiledning i gruppe ved å krysse av for samtykke ved utfylling av første spørreskjema (t1).

Figur 3: Rekruttering av veiledningsgrupper og deltakere til ICDP-studien



2.2.1 Inklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene for foreldre var at man var påmeldt foreldreveiledningsgruppe i standardversjonen av ICDP, at man hadde barn i alderen 0-18 år, og at man hadde tilstrekkelige norskferdigheter til å kunne delta i gruppen uten tolk og kunne besvare spørreskjemaene alene. Deltakerne måtte også ha meldt seg på uten at dette var pålagt gjennom vedtak i fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker. Deltakerne kunne ikke ha mottatt ICDP-veiledning tidligere, men kunne motta andre helsetjenester underveis i studieperioden (dette ble kartlagt i spørreskjemaet). For at en gruppe kunne meldes inn i studien, måtte den bestå av minimum fem foreldre, og minst én av veilederne måtte ha deltatt på oppfriskningssamling i regi av studien.

2.2.2 Utfordringer og løsninger

Selv om mange veiledere i utgangspunktet hadde uttrykt interesse for å delta i studien, var det en rekke forhold som forhindret veiledere fra å faktisk delta. Etter det første året med oppfriskningssamlinger var det svært få av veilederne som hadde meldt inn gruppe i studien. Det ble igangsatt et omfattende arbeid fra FHI sin side for å kartlegge årsakene til den lave innmeldingen, og en rekke tiltak ble gjort for å bidra til økt deltagelse.

Det er flere grunner til at rekrutteringen var såpass utfordrende. En rekke veiledere var ikke aktuelle fordi de kun skulle gjennomføre grupper i minoritetsversjonen av ICDP, mens gruppene til noen veiledere ikke kvalifiserte til studiens andre inkluderingskriterier – som at foreldrene var institusjonalisert eller i fengsel og derfor ikke hadde kontakt med barna sine, eller at foreldrene ikke kunne svare på spørreskjemaet på norsk og delta på møtene uten tolk. Kriteriet om at én av veilederne måtte ha deltatt på oppfriskningssamling skapte også en relativt lang rekrutteringsvei.

Et annet sentralt element var selve studiedesignet: RCT-designet innebar at foreldre risikerte å måtte vente et halvt år på å komme i gang med ICDP-gruppen, og verken foreldre eller veiledere fikk vite hvorvidt dette gjaldt deres gruppe før de hadde meldt seg på studien og svart på første spørreskjema. Når dette aspektet ble kjent for veilederne, vekket det ofte motstand. Også foreldre uttrykte skepsis, men vel så ofte opplevde vi at veiledere uttrykte motforestillinger mot ventelisteaspektet. Veiledere beskrev at de var redd for å «miste» foreldrene de i mange tilfeller hadde jobbet hardt for å få rekruttert til å ta imot tiltaket, at behovet deres var for stort for å vente, eller at de av andre grunner opplevde det som et for vanskelig budskap å skulle formidle til, eller kreve av, foreldrene. De uttrykte en bekymring for at foreldre kom til å trekke seg fra studien på det tidspunktet de ble trukket til kontrollgruppe. Det ble også tydelig at kontroll-intervensjonsdesignet ikke var helt intuitivt for alle involverte, så flere hadde deltatt på oppfriskningssamling tidlig i studiens rekrutteringsfase uten å forstå de praktiske implikasjonene av designet. Dette gjorde at noen grupper trakk seg da de forsto designet, både før og etter innmelding i studien.

Andelen grupper i studien økte betydelig etter at FHI tilpasset opplegget på oppfriskningssamlingene til å bestå av mer forklaring, motivasjon, erfaringsutveksling og praktiske løsninger for gjennomføring og rekruttering. De prosjektansatte på FHI utviklet også samtaleguider hvor de loggførte hvorfor veilederne uttrykte skepsis til deltagelse, sammen med mulige løsninger på disse utfordringene, og jobbet med formidling og dialog til veiledere, noe som også så ut til å virke tydelig positivt på rekrutteringsarbeidet lokalt og på antall innmeldte grupper. Flere av veilederne som hadde lyktes med rekruttering beskrev at når de ikke fremstilte ventelistemuligheten som et problem, men som en del av pakken og med et fastsatt tidsmessig løp både i tilfelle trekning til kontroll og intervensjon, virket det som om foreldre i mindre grad så på det som et problem. For å motvirke at deltakerne ønsket å trekke seg dersom de ble kontroll, ble betydningen av kontrollgruppen understreket i opplæringen.

Mange veiledere ønsket sterkt å delta med gruppe i studien, men ble begrenset av ulike forhold knyttet til arbeidssituasjonen. En stor andel veiledere ga tilbakemelding om at de ikke fikk tillatelse, tidskompensasjon eller finansiering til å drive ICDP-grupper, og at de manglet lederstøtte for å prioritere å tilby ICDP til tross for eget ønske om å drive gruppe. For å imøtekomme dette utviklet FHI og Bufdir to skriv som ble sendt ut til kommunale ledere med oppfordring om deltagelse i ICDP-studien, samt dialog med kontaktpersonene i kommunene om mulige måter å gjennomføre deltagelse på.

En annen utfordring som ble utslagsgivende, var kommunesammenslåingene som påvirket en rekke kommuner i Norge rundt 2019 og 2020. En stor andel av de aktuelle veilederne som ønsket å delta fikk tilbakemelding om å legge gjennomføringen av tiltak som ICDP-grupper på vent i overgangsfasen fra én kommune til en annen.

En siste kompliserende faktor var utbruddet av covid-19, som påvirket det siste halve året av rekrutteringen og gjennomføringen av studiens pågående grupper. Det gjorde også at eksisterende grupper måtte holdes på vent. Muligheten for å avholde grupper digitalt ble tatt opp og diskutert, men samtlige av de innmeldte eller aktuelle gruppene konkluderte med at digital gjennomføring av en ICDP-gruppe ikke ville fungere.

I tillegg ble det gitt intensiver for deltagelse, og rekrutteringsperioden ble forlenget.

2.2.3 Insentiver for deltagelse

De fleste studier mister deltakere underveis i datainnsamlingen. Noen deltakere kan trekke seg, bli syke, eller forsvinne ut av studien av andre årsaker. I RCT-studier er det alltid en fare for å miste deltakere underveis i studien. Høyt frafall kan føre til utvalgsskjevhet som igjen kan påvirke resultatene. Det ble tilbudt insentiver for deltakelse gjennom hele prosjektperioden, likt for intervensjonsgruppen og kontrollgruppen (inkludert også for omsorgspersonene). Alle studiedeltakere som ble meldt inn i studien til og med desember 2018 ble med i trekningen av fem iPad-er, hver av dem med en verdi på kr. 4310 NOK. I januar 2019 ble det i samråd med Bufdir og ICDP-prosjektgruppen på FHI avgjort at insentivene i studien skulle økes, gjennom å gi universalgavekort til både foreldre og veiledere som deltok i studien. Som det fremkommer av figur 5 under, gikk rekrutteringen av veiledningsgrupper til studien frem til da langsomt. Dette til tross for et svært omfattende rekrutteringsarbeid fra de prosjektansatte ved FHI og innsatsen fra Bufdir. Summen av rekrutteringshindrene beskrevet over var bakgrunnen for at Bufdir gikk med på å forlenge rekrutteringsperioden i to omganger, og øke insentivene for deltagelse i studien. Formålet med de økte insentivene var i tillegg til å sette fart på rekrutteringen å motvirke frafallet fra studien, samt å «kompensere» for veiledernes arbeid med rekruttering og deltagelse i studien. Det at spørreskjemaene var estimert til å ta hele 30 minutter per skjema hadde de som jobbet på prosjektet inntrykk av at bidro til noe frafall både i forkant og underveis i studien.

Samtlige grupper som ble innmeldt i studien etter januar 2019 gikk da under den nye insentivordningen, hvor veilederne mottok et universalgavekort på en verdi av 1000 NOK hver etter gjennomført gruppeveiledning (t2), og deltakerne (inkludert omsorgspersonene) mottok et universalgavekort til en verdi av 500 kroner hver for hvert utfylte spørreskjema. Deltakere som besvarte alle tre skjemaene fikk med andre ord til sammen gavekort på NOK 1500, og en familie kunne til sammen få universalgavekort på 3000 dersom begge foreldrene deltok i studien og svarte på alle tre skjema.

I tillegg tok de prosjektansatte på FHI en rekke ytterligere grep for å intensivere arbeidet med rekruttering og formidling til veilederne. Kombinasjonen av de overnevnte tiltakene gjorde altså at rekrutteringen til studien endelig økte, og at vi fikk tilstrekkelig deltakere ved utgangen av studiens datainnsamlingsperiode.

2.3 Utvalg og datainnsamling

Studiedeltakerne består av foreldre i Norge som har meldt seg på Program for foreldreveiledning i standardversjonen av ICDP, som har samtykket til deltakelse i studien og har fylt ut spørreskjema. Det ble sendt søknad til regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (ref. Nr. 2016/1455). REK-Sør-øst-D konkluderte med at studien falt utenfor REKs mandat etter helseforskningsloven, og at det er institusjonens ansvar at studien gjennomføres på en forsvarlig måte. Norsk senter for forskningsdata (NSD) og personvernombudet ved FHI har godkjent studien.

Det var totalt 590 foreldre og 494 barn som ble randomisert til kontroll- eller intervensjonsgruppe, og som svarte på minst ett av spørreskjemaene.

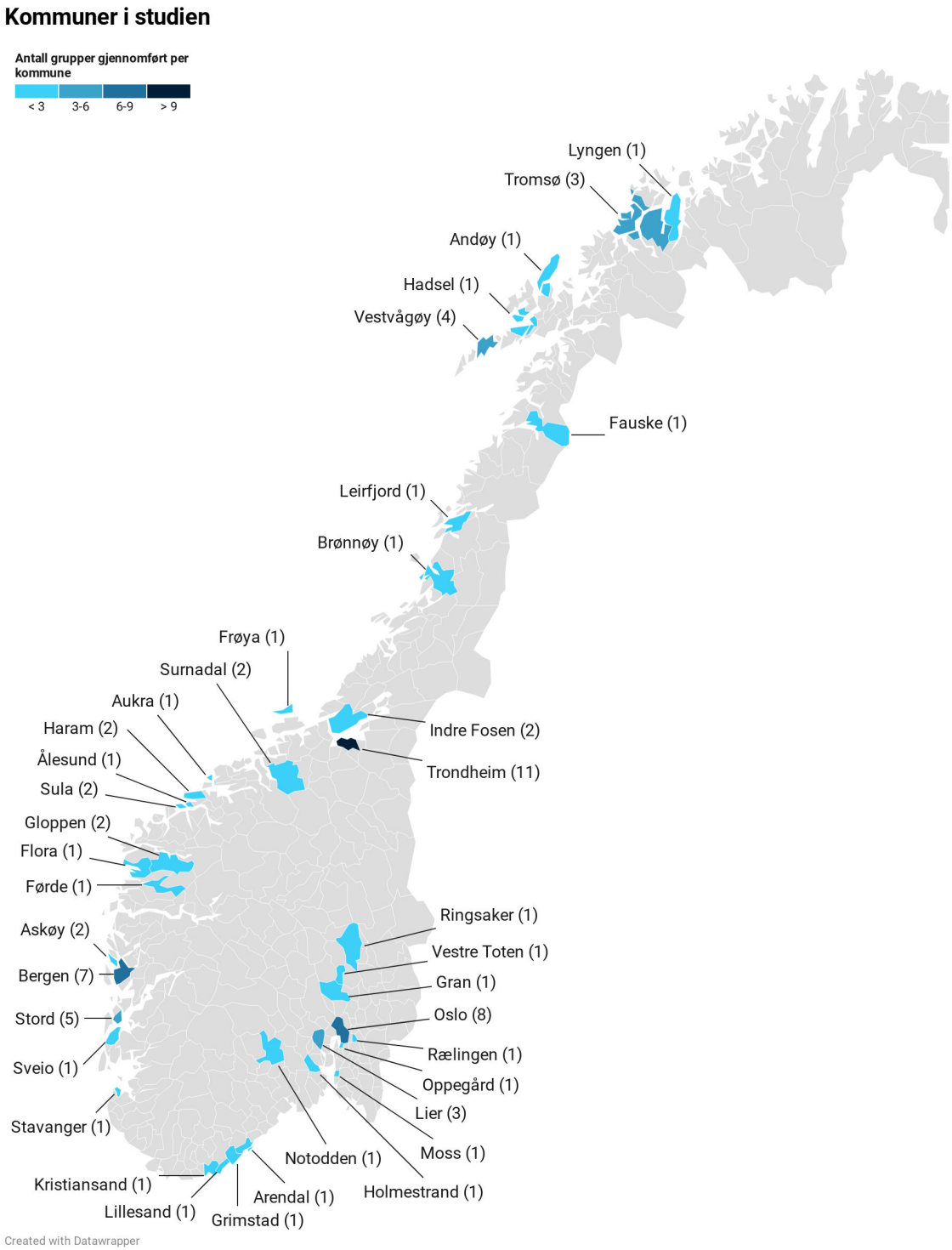
Studiedeltakerne ble tilfeldig trukket i to grupper:
1) Studiens intervensjonsgruppe, n =292 foreldre som hadde meldt seg på for å få ICDP-veiledning, hvor deres gruppe ble trukket til å gjennomføre ICDP-tiltaket umiddelbart. Deltakerne i intervensjonsgruppen mottok dermed ICDP-intervensjonen.
2) Studiens kontrollgruppe, n =298 foreldre som hadde meldt seg på for å delta i en ICDP-gruppe, men gruppen ble trukket til å vente med oppstart til etter studien. Kontrollgruppene var altså såkalte ventelistegrupper som ikke mottok ICDP-intervensjonen innen rammene for studien.

Studiens "omsorgspersoner" er foreldre som ikke selv deltok i ICDP-gruppe (og eller ikke hadde intensjon om å delta i gruppe), men som svarte på spørreskjema i kraft av å dele barn med en forelder som var med i studien. Omsorgspersonene svarte på de samme spørreskjemaene som deltakerne, med utgangspunkt i det samme barnet, men omsorgspersonene deltok ikke på veiledningsmøtene. Omsorgspersonene inngår ikke i hovedanalysene i denne rapporten ettersom gruppen ble for liten, men de er inkludert i en tilleggssanalyse vedlagt i Appendiks 6. Analysene viser samme mønster som i hovedanalysen.

Deltakerne i ICDP-studien ble primært rekruttert av veiledere som jobbet i barnehager og på helsestasjoner, men noen få ble også rekruttert fra, skole, flyktningtjenesten, krisesenter og i barnevernstjenesten. Størrelsen på gruppene varierte fra fem til elleve deltakere. Det var 78 grupper som ble ledet av to veiledere, tre grupper ble ledet av tre veiledere, mens det var en gruppe som ble ledet av én veileder og en gruppe som ble ledet av fire veiledere.

83 veiledningsgrupper ble innmeldt i perioden 1. januar 2017 til 5. oktober 2020, men to av disse gruppene trakk seg før randomisering. Det vil si at det var 81 grupper som ble inkludert i analysen. ICDP-gruppene ble rekruttert over hele landet. Figur 4 viser oversikt over veiledningsgruppene fordelt på kommune. Deltakerne i gruppene som deltok i studien ble rekruttert av sertifiserte ICDP-veiledere som hadde deltatt på oppfriskningssamling i regi av Bufdir og FHI. Det var de samme veilederne som gjennomførte ICDP-intervensjonen.

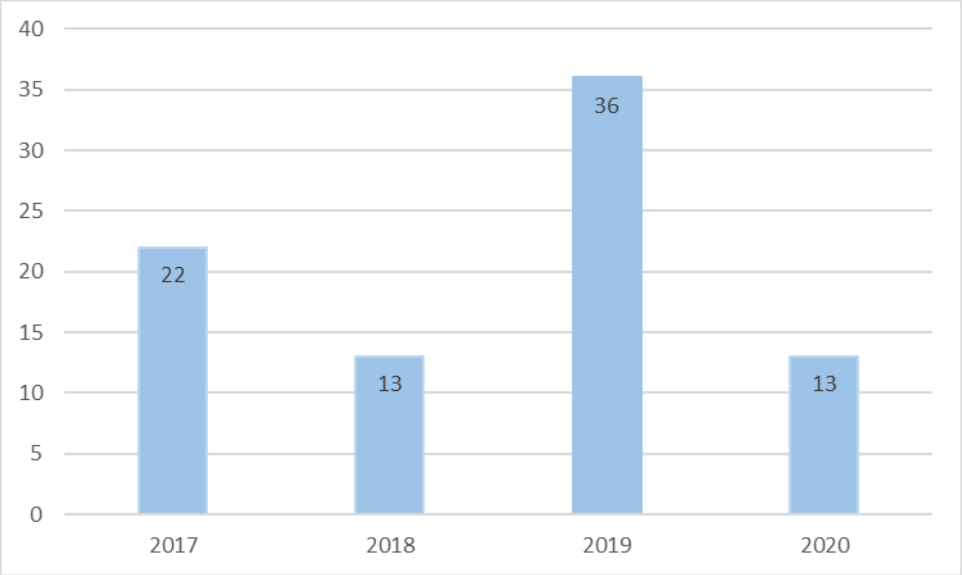
Figur 4: ICDP-veiledningsgrupper etter kommune



Figur 4 viser at det er stor spredning i hvor veiledningsgruppene som deltok i studien kom fra, fra sør til nord og øst til vest i landet. Antall veiledningsgrupper per kommune i undersøkelsesperioden varierte fra én til elleve, se antall grupper i parentes etter kommunenavn i figuren. Det var totalt 38 kommuner som deltok med gruppe/grupper i studien.

Figur 5 viser oversikt over antall veiledningsgrupper over tid. Figuren viser at antall innmeldte grupper steg etter innføring av honorarer i januar 2019. Nedgangen i innmeldte grupper våren 2020 var relatert til Covid-19 restriksjoner, se utfyllende beskrivelse av rekrutteringsprosessen i kapittel 2.2.

Figur 5: Antall innmeldte veiledningsgrupper i perioden 1. januar 2017 til 5. oktober 2020



Note: tallene for 2020 gjelder tidsperioden 1. januar til 5. oktober 2020

Når veilederne hadde rekruttert nok deltakere til en veiledningsgruppe, ble gruppen meldt inn til FHI, og veilederne registrerte deltakerne i en elektronisk dataportal utviklet og driftet av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Dataportalen ble brukt for administrasjon, datainnsamling og randomisering. NSDs portal sikret sikker og effektiv lagring og behandling av data, og gjorde det mulig å koble sammen informasjon om deltakerne og barna, informasjon om gruppetilhørighet og informasjon fra gruppeveilederne.

Deltakerne fikk tilsendt elektroniske spørreskjemaer på tre tidspunkt:

1. Før oppstart av intervensjonen (t1)
2. Rett etter fullført intervensjon (ti uker etter t1 for kontrollgruppen) (t2)
3. Seks måneder etter at det første spørreskjema ble tilsendt (t3.[14])

I forkant av datainnsamlingen ble spørreskjemaet pilotert på en gruppe foreldre. Det tok om lag 30 minutter å svare på skjemaet. Etter at deltakerne ble registrert i portalen, fikk hver deltaker tilsendt en e-post med lenke til det første spørreskjemaet (t1). 14 dager etter at det første spørreskjemaet var tilsendt foreldrene, ble gruppene trukket automatisk og tilfeldig til henholdsvis kontroll- eller intervensjonsgruppe. Stratifiseringen av deltakergruppene ble også gjort automatisk og på bakgrunn av to variabler: grad av erfaring hos veileder/veilederne (mye-lite), og kommunestørrelse (stor-liten). Gruppene ble på denne måten inndelt i fire strata. Stratifiseringen ble gjennomført for å sikre at

[14] 63 foreldre mottok t3-skjemaet på papir fordi NSD websurvey ikke lenger var en tilgengelig tjeneste fra februar 2021. Det var 51 foreldre som svarte på t3 papirskjemaet

intervensjons- og kontrollgruppen ble mest mulig sammenlignbare på de to nevnte variablene.

Veilederne fylte ut et elektronisk spørreskjema når de meldte inn gruppe i studien. I tillegg fylte de ut et skjema om veiledningsforløpet etter hvert gjennomførte gruppemøte (åtte totalt). Veilederne ble bedt om å oppgi egen erfaring, og den veilederen med lengst veiledererfaringen ble registrert.

Etter trekning startet gruppene som ble trukket til intervensjonsgruppe opp med ICDP-veiledningen. Veilederen/arbeidsplassen som meldte inn gruppe som ble trukket til kontroll, forpliktet seg til å tilby ICDP-foreldreveiledning til gruppene etter at t3 var gjennomført. Det var opp til den enkelte forelder å velge om de da ønsket å delta i ICDP-gruppen de ble tilbudt.

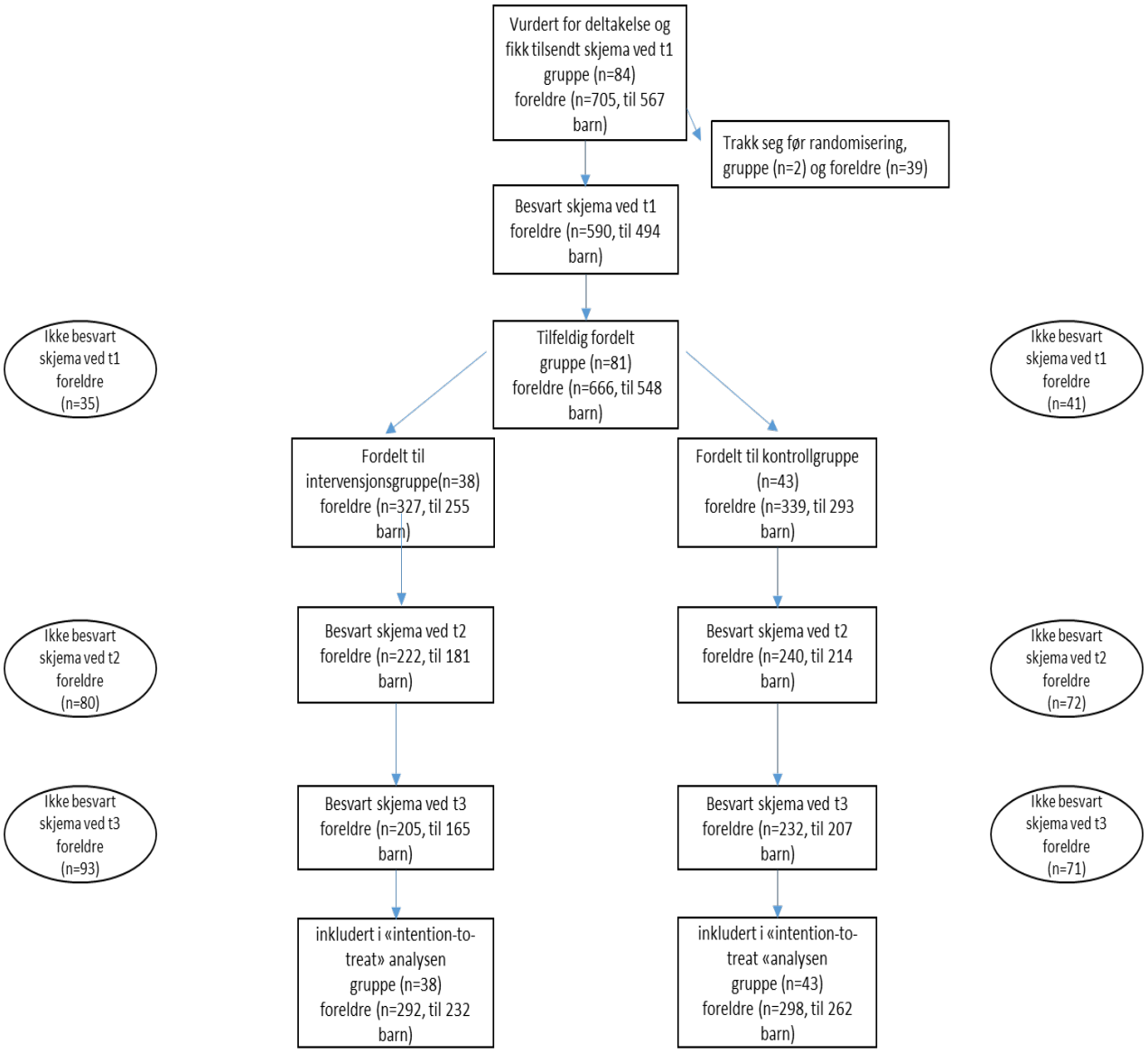
For å motvirke frafall, fikk de deltakerne som ikke svarte innen en frist tilsendt to påminnelser på epost fra NSD, deretter ble de oppringt eller kontaktet per SMS fra FHI for hvert ubesvarte spørreskjema.

Figur 6 viser flytdiagram over deltakerne i ICDP-studien. Det var totalt 84 grupper, 705 foreldre (n = 567 barn) som fikk tilsendt spørreskjema ved t1 og 590 foreldre (n = 494 barn) som besvarte skjema. Tre av gruppene som fikk tilsendt t1, trakk seg før randomisering (n = 39 foreldre). Det var totalt 81 grupper og 666 foreldre (n = 548 barn) som ble randomisert til henholdsvis kontrollgruppen (n = 339 foreldre) og intervensjonsgruppen (n = 327 foreldre). Av disse var det 80 foreldre som ikke besvarte skjema i intervensjonsgruppen og 72 foreldre som ikke besvarte skjema i kontrollgruppen ved t2, tilsvarende tall for t3 var 93 i intervensjonsgruppen og 71 i kontrollgruppen.

Det var 81 grupper, og 590 foreldre (n = 494 barn) som ble inkludert i «intention-to-treat, ITT- analysen». Dette innebærer at alle deltakerne som hadde en intensjon om å delta i studien og som hadde svart på minst ett spørreskjema var med i analysen. Svarprosenten i studien for deltakerne var 89 % ved t1, 74 % ved t2 og 69 % ved t3 i intervensjonsgruppen. Tilsvarende tall for kontrollgruppen var 88 ,77 og 77 %.[15].

[15] Samlet svarprosent i studien var 89 % ved t1, 75 % ved t2 og 73 % ved t3.

Figur 6: Flytdiagram over deltakerne i ICDP-studien



Note: t (måletidspunkt) 1 = før oppstart av grupper, t2: etter avsluttet ICDP-gruppe (for kontrollgruppe etter 10 uker), t3 = seks måneder etter at det første skjemaet ble tilsendt

2.4 Primær- og sekundærutfall

For å kunne besvare problemstillingene 1) Fører ICDP til en positiv endring i rollen som foreldre?, 2) Kan ICDP styrke relasjonen mellom foreldre og barn? og 3) Kan ICDP bidra til å bedre barns emosjonelle vansker og sosiale fungering?, analyserer vi effekten av ICDP på tre primærutfall og fire sekundærutfall[16]:

Primærutfall

- Positiv involvering med barnet, målt med «Alabama Parenting Questionnaire» (APQ)
- Trygghet i foreldrerollen, målt med «Tool to measure Parenting Self Efficacy» (TOPSE)
- Foreldrenes holdninger og væremåte, målt med «Coping with Toddlers' Negative Emotions Scale» (CTNES) og «Coping with Childrens' Negative Emotions Scale (CCNES)»

Primærutfallsmålene ansees som de viktigste utfallsmålene i studien ettersom ICDP først og fremst er ment å virke på foreldrene. Vi har også undersøkt effekten av ICDP på foreldre-barn relasjonen og på barna gjennom sekundærutfallsmålene.

Sekundærutfall

- Forholdet mellom foreldre og barn, målt med «Child-Parent Relationship Scale (CPRS)»
- Barnets emosjonelle vansker og sosiale fungering, målt med «Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)
- Foreldreatferd, målt med «Parenting Problem Checklist (PPC)»
- Barnets trivsel og helserelatert livskvalitet, målt med «Health-Related Quality of Life in children and adolescents» (KINDL)

Vi måler korttidseffekter ved å se på endring i primærutfall og sekundærutfall fra t1 til t2. Langtidseffektene blir studert ved å sammenligne endring fra t1 til t3. I det følgende presenterer vi de valgte instrumentene benyttet i ICDP-studien, med en kort forklaring av hvert instrument. For oversikt over enkeltspørsmål som inngår i primær- og sekundærutfallene, se spørreskjema til foreldrene i Appendiks 7.

Positiv involvering med barnet

Det første primære utfallsmålet var endring i «positiv involvering med barnet». Vi benyttet «Alabama Parenting Questionnaire» (APQ). APQ er en skala med 42 spørsmål utviklet av Frick (64) for å vurdere foreldrepraksis og foreldrekompetanse. Hvert spørsmål kan skåres på en fempunkts Likert-skala fra «aldri» (1) til «alltid» (5). APQ måler fem dimensjoner av foreldreskap. I ICDP-studien benyttet vi kun én av dimensjonene, nærmere bestemt «positiv involvering med barnet», som består av seks spørsmål. Høy skåre på denne dimensjonen indikerer at foreldrepraksisen er preget av positiv involvering med barnet. Vi bruker den samme oversettelsen av spørsmålene som er benyttet i femårs skjema i Mor, far og barn-studien (MoBa) (65). APQ er et reliabelt og valid instrument med gode psykometriske egenskaper (66-68). Intern konsistens på delskalaen «positiv involvering med barnet» basert på ICDP-dataene fra første måletidspunkt (t1) var tilfredsstillende, alfa [17] = 0,81 ved t1 (se Tabell 3).

[17] Alfa over 0,7 anses som akseptabel (69).

Trygghet i foreldrerollen

Det andre primære utfallsmålet for studien var endring i foreldrenes «Self Efficacy» som på norsk kan oversettes til «mestringstro» eller «mestringsforventning». I studien benyttes skjemaet «Tool to measure Parenting Self Efficacy (TOPSE)». TOPSE er utviklet som et verktøy for å måle foreldres mestringstro (70). Skjemaet ble utviklet i Storbritannia på bakgrunn av at helsesykepleiere så behovet for et pålitelig og gyldig instrument for å vurdere resultater av deres arbeid med foreldre og barn. Instrumentet brukes også i mange andre land for å evaluere en rekke foreldreprogrammer og intervensjoner, og er et reliabelt og valid instrument (70-73). TOPSE består av 48 utsagn om foreldrenes mestringstro som adresserer åtte domener for foreldreskap: 1) følelser og hengivenhet, 2) lek og glede, 3) empati og forståelse, 4) kontroll, 5) disiplin og grensesetting, 6) press, 7) selvaksept, og 8) kunnskap og læring. Det er igjen åtte uttalelser om mestringstro for hvert domene, og foreldrene indikerer hvor mye de er enige i hver uttalelse ved å svare på en Likert-skala fra 0-10 der 0 tilsvarer å være helt uenig og 10 tilsvarer å være helt enig. Topse-totalskåre som benyttes i analysen i denne rapporten ble kalkulert ved å summere alle de 48 spørsmålene. Høy skåre indikerer at foreldrene har høy mestringstro. Skjemaet ble oversatt til norsk av Gun-Mette Røsand og Leila Torgersen og tilbakeoversatt av Laura A. Evensen. Sally Kendall har mottatt norsk oversettelse og godkjent bruk av TOPSE i spørreskjemaene i ICDP-studien. Skalaen har tilfredsstillende validitet og relabilitet (70). Intern konsistens basert på ICDP-dataene var høy, alfa = 0,95 ved t1 (se Tabell 3).

Foreldrenes holdninger og væremåte

Det tredje primære utfallsmålet for studien var endring i foreldrenes holdninger og væremåte, og er relatert til foreldres bevissthet og sensitivitet for barnets tilstand og behov. I ICDP-studien benyttes skjemaene «Coping with Toddlers' Negative Emotions Scale» (CTNES) (74) for foreldre med førskolebarn, og «Coping with Childrens' Negative Emotions Scale (CCNES)» (75) for foreldre med skolebarn. Skjemaene består av tolv ulike situasjoner og følelser barnet kan vise, og seks ulike mulige reaksjoner fra foreldrene hvor skåren er fra 1 (svært usannsynlig) til 7 (svært sannsynlig) for at man vil reagere på disse måtene i ulike gitte situasjoner. Med utgangspunkt i de tolv situasjonen er det laget seks delskalaer som måler foreldrenes holdninger og væremåte overfor barnet: 1) problemfokusert (hjelper barnet å løse problemet det står overfor), 2) følelsesfokusert (hjelper barnet så det føler seg bedre), 3) uttrykksoppmuntring (aktivt oppmuntrer barnet til å vise negative følelser), 4) straff (benytter verbal eller fysisk avstraffelse), 5) minimering (devaluerer barnets negative følelser/problemer) og 6) bekymring (blir urolig av barnets negative følelser). Skalaen har vist å ha tilfredsstillende validitet og relabilitet (76). I ICDP-studien har vi benyttet fem av de tolv situasjonen i fullskalaen fra CCNES-skjemaet. De fire første er de samme som er benyttet i MoBa («Oppfølging av 5-årsskjema») (77). Vi har i tillegg benyttet situasjon nummer 5 fra fullskalaen, som er oversatt fra engelsk til norsk og tilbakeoversatt. Det finnes ulike måter å kombinere skalaer, og tidligere studier har benyttet inndelingen «støttende» versus en «ikke-støttende reaksjoner/foreldrestil» (78, 79). I ICDP-studien har vi summert delskalaene for «straff» og «minimering» (devaluering) av barnets negative følelser for å måle en «ikke støttende foreldrestil» (skalaen består av 10 spørsmål), og «uttrykksoppmuntring» og «problemløsning» for å måle en «støttende foreldrestil» (skalaen består av 10 spørsmål) tilsvarende inndeling er gjort i tidligere studier (79).

CTNES-skjemaet som er brukt i ICDP-studien er ikke tidligere oversatt til norsk, og ble oversatt til norsk av Gun-Mette B. Røsand og Leila Torgersen og tilbakeoversatt av Laura A. Evensen. Intern konsistens basert på ICDP-dataene var akseptabel, alfa = 0,71 for «straff

og minimering» og 0,77 for ««uttrykksoppmuntring og problemløsning» ved t1 (se tabell 3).

Foreldreatferd

Det første sekundære utfallsmålet for studien var endring i foreldreatferd målt med «Parenting Problem Checklist (PPC)» (80). PPC måler konflikt mellom foreldrene vedrørende barneoppdragelse. PPC er opprinnelig et spørreskjema med 16 spørsmål hvor foreldrene svarer på en Likert-skala fra 0-5 der 0 tilsvarer nesten aldri og 5 tilsvarer nesten alltid. Høy skåre på PPC skalaen indikerer at foreldrene er mye uenig i barneoppdragelsen. Skjemaet er oversatt til norsk til bruk i Trivsel og OPPvekst-studien (TOPP), en befolkningsbasert kohortstudie på Østlandet (81). I ICDP-spørreskjemaet har vi benyttet de samme seks spørsmålene som ble benyttet i TOPPs sjette og sjuende datainnsamling (TOPP T6 og T7). PPC er vist å være et reliabelt og valid instrument for å måle foreldrekonflikt (82). Intern konsistens basert på ICDP-dataene var høy, alfa = 0,89 ved t1 (se Tabell 3).

Forholdet mellom forelder og barn

Det andre sekundære utfallsmålet for studien var endring i foreldrenes syn på forholdet til barnet sitt, målt med «Child-Parent Relationship Scale (CPRS)». Instrumentet er utviklet ved University of Virginia's Curry School of Education and Human Development av Dr. Robert Pianta, Ph. d. (83). Instrumentet måler foreldre-barn-relasjon, og det finnes både en lang versjon (30 spørsmål) og en kort versjon (15 spørsmål). Resultatene presentert i denne rapporten er basert på den korte versjonen. Foreldrene svarte på en Likert-skala fra 1-5 der 1 tilsvarer «stemmer ikke» og 5 tilsvarer «stemmer alltid». En høy skåre på skalaen indikerer en negativ foreldre-barn-relasjon, mens en lav skåre indikerer et positivt forhold. Med utgangspunkt i de 15 spørsmålene kan det konstrueres to delskalaer: «konflikt» og «nærhet». Delskalaen «konflikt» består av åtte spørsmål, som måler i hvilken grad foreldrene føler at deres forhold til barnet er preget av negativitet. Gjennom sju spørsmål måler delskalaen «nærhet» i hvilken grad foreldrene føler at deres forhold til barnet er karakterisert av varme, kjærlighet og åpen kommunikasjon. De to skalaene måler distinkte domener for foreldre-barn-relasjonen, og det er vist svak korrelasjon (r = 0.16) mellom de to domenene (84). Instrumentet er utviklet for foreldre som har barn i alderen tre til tolv år. Tidligere studier har vist at skalaen har tilfredsstillende validitet og relabilitet (85). Intern konsistens basert på ICDP-dataene var tilfredsstillende, alfa = 0,83 for «nærhet» og «konflikt» ved t1 (se tabell 3).

Barnets emosjonelle vansker og sosiale fungering

Det tredje sekundære utfallsmålet for studien var foreldrenes syn på endring i barnets emosjonelle vansker og sosiale fungering, målt ved «Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)». SDQ ble først utviklet av Robert Goodman (86) og har vist tilfredsstillende reliabilitet og validitet (87). I 1999 kom de norske versjonene, basert på en oversettelse og tilbakeoversettelse ved Einar Heiervang og kolleger (88). SDQ er et skjema som skal kartlegge psykisk helse, vennerelasjoner og prososial atferd hos barn og unge. SDQ har en foreldre-, lærer- og ungdomsversjon. I ICDP-studien har vi benyttet foreldreversjonen. Foreldreversjonen (SDQ-P) har 25 spørsmål fordelt på fem delskalaer hvor foreldrene svarer på en trepunkts Likert-skala fra 1-3, der 1 tilsvarer «stemmer ikke» og 3 tilsvarer «stemmer helt». Spørreskjemaet dekker følgende fem temaområder: emosjonelle symptomer (5 spørsmål), atferdsproblemer (5 spørsmål), hyperaktivitet/oppmerksomhetsproblemer (5 spørsmål), problemer i relasjon til venner

(5 spørsmål), og prososial atferd (5 spørsmål). Summen av de fire første subskalaene utgjør SDQ-totalskåre. SDQ er brukt i svært mange studier både internasjonalt og i Norge. I Norge er instrumentet benyttet i flere epidemiologiske studier (89) samt i MoBa (65). Kornør og Heyerdahl (88) har undersøkt måleegenskapene til den norske versjonen av SDQ-P. De finner at SDQ-P har tilfredsstillende begrepsvaliditet, men tre av skalaene har vist utilfredsstillende indre konsistens (emosjonelle symptomer, atferdsproblemer og problemer med venner) (88). Det finnes ulike måter å kombinere skalaen på, og man kan for eksempel summere skala for emosjonelle problemer og venneproblemer til en internaliserende skåre, og skala for atferdsproblemer og hyperaktivitet- og oppmerksomhetsproblemer til en eksternaliserende skåre (90). I ICDP-studien har vi benyttet en skåre for internaliserende vansker og en skåre for eksternalisernde vansker (90) i tillegg til en skåre for prososial atferd. Intern konsistens basert på ICDP-dataene var akseptabel alfa = 0,73 for «internaliserende vansker» og 0,74 for «eksternaliserende vansker» og 0,71 for «prososial atferd» ved t1 (se tabell 3).

Barnets trivsel og helserelatert livskvalitet

Det fjerde sekundære utfallsmålet for studien var barnets trivsel og helserelatert livskvalitet målt ved «Health-Related Quality of Life in children and adolescents» (KINDL). Den opprinnelige versjonen av KINDL ble utviklet i 1994 av Ulrike Ravens-Sieberer og Monika Bullinger i 1994, og videreutviklet til KINDLR i 1998 (91). Sølvi Helseth og Thomas Jozefiak står bak den norske oversettelsen (92). Instrumentet måler helserelatert livskvalitet, og målgruppen er barn i førskole- og skolealder, samt ungdom. KINDLR foreligger i fire versjoner tilpasset alder og informant. I ICDP-studien har vi benyttet de norske versjonene av foreldreskjema 3-6 år (førskolebarn) og 7-17 år (skolebarn). Foreldrene svarer på en Likert-skala fra 1-5, der 1 tilsvarer «aldri» og 5 tilsvarer «alltid». Foreldreversjonen for førskolebarn omfatter tolv spørsmål der en totalskåre kan beregnes. For foreldreversjonen for skolebarn har instrumentet seks delskalaer med fire spørsmål i hvert domene: 1) skole, 2) familie, 3) venner, 4) fysisk velvære, 5) psykisk velvære, og 6) selvverdi. For hver delskala (domene) beregnes det en sumskåre. Med utgangspunkt i de 24 spørsmålene kan det beregnes en total livskvalitetsskåre, der en skåre på 100 betyr «optimal livskvalitet». Det er vist god reliabilitet for hovedskalaene og for de fleste subskalaene, med unntak av noen subskalaer i aldersgruppen 10-11-åringer. KINDL har lovende kriterievaliditet og representerer et lovende livskvalitetsinstrument for barn og ungdom i Norge, men det anbefales å bruke totalskalaene i både foreldre-, barne- og ungdomsversjonene fremfor subskalaene (93). Intern konsistens på totalskalen basert på ICDP-dataene var tilfredsstillende, alfa = 0,89 ved t1.

Tabell 3: Cronbach's alfakoeffisienter for primær- og sekundærutfall, målt ved t1

Skala	n	Alfa	Antall spørsmål
Primærutfallsmål			
***APQ**- positiv involvering*	554	*0,81*	*6*
***TOPSE**- totalskåre*	492	*0,95*	*48*
CCNES/CTNES			
-ikke støttende foreldrestil (straff og minimering)	530	0,71	10
-støttende foreldrestil (uttrykksoppmuntring og problemløsning)	538	0,77	10
Sekundærutfallsmål			
PPC	517	0,89	6
CPRC			
-nærhet	542	0,83	7
-konflikt	543	0,83	8
SDQ			
-internaliserende	542	0,73	10
-eksternaliserende	541	0,74	10
-prososial atferd	548	0,71	5
***KINDL**- totalskåre*	470	0,89	24

Tabell 3 viser oversikt over Cronbachs alfakoeffisienter for primær- og sekundærutfall målt ved t1. Cronbachs alfa er et mål på reliabilitet når en har et sett av spørsmål som er ment å måle ett og samme underliggende begrep. Jo flere spørsmål en indeks er basert på, desto større blir alfa. Alfa måler graden av indre konsistens på de ulike enkeltspørsmålene i måleinstrumentet. Ved liten eller ingen korrelasjon mellom leddene som inngår, vil alfa-verdien gå mot 0, når korrelasjonene mellom leddene er høye, vil alfa gå mot 1 (94). Alfa over 0,7 anses som akseptabel (69).

2.5 Andre mål kartlagt i studien

I tillegg til primær- og sekundærutfall samlet vi også data om foreldrenes symptomer på angst og depresjon målt med en kortversjon av Hopkins Symptom Checklist (SCL-5).

Hopkins Symptom Checklist (SCL-5)

Hopkins Symptom Checklist 5 (SCL-5) måler symptomer på angst og depresjon hos voksne. Hopkins Symptom Checklist finnes også i 25- og 10-spørsmålsversjon. Spørsmålene skåres på en skala fra 1 til 4, og det regnes ut en gjennomsnittsskåre, der 1 betyr ikke plaget og 4 betyr veldig mye plaget. Strand med kollegaer har sammenlignet ulike versjoner av SCL i et norsk utvalg (95). Studien konkluderer med at kortversjonen av SCL med 5 spørsmål fungerer nesten like bra som fullversjonen på 25 spørsmål. For norsk versjon av SCL-5 har det blitt anslått at de som får en gjennomsnittsverdi på 2.0 eller høyere har betydelige psykiske plager (95). SCL-5 er oversatt til norsk, og benyttet blant annet i MoBa. Intern konsistens basert på ICDP-dataene var tilfredsstillende, alfa = 0,88.

Andre variabler

Studiens spørreskjema innhentet også demografisk informasjon om deltakernes alder, kjønn, utdanning, fødeland, sysselsettingsstatus og økonomiske situasjon (se Appendiks 7). I tillegg ble det stilt spørsmål om tilknytning til barnet, om barnet hadde begynt på skolen, familie og nettverk, stress og belastninger, konflikter med barnet, samarbeid om barnet, barneoppdragelse samt vansker hos barnet. Til slutt ble det stilt spørsmål knyttet til ICDP-tilbudet.

Vi samlet også inn spørreskjemadata fra veilederne. Veilederne svarte på et spørreskjema før trekning (Appendiks 8) med spørsmål om kjønn, alder, fagbakgrunn og utdannelse, antall veiledere som ledet gruppen, hvorvidt de var sertifiserte ICDP-veiledere samt når de ble sertifisert, antall grupper den mest erfarne har veiledet tidligere, om de har vært på oppfriskningssamling og hvor de har rekruttert deltakere fra. Veilederne svarte også på spørsmål om selve veiledningsprosessen (Appendiks 3), om de hadde gjennomgått alle temaene fra ICDP-håndboken på veiledningsmøtene, og om hvor fornøyd de var med gjennomføringen av ICDP-veiledningen.

2.6 Statistisk validitet og styrkeberegning

Statistisk validitet sier noe om det er en reell sammenheng mellom årsak (intervensjon) og virkning (effekt). I denne studien undersøkte vi om ICDP har en effekt på de utvalgte utfallsvariablene beskrevet i kapittel 2.4. Et resultat kan sies å være statistisk valid dersom resultatet ikke skyldes tilfeldige eller systematiske feil i dataene, og dersom utvalget er representativt for populasjonen. Noe som kan true en studies statistiske validitet er at utvalget er for lite. Jo flere deltakere som inngår i en studie, desto mindre vil den statistiske usikkerheten i resultatene være. Det er derfor viktig at det er nok enheter/deltakere med i studien. Hvis man har for få deltakere med i studien, er det en risiko for at man ikke oppdager sammenhenger og/eller effekter som faktisk er der (96).

I ICDP-studien benyttet vi et såkalt «klynge-randomisert» design. Deltakerne i en klynge (som i ICDP-studien er veiledningsgrupper) har større sannsynlighet for å få lignende resultater enn et tilfeldig utvalg av individer fra samme populasjon. Deltakerne i en veiledningsgruppe påvirker hverandre og er korrelert seg imellom. Dette innebærer at i tillegg til å ta hensyn til antall individer må vi også ta hensyn til antall klynger (veiledningsgrupper) og den indre korrelasjonen i disse klyngene (61). Dette betyr at det stilles enda høyere krav til utvalgsstørrelsen med et klynge-randomisert design. Det vanligste målet på graden av korrelasjon mellom deltakerne i en klynge er «intraklassekorrelasjonen». Hvis man analyserer en klynge-randomisert studie uten å ta hensyn til intraklasse-korrelasjonen, vil dette kunne gi et falsk lavt estimat på variansen som igjen vil påvirke den statistiske styrken (62).

I ICDP-studien ble det gjort en styrkeberegning, som vil si at vi regnet ut på forhånd hvor mange deltakere det måtte være i intervensjonsgruppen og kontrollgruppen for å få nok statistisk styrke. Vi benyttet «MacLennan's Sample Size calculator for cluster randomised trials» (Campbell et.al, 2004) for styrkeberegninger og la inn følgende informasjon: effektstørrelse ≥ 0.3, intraklasse korrelasjons koeffisient (ICC) = 0.03, klyngestørrelse = 5, $P < 0.05$, og power = 0.80. Med utgangspunkt i denne beregningen fant vi at vi trengte 78 klynger (veiledningsgrupper) for å oppdage effektstørrelser ≥ 0.3 med 80% sannsynlighet. Utfra at det er i gjennomsnitt 5 deltakere i hver klynge, viste våre beregninger at vi trengte (78 x 5) = 390 barn, det vil si 195 deltakere i intervensjonsgruppe og 195 deltakere i

kontrollgruppe. Utvalget i ICDP-studien var 590 foreldre og 494 barn som ble inkludert i hovedanalysen.

2.7 Statistisk analysemetode

ICDP-studien er registrert i Clinical Trials (nr: NCT03040895). Data ble analysert etter behandlingsintensjon (intention-to-treat, ITT) (97). Dette innebærer at alle deltakerne inkluderes i analysen for den gruppen de ble randomisert til, uavhengig av om de faktisk deltok eller fullførte intervensjonen. Denne analysen gir et konservativt estimat av effekten av intervensjonen fordi man inkluderer også foreldre som har droppet ut av ICDP-veiledningen. Det kan argumenteres for at denne fremgangsmåten gir et mer virkelighetsnært bilde av effekten av en intervensjon, ettersom denne analysen tar hensyn til at det er naturlig at noen deltakere dropper ut av intervensjonen underveis (98).

Vi gjennomførte i tillegg en analyse hvor vi inkluderte kun de deltakerne som hadde møtt på minst fire av åtte gruppemøter (deltatt på ≥ 4 møter). Vi valgte denne avgrensningen ettersom vi da ville ha deltakere som hadde fullført halvparten av programmet. Det er grunn til å tro at disse har tilegnet seg noe effekt av intervensjonen. Denne analysen gir estimater av effekten av intervensjonen for de som faktisk deltar i ICDP-veiledning. Tilnærmingen innebærer en risiko for seleksjonsskjevhet da de foreldrene som ender med å ikke delta i ICDP-veiledning kan ha andre egenskaper enn de foreldrene som mottok ICDP-intervensjonen (98).

Videre gjennomførte vi en tilleggsanalyse hvor vi også inkluderte de foreldrene som var påmeldt som omsorgspersoner (se Appendiks 6). Omsorgspersonene hadde ikke som intensjon å møte på gruppemøter, men de skulle svare på de samme spørsmålene som sin partner/tidligere partner som skulle delta på gruppemøter. I disse analysene benyttet vi det samme oppsettet som i den overnevnte analysen.

Ettersom vi hadde repeterte målinger (tre måletidspunkter) og alle utfallsmålene var kontinuerlige (skalavariabler), benyttet vi en lineær blandet modell-regresjonsanalyse («linear mixed model») for å estimere effekten av ICDP på de utvalgte utfallsmålene. I analysene tok vi hensyn til at dataene var organisert i flere nivå, noe som tilsier at det er avhengighet i dataene. Deltakerne (nivå 1) er målt ved flere tidspunkt (nivå 2) som igjen var klynget sammen i veiledningsgrupper (nivå 3). I tillegg var det 120 barn som var registrert med to foreldre som skulle delta på gruppeveiledning (nivå 4). Hvis man ikke tar hensyn til at det er flere nivåer i dataene kan man risikere feilaktig å forkaste null-hypotesen, som vil si at man konkluderer med at det er en effekt av intervensjonen når det egentlig ikke er det.

Det er en rekke ulike måter å analysere RCT-data på. Vi har benyttet følgende statistiske modell for å analysere effekten av ICDP på de utvalgte utfallsmålene anbefalt av Twisk et.al, (99):

$$yt = \beta 0 + \beta 1 tid1 + \beta 2 tid2 + \beta 3 tid1 \times \mathrm{X} + \beta 4 tid2 \times \mathrm{X}$$

Modellen (formel 2d i (99 s. 81)) inkluderer tid ($\beta 1 tid1 + \beta 2 tid2$) og interaksjon mellom tid og gruppetype (intervensjonsgruppe vs kontrollgruppe) ($\beta 3 tid1 \times \mathrm{X} + \beta 4 tid2 \times \mathrm{X}$), men utelater gruppetype. Modellen tar høyde for eventuelle forskjeller på utfallsvariabelen mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen ved første måletidspunkt.

Statistisk signifikansverdi (p-verdi) ble satt til $p < 0.05$. Alle analysene ble gjennomført i STATA15. Gruppetilhørighet var ikke skjult for forskerne som analyserte data.

Cohens *d* ble brukt som mål på effektstørrelse. Cohens d, er et uttrykk for praktisk eller klinisk signifikans. Cohens d er en standardskåre som tallfester den faktiske forskjellen i utfall mellom grupper som får (intervensjonsgruppen) – og som ikke får et tiltak (kontrollgruppen). Den standardiserte skåren gjør det også mulig å sammenligne resultater på tvers av studier. Vi beregnet effektstørrelsen (Cohens *d*) ved å dele intervensjonseffekten (gjennomsnittforskjellene i endringsskår på utfallsvariabelen i de to gruppene) med standardavviket (SD) ved t1 (pooled SD målt ved t1).

Cohens *d* kan klassifiseres som liten, moderat, eller stor hvis den er lik henholdsvis 0.2, 0.5 eller 0.8 (100,s.26). I litteraturen skiller man mellom hva som er statistisk signifikant og hva som er klinisk signifikant. Dette innebærer at funn kan være statistisk signifikante selv om det ikke er klinisk signifikant - og omvendt. En statistisk signifikant p-verdi betyr ikke nødvendigvis at vi har funnet en viktig forskjell mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen (101).

I de fleste studier vil det være ukomplette data, det vil si at det mangler data helt eller delvis for noen av deltakerne som er med i studien. Komplette data fra samtlige deltakere i en studie forekommer sjelden. Et av de største problemene med manglende data er at det kan medføre skjevheter i utvalget. Det er flere måter å håndtere manglende data på [18]. I longitudinelle studier, slik som i ICDP studien, kan man håndtere «missing» ved å benytte en blandet modell-regresjonsanalyse (mixed model regression analysis) uten å imputere på manglende data (102). Vi har noe manglende data («missing») for deltakerne i studien, der svarprosenten ved t1, t2 og t3 var henholdsvis 89, 75 og 72. Vi har brukt en blandet modell-regresjonsanalyse hvor manglende data ble håndtert med maximum likelihood estimering (103, 104). Denne metoden innebærer at alle deltakerne som har data fra minst ett måletidspunkt bidrar inn i analysen, og resultatene blir forventningsrette (unbiased) når data mangler betinget tilfeldig (missing at random) (104 ,s.285). I dette tilfelle er kriteriet om at data mangler betinget tilfeldig delvis oppfylt ettersom vi har inkludert utgangsverdier på utfallsmålene (baseline scores) i analysemodellen.

[18] Den enkleste måten å håndtere «missing» på er å inkludere bare de deltakerne som har komplette data, men dette anbefales kun hvis «missing» er under 5 %. En annen mye brukt metode er at man imputerer på manglende data, det vil si at man setter inn verdier som er estimert ved hjelp av observerte data (102).

3 Resultater

I dette kapittelet presenterer vi først en beskrivelse av deltakerne (kapittel 3.1), og deretter en beskrivelse av veilederne og veiledningsprosessen (kapittel 3.2). I kapittel 3.3 presenterer vi hovedresultatene hvor vi viser endringer fra t1 til t3 på studiens primær- og sekundærutfall.

3.1 Beskrivelse av deltakerne

I det følgende beskriver vi foreldrene (demografi, kjønn, utdanning, arbeid og økonomisk situasjon, familie og nettverk, stress, helse og belastninger) og barna (kjønn, alder, fødeland og om de har startet på skolen) i prosjektet. Informasjonen ble innhentet ved bruk av spørreskjema som deltakerne fylte ut ved t1, og er dermed basert på selvrapportering gjort av foreldrene.

Demografi

Tabell 4 viser hvordan foreldrene fordelte seg med hensyn til fødeland, kjønn, alder og sivilstatus. Resultatene er presentert som gjennomsnitt, standardavvik og prosentandeler.

Tabell 4: Kjennetegn ved foreldrene, målt ved t1

	Intervensjonsgruppen	Kontrollgruppen
Kjønn		
Kvinne (%)	73,2	77,4
Mann (%)	26,7	22,5
Alder, gj.snitt (st.avvik)	36,9 (7,24)	35,7 (6,52)
Fødeland mor		
Norge (%)	75,3	68,3
Utenfor Norge (%)	13,4	13,0
Manglende informasjon (%)	11,3	18,7
Fødeland far		
Norge (%)	71,8	68,0
Utenfor Norge (%)	14,5	19,0
Manglende informasjon (%)	13,7	13,0
Sivilstatus		
Gift/samboer (%)	82,6	84,3
Annet (%)	17,4	17,4
n =590	292	298

Tabellen over viser at fordelingen på de nevnte variablene er nokså jevn mellom de to gruppene (altså relativt lik mellom kontroll- og intervensjonsgruppen), men med en noe høyere andel kvinner i kontrollgruppen sammenlignet med intervensjonsgruppen (4 % poengs forskjell). Majoriteten av deltakerne oppga å være født i Norge og det store flertallet var gift eller samboer. Dette gjaldt i begge gruppene.

Tabell 5 viser Kjennetegn ved barna, presentert som gjennomsnitt, standardavvik og prosentandeler.

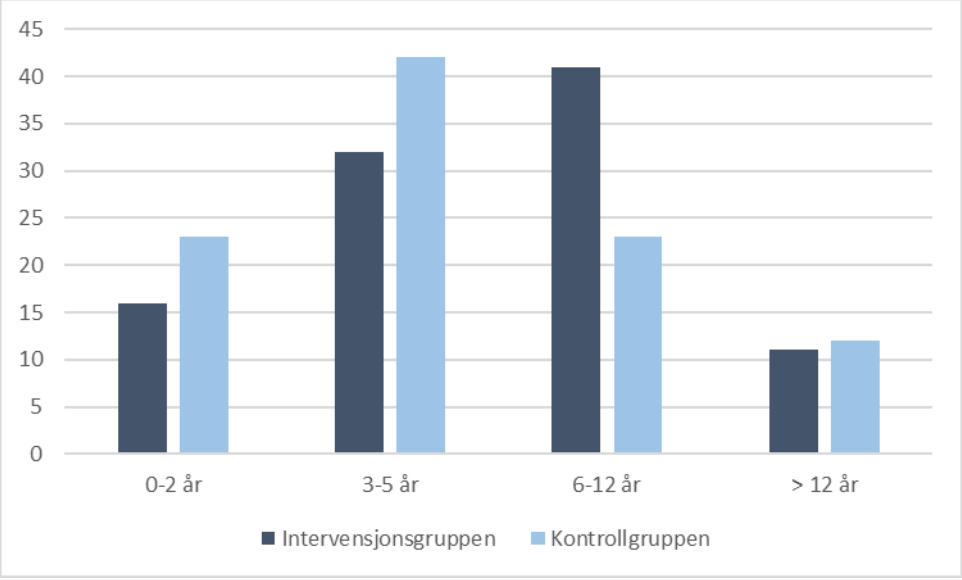
Tabell 5: Kjennetegn ved barna, målt ved t1

	Intervensjonsgruppen	Kontrollgruppen
Kjønn		
Jente (%)	40	50
Gutt (%)	60	50
Alder, gj.snitt (st.avvik)	6,3 (3,9)	5,2 (3,9)
Fødeland		
Norge (%)	80,9	78,7
Utenfor Norge (%)	7,8	3,0
Manglende informasjon (%)	11,3	18,3
Har startet på skolen		
Ja (%)	48,9	32,4
Nei (%)	51,1	67,6
n =494	232	262

Tabell 5 viser at majoriteten av barna som er med i studien er født i Norge. Dette gjelder både i intervensjonsgruppen og i kontrollgruppen. Det er en lavere andel jenter i intervensjonsgruppen sammenlignet med i kontrollgruppen (10 % poengs forskjell). Videre viser tabellen at barna i gjennomsnitt er noe eldre i intervensjonsgruppen enn de er i kontrollgruppen, og andelen skolebarn derfor er høyere i intervensjonsgruppen sammenlignet med i kontrollgruppen (17 % poengs forskjell).

Figur 7 viser fordeling etter aldersgrupper, n=494 barn. Figuren viser at intervensjonsgruppen hadde høyest andel barn i aldersgruppen 6-12 år, mens i kontrollgruppen var det høyest andel barn i aldersgruppen 3-5 år. Dette viser at barna i intervensjonsgruppen er noe eldre enn barna i kontrollgruppen. Selv om deltakerne er tilfeldig fordelt til intervensjons- og kontrollgruppe kan det likevel forekomme tilfeldige forskjeller i demografiske kjennetegn i de to gruppene. Videre viser figuren at begge gruppene hadde lavest andel barn i den yngste og den eldste aldersgruppen.

Figur 7: Aldersfordeling over barna oppgitt i prosent, målt ved t1



Utdanning, arbeid og økonomi

Tabell 6 viser høyeste fullførte utdanningsnivå, sysselsettingsstatus og opplevd familieøkonomi for foreldrene målt ved t1.

Tabell 6: Utdanningsnivå, sysselsettingsstatus og familieøkonomi for deltakerne, målt ved t1

	Intervensjonsgruppen	Kontrollgruppen
Høyeste fullførte utdanning		
Videregående skole eller mindre (%)	37,8	38,6
Universitet/høyskole 1-4 år (%)	28,7	26,3
Universitet/høyskole >4 år (%)	33,6	35,1
I lønnet arbeid nå for tiden		
Ja (%)	79,7	78,6
Nei (%)	20,3	21,4
Økonomi de siste to årene		
Har hatt god råd hele tiden (%)	23,8	32,4
Har stort sett hatt god råd (%)	29,7	30,7
Har verken hatt god råd eller dårlig råd (%)	34,6	28,6
Har stort sett hatt dårlig råd/hatt dårlig råd hele tiden (%)	11,9	8,3
n =	292	298

Tabell 6 viser at deltakerne i intervensjonsgruppen og kontrollgruppen er nokså jevnt fordelt med hensyn til utdanningsnivå, sysselsettingsstatus og opplevd familieøkonomi. Sammenlignet med den generelle befolkningen, er utdanningsnivået blant deltakerne betydelig høyere, med hele 60 % som oppga at de hadde utdanning på universitets- og høgskolenivå. Det er ikke uvanlig at utdanningsnivået til deltakerne i slike undersøkelser er høyere sammenlignet med den generelle befolkningen, se for eksempel Den norske mor, far og barn-undersøkelsen (MoBa) (105). 80 % av deltakerne rapporterte at de var i lønnet arbeid, noe som også er høyere enn i den generelle befolkningen[19]. Videre oppga 12 % av deltakerne i intervensjonsgruppen at de stort sett har eller har hatt dårlig råd hele tiden, tilsvarende tall i kontrollgruppen var 8 %.

Familie og nettverk

Tabell 7 viser deltakernes tilgang til og støtte fra familie og nettverk samt samværsmengde med barnet, målt ved t1.

[19] I 2020 hadde 34,6 % i den generelle befolkningen utdanning på universitets -eller høgskolenivå, mens totalt 70,3 % var i arbeidsstyrken (67,2 % kvinner og 73,3 % menn) (SSB, 2021)

Tabell 7: Oversikt over foreldrenes tilgang til familie og nettverk, målt ved t1

	Intervensjonsgruppen	Kontrollgruppen
Bor sammen med barnet		
Hele tiden (%)	85,4	89,3
Halve tiden eller det meste av tiden eller (%)	12,2	7,9
Mindre enn halve tiden (%)	1,4	2,1
Nei (%)	1	0,7
Bor det noen andre voksne sammen med deg og barnet?		
Ja (%)	76	63
Nei (%)	24	37
Føler du deg ensom?		
Nesten aldri/sjelden (%)	57,7	63,7
Av og til (%)	32,6	31,9
Som regel/nesten alltid (%)	9,7	4,4
n =	292	298

Majoriteten av deltakerne oppga at de bodde sammen med barnet hele tiden, og at de bodde sammen med en annen voksen. Dette gjaldt for både intervensjonsgruppen og kontrollgruppen. Videre rapporterte 33 % av deltakerne i intervensjonsgruppen at de følte seg ensomme av og til, mens 10 % følte seg ensomme som regel eller nesten alltid. Tilsvarende tall i kontrollgruppen var 32 og 4 %. I den generelle befolkningen oppga 16 % av de var plaget av ensomhet i SSB sin levekårsundersøkelse[20].

Helse, konflikt, stress og belastninger

Tabell 8 under viser hvordan foreldrene opplever sin egen helse og helseproblemer hos partner og barn, samt konflikter, stress og belastinger i foreldrerollen, målt ved t1. Tabellen viser prosentandelen av deltakerne som oppga ganske store og svært store vansker.

[20] Levekårsundersøkelsen om helse, SSB, 2015.

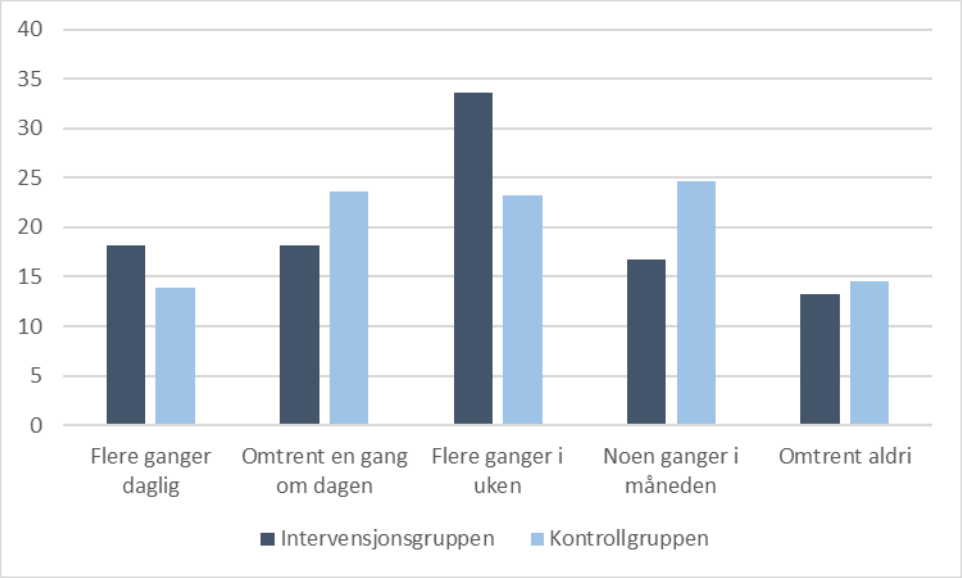
Tabell 8: «Har du i løpet av de siste tolv månedene hatt langvarige vanskeligheter knyttet til følgende områder?»

	Intervensjonsgruppen	Kontrollgruppen
Boligproblemer (%)	5,6	3,4
Problemer med arbeid (arbeidsløshet, usikkert arbeid, vanskelige arbeidsforhold) (%)	10,5	13,4
Konflikter på arbeidsplassen (%)	7,0	5,6
Økonomiske problemer (%)	4,6	3,2
Problemer med egen fysiske helse (%)	11,6	13,8
Problemer med egen psykisk helse (%)	8,0	8,1
Alvorlige søvnproblemer (hos deg selv) (%)	8,1	8,6
samlivsproblemer, separasjon, skilsmisse (%)	9,1	8,0
Helseproblemer hos ektefelle (fysiske eller psykiske) (%)	8,9	6,0
Helseproblemer hos barn (funksjonshemming, sykdom) (%)	5,3	3,5
Engstelse for hva barnet/barna utsetter seg for, eller kan bli utsatt for i fritiden (%)	25,8	22,4
Bekymret deg for barnet/barna (%)	7,1	4,3
n =	292	298

Når det gjaldt langvarige vanskeligheter knyttet til bolig, økonomi, helse osv. var dette ganske likt i intervensjons- og kontrollgruppen. Engstelse for hva barnet/barna utsetter seg for, eller kan bli utsatt for i fritiden er den belastningen flest foreldre oppgir.

Figur 8 viser hvor ofte foreldrene kommer i situasjoner hvor det oppstår konflikter mellom dem og barnet. Det var 574 av 590 foreldre som svarte på dette spørsmålet.

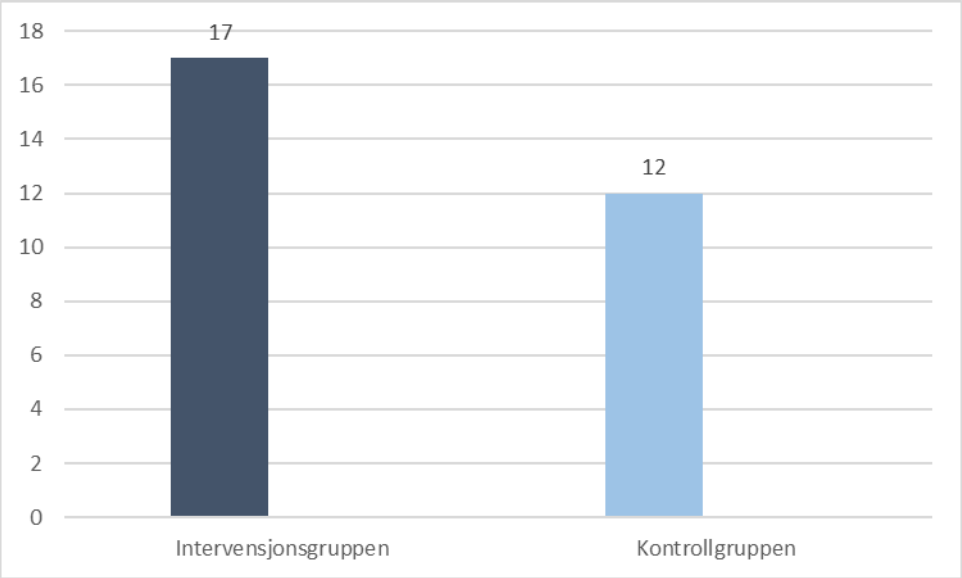
Figur 8: Hvor ofte kommer du i situasjoner hvor det oppstår konflikter mellom deg og barnet ditt nå for tiden? Oppgitt i prosentandeler, målt ved t1



Blant foreldre i intervensjonsgruppen oppga 18 % at de hadde konflikter med barnet flere ganger daglig og omtrent en gang om dagen. Tilsvarende tall for kontrollgruppen var 14 og 24 %. 34 % i intervensjonsgruppen oppga at de hadde konflikter flere ganger i uken med barnet, mens tilsvarende tall for kontrollgruppen var 23 %. Videre rapporterte 17 % i intervensjonsgruppen og 25 % i kontrollgruppen at de hadde konflikter med barnet noen ganger i måneden. 13 % i intervensjonsgruppen og 15 % i kontrollgruppen oppga at de omtrent aldri hadde konflikter med barnet.

Figur 9 viser hvordan foreldrene har skåret på SCL-5 som måler psykiske plager (symptomer på angst og depresjon). Totalt 577 foreldre svarte på disse spørsmålene. De fem spørsmålene skåres på en skala fra 1 til 4, der 1 betyr ikke plaget og 4 betyr veldig mye plaget. En skåre på over 2 er definert som terskel for betydelige psykiske plager (symptomer på angst og depresjon).

Figur 9: Forekomst av betydelige psykiske plager, andel foreldre som har skåret >2 på SCL-5 skalaen, målt ved t1

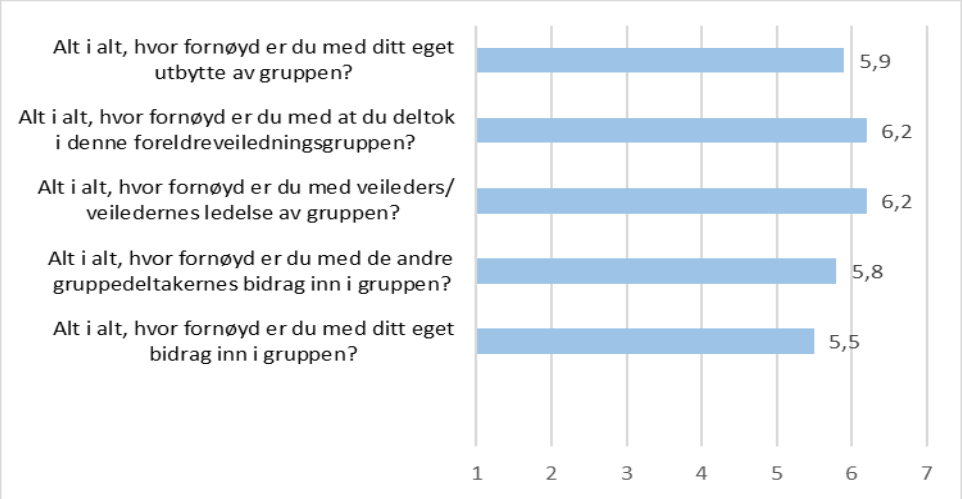


Figur 9 viser at andelen foreldre som skårer over terskelverdien (<2.0) var 17 % i intervensjonsgruppen og 12 % i kontrollgruppen ved t1. I norske populasjonsstudier ligger andelen som skårer over 2 på SCL-5 mellom 9 og 12 % (106). Dette viser at andelen som har betydelige psykiske plager i kontrollgruppen er sammenfallende med resultater fra tidligere studier, mens intervensjonsgruppen har en noe høyere andel som rapporterer om betydelige psykiske plager.

Om opplevelsen av foreldreveiledningsgruppen

Figur 10 viser hvor fornøyde foreldrene i intervensjonsgruppen har vært med å delta i foreldreveiledningsgruppe (målt ved t2), det var 202 av 292 foreldre i intervensjonsgruppen som svarte på dette spørsmålet. Foreldrene har svart på en skala fra 1 til 7, hvor 1 = svært misfornøyd, 4 = middels fornøyd, 7 = svært fornøyd.

Figur 10: Fornøydhet med foreldreveiledningsgruppe, gjennomsnittskårer hos foreldre i intervensjonsgruppen, målt ved t2



Figur 10 viser at foreldrene er gjennomgående fornøyde med programmet. Det var spesielt de to områdene «hvor fornøyd er du med at du deltok i denne foreldreveiledningsgruppen» og «hvor fornøyd er du med veileder/veiledernes ledelse av gruppen» som skilte seg ut som de områdene hvor foreldrene var spesielt fornøyde. Videre viser figuren at foreldrene var minst fornøyde med eget bidrag inn i gruppen.

3.2 Beskrivelse av veilederne, rekruttering og gjennomføring av ICDP-grupper

I dette kapittelet beskriver vi kjennetegn ved veilederne i studien, samt veiledernes erfaring med rekruttering og gjennomføring av ICDP-grupper. Veilederne fylte ut ett spørreskjema før gruppene ble trukket til intervensjon- eller kontrollgruppe (se Appendiks 8). Videre fylte veilederne i intervensjonsgruppen ut ett skjema etter hvert gruppemøte, inklusiv etter siste gruppemøte (se Appendiks 3). Dersom det var to eller flere veiledere som skulle drive gruppen, var det den med lengst erfaring som fylte ut skjemaet.

Tabell 9 viser kjennetegn ved veilederne, målt ved t1 oppgitt i antall. For alder viser vi gjennomsnitt og standardavvik.

Tabell 9: Kjennetegn ved ICDP-veilederne, n=77, målt ved t1

	Intervensjonsgruppen	Kontrollgruppen
	Antall (n)	Antall (n)
Kjønn		
Kvinne	35	41
Mann	1	-
Alder, gj.snitt (st.avvik)	48,6 (8,8)	47,7 (8,1)
Fagbakgrunn		
Helsesykepleier	15	12
Barnevernspedagog	6	4
Sosionom	5	4
Førskolepedagog	7	17
Annen utdanning	3	4
Er du sertifisert ICDP-veileder		
Ja	34	40
Nei	2	1
Hvilke versjoner av ICDP har du oftest benyttet tidligere?		
Standardversjonen	30	34
Minoritetsversjonen	6	7

Tabellen viser at veilederne i studien er kvinner, med unntak av én mannlig veileder i intervensjonsgruppen. Gjennomsnittsalderen til veilederne er nokså lik i de to gruppene, 48,6 og 47,7 år. Den vanligste fagbakgrunnen blant veilederne var helsesykepleier og førskolepedagog, men det var også veiledere som var utdannet psykolog, sosionom eller barnevernspedagog. Det er noe flere førskolepedagoger i kontrollgruppen enn det er i intervensjonsgruppen, dette skyldes at det er noen flere barnehagebarn i den førstnevnte gruppen.

Tabell 10 viser oversikt over hvor deltakerne er rekruttert fra, hvem gruppene var rettet mot og størrelsen på gruppene.

Tabell 10: Informasjon om rekruttering til ICDP-gruppe, n=77, målt ved t1

	Intervensjonsgruppen	Kontrollgruppen
Hvor er deltakerne rekruttert fra?	Antall (n)	Antall (n)
Helsestasjon	10	10
Barnehage	4	17
Barnevern	4	2
Flyktningetjenesten	1	-
Annet	17	12
Gruppen var rettet mot:		
alle familier	31	34
familier med spesielle utfordringer	2	3
annet	3	4

	Intervensjonsgruppen	Kontrollgruppen
Hvor mange deltakere var det i gruppen?		
5	5	3
6-8	14	24
9-10	9	11
Mer enn 10	7	3

Veilederne rapporterte at majoriteten av deltakerne var rekruttert fra barnehager og helsestasjoner, og dette gjaldt både intervensjonsgruppene og kontrollgruppene. Det var også en del veiledere som oppga «annet», spesifisert som barnevern, krisesenter, skole og avlastningssenter. Kontrollgruppen hadde spesielt mange deltakere som var rekruttert fra barnehager. De fleste veilederne oppga at gruppene var rettet mot alle familier, og at det vanligste var å ha en gruppe på seks til åtte deltakere, men her var det et spenn – fra fem til 12 gruppedeltakere.

Tabell 11 viser planlagt gruppesammensetning og tilgang til gruppeveiledning.

Tabell 11: Informasjon om gruppesammensetning og tilgang til veiledning, n=77, målt ved t1

	Intervensjonsgruppen	Kontrollgruppen
Hvem fra familien skal delta i gruppen?	Antall (n)	Antall (n)
En forelder	8	8
Begge foreldre	3	5
En blanding av foreldre som kommer alene og par	23	25
Barn deltar sammen med sine foresatte	2	2
Kom alle de som var interesserte med i denne gruppen?		
Ja	26	28
Nei, men det ble opprettet flere grupper, slik at alle interesserte fikk tilbud om ICDP-gruppe nå	4	-
Nei, men de som ikke fikk et tilbud nå, har fått tilbud om ICDP- gruppe med oppstart senere	2	4
Nei, noen står på venteliste, og vet ikke om de vil få et tilbud	2	9

De fleste av veilederne oppga at det vanligste var at gruppesammensetningen var en blanding av foreldre som kom alene eller som par. Videre viser tabell 11 at flest veiledere oppga at de deltakerne som hadde vist interesse for å delta i gruppeveiledning også fikk plass i gruppen.

Tabell 12 viser hvordan veilederne har planlagt gjennomføringen av ICDP-veiledningen.

Tabell 12: Informasjon om planlagt gjennomføring av ICDP-gruppe, n=77, målt ved t1

Antall gruppemøter planlagt	Intervensjonsgruppen	Kontrollgruppen
	Antall (n)	Antall (n)
Mindre enn 8	1	1
8	35	40
Mer enn 8	-	-
Hvor ofte skal dere møtes?		
Oftere enn en gang hver uke		
Hver uke	32	34
Hver 14. dag	2	1
Sjeldnere enn hver 14. dag	-	1
Det vil variere	2	5
Hvor lange møter skal dere ha?		
Om lag 1 ½ time	15	21
Om lag 2 timer	21	20

Majoriteten av veilederne oppga at de planla åtte gruppemøter med en frekvens på én gang i uken. Videre var det ganske jevnt fordelt når det kom til planlagt varighet på møtene, fra 1, 5 timer og 2 timer (dette gjaldt for både intervensjons- og kontrollgruppen).

Veilederne i intervensjonsgruppen fylte også ut et spørreskjema etter hvert gruppemøte, inklusiv etter siste gruppemøte. Som tidligere nevnt var den veilederen med lengst erfaring som fylte ut disse skjemaene. I det følgende skal vi se på hvordan veilederne i intervensjonsgruppen har erfart gjennomføringen av ICDP-veiledningen.

Tabell 13 viser hvordan veilederne i intervensjonsgruppene har erfart gruppeveiledningen underveis i forløpet målt på en skala fra 1 (Svært misfornøyd) til 7 (Svært fornøyd). Det var n=38 veiledere/veilederpar som svarte på dette spørsmålet (alle veiledere fra alle intervensjonsgruppene svarte).

Tabell 13: ICDP-veiledernes oppfatning av hvordan de åtte gruppemøtene fungerte

	Møte 1	Møte 2	Møte 3	Møte 4	Møte 5	Møte 6	Møte 7	Møte 8
	Gj. snitt (st.avvik)	Gj. snitt (st.avvik)	Gj. snitt (st.avvik)	Gj. snitt (st.avvik)	Gj. snitt (st.avvik)	Gj. snitt (st.avvik)	Gj. snitt (st.avvik)	Gj. snitt (st.avvik)
Hvor aktive og engasjerte var deltakerne?	5,7 (0,9)	6,1 (0,9)	6,1 (0,9)	6,1 (0,9)	6,3 (0,7)	6,3 (1,1)	6,2 (1,0)	6,5 (0,6)
Hvor engasjerte var dere som veiledere?	6,3 (0,7)	6,5 (0,8)	6,3 (0,7)	6,2 (0,9)	6,4 (0,7)	6,2 (0,8)	6,4 (0,9)	6,5 (0,6)
Hvor stort utbytte tror du/dere gruppedeltakerne hadde av dette møtet?	5,5 (1,1)	5,9 (0,8)	5,9 (0,9)	5,9 (1,1)	6,1 (0,7)	6,1 (0,9)	6,1 (0,9)	6,4 (0,6)
Hvor godt synes du/dere møtet fungerte alt i alt?	5,8 (0,9)	5,9 (0,7)	6,2 (0,8)	6 (1,1)	6,1 (0,7)	6,1 (0,9)	6,1 (0,9)	6,4 (0,6)

Tabell 13 viser at veilederne var fornøyde med hvordan gruppeveiledningen hadde fungert. Dette gjelder både med hensyn til hvor aktive og engasjerte deltakerne var, hvor aktive og engasjerte de selv var og hvor mye utbytte de trodde deltakerne hadde hatt av møtet. På spørsmålet om hvordan veilederne synes møtet fungerte alt i alt skårer de i gjennomsnitt 5,8 på første møtet og 6,4 på siste møtet (skala fra 1 til 7, hvor 7 er veldig fornøyd). Gjennomsnittskårene er nokså like på tvers av områder og over tid.

Programmet har en fast rekkefølge for hvilke temaer som skal tas opp i de ulike gruppemøtene (se tabell 1, kapittel 1.2.3). Pilotundersøkelsen vi gjennomførte i forkant av denne studien indikerte at det var en variasjon i hvor nøyaktig veilederne fulgte det anbefalte opplegget. I forbindelse med studiens rekruttering ble veiledere som skulle delta i studien oppfrisket i programmets rammer, og informert om viktigheten av å holde seg til opplegget slik at de ulike veiledningsgruppene skulle gjennomføres så likt som mulig. Se kapittel 2.2 for beskrivelse av oppfriskningen for veilederne, og i kapittel 1.2.4 for en redegjørelse av sammenhengen med tiltaksintegritet.

Tabell 14 under viser hvilke temaer som ble tatt opp i de forskjellige møtene. Dette er fremstilt gjennom hvor mange av veilederne som tok opp hvert av temaene i hvilke av de åtte møtene. I kolonnen lengst til høyre fremkommer det hvorvidt gruppene har gjennomgått alle temaene i løpet av de åtte gruppemøtene.

Tabell 14: Oversikt over hvilke temaer som ble tatt opp av veilederne (n=38) på hvilke gruppemøter, oppgitt i antall

	Møte 1	Møte 2	Møte 3	Møte 4	Møte 5	Møte 6	Møte 7	Møte 8	Gjennomgått alle temaene
Vis positive følelser – vis at du er glad i barnet ditt	8	35	28	15	11	8	6	31	ja
Juster deg til barnet og følg dets initiativ	4	6	35	26	13	10	7	30	ja
Gi ros for det barnet klarer å gjøre og vis anerkjennelse	3	4	7	26	27	10	7	29	ja
Hjelp barnet til å samle oppmerksomheten sin, slik at dere har en felles opplevelse av det som er rundt dere	3	1	4	4	31	24	14	28	ja
Gi mening til det barnet opplever av omverdenen ved å beskrive det dere opplever sammen og ved å vise følelser og entusiasme	3	-	3	4	31	27	13	28	ja
Utdyp og gi forklaringer når du opplever noe sammen med barnet ditt	3	1	2	3	29	27	13	25	ja
Planlegge steg for steg	2	1	1	1	2	27	27	36	ja
Gradert støtte	2	-	1	2	3	27	29	36	ja
Situasjonsregulering	2	1	2	2	2	3	32	38	Ja
Positiv grensesetting gjennom forklaringer og klare rammer	3	1	2	3	6	3	33	38	Ja

Tabellen over viser at det var en viss variasjon i rekkefølgen på når de ulike temaene ble tatt opp, men at det også er mange av temaene som ble tatt opp flere ganger (i tråd med anmodningen i håndboken om å gjøre det ved behov, se kapittel 1.2.3). Videre viser tabellen at samtlige av de 38 veilederne/veilederparene oppga at de hadde vært gjennom alle temaene i løpet av de åtte veiledningsmøtene. Ett av grepene vi gjorde for å ivareta tiltaksintegriteten i studien (se kapittel 1.4) var å inkludere et mål på at samtlige åtte temaer ble gjennomgått i hver deltagergruppe, noe resultatene over viser at alltid ble gjort.

3.3 Hovedresultater: Effektevaluering av intervensjonen

I dette kapittelet presenterer vi resultatene fra effektevalueringen av ICDP ved å undersøke eventuelle forskjeller i intervensjons- og kontrollgruppen fra før intervensjonen startet (t1), til rett etter gjennomført intervensjon (t2), og så til oppfølgingsmålingen seks måneder etter t1 (t3). Forskjeller i effekt undersøkes ved å sammenligne endring fra t1 til de to oppfølgingsmålingene ved t2 og t3 i de to gruppene. Vi har tre primærutfall og fire sekundærutfall som vi skal se nærmere på.

3.3.1 Endring i primærutfall: Foreldrerollen

Studiens første problemstilling er hvorvidt ICDP har ført til en positiv endring i rollen som foreldre, spesifisert som:

a) større trygghet i foreldrerollen
b) større bevissthet og sensitivitet når det gjelder barnets tilstand og behov
c) mer positiv involvering med barnet

For å besvare dette benyttet vi følgende tre utfallsmål: 1) Trygghet i foreldrerollen, målt med «Tool to measure Parenting Self Efficacy» (TOPSE), 2) Foreldrenes holdninger og væremåte, målt med «Coping with Toddlers' Negative Emotions Scale» (CTNES) og «Coping with Childrens' Negative Emotions Scale (CCNES)», og 3) Positiv involvering med barnet, målt med «Alabama Parenting Questionnaire» (APQ).

Resultatene tyder på at deltakelsen i ICDP-gruppen hadde en signifikant, positiv effekt på to av de tre primærutfallsmålene.

I tabell 15 viser de første tre kolonnene fra venstre gjennomsnitt og standardavvik for primærutfallsmålene etter gruppe (intervensjon- og kontrollgruppe) og måletidspunkt (t1 til t2 og t3). Tabellen viser at det er noen forskjeller mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen på primærutfallsmålene ved første måletidspunkt (t1). Analysemodellen som ble brukt for å evaluere endring i primærutfall fra pre (t1) til post (t2 og t3) justerer for slike tilfeldige forskjeller, så forskjellene ved t1 vil ikke påvirker resultatene i regresjonsanalysen presentert i tabell 15 og 16.

Tallene fra studiens hovedanalyse er presentert i tabell 15 under «intervensjonseffekt». Denne analysen viser endring basert på behandlingsintensjonsanalyser (ITT) som innebærer at alle deltakerne som hadde som intensjon om å delta og som har svart på minst ett av spørreskjemaene, inkluderes i analysen for den gruppen de ble randomisert til, uavhengig av om de faktisk deltok i eller fullførte intervensjonen eller ikke.

Foreldrene i intervensjonsgruppen har hatt en signifikant større bedring i selvrapportert mestringstro i foreldrerollen (TOPSE) både fra t1 til t2, og fra t1 til t3 sammenlignet med foreldrene i kontrollgruppen. Gjennomsnittlig forskjell i endring i TOPSE-skåre mellom de to gruppene fra t1 til t2 var 12,51 som tilsvarte Cohens d = 0,25 ($p<0,001$). Tilsvarende tall for forskjell i endring i TOPSE-skåre fra t1 til t3 var 11,53 som tilsvarte Cohens d = 0,23 ($p<0,001$). Dette resultatet indikerer at ICDP-intervensjonen har hatt en positiv signifikant effekt på hvordan foreldrene vurderer sin egen trygghet i rollen som forelder både på kort og lang sikt, men effekten vurderes som liten.

Vi fant også signifikant bedring i intervensjonsgruppen på mål på foreldres holdninger og væremåte (målt med CCNES/CTNES), sammenlignet med kontrollgruppen.

På utfallsvariabelen «en støttende foreldrestil» var det en gjennomsnittlig forskjell fra t1 til t2 på 1,05 som tilsvarte Cohens *d* = 0,14 (p<0,05). Tilsvarende tall for forskjell i endring fra t1 til t3 var 1,59 som tilsvarte Cohens *d* = 0,20 (p<0,05). For utfallsmålet «en ikke støttende foreldrestil» viste resultatene kun signifikante forskjeller i endring mellom de to gruppene ved siste måletidspunkt (t3). Gjennomsnittlig forskjell i endring i skåre mellom de to gruppene fra t1 til t3 var -1,54 som tilsvarte Cohens *d* = -0,14 (p<0,001). Resultatet peker mot at ICDP-veiledningen har hatt en positiv effekt på foreldrenes holdninger og væremåte ved at foreldrene rapporterer om at de har blitt mer bevisste og sensitive overfor barnets tilstand og behov, men effekten vurderes som liten.

Det var ikke statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene i endring på utfallsvariabelen «positiv involvering med barnet» (APQ) på noen av måletidspunktene.

Videre har vi også gjennomført en tilleggsanalyse med primærutfallsmålene hvor det kun var deltakere som deltok på ≥ 4 veiledningsmøter som var med i sammenlikningen med kontrollgruppen. Det var 213 av 298 foreldre som hadde deltatt på ≥ 4 veiledningsmøter. Resultatene fra disse analysene er presentert i siste kolonne i tabell 15 og var sammenfallende med resultatene fra hovedanalysen hvor alle deltakerne var inkludert.

Nå har vi sett på hvordan ICDP-veiledningen har hatt betydning med hensyn til en positiv utvikling i rollen som forelder. I det følgende skal vi se nærmere på om ICDP-intervensjonen har hatt effekt på foreldrenes oppfattelse av relasjonen mellom foreldre og barn, og om ICDP har bidratt til å bedre foreldrenes opplevelse av barns emosjonelle og sosiale fungering.

3.3.2 Endring i sekundærutfall: Foreldre-barn-relasjonen og utfall hos barna

For å undersøke ICDP-tiltakets innvirkning på foreldre-barn-relasjonen, har vi undersøkt om ICDP har ført til en foreldrerapportert styrket relasjon mellom foreldre og barn, spesifisert som:

a) større nærhet mellom foreldre og barn
b) mindre konflikt mellom foreldre og barn
c) økt enighet mellom foreldrene om barneoppdragelse

Den siste av studiens tre problemstillinger handler om endringer hos barnet, hvor vi undersøkte hvorvidt ICDP bidro til å bedre foreldrenes opplevelse av barns emosjonelle vansker og sosiale fungering, spesifisert som:

a) mindre internaliserende vansker
b) mindre eksternaliserende vansker
c) bedre sosial fungering og mer prososial atferd
d) bedre helserelatert livskvalitet

For å besvare disse spørsmålene benyttet vi følgende fire sekundærutfallsmål: 1) Forholdet mellom foreldre og barn (nærhet og konflikt), målt med «Child-Parent Relationship Scale (CPRS), 2) Foreldreatferd (mindre konflikt om barneoppdragelse), målt med «Parenting Problem Checklist (PPC)»3) Barnets emosjonelle vansker og sosiale fungering (internaliserende- og eksternaliserende vansker og prososial atferd), målt med «Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), 3) og 4) Barnets trivsel og helserelatert livskvalitet, målt med «Health-Related Quality of Life in children and adolescents» (KINDL).

Tabell 16 viser endring i sekundærutfall fra pre til post. Hovedanalysen «intention-to-treat, ITT» vises i første kolonne under «intervensjonseffekt».

Resultatene viser at det finnes statistisk signifikant forskjell i endring mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen på tre av de fire sekundærutfallene. Deltakerne i intervensjonsgruppen viste nedgang i konfliktnivået (PPC) i parforholdet om barneoppdragelse fra første (t1) til siste måletidspunk (t3) sammenlignet med kontrollgruppen. Gjennomsnittlig forskjell i endring i PPC-skåre mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen fra t1 til t3 var -0,79 tilsvarende Cohens d =-0,16 ($p<0,05$) som er en liten effekt. Det var ikke statistiske signifikante forskjeller i endring mellom gruppene ved t2.

Videre viser resultatene at intervensjonsgruppen hadde en positiv endring i hvordan de vurderer nærheten til sitt eget barn fra t1 til t2 målt med «Child-Parent Relationship Scale (CPRS)» sammenlignet med kontrollgruppen. Gjennomsnittlig forskjell i endring i skåren på delskalaen «nærhet til barnet» mellom de to gruppene fra t1 til t2 var 0,64 som tilsvarte Cohens d = 0,16 ($p<0,05$), noe som indikerer en liten effekt. Fra t1 til t3 var det ingen signifikante forskjeller i endring når det gjaldt nærhet til barnet. Det var ikke statistisk signifikante forskjeller i endring mellom gruppene på delskalaen «konflikter med barnet» på noen av måletidspunktene.

Når det gjaldt foreldrenes syn på endring i barnets emosjonelle vansker og sosiale fungering målt med «Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)», viser resultatene signifikant positiv bedring i favør av intervensjonsgruppen når det gjaldt «internaliserende vansker» og «prososial atferd» ved t2, men effektene er små. Gjennomsnittlig forskjell i endring i internaliserende vansker mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen fra t1 til t2 var -0,51 som tilsvarte Cohens d = -0,16 ($p<0,05$). Tilsvarende tall for forskjell i endring i skåren for delskalaen «prososial atferd» fra t1 til t2 var 0,34 som tilsvarte Cohens d = 0,17 ($p<0,05$). Det var ikke statistiske signifikante forskjeller i endring mellom gruppene fra t1 til t3. Videre var det heller ikke statistisk signifikante forskjeller i endring mellom gruppene når det gjaldt «eksternaliserende vansker» på noen av måletidspunktene.

Vi fant ikke statistisk signifikante forskjeller i endring mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen på noen av måletidspunktene når det gjaldt barnets trivsel og helserelatert livskvalitet, målt med «Health-Related Quality of Life in children and adolescents» (KINDL).

For sekundærutfallsmålene har vi gjennomført den samme tilleggsanalysen som vi foretok for primærutfallsmålene: hvor det kun var deltakerne som deltok på ≥ 4 veiledningsmøter som var med i sammenlikningen med kontrollgruppen. Resultatene fra disse analysene er presentert i kolonnen helt til høyre i tabell 16 under «intervensjonseffekt». Resultatene fra denne analysen er sammenfallende med resultatene i hovedanalysen hvor alle deltakerne var inkludert, med ett unntak, som viste at det ikke var signifikant forskjell i endring i internaliserende vansker i denne analysen.

Intraklasse-korrelasjonskoeffisienten (ICC) for de primære og sekundære resultatene finnes i Appendiks 9. ICC -verdiene varierte fra 0,02 til 0,27 for de primære utfallene og 0,00 til 0,15 for de sekundære utfallene (modell 1). Etter justering for barnets alder, foreldrenes alder, foreldres kjønn og foreldrenes utdanning, synker ICC-verdiene (modell 2). Imidlertid var estimatene for intervensjonseffekter i den justerte modellen

sammenlignbare med estimater for intervensjonseffekter i den ujusterte modellen, derfor presenterer vi de ujusterte resultatene i tabell 15 og 16.

Tabell 15: Beskrivelse av primærutfallsmålene (APQ-positiv involvering med barnet, TOPSE-trygghet i foreldrerollen og CCNES/CTNES- bevissthet og sensitivitet for barnets tilstand og behov), gjennomsnitt og standardavvik etter gruppe og måletidspunkt, og endring i primærutfall fra pre til post

	Intervensjonsgruppen		*Kontrollgruppen*		*Intervensjonseffekt (intention to treat)*			*Intervensjonseffekt (deltatt på ≥ 4 veiledningsmøter)*		
Utfallsmål	***n***	**Gj.snitt (St.avvik)**	***n***	**Gj.snitt (St.avvik)**	***Est. (95%KI)***	***Cohen's d***	***P-verdi***	***Est. (95%KI)***	***Cohen's d***	***p-verdi***
***APQ** -positiv involvering*										
t1	*284*	26,2 (2,7)	*288*	26,5 (2,7)						
t2	*222*	26,5 (2,6)	*230*	26,7 (2,6)	*0,15 (-0,2 til 0,5)*	*0,06*	*0,426*	*0,02 (-0,3 til 0,3)*	*0,00*	*0,935*
t3	*206*	26,6 (2,6)	*222*	26,6 (2,6)	*0,34 (-0,0 til 0,7)*	*0,13*	*0,070*	*0,30 (-0,08 til 0,7)*	*0,11*	*0,124*
***TOPSE** - totalskåre*										
t1	*286*	379,2 (55,7)	*291*	390,7 (46,3)						
t2	*226*	397,8 (51,4)	*240*	393,1 (45,7)	*12,51 (7,5 til 17,5)*	***0,25***	***<0,001***	*13,63 (8,2 til 18,9)*	***0,27***	***<0,001***
t3	*210*	396,5 (52,6)	*232*	394,4 (48,0)	*11,53 (6,3 til 16,7)*	***0,23***	***<0,001***	*14,57 (9,0 til 20,0)*	***0,28***	***<0,001***
CCNES/CTNES										
- ikke støttende foreldrestil										
t1	*281*	29,9 (11,4)	*278*	32,9 (10,1)						
t2	*220*	28,7 (11,5)	*230*	31,9 (10,7)	*-0,98 (-2,1 til 0,2)*	*-0,09*	*0,106*	*-0,96 (-2,2 til 0,3)*	*-0,08*	*0,140*
t3	*204*	28,1 (11,7)	*222*	31,7 (11,0)	*-1,54(-2,7 til -0,3)*	***-0,14***	***<0,05***	*-1,48 (-2,7 til -0,1)*	***0,14***	***<0,05***
-støttende foreldrestil										
t1	*282*	54,1 (7,9)	*280*	52,9 (7,5)						
t2	*219*	55,2 (8,3)	*227*	53,5 (8,0)	*1,05 (0,04 til 2,0)*	***0,14***	***<0,05***	*1,20 (0,1 til 2,3)*	***0,16***	***<0,05***
t3	*205*	55,8 (7,9)	*218*	53,3 (7,6)	*1,59 (0,6 til 2,6)*	***0,20***	***<0,05***	*1,84 (0,7 til 2,9)*	***0,24***	***<0,05***

Est.=intervensjonseffekt, KI=konfidensintervall, p-verdi= signifikanssannsynlighet, n=antall deltakere

Tabell 16: Beskrivelse av sekundærutfallsmålene (PPC- uenighet i barneoppdragelse, CPRC-relasjonen mellom foreldre og barn, SDQ-barnets emosjonelle vansker og sosiale fungering og KINDL- barnets helserelatert livskvalitet) gjennomsnitt og standardavvik etter gruppe og måletidspunkt, og endring i sekundærutfallsmål fra pre til post

	Intervensjonsgruppen		*Kontrollgruppen*		*Intervensjonseffekt (intention to treat)*			*Intervensjonseffekt (deltatt på ≥ 4 veiledningsmøter)*		
Utfallsmål	*n*	Gj.snitt (St.avvik)	*n*	Gj.snitt (St.avvik)	*Est. (95%KI)*	*Cohen's d*	*P-verdi*	*Est. (95%KI)*	*Cohen's d*	*p-verdi*
PPC										
t1	*258*	7,1 (5,2)	*270*	6,8 (4,8)						
t2	*201*	6,5 (4,8)	*213*	6,5 (4,7)	*-0,21(-0.9 til 0,5)*	*-0,04*	*0,55*	*-0,27 (-1 til 0,5)*	*-0,05*	*0,46*
t3	*189*	5,85 (4,7)	*206*	6,5 (4,9)	*-0,79 (-1,5 til -0,0)*	***-0,16***	***<0,05***	*-0,79 (-1,5 til- 0,0)*	***-0,15***	***<0,05***
CPRC*-nærhet*										
t1	*287*	28,6 (4,1)	*283*	29,3 (4,1)						
t2	*223*	29,5 (3,5)	*231*	29,4 (4,0)	*0,64 (0,2 til 1,1)*	***0,16***	***<0,05***	*0,60 (0,10 til 1,1)*	***0,14***	***<0,05***
t3	*206*	29,4 (3,9)	*225*	29,7 (4,0)	*0,43 (-0,0 til 0,9)*	*0,12*	*0,07*	*0,35 (-0.15 til 0,9)*	*0,08*	*0,17*
CPRC*-konflikt*										
t1	*285*	19,7 (5,6)	*283*	18,9 (5,2)						
t2	*223*	18,3 (5,1)	*229*	18,5 (5,4)	*-0,64 (-1,3 til 0,0)*	*-0,12*	*0,06*	*-0,70 (-1,4 til 0,0)*	*-0,12*	*0,05*
t3	*205*	18,4 (5,6)	*222*	18,1 (5,3)	*-0,53 (-1,2 til 0,2)*	*-0,10*	*0,16*	*-0,63 (-1,4 til 0,1)*	*-0,06*	*0,89*
SDQ*-internaliserende vansker*										
t1	*279*	4,4 (3,7)	*281*	3,6 (2,8)						
t2	*220*	3,7 (3,3)	*221*	3,6 (2,9)	*-0,51 (-0,9 til -0,0)*	***-0,16***	***<0,05***	*-0,37 (-0.9 til 0,1)*	*-0,11*	*0,12*
t3	*204*	3,9 (3,2)	*218*	3,1 (2,7)	*-0,23 (-0,7 til 0,2)*	*-0,00*	*0,31*	*-0,07 (-0.6 til 0,4)*	*-0,02*	*0,76*
SDQ*-eksternaliserende vansker*										
t1	*277*	7,3 (3,1)	*281*	6,7 (3,3)						
t2	*220*	6,4 (2,9)	*220*	6,5 (3,1)	*-0,37 (-0,8 til 0,03)*	*-0,12*	*0,07*	*-0,28 (-0.7 til 0,2)*	*-0,08*	*0,20*
t3	*203*	6,2 (2,6)	*216*	6,1 (3,1)	*-0,19 (-0,6 til 0,2)*	*-0,06*	*0,37*	*-0,09 (-0.5 til 0,3)*	*-0,02*	*0,66*
SDQ*- prososial*										
t1	*283*	7,3 (1,9)	*282*	7,3 (2.1)						

	Intervensjonsgruppen		*Kontrollgruppen*		*Intervensjonseffekt (intention to treat)*			*Intervensjonseffekt (deltatt på ≥ 4 veiledningsmøter)*		
t2	*220*	7,7 (1,8)	*221*	7,4 (2,1)	*0,34 (0,0 til 0,6)*	***0,17***	***<0,05***	*0,32 (0.0 til 0,6)*	***0,16***	***<0,05***
t3	*203*	7,7 (2,0)	*216*	7,6 (2,0)	*0,22 (-0,0 til 0,5)*	*0,11*	*0,13*	*0,34 (0,0 til 0,6)*	***0,17***	***<0,05***
KINDL-*totalskåre*										
t1	*280*	94,2 (10,9)	*282*	96,6 (9,6)						
t2	*219*	96,5 (10,0)	*225*	97,4 (10,2)	*0,67 (-0,7 til 2,0)*	*0,06*	*0,32*	*0,49 (-0.9 til 1,9)*	*0,05*	*0,50*
t3	*203*	96,7 (10,9)	*219*	97,7 (9,9)	*0,97 (-0,4 til 2,4)*	*0,09*	*0,16*	*1,14 (-0.3 til 2,6)*	*0,11*	*0,12*

Est.=intervensjonseffekt, KI=konfidensintervall, p-verdi= signifikanssannsynlighet, n=antall deltakere

4 Diskusjon

I dette kapittelet gjennomgår vi studiens hovedresultater, og drøfter disse opp mot eksisterende forskning på feltet og funn fra studier med tilsvarende design. Deretter fremlegger vi anbefalinger og implikasjoner av studien. Avslutningsvis diskuterer vi studiens styrker, begrensninger og utfordringer.

4.1 Oppsummering av hovedresultat

Hensikten med denne studien har vært å evaluere effekten av standardversjonen av foreldreveiledningsprogrammet ICDP. ICDP er et universelt tiltak som tilbys i en rekke kommuner i Norge, og programmet benyttes også utenfor Norge. Intervensjonen retter seg primært mot samspillet mellom foreldre og barn, men er ment å ha en gjensidig positiv påvirkning på foreldrene, barna og relasjonen mellom dem.

Denne studien er per dags dato, så langt vi kjenner til, den største effektevalueringen som er gjennomført av standardversjonen av ICDP. Det er også den første store RCT-studien som analyserer effekten av ICDP ved å undersøke endring både hos foreldrene, i foreldre-barn-relasjonen og hos barna selv. Resultatene baserer seg på foreldrerapporterte data på tre måletidspunkter: før intervensjon, rett etter intervensjon, og seks måneder etter første spørreskjema ble tilsendt (som tilsvarer ca. tre og en halv måneder etter fullført intervensjon).

Overordnet viser resultatene fra studien at ICDP-intervensjonen har hatt en positiv effekt på foreldrene, og på relasjonen mellom foreldrene og barna. Etter avsluttet ICDP-veiledning oppgir foreldrene i intervensjonsgruppen at de har blitt tryggere i foreldrerollen, og at de praktiserer en mer støttende foreldrestil med mer problemløsning, mer aktiv oppmuntring til barnet om å vise negative følelser, og mindre innslag av straff og devaluering (såkalt «ikke-støttende foreldrestil») sammenlignet med kontrollgruppen. Den positive endringen gjelder både rett etter intervensjonen ble avsluttet og omtrent fire måneder etter avsluttet intervensjon (seks måneder etter oppstart). Videre oppgir foreldrene i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen at de føler mer nærhet til barnet sitt rett etter avsluttet foreldreveiledning, og de rapporterer på siste måletidspunkt mindre konflikter i parforholdet om barneoppdragelse.

Vi finner ingen forskjell i endring mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen når det gjelder positiv involvering med barnet, eller konfliktnivå mellom foreldre og barn på noen av måletidspunktene.

Det at vi finner positiv endring i favør av intervensjonsgruppen hos foreldrene og på relasjonen mellom foreldre og barn er i tråd med programmets formål som er å understøtte omsorgskompetanse hos foreldre og bedre samspillet i relasjonen mellom barn og omsorgsgiver.

Våre resultater sammenfaller med funn fra tidligere studier i Norge som har evaluert ICDP ved hjelp av kvasieksperimentelt design. Tidligere studier rapporterer også om positive endringer i favør av intervensjonsgruppen på foreldreutfall som foreldrestrategier, ledelse av barnet og aktivitet med barnet (37, 38). Internasjonale RCT-studier og kvasieksperimentelle studier som har evaluert ICDP finner også positive effekter på foreldreutfall som bedring i foreldrestrategier, styrkede relasjoner mellom foreldre og barn, bedre mental helse hos foreldrene og mer trygghet i foreldrerollen (47, 49-51, 53). Dette støttes også av oversiktsstudien til Barlow og Coren (28) som viser at

foreldreveiledningsprogram generelt har en positiv effekt på foreldrenes psykososiale fungering.

Våre resultater viser videre at ICDP-intervensjonen ikke har hatt effekt av betydning på barnas atferd. Dette var som forventet. Vi finner riktignok at foreldrene i intervensjonsgruppen, sammenlignet med kontrollgruppen, rapporterer små positive endringer når det gjelder internaliserende vansker hos barnet og prososial atferd rett etter avsluttet intervensjon, men vi finner ingen langtidseffekter. Samtidig finner vi ingen forskjeller i endring mellom de to gruppene på eksternaliserende vansker eller helserelatert livskvalitet hos barnet på noen av måletidspunktene.

Det kan være vanskelig å måle hvilken effekt foreldreveiledningsprogram har på barna. ICDP handler primært om å styrke foreldrekompetanse og relasjonen mellom foreldre og barn, og en ønsket følgeeffekt av dette er at slike endringer skal bidra til positiv psykososial utvikling hos barna. Ettersom ICDP er et universelt tiltak som tilbys til alle uavhengig av behov, vil mange av barna til foreldre som mottar tiltaket ha god psykososial helse. Det kan derfor være vanskelig å finne effekter av et tiltak som skal styrke noe som kanskje i utgangspunktet er godt nok. Det kan også være at effekter på barna kan synes mer over tid. Hvis endringen først skjer gjennom foreldrestøtte, og deretter endret foreldreatferd og endret relasjon mellom foreldre og barn, er det ikke utenkelig at dette vil kunne vise seg i positive utfall hos barna først etter at det har gått en god stund, eller i form av at barna ikke utvikler vansker senere.

Det kan også problematiseres hva det egentlig vil si at et tiltak virker, og hva av dette som fanges opp gjennom en effektevaluering. For å kunne måle effekten av et tiltak må det måles med basis i hva som er formålet med tiltaket (44). Det er også verdt å nevne at i denne studien har barn kun blitt målt gjennom foreldres rapportering, det er altså ikke blitt hentet inn data om hvordan barna selv vurderer sin psykiske helse eller relasjonen med foreldrene. Det er heller ikke innhentet informasjon om barnet fra andre kilder enn foreldrene.

Norske kvasieksperimentelle studier som har evaluert ICDP og analysert utfall hos barna (37) rapporterer til sammenligning signifikant endring i favør av intervensjonsgruppen på «SDQ impact» skåre (måler vanskenes innvirkning på barnets liv), men heller ikke i denne studien ble det avdekket signifikante endringer på de andre SDQ-målene. Den andre norske studien ved Skar et al. (38) finner ingen signifikante forskjeller i endring mellom intervensjonsgruppen og sammenligningsgruppen når det gjelder styrker og svakheter ved barnet målt med SDQ, men her er utvalget ikke randomisert og for lite til å kunne konkludere. En systematisk oversiktsartikkel (30) konkluderer med at foreldreveiledningsprogram kan se ut til å ha en positiv betydning for barns emosjonelle vansker og atferdsproblemer på kort sikt, men forfatterne av studien understreker at det er behov for mer forskning for å få ytterligere kunnskap om effekter av slike tiltak på lang sikt.

Selv om vi finner positive effekter av ICDP-intervensjonen på foreldrene og relasjonen mellom foreldre og barna, er disse effektene altså små. Samtidig er det viktig å understreke at man ikke kan forvente store effekter av slike universelle tiltak som rettes mot den generelle befolkningen (107). Små effekter hos enkeltindivider kan også ha stor betydning på samfunnsnivå fordi tiltaket når ut til mange (8). Hvis tiltaket bidrar til å forskyve mange til en litt lavere risiko hjelper dette flere enn å forskyve noen individer med høy risiko til en lavere risiko kategori (108). Sundsbø (109) påpeker at effekten av

universelle foreldreveiledningsprogrammer kan være vanskelig å måle, ettersom den antatte effekten er forebygging og ikke endring.

Ettersom ICDP er et universelt helsefremmende og forebyggende program for foreldreveiledning kan man ikke forvente store effekter av denne intervensjonen i form av positiv endring hos den enkelte deltaker på kort sikt.

Størrelsen på de effektene vi finner på endring hos foreldrene og på relasjonen mellom foreldre og barn i denne studien er på nivå med det som er rapportert i tidligere studier av foreldreveiledningsprogram, som vil si små til moderate effekter (29, 79, 110-112). Når det gjelder effekten av intervensjonen på endring hos barna, ligger størrelsen på effektene i denne studien i det lavere sjiktet sammenlignet med hva som er rapportert i tidligere studier (32, 111, 113). Imidlertid er det ganske stor variasjon i de rapporterte effektstørrelsene i de nevnte studiene over. Dette kan skyldes forskjeller i intervensjonen, i utfallsmålene og statistiske metoder, samt at intervensjonen er gjennomført i ulike kontekster, for eksempel klinisk versus lokalsamfunnsbasert. Det er vanlig å finne større effekter dersom barna som undersøkes i utgangspunktet hadde vansker som de trenger hjelp eller behandling for. Det kan derfor være vanskelig å sammenligne resultater på tvers av ulike studier (114).

4.2 Studiens kontekst og målgruppe

Studiens resultater må tolkes i lys av studiens kontekst. ICDP er et lavterskeltilbud for foreldre som kan bidra til å styrke foreldrene i foreldrerollen og samspillet mellom foreldre og barn samt bidra til å forebygge psykisk uhelse og fremme positiv utvikling hos barn. Gruppebaserte tiltak som ICDP-veiledning er en viktig del av folkehelsearbeidet og tilbys i kommunal regi. ICDP er et universelt tiltak som tilbys til alle uavhengig av behov og risikonivå.

Oppdraget fra Bufdir var å undersøke standardversjonen av ICDP. Det var en intensjon om at alle grupper i standardversjonen av programmet skulle kunne delta, og at man skulle rekruttere bredt og legge seg mest mulig opp mot slik rekrutteringen og gruppene i standardversjonen foregikk i praksis. I prosjektets designfase ble det bestemt at deltakere ikke kunne rekrutteres dersom de hadde fått et vedtak fra fylkesnemnda om å delta i ICDP, men med unntak av dette ble det ikke lagt noen begrensning med hensyn til at rekruttereringen ikke kunne gjøres selektivt eller indikativt. Resultatet av dette er at studien i tillegg til å ha med grupper fra den generelle populasjonen/uten definerte utfordringer også rekrutterte noen få grupper på selektivt og indikativ nivå. Det var fire grupper rekruttert fra barnevern, en gruppe fra krisesenter og en gruppe fra flyktningetjenesten. Ettersom det var så få grupper som ble rekruttert på selektivt og indikativt nivå er det liten grunn til å tro at dette har noen påvirkning på resultatene.

I denne studien har vi som tidligere nevnt kun sett på programmets standardversjon som er rettet mot alle omsorgspersoner som har barn i alderen 0 til 18 år uavhengig av behov. Samtidig ser vi at gjennomsnittskåren på totale vansker hos barnet (målt med SDQ-total) var noe høyere i ICDP-utvalget (gj. snitt 9,9) sammenlignet med foreldrerapporterte SDQ-total skårer fra tidligere populasjonsstudier (som varierer fra 4,1 til 6,6, avhengig av kjønn og alder) (88). Dette kan tyde på at barna i ICDP-utvalget i gjennomsnitt har noe større vansker enn normalpopulasjonen, men den høye skåren kan også delvis skyldes at barna i ICDP-utvalget er yngre (primært førskolebarn) eller faktorer som at foreldre som har

meldt seg på foreldreveiledning er ekstra bevisste på symptomer hos barna, noe som kan ha medført at de foreldrerapporterte skårene gjennomsnittlig er noe høyere i vår studie.

Det har blitt problematisert om ICDP i realiteten er et universelt tiltak (109). Sundbø (109) peker på at det i praksis er store forskjeller i hvor og til hvem ICDP- tiltaket tilbys. Studien finner også at rekruttering av deltakere i praksis i stor grad er målrettet mot spesifikke foreldre med behov for tiltak – altså selektiv eller indikativ rekruttering. Videre finner Sundbøs studie at det gis lite offentlig finansiering, prioritering eller tilrettelegging for gjennomføring av forebyggende universell foreldreveiledning – både fra nasjonalt og lokalt hold, men at det i økende grad prioriteres å gi midler til spesifikke grupper og temaer som antiradikaliseringsarbeid og voldelig ekstremisme.

Det er også relevant å nevne at ICDP-gruppene i denne studien er gjennomført i en hektisk hverdag i kommunal regi, de fleste i barnehager og på helsestasjoner. Til tross for at veilederne forholder seg til ICDP-håndboken vil det i praksis forekomme variasjoner i hvordan veiledningen gjennomføres og formidles. Samtlige grupper gjennomgikk hvert av de åtte temaene i programmet, som vitner om en innholdsmessig likhet i programmet. Studien mangler imidlertid et objektivt mål på fidelitet, ettersom vi kun har veilederes selvrapporterte vurdering av gruppegjennomføringen.

4.3 Styrker, begrensninger og utfordringer

I denne studien har vi benyttet et randomisert kontrollert design, som er en klar styrke. Metoden er ansett som gullstandarden for effektforskning. Fordi sammenligningen av intervensjonsgruppen og kontrollgruppen baserer seg på tilfeldig allokering, vil forskjeller mellom gruppene etter gjennomført intervensjon og forskjeller i endring fra pretest til posttest kunne si noe om effekten av intervensjonen. Dette er en stor RCT-studie med relativt mange deltakere inkludert, noe som gjør det mulig å kunne avdekke også små effekter av intervensjonen.

En annen styrke er at vi har benyttet et rikt datamateriale som gjør det mulig å belyse endringer på utfall både hos foreldrene og barna, og relasjonen dem mellom. Videre ble det brukt spørreskjema med standardiserte, utprøvde og validerte skalaer på samtlige av utfallsmålene. Vi har to oppfølgingsmålinger som muliggjør analyser av både korttids- og langtidseffekter av intervensjonen.

Vi har gjennomført en rekke sensitivitetsanalyser for å kunne vurdere robustheten i resultatene. Vi har gjennomført analyser hvor alle deltakerne er inkludert, analyser hvor bare deltakere som har deltatt på fire eller flere veiledningsmøter er med, samt en analyse hvor også omsorgspersonene er inkludert. Resultatene fra disse analysene er sammenfallende, noe som tyder på at resultatene fra denne studien er robuste.

Studien er også gjennomført i nært samarbeid med praksisfeltet, og ikke i en «kunstig» kontekst, noe som taler for at resultatene i denne studien speiler det som skulle måles, og kan ha en reell overføringsverdi til praksis.

På tross av studiens mange styrker, møtte studien også på flere utfordringer. Lavt deltakerantall er en vanlig utfordring i randomiserte kontrollerte studier. For å få tilstrekkelig med deltakere i denne studien måtte vi forlenge datainnsamlingsperioden. Vi innførte også honorarer til både deltakerne og veilederne underveis i datainnsamlingen (ett universalgavekort av NOK 1000 per veileder, og ett universalgavekort av NOK 500 til hver deltager per innsendt skjema). Målsetningen var å rekruttere 390 barn til studien for

å få tilstrekkelig med statistisk styrke. Vi nådde dette målet, men datainnsamlingen var krevende og tok mye lengre tid enn vi forventet fordi det var vanskelig å rekruttere deltakere. Etter at vi innførte honorarer, steg innmeldte grupper til studien. Bruk av insentiver som gavekort og betaling er et kjent virkemiddel for å øke deltakelse i forskningsprosjekter, men en etisk utfordring knyttet til bruk av insentiver er at dette kan påvirke forskningsdeltakernes frivillige, informerte samtykke. Det er derfor viktig at insentivene ikke utgjør en utilbørlig påvirkning på deltakerne. Honorar kan, hvis de er høye, bidra til at deltakerne opplever at de må delta fordi de ikke har råd til å la være, og bør derfor holdes på et relativt lavt nivå og knyttes direkte til deltagernes innsats i studien (115). Vår vurdering er at gitt omfanget på de tre spørreskjemaene, utgjorde insentivenes sum ikke en utilbørlig fordel i vår studie.

En annen faktor som gjorde rekrutteringen utfordrende var utbruddet av covid-19, som påvirket det siste halve året av rekrutteringen. Det gjorde også at deltakende grupper måtte holdes på vent i en periode.

Selv om studien ble designet som en randomisert kontrollert studie, ville flere deltakere kunnet styrket de statistiske analysene ytterligere, og gitt oss mulighet til å analysere undergrupper basert på egenskaper ved både foreldrene og barna. Det kan være at ikke alle foreldrene responderer positivt på tiltaket, og noen foreldre kan ha langt bedre nytte av tiltaket enn andre. Hvordan man skårer på et utfall påvirkes av en rekke faktorer som intensiteten på tiltaket, foreldrenes utdanning og helse samt barnets alder og hvor store vansker barnet har. Det ville imidlertid krevd et vesentlig større utvalg om vi skulle undersøkt forskjeller mellom og foretatt analyser på slike undergrupper, noe som ville vært nyttig og interessant. Selv om vi ikke fikk gjennomført undergruppeanalyser fikk vi tilstrekkelig nok deltakere til å analysere effekten av programmet på primær- og sekundærutfall på hele utvalget samlet.

Denne studien er gjennomført med et klynge-randomisert design. Det ligger i intervensjonens natur at det vil være noen grupper som domineres av foreldre til førskolebarn og noen grupper som domineres av skolebarn. Førskolelærere som jobber i barnehage rekrutterer primært fra barnehage, mens lærere som jobber i skolen rekrutterer fra skolen, dvs. noe eldre barn. Det er derfor naturlig at gruppene blir homogene ettersom det er slik rekruteringen organiseres i praksis. I og med at rekruteringen gjenspeiler vanlig praksis anser vi dette ikke som et problem for effektestimatene som vi rapporterer. Hvor homogene gruppene er kan likevel ha betydning for statistisk styrke når den observerte intraklasse-korrelasjonene (ICC) er betydelig høyere enn det som ble antatt i styrkeberegningen. I denne studien er ICC-ene høyere enn det vi forventet før studiens oppstart for flere av utfallsmålene (se Appendiks 9). Dette øker sannsynligheten for type-2 feil, og er en ekstra grunn til at vi bør tolke resultatene med forbehold. Dette gjelder også for de statistisk signifikante resultatene siden lavere statistisk styrke også reduserer sannsynligheten for at et statistisk signifikant resultat gjenspeiler en sann effekt.

Selv om blinding er idealet, var det ikke mulig å blinde deltakerne under hele datainnsamlingen i ICDP-studien. Det var umulig å holde det skjult om deltakeren fikk intervensjonen (deltok på gruppemøter) eller ikke. Men deltakerne visste ikke hvilken gruppe de ville havne i da de svarte på det første spørreskjemaet (t1, før intervensjonen).

Spørreskjemaet som er benyttet i denne studien er omfattende og kunne med fordel vært kortet ned. Lange og svært omfattende spørreskjemaer kan skape irritasjon hos respondentene og dermed øke fare for redusert vilje til å svare, noe som igjen kan føre til frafall. Lengden på skjemaet kan være en medvirkende årsak til manglende respons ved

andre og tredje oppfølgingsmåling. Dette er nokså vanlig i denne type studier, og frafallsprosenten var som forventet for denne målgruppen. Dette er likevel en utfordring, men vi har forsøkt å omgå denne svakheten ved hjelp av robuste metoder for å justere for manglende responser ved oppfølging (103). Modellen som ble brukt justerer også for tilfeldige forskjeller mellom de to gruppene på utfallsmålene ved første måletidspunkt.

Studien benyttet kun subjektive utfallsmål, og vi har utelukkende foreldrerapporterte data. Tidligere studier tyder på at det ikke alltid er samsvar mellom foreldre og barn når de rapporterer om barnets vansker, og at det kan være nyttig med rapportering også fra barna (116). Det hadde vært en styrke å ha rapporter også fra barna, men mange av barna i denne studien er veldig unge og det vil derfor være urealistisk å få dette til. Videre ville det styrket analysene om studien også inkluderte en rapportering fra andre omsorgspersoner som stod barnet nært, som for eksempel barnehageansatte. I denne studien ble det innhentet data fra en tilleggsgruppe, som var foreldre som delte omsorg med studiedeltakere (men som ikke hadde deltatt på, eller planla å delta på, veiledning). Denne gruppen ble imidlertid for liten til at man kunne benytte deres svar til å gjøre sammenligninger med de foreldrene som deltok på veiledning. På tross av disse begrensningene vil disse subjektive foreldrerapporteringene gi verdifull informasjon om hvordan foreldrene opplever endring hos dem selv, hos barna og relasjonen mellom dem.

Samtidig rapporterer foreldrene i dette utvalget noe høyere nivåer av (internaliserende og eksternaliserende) vansker hos barna enn det man vanligvis finner i normalutvalg, noe som kan indikere at familiene som deltok i utgangspunktet hadde noe større utfordringer enn normalpopulasjonen. På bakgrunn av dette er det grunn til å tro at overføringsverdien av våre resultater til normalpopulasjonen er god, men det er mer usikkert hvor overførbare resultatene våre er til kliniske populasjoner. For å få mer kunnskap om virkningen av ICDP-tiltaket i ulike grupper, bør man evaluere effekten av tiltaket i ulike grupper av foreldre, som for eksempel innvandrerforeldre. Dette har ikke vært problemstillingen i denne studien, da hensikten har vært å evaluere effekten av standardversjonen i et generelt populasjonsbasert utvalg.

Videre vil det være nyttig med studier som analyserer selve gjennomføringen av ICDP- for å få mer innsikt i om det er bestemte aspekter ved programmet som gir gode effekter.

4.4 Implikasjoner og anbefalinger

Resultatene fra vår effektevaluering viser at ICDP-veiledning er et lovende universelt tiltak til foreldre i den generelle befolkningen ved at tiltaket ser ut til å styrke foreldretrygghet og nærhet til barnet, redusere konflikter om barneoppdragelse foreldrene imellom og bidra til en endring mot en mer støttende foreldrestil. Samtidig er det behov for flere studier for å kunne trekke sterke konklusjoner om hvorvidt ICDP-tiltaket har en effekt over tid.

Implikasjoner for praksis:

- ICDP handler primært om å styrke foreldrekompetanse og relasjonen mellom foreldre og barn, og en ønsket følgeeffekt av dette er at slike endringer skal bidra til positiv psykososial utvikling hos barna. Resultatene fra den foreliggende effektevalueringen av ICDP tyder på at tiltaket hadde en positiv effekt på foreldrene og på foreldre-barn relasjonen. Selv om effektene er små er de likevel verdt å tillegge vekt, ettersom ICDP-tiltaket når ut til mange foreldre og barn.

- Våre resultater viser videre at ICDP-intervensjonen ser ut til å ikke ha hatt effekt av betydning på barnas atferd, dette var som forventet ettersom ICDP primært er ment å virke på foreldrene og relasjonen mellom foreldre og barn. Resultatene fra studien gir forskningsmessig støtte til at standardversjonen av ICDP bør videreføres og benyttes som verktøy i arbeidet med å styrke omsorgspersoner i foreldrerollen og bedre samspillet mellom foreldre og barn. Det kan tenkes at ICDP har større effekt i noen familier enn det vi har funnet i denne studien. I vår studie har vi sett på et bredt utvalg av familier som deltok i standardversjonen av ICDP, med barn fra 0-18 år med varierende grad av utgangsutfordringer. Det er rimelig å anta at man hadde funnet større effekter i en studie der deltagerne hadde større utgangsvansker enn i vår studie. I denne studien har vi ikke hatt et stort nok antall deltagere til å kunne sammenligne forskjellene innad i datamaterialet, for eksempel forskjeller i effekt mellom de som hadde store og små vansker ved oppstart, barn i ulik alder, eller mellom foreldre med ulik sosioøkonomisk bakgrunn.
- I tillegg kommer det frem at deltagerne gjennomgående er veldig fornøyde med ICDP. De opplever at de fikk et stort utbytte av å delta i gruppen, og er fornøyde med å ha deltatt i ICDP. De rapporterer også at de er fornøyde med veiledernes ledelse av gruppen. Dette viser at foreldrene som har mottatt ICDP selv opplever tilbudet som nyttig.

De følgende punktene bør tas med i forberedelsen av senere studier av programmet:

- Å gjennomføre en randomisert kontrollert studie i en kommunal setting er krevende, da forskningens behov for kontroll, forutsigbarhet og omfattende datainnsamling ikke alltid lar seg forene med en kompleks og uforutsigbar hverdag i praksisfeltet.
- Å rekruttere deltakere til et universelt tiltak i en kommunal setting der kommunene er organisert gjennom stor grad av selvstyrerett slik som vi har i Norge er utfordrende av særlig tre grunner. For det første finnes det ingen naturlig eller konstant arena for rekruttering. Å skape rekrutteringsarenaer og å få rekruttert deltakere krever en omfattende og sammensatt innsats fra forskerteamet, ikke minst fra de ansatte som jobber ute i praksisfeltet som står for den lokale rekrutteringen. Det bør settes av tilstrekkelig med ressurser slik at veilederne får den nødvendige opplæringen og informasjonen de trenger for å kunne gjennomføre intervensjonen på mest mulig lik måte. For det andre ønsker vi å understreke betydningen av lokal ledelsesforankring. Fra de drøyt 1000 veilederne vi var i kontakt med ble det stadig formidlet at tilbudet av ICDP-gruppe (både til vanlig og i forbindelse med studien) var prisgitt at det ble lagt til rette for eller tillatt. For det tredje er en slik datainnsamling i en kommunal kontekst tidskrevende, både fordi handlingsplaner ofte legges lang tid i forveien, og fordi planer ofte utsettes av interne og eksterne prosesser som omorganisering.
- Å belønne individer som stiller seg til disposisjon for forskning er en praksis som benyttes i flere forskningsprosjekter. Vår erfaring fra denne studien tilsier at det er hensiktsmessig å gi deltakerne og veilederne honorarer for deltakelse i studien. I vår studie erfarte vi at det ble lettere å rekruttere deltakere til studien og svarprosenten gikk også opp etter innføring av honorarer. En etisk utfordring knyttet til bruk av insentiver er om dette kan påvirke forskningsdeltakernes

frivillige, informerte samtykke. Honorar kan, hvis de er høye, bidra til at deltakerne opplever at de må delta fordi de ikke har råd til å la være. Verdien på honoraret bør være høyt nok til å faktisk motivere til deltakelse og lavt nok til ikke å være uetisk. Honorarene som er benyttet i ICDP-studien er relativt beskjedne, men samtidig av betydning. Honorarer har vært nødvendig for å sikre tilstrekkelig rekruttering til studien.

- Det hadde vært nyttig å få gjennomført en prosessevaluering av ICDP-tiltaket, hvor man samlet data og analyserte prosessen. Det kunne være nyttig å gjøre opptak av hva som skjer under gruppeveiledningen. Dette kunne gitt mer innsikt i om det er bestemte aspekter ved veiledningen som gir gode effekter. En slik evaluering ville gitt en unik innsikt i forbedringspotensialet knyttet til implementering av ICDP-tiltaket. Det ville vært interessant å få mer kunnskap om betydningen av egenskaper ved veilederne som utdanning, erfaring, hvordan de formidler intervensjonen og bruker materialet samt trygghet og dynamikk i gruppen. Kunnskap knyttet til både hva som fremmer og hemmer en god implementering vil være nyttig i det videre arbeidet med ICDP-veiledning, og det er behov for en god implementeringsstudie av programmet i Norge. Vi trenger robuste implementeringsstudier av programmet, og studier som genererer ny kunnskap som kan brukes til å forbedre programmet slik at effektene av programmet blir sterkere.
- I denne studien er majoriteten av barna i barnehagealder og i barneskolealder. Det ville vært interessant å undersøke effekten av ICDP-tiltaket også for ungdommer, og å sammenligne effekt mellom ulike aldersgrupper.
- Denne studien er gjort av standardversjonen av ICDP. Mange potensielle grupper ble ekskludert fra studien fordi de jobbet med minoritetsversjonen av ICDP. Det hadde vært interessant å få undersøke effekten av ICDP som et selektivt tiltak, og å gjennomføre en effektevaluering av minoritetsversjonen av ICDP.
- Selv om vi finner lovende resultater i denne studien, er det samtidig viktig å understreke at vi trenger flere effektevalueringer, gjerne med oppfølgingsmål på senere måletidspunkt, for å kunne konkludere med høyere grad av sikkerhet hvor effektivt ICDP er for å styrke foreldrene i foreldrerollen, og relasjonen mellom barn og foreldre, samt styrke barns sosiale utvikling, psykiske helse og sosiale fungering. Denne studien har kun undersøkt programmets standardversjon i Norge og utvalget er foreldre som har barn uten kjente vansker.

5 Konklusjon

ICDP er et universelt forebyggende tiltak som skal tilbys i alle kommuner i Norge. Intervensjonen er ment å ha en gjensidig positiv innvirkning på foreldrene, barna og relasjonen mellom dem. Hensikten med denne studien har vært å evaluere effekten av standardversjonen av foreldreveiledningsprogrammet ICDP i Norge ved hjelp av RCT-design. Studien samlet inn data fra foreldre som hadde meldt seg på gruppeveiledning med standardversjonen av ICDP i perioden januar 2017 til 5. oktober 2020. Studien baserer seg på foreldrenes selvrapportering på tre måletidspunkter: før intervensjon, rett etter intervensjon, og seks måneder etter første måletidspunkt. Totalt 590 foreldre svarte på ett eller flere av de tre spørreskjemaene i studien, og 81 veiledningsgrupper fra 38 kommuner over hele Norge deltok.

Dette er den første studien gjort av ICDP i Norge der et RCT-design har blitt benyttet. Studien er per dags dato, etter vår kjennskap, den største effektevalueringen som er gjennomført av standardversjonen av ICDP. Det er også den første store RCT-studien som analyserer effekten av ICDP ved å undersøke endring både hos foreldrene, i foreldre-barn-relasjonen og hos barna selv.

Denne effektevalueringen av standardversjonen av ICDP i Norge tyder på at tiltaket hadde en effekt på foreldrene gjennom at de ble tryggere i foreldrerollen, de følte mer nærhet til barnet sitt, de opplevde mindre konflikter knyttet til barneoppdragelse, og de praktiserte en mer støttende foreldrestil etter avsluttet ICDP-veiledning. Den positive endringen er signifikant bedre i intervensjonsgruppen, sammenlignet med kontrollgruppen. Selv om effektene er små er de likevel verdt å tillegge vekt, ettersom ICDP-tiltaket når ut til mange foreldre og barn. Tiltaket har en begrenset effekt på endring hos barna rapportert av foreldrene. Vi finner riktignok noen positive endringer som er noe sterkere for intervensjonsgruppen når det gjelder internaliserende vansker og prososial atferd. Men disse effekten er svært små, og bør derfor tolkes med forsiktighet. Det er verdt å merke seg at studien således fant effekt på de områdene der det oppgis at ICDP skal ha effekt, altså på foreldrene og på foreldre-barn-relasjonen.

Resultatene i denne studien er basert på et sterkt evalueringsdesign og validerte utfallsmål. Men resultatene må sees i lys av at studien har utelukkende subjektive utfallsmål, deltakerne er ikke blindet, det er kun foreldrerapportert data, og vi har noe manglende data i studien. Det hadde styrket evidensgrunnlaget for programmet hvis man kunne gjennomføre flere studier som ser på langtidseffekter av programmet med flere måletidspunkt over tid. Videre ville det være nyttig å foreta studier hvor man undersøker effekten av programmet som et selektivt forebyggende tiltak i ulike grupper, inkludert blant grupper som trenger foreldreveiledning mest. Vi trenger også robuste implementeringsstudier av programmet, og studier som genererer ny kunnskap som kan brukes til å forbedre programmet slik at effektene av programmet blir sterkere. Resultatene fra studien gir like fullt forskningsmessig støtte til at standardversjonen av ICDP bør videreføres og benyttes som verktøy i arbeidet med å styrke omsorgspersoner i foreldrerollen og bedre samspillet mellom foreldre og barn.

Referanser

1. Cassidy JS, P. R. Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications, 2nd ed. Cassidy J, Shaver PR, editors. New York, NY, US: The Guilford Press; 2008.
2. Gottman JM, Katz LF, Hooven C. Parental meta-emotion philosophy and the emotional life of families: Theoretical models and preliminary data. Journal of Family Psychology. 1996;10(3):243-68.
3. Sroufe LA. Attachment and development: a prospective, longitudinal study from birth to adulthood. Attach Hum Dev. 2005;7(4):349-67.
4. Campbell SB, Shaw DS, Gilliom M. Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. Development and Psychopathology. 2000;12(3):467-88.
5. Perry NB, Dollar JM, Calkins SD, Keane SP, Shanahan L. Maternal socialization of child emotion and adolescent adjustment: Indirect effects through emotion regulation. Developmental Psychology. 2020;56(3):541-52.
6. Hill NE, Bush KR, Roosa MW. Parenting and family socialization strategies and children's mental health: low-income Mexican-American and Euro-American mothers and children. Child Dev. 2003;74(1):189-204.
7. Vostanis P, Graves A, Meltzer H, Goodman R, Jenkins R, Brugha T. Relationship between parental psychopathology, parenting strategies and child mental health--findings from the GB national study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2006;41(7):509-14.
8. Major EF, Dalgard OS, Mathisen KS, Nord E, Ose, S., Rognerud M, Aarø LE. Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Report. 2011.
9. Barnes J. Effects of parental physical and psychiatric illness on child development. In: Gelder M, Lopez-Ibor J, Andreasen N, editors. New Oxford textbook of psychiatry. Oxford: Oxford University Press; 2000. p. 1848-55.
10. Dean K, Stevens H, Mortensen PB, Murray RM, Walsh E, Pedersen CB. Full Spectrum of Psychiatric Outcomes Among Offspring With Parental History of Mental Disorder. Archives of General Psychiatry. 2010;67(8):822-9.
11. Downey G, Coyne JC. Children of depressed parents: An integrative review. Psychological Bulletin. 1990;108(1):50-76.
12. Kessler R, Chiu W, Demler O, Merikangas K, Walters E. Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005;62:590-2.
13. Ramchandani P, Stein A. The impact of parental psychiatric disorder on children - Avoiding stigma, improving care. BMJ (Clinical research ed). 2003;327:242-3.
14. Harold GT, Sellers R. Annual Research Review: Interparental conflict and youth psychopathology: an evidence review and practice focused update. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2018;59(4):374-402.
15. Zemp M, Bodenmann G, Cummings EM. The Significance of Interparental Conflict for Children. European Psychologist. 2016;21(2):99-108.
16. Davies PT, Hentges RF, Coe JL, Martin MJ, Sturge-Apple ML, Cummings EM. The multiple faces of interparental conflict: Implications for cascades of children's

insecurity and externalizing problems. Journal of Abnormal Psychology. 2016;125(5):664-78.
17. Davies PT, Martin MJ, Cummings EM. Interparental conflict and children's social problems: Insecurity and friendship affiliation as cascading mediators. Developmental psychology. 2018;54(1):83-97.
18. El-Sheikh M, Keiley M, Erath S, Dyer WJ. Marital conflict and growth in children's internalizing symptoms: the role of autonomic nervous system activity. Dev Psychol. 2013;49(1):92-108.
19. Wesseltoft-Rao N, Holt T, Strand Helland M. Gruppetiltak og kurs for foreldre. Norsk praksis, erfaringer og effektevalueringer. Rapport, Oslo: Folkehelseinstituttet. 2017.
20. World Health Organization. Prevention of mental disorders : effective interventions and policy options : summary report / a report of the World Health Organization Dept. of Mental Health and Substance Abuse ; in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht. Geneva: World Health Organization; 2004.
21. World Health Organization. Mental health Action Plan 2013-2020 2013 [Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021.
22. World Health Organization. Child maltreatment 2020 [Available from: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment.
23. Knapp M, McDaid D, Parsonage M. Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case: Department of Health, London; 2011 [Available from: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215626/dh_126386.pdf.
24. Young M, Bank W. From early child development to human development: Investing in our children's future 2002 [Available from: https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/13950/239490PUB0Repl0top0150500same0info0.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
25. Sælensminde K, & Line, T. M. Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2015: Sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap fordelt på sykdomsgrupper.: Helsedirektoratet; 2019.
26. Cunningham CE, Bremner R, Boyle M. Large group community-based parenting programs for families of preschoolers at risk for disruptive behaviour disorders: utilization, cost effectiveness, and outcome. J Child Psychol Psychiatry. 1995;36(7):1141-59.
27. Furlong M, McGilloway S, Bywater T, Hutchings J, Smith SM, Donnelly M. Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. Cochrane Database Syst Rev. 2012(2):Cd008225.
28. Barlow J, Coren E. The Effectiveness of Parenting Programs: A Review of Campbell Reviews. Research on Social Work Practice. 2017;28(1):99-102.
29. Barlow J, Smailagic N, Huband N, Roloff V, Bennett C. Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014(5).
30. Barlow J, Bergman H, Kornør H, Wei Y, Bennett C. Group-based parent training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in young children. Cochrane Database Syst Rev. 2016;2016(8).

31. Yap MBH, Morgan AJ, Cairns K, Jorm AF, Hetrick SE, Merry S. Parents in prevention: A meta-analysis of randomized controlled trials of parenting interventions to prevent internalizing problems in children from birth to age 18. Clin Psychol Rev. 2016;50:138-58.
32. Mouton B, Loop L, Stievenart M, Roskam I. Parenting Programs to Reduce Young Children's Externalizing Behavior: A Meta-Analytic Review of Their Behavioral or Cognitive Orientation. Child & Family Behavior Therapy. 2018;40(2):115-47.
33. Kane GA, Wood VA, Barlow J. Parenting programmes: a systematic review and synthesis of qualitative research. Child Care Health Dev. 2007;33(6):784-93.
34. Ogden T, Hagen K. Adolescent mental health: Prevention and intervention: Routledge, Taylor & Francis Group; 2019.
35. Martinussen M, Reedtz C, Eng H, Neumer SP, Patras J, Mørch WT. Kriterier for prosedyrer og vurdering og klassifisering av tiltak Ungsinn - Tidsskrift for virksomme tiltak for barn. 2019(2.utgave).
36. Helse- og omsorgsdepartementet. Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024). 2019.
37. Sherr L, Skar AM, Clucas C, von Tetzchner S, Hundeide K. Evaluation of the International Child Development Programme (ICDP) as a community-wide parenting programme. Eur J Dev Psychol. 2014;11(1):1-17.
38. Skar AM, von Tetzchner S, Clucas S, Sher L. The long-term effectiveness of the International Child Development Programme (ICDP) implemented as a community-wide parenting programme. European Journal of Developmental Psychology. 2015;12(1):54-68.
39. Barne- ungdoms- og familiedirektoratet. Håndbok for ICDP-veiledere. Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.; 2016.
40. Barne- og likestillingsdepartementet. Trygge foreldre, trygge barn. Regjeringens strategi for foreldrestøtte (2018-2021) 2018 [cited 2020 oktober]. Available from: https://www.regjeringen.no/contentassets/23fff4c08d0440ca84543ff74786c6a0/bld_foreldrestotte_strategi_21juni18.pdf.
41. Lovdata. Lov om integrering gjennom opplæring, utdanning og arbeid, integreringsloven 2020 [Available from: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2020-11-06-127.
42. IMDI. Foreldreveiledning 2020 [Available from: https://introduksjonsprogrammet.imdi.no/innhold/foreldreveiledning/.
43. Barne- ungdoms- og familieetaten. Internt veilederregister fra Spisskompetansemiljøet (SKM). 2021.
44. Bråten B, Sønsterudbråten S. Foreldreveiledning – virker det? En kunnskapsstatus. Fafo-rapport 2016:29. 2016.
45. Heap K. Gruppemetode for sosial- og helsearbeidere (5. utg). Oslo: Gyldendal akademisk; 2005.
46. Reedtz C, Lauritzen C. Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket ICDP: Ungsinn -Tidsskrift for virksomme tiltak for barn; 2017 [
]. Available from: https://ungsinn.no/post_tiltak_arkiv/icdp-2-utg/.
47. Abarashi Z, Tahmassian K, Mazaheri MA, Panaghi L, Mansoori N. Parental Self-Efficacy As a Determining Factor in Healthy Mother-Child Interaction: A Pilot Study in Iran. Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences. 2014;8:19-25.

48. Isaeva OM, Volkova EN. Early Psycho-social Intervention Program WHO/ICDP as an Effective Optimization Method for Child-parental Relationships. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2016;233:423-7.
49. Skar AM, De Abreu RM, Vaughn MJ. Strengthening a Whole Child Approach within Residential Care Settings Through Psychosocial Support and Nutritional Guidance. Child Care in Practice. 2019;25(3):230-47.
50. Skar AM, Sherr L, Clucas C, von Tetzchner S. Evaluation of Follow-Up Effects of the International Child Development Programme on Caregivers in Mozambique. Infants and Young Children. 2014c;27:120-35.
51. Skar AM, Sherr L, Macedo A, Tetzchner SV, Fostervold KI. Evaluation of Parenting Interventions to Prevent Violence Against Children in Colombia: A Randomized Controlled Trial. J Interpers Violence. 2017.
52. González-Fernández D, Mazzini Salom AS, Herrera Bendezu F, Huamán S, Rojas Hernández B, Pevec I, et al. A Multi-Sectoral Approach Improves Early Child Development in a Disadvantaged Community in Peru: Role of Community Gardens, Nutrition Workshops and Enhanced Caregiver-Child Interaction: Project "Wawa Illari". Front Public Health. 2020;8.
53. Dybdahl R. Children and mothers in war: an outcome study of a psychosocial intervention program. Child Dev. 2001;72(4):1214-30.
54. Clucas C, Skar AM, Sherr L, von Tetzchner S. Mothers and Fathers Attending the International Child Development Programme in Norway. The Family Journal. 2014;22(4):409-18.
55. Skar AM, von Tetzchner S, Clucas C, Sherr L. The Impact of a Parenting Guidance Programme for Mothers with an Ethnic Minority Background. Nordic Journal of Migration Research. 2014a;4:108-17.
56. Skar AM, von Tetzchner S, Clucas C, Sherr L. Paradoxical correlates of a facilitative parenting programme in prison—counter-productive intervention or first signs of responsible parenthood? Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention. 2014b;15(1):35-54.
57. Sørlie M-A, Ogden T, Solholm R, Olseth AR. Implementeringskvalitet om å få tiltak til å virke: En oversikt. Tidsskrift for Norsk Psykologforening. 2010; 47:315–21.
58. Sameroff A. Transactional Models in Early Social Relations. Human Development. 1975;18(1-2):65-79.
59. Sameroff A. The transactional model. The transactional model of development: How children and contexts shape each other. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2009. p. 3-21.
60. Kendall JM. Designing a research project: randomised controlled trials and their principles. Emergency Medicine Journal. 2003;20(2):164.
61. Pripp AH. Randomisation. Tidsskr Nor Laegeforen. 2018;138(17).
62. Moberg J, Kramer M. A brief history of the cluster randomised trial design. J R Soc Med. 2015;108(5):192-8.
63. Hróbjartsson A, Thomsen ASS, Emanuelsson F, Tendal B, Hilden J, Boutron I, et al. Observer bias in randomized clinical trials with measurement scale outcomes: a systematic review of trials with both blinded and nonblinded assessors. Canadian Medical Association Journal. 2013;185(4):E201.
64. Frick PJ. Alabama parenting questionnaire: Universty of Alabama; 1991.
65. Folkehelseinstituttet. Instrument documentation Q5 2016 [Available from: https://www.fhi.no/studier/moba/forskere/sporreskjemaer---mor-og-barn-unders/.

66. Dadds MR, Maujean A, Fraser JA. Parenting and conduct problems in children: Australian data and psychometric properties of the Alabama Parenting Questionnaire. Australian Psychologist. 2003;38(3):238-41.
67. Frick PJ, Christian RE, Wootton JM. Age Trends in the Association between Parenting Practices and Conduct Problems. Behavior Modification. 1999;23(1):106-28.
68. Shelton KK, Frick PJ, Wootton J. Assessment of parenting practices in families of elementary school-age children. Journal of Clinical Child Psychology. 1996;25(3):317-29.
69. Nunnally JC. Psychometric theory. New York McGraw-Hill; 1978.
70. Kendall S, Bloomfield L. Developing and validating a tool to measure parenting self-efficacy. J Adv Nurs. 2005;51(2):174-81.
71. Bloomfield L, Kendall S. Testing a parenting programme evaluation tool as pre- and post-course measure of parenting self-efficacy. Journal of advanced nursing. 2008;60:487-93.
72. Bloomfield L, Kendall S. Parenting self-efficacy, parenting stress and child behaviour before and after a parenting programme. Prim Health Care Res Dev. 2012;13(4):364-72.
73. Bloomfield L, Kendall S, Fortuna S. Supporting parents: Development of a tool to measure self-efficacy of parents with learning disabilities. British Journal of Learning Disabilities. 2010;38.
74. Havighurst SS, Kehoe CE, Harley AE, Johnson AM, Allen NB, Thomas RL. Tuning in to Toddlers: Research Protocol and Recruitment for Evaluation of an Emotion Socialization Program for Parents of Toddlers. Frontiers in Psychology. 2019;10(1054).
75. Fabes RA, Eisenberg,, N. B, J. The Coping with Children's Negative Emotion Scale: Procedure and scoring. Available from authors, Arizona State University; 1990.
76. Fabes RA, Poulin RE, Eisenberg N, Madden-Derdich DA. The Coping with Children's Negative Emotions Scale (CCNES): Psychometric properties and relations with children's emotional competence. Marriage & Family Review. 2002;34(3-4):285-310.
77. Helland SS. Longitudinal associations between language difficulties and internalizing problems. PhD degree at the Department of Psychology, University of Oslo,Norway; 2018.
78. Baker JK, Fenning RM, Crnic KA. Emotion Socialization by Mothers and Fathers: Coherence among Behaviors and Associations with Parent Attitudes and Children's Social Competence. Social Development. 2011;20(2):412-30.
79. Havighurst SS, Kehoe C, Harley AE. A randomized controlled trial of an emotion socialization parenting program and its impact on parenting, children's behavior and parent and child stress cortisol: Tuning in to Toddlers. Forthcoming.
80. Dadds MR, Powell MB. The relationship of interparental conflict and global marital adjustment to aggression, anxiety, and immaturity in aggressive and nonclinic children. Journal of Abnormal Child Psychology. 1991;19(5):553-67.
81. Kjeldsen A, Janson H, Stoolmiller M, Torgersen L, Mathiesen K. Externalising behaviour from infancy to mid-adolescence: Latent profiles and early predictors. Journal of Applied Developmental Psychology. 2013;35.
82. Stallman H, Morawska A, Sanders M. Parent Problem Checklist: Tool for assessing parent conflict. Australian Psychologist. 2009;44.
83. Pianta RC. Child-Parent Relationship Scale. 1992.

84. Driscoll K, Pianta RC. Mothers' and fathers' perceptions of conflict and closeness in parent-child relationships during early childhood. Journal of Early Childhood and Infant Psychology. 2011;7:1-24.
85. Ulutas A, Kanak M. An Analysis of the Mother and Child Education Program's Effects on the Relationship between Mothers and Their Five- or Six-Year-Old Children. Journal of Education and Learning. 2016;5:234.
86. Goodman R. An Analysis of the Mother and Child Education Program's Effects on the Relationship between Mothers and Their Five- or Six-Year-Old Children trengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 1997(38):581-6.
87. Goodman R. Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2001;40(11):1337-45.
88. Kornør H, Heyerdahl S. Måleegenskaper ved den norske versjonen av Strengths and Difficulties Questionnaire. foreldrerapport (SDQ-P) PsykTestBarn, 1:1. 2017.
89. Heyerdahl S. SDQ - Strength and Difficulties Questionnaire: En orientering om et nytt spørreskjema for kartlegging av mental helse hos barn og unge. Norsk Epidemiologi. 2009;13.
90. Goodman A, Lamping DL, Ploubidis GB. When to use broader internalising and externalising subscales instead of the hypothesised five subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): data from British parents, teachers and children. J Abnorm Child Psychol. 2010;38(8):1179-91.
91. Ravens-Sieberer U, Bullinger M. Assessing health-related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content analytical results. Qual Life Res. 1998;7(5):399-407.
92. Helseth S, Lund T. Assessing health-related quality of life in adolescents: Some psychometric properties of the first Norwegian version of KINDL®. Scandinavian journal of caring sciences. 2005;19:102-9.
93. Jozefiak T, Reinfjell T. Måleegenskaper ved den norske versjonen av Kinder. Psyktestbarn. 2012.
94. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. Int J Med Educ. 2011;2:53-5.
95. Strand BH, Dalgard OS, Tambs K, Rognerud M. Measuring the mental health status of the Norwegian population: a comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). Nord J Psychiatry. 2003;57(2):113-8.
96. Altman DG, Bland JM. Absence of evidence is not evidence of absence. Bmj. 1995;311(7003):485.
97. Chakraborty H, Gu H. RTI Press Methods Report Series. A Mixed Model Approach for Intent-to-Treat Analysis in Longitudinal Clinical Trials with Missing Values. Research Triangle Park (NC): RTI Press (c) 2009 Research Triangle Institute. All rights reserved.; 2009.
98. Ranganathan P, Pramesh CS, Aggarwal R. Common pitfalls in statistical analysis: Intention-to-treat versus per-protocol analysis. Perspect Clin Res. 2016;7(3):144-6.
99. Twisk J, Bosman L, Hoekstra T, Rijnhart J, Welten M, Heymans M. Different ways to estimate treatment effects in randomised controlled trials. Contemp Clin Trials Commun. 2018;10:80-5.
100. Cohen. Statistical power analysis for the behavioral sicences: Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.

101. Bretthauer M. Statistisk signifikans og klinisk relevans. Tidsskriftet for den norske legeforeningen. 2008(128).
102. Lydersen S. Bør man justere for bakgrunnsvariabler i en randomisert studie? Tidsskrift for Den norske legeforening. 2020;140.
103. Shin T, Davison ML, Long JD. Maximum likelihood versus multiple imputation for missing data in small longitudinal samples with nonnormality. Psychological Methods. 2017;22(3):426-49.
104. Thoresen M. Longitudinal analysis. In: Veierød M, Lydersen S, Laake P, editors. Medical statistics in clinical and epidemiological research. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012. p. 259–87.
105. Biele G, Gustavson K, Czajkowski NO, Nilsen RM, Reichborn-Kjennerud T, Magnus PM, et al. Bias from self selection and loss to follow-up in prospective cohort studies. Eur J Epidemiol. 2019;34(10):927-38.
106. Folkehelsesinstituttet. Livskvalitet og psykisk helse under koronaepidemien november-desember 2020. 2021;2021(mars).
107. Skogen J, Smith,ORF, Aarø,LE, Siqveland,J., Øverland,S. Barn og unges psykiske helse:Forebyggende og helsefremmende folkehelsetiltak. En kunnskapsoversikt. Folkehelseinstituttet. 2018.
108. Rose G, Khaw K-T, Marmot M. Rose's Strategy of Preventive Medicine: Oxford University Press; 2008 01/01. 1-192 p.
109. Sundsbø AO. Universal Parenting Support in Norway – An Unfulfilled Promise. Social Policy and Society. 2018;17(3):503-17.
110. Miller S, Harrison H. A cluster randomised controlled trial and process evaluation of the early years DELTA parenting programme. International Journal of Educational Research. 2015;74:49-60.
111. Stattin H, Enebrink P, Özdemir M, Giannotta F. A national evaluation of parenting programs in Sweden: The short-term effects using an RCT effectiveness design. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2015;83(6):1069-84.
112. Ulfsdotter M, Enebrink P, Lindberg L. Effectiveness of a universal health-promoting parenting program: a randomized waitlist-controlled trial of All Children in Focus. BMC Public Health. 2014;14:1083.
113. Leijten P, Gardner F, Melendez-Torres G, van Aar J, Hutchings J, Schulz S, et al. Meta-Analyses: Key Parenting Program Components for Disruptive Child Behavior. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2019;58:180-90.
114. Blower SL, Gridley N, Dunn A, Bywater T, Hindson Z, Bryant M. Psychometric Properties of Parent Outcome Measures Used in RCTs of Antenatal and Early Years Parent Programs: A Systematic Review. Clinical Child and Family Psychology Review. 2019;22(3):367-87.
115. Romstad I, Gjerstad C, Berg A. Bruk av insentiver til deltagere i medisinsk og helsefaglig forskning i Norge. Tidsskiftet den norske legeforening. 2019(3).
116. Barry C, Frick P, Grafeman S. Child Versus Parent Reports of Parenting Practices. Assessment. 2008;15:294-303.

Appendiks 1 : «Detaljert agenda for hvert møte»

DETALJERT AGENDA FOR HVERT MØTE

Standardversjonen

Møter	Hovedbudskap	Tema	Forslag til sensitiviserings-metode	Oppgaveforslag til neste møte
Møte 1	Foreldre er viktige for barns utvikling	Presentasjon av deltakerne og rammene for veiledningen. Omsorgsgivers oppfatning av sin egen rolle og verdier. Hvordan er disse verdiene skapt? Hva har omsorgsgiverne selv med seg i bagasjen knyttet til omsorg for barn?	Musikk, evt. dikt for å tune inn på temaet. Gruppesamtale med eksempler.	Hvordan oppdrar du ditt barn sammenlignet med den oppdragelsen du fikk? Hva er likt, og hva er forskjellig? Ta med et bilde av ett av barna som presenteres for gruppen på neste møte. Hvem er dette barnet? Hva liker han/hun? Hvilke egenskaper har han/hun?
Møte 2	Se de positive sidene ved barnet ditt. Barn har behov for kjærlighet.	Omsorgsgivers oppfatning av barnet sitt/barna sine. Positiv redefinering. Introduksjon til den emosjonelle dialogen – barn har behov for en trygg base de kan bevege seg ut fra for å lære og komme tilbake til når de har bruk for det. Tema 1 – vis at du er glad i barnet, vis kjærlige følelser. Hva betyr dette temaet, hvorfor er det viktig, og hvordan gjør vi det?	Bruke bildet de har tatt med, fortelle om barnet. Arbeide to og to med redefinering. Vise bilder – hva uttrykker dette barnet? Utdeling av samtaleheftet *8 tema for godt samspill.* Bilder og film som illustrasjon. Tolke samspillsbilder. Foreldrenes egne eksempler.	Noter deg ulike situasjoner der du viser barnet ditt kjærlighet. I hvilke situasjoner er det? Hvordan gjør du det? Hvordan reagerer barnet?

Møter	Hovedbudskap	Tema	Forslag til sensitiviserings-metode	Oppgaveforslag til neste møte
Møte 3	Barn har behov for at du følger dets initiativ.	Tema 2 – følg barnets initiativ. Hva betyr temaet, hvorfor er det viktig, og hvordan gjør vi det?	Illustrasjon med film. Drøfting – hva betyr det å følge barnets initiativ? Direkte henvendelser samt inntoning til barnets tilstand og behov. Betyr å følge barnets initiativ at det skal få alt som det vil?	Prøv ut tema 2 i praksis. Hva gjorde du? Hvordan reagerte barnet?
Møte 4	Barn har behov for å dele følelser.	Tema 3 - etabler en følelsesmessig samtale, snakk om følelser med barnet. Hva betyr dette temaet, hvorfor er det viktig, og hvordan gjør vi det?	Følge opp oppgaven fra sist. Bilder og film som illustrasjon på nye tema. Tolke samspillsbilder. Samtale – å tåle å være sammen med barnet i barnets følelser, enten de er glade, triste, sinte eller lei seg, uten å «overta» følelsene. Stille spørsmål til foreldrene om hva de gjør når deres egne følelser er i ferd med å ta overhånd. Tolke samspillsbilder.	Prøv ut tema 3 og 4 i praksis. Hvordan reagerer du når barnet ditt er lei seg? Hvordan hjelper du barnet til å stå i de vanskelige følelsene? Hva sier du? Hva gjør du? Hvordan reagerer barnet?
	Barn har behov for ros og anerkjennelse.	Tema 4 – gi barnet ros for det det klarer å gjøre og vis anerkjennelse.	Samtale – er ros og anerkjennelse det samme? Kan barn få for mye ros? Er ros skadelig? Hva betyr det å gi ros? Skal barnet roses for resultat eller innsats? Hvordan roser vi slik at det blir ekte? Rollespill.	Hva skjer når du roser barnet for noe det har gjort som du synes er bra? Hva gjør du? Bruker du ord, eller gjør du noe annet? Hvordan reagerer barnet på rosen?

Møter	Hovedbudskap	Tema	Forslag til sensitiviserings-metode	Oppgaveforslag til neste møte
Møte 5	Barn har behov for hjelp til å samle oppmerksomheten sin, til å forstå verden rundt seg og seg selv, og å få forklaringer for å forstå sammenhenger.	Introduksjon til den meningsskapende og utvidende dialogen – barn trenger hjelp til å forstå verden og til å lære – også hjemme. Tema 5 – hjelp barnet til å samle oppmerksomheten, slik at dere har felles opplevelse av det som er rundt dere. Tema 6 – gi mening til det barnet opplever av omverdenen ved å beskrive det dere opplever sammen og ved å vise følelser og entusiasme. Hva betyr disse temaene, hvorfor er de viktige, og hvordan gjør vi det? Tema 7 – Utdyp og gi forklaringer når du opplever noe sammen med barnet ditt. Hva betyr dette temaet, hvorfor er det viktig, og hvordan gjør vi det?	Følge opp oppgaven fra sist. Bilder og film som illustrasjon på nye tema. Rollespill. Samtale – felles fokus er forutsetningen for å lære - barn har ulike behov for hjelp til å samle oppmerksomheten sin. Samtale – hva innebærer tema 6 for babyer? Hva betyr det for store barn? Viktigheten av å sette ord på ting og handlinger for å lære språk. Sette ord på følelser for å bli kjent med følelsene sine. Foreldrenes egne eksempler. Bilder og film som illustrasjon på nytt tema. Tolke samspillsbilder. Samtale – hva betyr dette for små barn? Hva betyr det for tenåringer? Bruk av logiske forklaringer. Læring gjennom historier, sanger, lek, etc. Foreldrenes egne eks.	Prøv ut tema 5 og 6. Legg merke til en situasjon der du påkaller barnets oppmerksomhet. Hva gjør du? Hvordan reagerer barnet? Får dere til felles fokus? Noter deg en situasjon der du justerer deg til det barnet holder på med, slik at dere får felles fokus på den måten. Hvordan fungerer det? Husker du noen eventyr eller sanger fra du var liten? Kan du fortelle historien eller synge sangen til barnet ditt? Forklar barnet bakgrunnen for sangen/historien. Hvordan reagerte barnet? Hvordan var det for deg å hente fram noe fra din barndom og formidle det videre til barnet ditt?

Møter	Hovedbudskap	Tema	Forslag til sensitiviserings-metode	Oppgaveforslag til neste møte
Møte 6	Barn har behov for hjelp til å planlegge og å få støtte slik at de kan nå målet sitt.	Introdusere den regulerende dialogen. Tema 8a) planlegging steg for steg og 8b) gradert støtte. Hva betyr dette temaet, hvorfor er det viktig, og hvordan gjør vi det?	Følge opp oppgaven fra sist. Bilder og film som illustrasjon på nytt tema. Tolke samspillsbilder. Samtale – barn trenger hjelp til å regulere handlingene sine slik at de kan handle planmessig. De trenger også hjelp til å få støtte til å strekke seg, slik at de greier mer enn de ville gjort på egen hånd. Foreldrenes egne eksempler.	Prøv ut en situasjon der du hjelper barnet ditt med en oppgave (spise, lekser, lære å strikke, avhengig av alder). Hvordan gjør du det slik at barnet greier å ta over ansvaret selv etter hvert? Hvordan er det for deg? Hvordan tror du det er for barnet?
Møte 7	Barn har behov for trygge rammer og klare grenser, slik at de kan fungere godt sammen med andre.	Tema 8c) situasjons-regulering og tema 8d) positiv grensesetting. Hva betyr dette temaet, hvorfor er det viktig, og hvordan gjør vi det?	Følge opp oppgaven fra sist. Bilder og film som illustrasjon på nytt tema. Rollespill. Samtale med utgangspunkt i hverdagssituasjoner foreldrene kjenner seg igjen i. Hvordan kan vi forandre situasjonen barnet er i, slik at det ikke oppstår konflikter? Hva er positive grenser? Hva med å bruke ris, ørefiker, ydmykende ord? Hvordan lærer barn best hva som er riktig og galt? Hvordan lærer barn å sette seg inn i andres situasjon? Foreldrenes egne eksempler.	Gi et konkret eksempel på en situasjon der du brukte positiv grensesetting. Hvordan gjorde du det? Hvordan reagerte barnet? Hvordan opplevde du situasjonen? Gi et eksempel på hvordan du kan tilrettelegge en hverdagssituasjon for barnet ditt på en måte som forebygger negative situasjoner og behov for grensesetting.

Møter	Hovedbudskap	Tema	Forslag til sensitiviserings-metode	Oppgaveforslag til neste møte
Møte 8	Hva har dere fått ut av å delta i gruppen? Hvordan har det vært å delta? Hva nå når gruppen avsluttes?	Oppsummering og gjennomgang av alle temaene, evaluering og avslutning.	Følge opp oppgaven fra sist. Analysere bilder eller film som viser samspill, gjenkjenne temaene. Ta opp temaer som det ikke er blitt plass til (for eksempel temaer som oppleves som tabubelagte eller vanskelige), eller utdype noen av de åtte temaene som er spesielt viktige for denne gruppen. Samtale – hva har vært viktig for deg ved å delta i denne gruppen? Er det noe spesielt du sitter igjen med? Evt. bruke skriftlig evaluering. Evt. litt ekstra servering – utdeling av deltakerbevis.	

Appendiks 2: «litteratursøk»

Søk gjennomført av Bibliotek for Helseforvaltningen

Tabell A2:Litteratursøk

Dato for søk og oppdateringssøk	Antall treff etter dublettkontroll
19.06.18	314
19.05.20	42
13.04.21	62

Totalt antall treff ekskludert duplikasjoner var 418.

Søkestreng:

Title/Abstract: (icdp OR “international child development program” OR “international child development programs” OR “international child development programme" OR “international child development programmes”)

Databaser:

Ovid MEDLINE(R) and Epub, UiO:Duo vitenarkiv, Embase, APA PsycInfo, Epistemonikos, Sociological abstracts, Swemed+, Oria, Web of Science, Cochrane, Scopus, DiVA – Digitala vetenskapliga Arkivet, Libris (Svensk bibliotekkatalog), Google Scholar

Appendiks 3: «Spørreskjema til veiledere etter hvert gruppemøte»

Hvordan virker foreldreveiledning i grupper (ICDP)?

SPØRRESKJEMA TIL VEILEDERE
FYLLES UT ETTER HVERT GRUPPEMØTE, INKL. ETTER AVSLUTNING (TIDSPUNKT 2)
KUN INTERVENSJONSGRUPPEN

Vi setter stor pris på at du/dere har sagt ja til å delta i evalueringen av ICDP med foreldreveilednings-gruppe!

Dette er et kort skjema som skal fylles ut etter hvert gruppemøte. Dersom dere har vært to eller flere veiledere tilstede på møtet, skal dere komme frem til en felles skåre.

Det tar ca fem minutter å fylle ut skjemaet. Svarene deres lagres automatisk slik at det er mulig å ta pause i besvarelsen, og gå frem og tilbake i spørreskjemaet underveis.

På forhånd tusen takk for hjelpen!

Veiledernummer

1

GJENNOMFØRING AV DETTE GRUPPEMØTET

Gruppens ID-nummer:

Gruppemøte nr:

Varighet

- ○ Om lag 1 time
- ○ Om lag 1 ½ time
- ○ Om lag 2 timer
- ○ Om lag 2 ½ timer
- ○ Mer enn 2 ½ timer

Antall deltakere

Vennligst noter antall deltakere:

Følgende deltakere møtte

Sett inn ID-nummer for hver deltaker

ID-nummer:

ID-nummer:

ID-nummer:

ID-nummer:

ID-nummer:

ID-nummer:

ID-nummer:

ID-nummer:

ID-nummer:

ID-nummer:

HVA HANDLET DETTE GRUPPEMØTET OM?

Hvilke tema ble tatt opp av veileder/veilederne?

- ☐ Vis positive følelser – vis at du er glad i barnet ditt
- ☐ Juster deg til barnet og følg dets initiativ
- ☐ Gi ros for det barnet klarer å gjøre og vis anerkjennelse
- ☐ Hjelp barnet til å samle oppmerksomheten sin, slik at dere har en felles opplevelse av det som er rundt dere
- ☐ Gi mening til det barnet opplever av omverdenen ved å beskrive det dere opplever sammen og ved å vise følelser og entusiasme
- ☐ Utdyp og gi forklaringer når du opplever noe sammen med barnet ditt
- ☐ Planlegge steg for steg
- ☐ Gradert støtte
- ☐ Situasjonsregulering
- ☐ Positiv grensesetting gjennom forklaringer og klare rammer
- ☐ Annet

Var det andre tema som ble tatt opp av deltakerne kan du spesifisere det her:

Hvilke tema ble tatt opp av deltakerne?

- ☐ Vis positive følelser – vis at du er glad i barnet ditt
- ☐ Juster deg til barnet og følg dets initiativ
- ☐ Gi ros for det barnet klarer å gjøre og vis anerkjennelse
- ☐ Hjelp barnet til å samle oppmerksomheten sin, slik at dere har en felles opplevelse av det som er rundt dere
- ☐ Gi mening til det barnet opplever av omverdenen ved å beskrive det dere opplever sammen og ved å vise følelser og entusiasme
- ☐ Utdyp og gi forklaringer når du opplever noe sammen med barnet ditt
- ☐ Planlegge steg for steg
- ☐ Gradert støtte
- ☐ Situasjonsregulering
- ☐ Positiv grensesetting gjennom forklaringer og klare rammer
- ☐ Annet

Var det andre tema som ble tatt opp av deltakerne kan du spesifisere det her:

Opplever dere veiledere at det er behov for at noe gjøres annerledes på neste gruppemøte?

- ○ Nei
- ○ Ja

Vennligst spesifiser hva:

Er det noen tema som bør følges opp på neste møte?

- ○ Nei
- ○ Ja

Vennligst spesifiser:

HVORDAN FUNGERTE DETTE GRUPPE-MØTET?

Under finner du/dere fire spørsmål som omhandler engasjement og utbytte i det gruppemøtet du/dere nettopp har gjennomført. Merk av på en skala fra 1 (svært dårlig) til 7 (svært bra) for hvert spørsmål under.

	1	2	3	4	5	6	7
Hvor aktive og engasjerte var deltakerne?	○	○	○	○	○	○	○
Hvor engasjerte var dere som veiledere?	○	○	○	○	○	○	○
Hvor stort utbytte tror du/dere gruppedeltakerne hadde av dette møtet?	○	○	○	○	○	○	○
Hvor godt synes du/dere møtet fungerte alt i alt?	○	○	○	○	○	○	○

Var dette siste gruppemøte?

- ○ Ja
- ○ Nei

Når er neste gruppemøte planlagt?

Vennligst noter dato (dd.mm.åååå):

Hvilke utfordringer hadde deltakerne i denne gruppen?

- [ ] Vansker knyttet til barneoppdragelse
- [ ] Konflikter i familien
- [ ] Psykiske vansker/ problemer hos foreldre/ omsorgsgivere
- [ ] Psykiske vansker/ problemer hos barnet/barna
- [ ] Vansker knyttet til minoritetsbakgrunn
- [ ] Foreldre til barn med spesielle behov /utfordringer
- [ ] Ikke noe spesielt problem, men deltar som forebyggende tiltak
- [ ] Annet

Vennligst spesifiser

Tenk på gjennomføringen av hele ICDP-veiledningen for denne gruppen (alle møtene). Vennligst oppgi på en skala fra 1 til 7 hvor fornøyd du/dere er med følgende:

1 = Svært misfornøyd 7 = Svært fornøyd

	1	2	3	4	5	6	7
Alt i alt: Hvor fornøyd er du/dere med støtten fra din leder/ledere til å drive denne ICDP-gruppen?	○	○	○	○	○	○	○
Alt i alt: hvor fornøyde tror du/dere gruppedeltakerne er med utbyttet av gruppen?	○	○	○	○	○	○	○
Alt i alt: hvor fornøyd er du/dere med egen innsats som veileder/veiledere for denne gruppen?	○	○	○	○	○	○	○

Tusen takk for at dere har tatt dere tid til dette!

Når du trykker på avslutt under, så registreres dine data

Appendiks 4: «Studier utenfor Norge som har evaluert ICDP»

Studier utenfor Norge som har evaluert ICDP

Utenfor Norge er det gjennomført syv studier. En av disse studiene [1] ser på endring i sammenhengen mellom voldsutøvelse og ICDP i Colombia. Studien benytter RCT-design, og er gjennomført i et område i Colombia med mye vold. Forfatterne av studien vurderer at ICDP-veiledningen har bidratt til at foreldrene utøver mindre vold mot barna etter gjennomførtgruppe. Det er videre gjort to studier som har analysert effekten av ICDP i Mosambik [2, 3]. Begge studiene benyttet sammenligningsgruppe som ikke mottok ICDP, men deltakerne ble ikke tilfeldig fordelt til intervensjonsgruppe og sammenligningsgruppe – de ble altså ikke randomisert. Forfatterne av studiene rapporterer at ICDP har en positiv innvirkning på omsorgsgiverne. Det er også foretatt evaluering av programmet i Iran [4], Bosnia og Herzegovina [5], Russland [6] og Peru [7]. Studiene fra Iran, Bosnia og Herzegovina og Peru har begge kontrollgruppe, og i publikasjonene blir det konkludert med at intervensjonene har gitt positive effekter. Studien fra Russland har ingen kontrollgruppe, men rapporterer positive endringer blant de som har deltatt i ICDP-gruppe.

I det følgende beskriver vi hver av disse studiene.

Children and mothers in war: An outcome study of a psychosocial intervention program (2001)

Undersøkelsen til Dybdahl [5] ble gjennomført i krigsherjede Bosnia og Hercegovina, hvor deltakerne (mødre) ble tilfeldig fordelt til en aktiv kontrollgruppe som ikke mottok ICDP (n = 42) og en intervensjonsgruppe som mottok ICDP (n = 45). Alle deltakerne, uavhengig av gruppetilhørighet, fikk tilgang til gratis helsehjelp én gang i måneden i undersøkelsesperioden. Alle mødrene som var med i studien hadde vært utsatt for traumatiske hendelser gjennom krigen. Det ble gjennomført pretest og posttest fem til seks måneder etter avsluttet intervensjon. Forfatterne av studien rapporterer at ICDP-intervensjonen hadde en signifikant positiv virkning på mødrenes mentale helse målt som traumesymptomer og tilfredshet med livet (well-being). For barna ble det rapportert om en bedret psykososial fungering, bedre mental helse og ønsket positiv vektøkning sammenlignet med kontrollgruppen. Det ble ikke rapportert signifikante forskjeller i endring mellom de to gruppene på andre utfallsmål enn de nevnt over.

Evaluation of follow-up effects of the International Child Development Programme on caregivers in Mozambique (2014)

Studien til Skar et al., [3] undersøker betydningen av ICDP-veiledning hos en gruppe omsorgsgivere i Mosambik. Deltakerne i ICDP-gruppen (n = 75) ble rekruttert ut fra en liste over omsorgsgivere som tidligere hadde mottatt ICDP. Deltakere i sammenligningsgruppen (n = 62) ble rekruttert fra samme område som ICDP-gruppen, og gjennom samme rekrutteringsprosedyre (nærhet og tilgjengelighet). Det ble foretatt en måling etter gjennomført tiltak i 2009, men ingen pretest. Studien hadde 13 utfallsmål som omhandlet foreldrestrategier, mestringstro, mental helse, livskvalitet og vansker hos barnet. Gruppen av foreldre som hadde deltatt på ICDP-gruppe rapporterte signifikant bedre foreldrestrategier og færre atferdsproblemer hos barnet enn det ble rapportert om i sammenligningsgruppen. Videre

rapporterte foreldrene fra ICDP-gruppen signifikant bedre livskvalitet og høyere mestringsforventning (trygghet i foreldrerollen) enn sammenligningsgruppen.

Parental self-efficacy as a determining factor in healthy mother-child interaction: a pilot study in Iran (2014)

Pilotundersøkelsen som er gjennomført av Abarashi et al., [4] er foretatt i Iran blant mødre med middels sosioøkonomisk status og barn i alderen null til tre år. Rekrutteringen skjedde gjennom poster-demonstrasjon i en stor barnehage. Det ble benyttet RCT-design. Deltakerne ble tilfeldig fordelt i intervensjonsgruppe (n = 20), og kontrollgruppe (n = 20). Det er foretatt tre målinger: pretest, posttest, og oppfølgingsmåling etter én måned. Studien måler endring i mødrenes mestringstro, målt med «the Parental Self-Agency Measure» (PSAM). Resultatene i studien viser en signifikant bedring i mestringstro i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen fra pre til post.

Early psycho-social intervention program WHO/ICDP as an effective optimization method for child-parental relationships (2016)

Studien til Isaeva et al., [6] er gjennomført i Russland i perioden 2015 til 2016. Utvalget er 75 foreldre (73 mødre og 2 fedre) med barn i alderen null til sju år. Studien har ingen sammenligningsgruppe som ikke mottok ICDP, men måler endring fra før til etter intervensjon. En rekke utfallsmål som omhandler relasjonen til barnet ble analysert. Forfatterne av studien viser til at ICDP-veiledning har en signifikant positiv innvirkning på endring i forelderens holdninger til barnet, og programmet hjalp også foreldrene å finne indre ressurser for å optimalisere foreldre-barn relasjonen.

Evaluation of Parenting Interventions to Prevent Violence Against Children in Colombia: A Randomized Controlled Trial (2017)

I denne studien til Skar et al., [1] undersøker forfatterne virkningen av foreldreveiledning i et område av Colombia hvor de oppgir forekomsten av vold er spesielt høy. Studien undersøker hvorvidt ICDP kan forebygge ulike typer voldsbruk samt ha en positiv innvirkning på omsorgsgivernes mentale helseproblemer. Det ble gjennomført pretest ved oppstart av ICDP-gruppene og posttest seks måneder etter avsluttet ICDP-gruppe. Utvalget besto av 176 foreldre med barn i alderen tre til fire år som deltok på barnesentre der de mottok helse-, ernærings- og utdanning i perioden 2012 til 2015. Det ble benyttet et RCT-design, og deltakerne ble tilfeldig fordelt i tre ulike grupper: 1) Deltakerne mottok ICDP over tolv gruppemøter samt organiserte aktiviteter på senteret, 2) Deltakerne mottok forkortet og mer intensiv ICDP over seks gruppemøter, organiserte aktiviteter på senteret samt et program for å forebygge vold, og 3) Kontrollgruppe som bare deltok på organiserte aktiviteter på senteret. Resultatene viser at omsorgsgivere rapporterte høy forekomst av mentale helseproblemer på pretest i alle de tre gruppene. Ved seks måneders oppfølging så man en signifikant nedgang i alvorlig voldsbruk mot barn i alle de tre undersøkelsesgruppene, men nedgangen var størst i de to intervensjonsgruppene, spesielt gjaldt dette gruppen som mottok voldsprogrammet sammen med ICDP.

Strengthening a Whole Child Approach within Residential Care Settings Through Psychosocial Support and Nutritional Guidance, Child Care in Practice (2019)

I denne studien til Skar et al., [2] undersøker forfatterne en psykososial støtte-intervensjon basert på ICDP, kombinert med helse- og ernæringssupplement ved tolv barnesentre for foreldreløse og sårbare barn i Maputo-området i Mosambik. Studien har et kvasieksperimentelt design. Utvalget besto av voksne deltakere fra seks intervensjonssentre (n = 40) og voksne deltakere fra seks sammenligningssentre (n = 40). Sammenligningssenterne mottok ikke intervensjonen (ICDP-gruppe) før etter at studien var avsluttet. Studien benyttet seg av både kvantitativ og kvalitativ metode. I den kvantitative delen ble det gjennomført en pretest ved oppstart av ICDP-gruppene, og en posttest etter avslutning. Forfatterne av studien undersøkte endring i barnas fysiske helse og vansker hos barna, målt med SDQ. Den kvalitative delen besto av at deltakerne også svarte på åpne spørsmål vedrørende deres oppfattede endringer etter gjennomført ICDP-gruppe. Resultatene fra den kvantitative delen av studien viser at etter intervensjonen så man en økning i prososial atferd hos barna, målt med subskalen «SDQ-prososial». Deltakerne rapporterte også styrkede relasjoner og forbedret kommunikasjon etter avsluttet intervensjon. I tillegg så man en sterk nedgang i barn som havnet innenfor kategorien feilernærte/underernærte.

A Multi-Sectoral Approach Improves Early Child Development in a Disadvantaged Community in Peru: Role of Community Gardens, Nutrition Workshops and Enhanced Caregiver-Child Interaction: Project "Wawa Illari" (2020).

Denne studien [7] fra Peru sammenligner foreldre og barn fra randomiserte kontrollområder (n =127 barn) eller intervensjonsområder (n = 113 barn), i kombinasjon med ernæringsopplæring og nærmiljøhager (community gardens). Resultatene fra studien viser at intervensjonen har hatt en positiv effekt på barnas utvikling. Resultatene viser bedring i matsikkerhet, mindre infeksjoner og bedre språkutvikling hos barna etter intervensjonen. Videre viste de subjektive foreldrerapportene at foreldrene i intervensjonsgruppen følte at de hadde fått mer kunnskap og styrket sin foreldrekompetanse etter gjennomført intervensjon. Rapportene fra sykepleiernes observasjoner viste også at deltakerne i intervensjonsgruppen hadde høyere skårer enn kontrollgruppen på en rekke områder relatert til foreldre-barn relasjonen etter intervensjonen.

Referanser:

1. Skar AM, Sherr L, Macedo A, Tetzchner SV, Fostervold KI: **Evaluation of Parenting Interventions to Prevent Violence Against Children in Colombia: A Randomized Controlled Trial**. *J Interpers Violence* 2017:886260517736881.
2. Skar AM, De Abreu RM, Vaughn MJ: **Strengthening a Whole Child Approach within Residential Care Settings Through Psychosocial Support and Nutritional Guidance**. *Child Care in Practice* 2019, **25**(3):230-247.
3. Skar AM, Sherr L, Clucas C, von Tetzchner S: **Evaluation of Follow-Up Effects of the International Child Development Programme on Caregivers in Mozambique**. *Infants and Young Children* 2014c, **27**:120-135.
4. Abarashi Z, Tahmassian K, Mazaheri MA, Panaghi L, Mansoori N: **Parental Self-Efficacy As a Determining Factor in Healthy Mother-Child Interaction: A Pilot Study in Iran**. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences* 2014, **8**:19-25.
5. Dybdahl R: **Children and mothers in war: an outcome study of a psychosocial intervention program**. *Child Dev* 2001, **72**(4):1214-1230.

6. Isaeva OM, Volkova EN: **Early Psycho-social Intervention Program WHO/ICDP as an Effective Optimization Method for Child-parental Relationships**. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2016, **233**:423-427.
7. González-Fernández D, Mazzini Salom AS, Herrera Bendezu F, Huamán S, Rojas Hernández B, Pevec I, Galarza Izquierdo EM, Armstrong N, Thomas V, Vela Gonzáles S *et al*: **A Multi-Sectoral Approach Improves Early Child Development in a Disadvantaged Community in Peru: Role of Community Gardens, Nutrition Workshops and Enhanced Caregiver-Child Interaction: Project "Wawa Illari"**. *Front Public Health* 2020, **8**:567900-567900.

Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i disse opplysningene. E-postadressen som knytter deg til informasjonen som samles inn vil bli slettet når prosjektet avsluttes. Deretter vil datamaterialet bli av-identifisert slik at informasjonen som samles inn ikke lenger kan knyttes til deg. Det vil ikke være mulig å føre noen opplysninger tilbake til deg fra de resultatene som publiseres i prosjektet.

DELTAKELSE ER FRIVILLIG

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du en samtykkeerklæring i forbindelse med utfylling av første spørreskjema. Om du sier ja til å delta, kan du når som helst trekke deg fra studien uten å oppgi noen grunn, og uten at det påvirker din videre deltakelse i ICDP-gruppe. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål om prosjektet, kan du kontakte gruppeveileder, eller prosjektleder for evalueringen: se kontaktinformasjon under.

Dersom det blir mulighet for forlengelse av prosjektet, eller et oppfølgingsprosjekt, kan du bli kontaktet igjen.

HVORDAN MELDER JEG MEG SOM DELTAKER?

Du melder deg på som deltaker i undersøkelsen gjennom å gi e-postadressen din til din gruppeveileder. Da får du tilsendt lenke til spørreskjemaet. Du blir bedt om å samtykke til deltakelse i studien før du starter å svare på spørsmål.

KONTAKTINFORMASJON

Ta gjerne kontakt med oss dersom dere har spørsmål om prosjektet eller om deltakelse!

E-post: ICDP-post@fhi.no
Telefon: 908 42 020

HEIDI AASE
Avdelingsdirektør
Folkehelseinstituttet

VI HÅPER DU VIL VÆRE MED I DENNE UNDERSØKELSEN!

FHI

Foto: Shutterstock.

STUDIE:
Hvordan virker foreldreveiledning i grupper (ICDP)?

INVITASJON

TIL Å DELTA I STUDIEN
Hvordan virker foreldreveiledning i grupper (ICDP)?

VI VIL INVITERE DEG til å delta i en studie av hvordan foreldreveiledningsprogrammet International Child Development Programme (ICDP) virker.

Alle som har barn møter ulike små og store utfordringer i foreldrerollen. Mange foreldre opplever at de får god hjelp av å delta i en foreldreveiledningsgruppe. ICDP er et forebyggende program til foreldre i grupper med fokus på mestring og familiens ressurser.

Programmet tilbys en rekke steder i Norge og mange andre land. Gruppene ledes av sertifiserte ICDP-veiledere.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) er ansvarlig for gjennomføringen av foreldreveiledning basert på ICDP. Selv om tiltaket er utbredt, trengs det en grundig evaluering av hvilken effekt det har. Derfor går vi i gang med denne studien. Studien utføres av Folkehelseinstituttet og er finansiert av Bufdir.

KJÆRE FORELDRE!

Vi ønsker å invitere dere til å delta i effekt-evalueringen av ICDP. Studien skal undersøke hvordan foreldreveiledning i gruppe (ICDP) virker.

For å finne ut mer om hvordan foreldreveiledning fungerer i Norge, er det viktig for oss å få informasjon fra alle slags familier. Vi ønsker informasjon om familier i ulike livssituasjoner, med barn i ulike aldre og med ulike grunner for å ville delta i foreldreveiledningsgruppe. Vi ønsker både familier der foreldrene bor sammen og der de bor hver for seg. Det er derfor svært verdifullt om dere vil delta i undersøkelsen, uansett hva som er bakgrunnen for at dere meldte dere på gruppe.

FORMÅLET MED STUDIEN

ICDP brukes mye, men vi mangler en grundig evaluering av hvordan tiltaket virker. Formålet med studien er å undersøke hvordan ICDP virker på foreldre, på barn og på forholdet mellom dem.

Gjennom din deltakelse vil du bidra til å fremskaffe nyttig kunnskap om effekten av ICDP. Vi trenger å få vite mer om foreldres erfaringer med tilbudet, for å kunne utvikle dette videre.

Resultatene vil gi oss viktig kunnskap som kan benyttes i arbeidet for gode, forebyggende tjenester for foreldre og barn også i fremtiden.

HVORFOR BLIR DERE INVITERT?

I perioden studien foregår inviterer vi alle foreldre som ønsker å delta i ICDP-gruppe på ulike steder i Norge til å delta i studien. Alle som inviteres har meldt interesse for en ICDP-gruppe ment for foreldre generelt.

HVA INNEBÆRER DET Å DELTA?

Vi samler informasjon fra en eller to foreldre/ omsorgspersoner der minst én er påmeldt ICDP-gruppe. Dere får spørreskjema til utfylling tre ganger i løpet av studien. Dersom dere er to, fyller dere ut hvert deres skjema, men begge svarer for det samme barnet.

Som deltaker i prosjektet oppgir du din e-post-adresse og ditt "fokusbarn" sin fødselsdato til gruppeveileder, som videreformidler dette til Folkehelseinstituttet. Da vil du få tilsendt e-post med lenke til elektroniske spørreskjemaer som du kan fylle ut på PC eller nettbrett. Dersom du ikke har mulighet til å fylle ut elektronisk, kan du be om å få spørreskjemaer i papirversjon. Du vil bli bedt om å fylle ut første spørreskjema før oppstart av gruppen.

Når du har fylt ut skjemaet, blir din gruppe tilfeldig trukket ut til en av to betingelser: enten får gruppen gruppeveiledning basert på ICDP med oppstart som planlagt (betingelse 1: «intervensjonsgruppe»), eller så må din gruppe vente til datainnsamlingen er avsluttet før dere kan få ICDP (betingelse 2: «kontrollgruppe»).

Hvorvidt gruppen din blir trukket ut til betingelse 1 eller 2 er helt tilfeldig og det er ingen, hverken du selv eller noen du møter i prosjektet, som kan påvirke eller som på forhånd vet utfallet av tildelingen.

Tilfeldig tildeling er ofte brukt i forskning fordi det er den beste metoden for å teste effekten av et tiltak. Så fort gruppen din er trukket vil du få en e-post med informasjon om hvilken betingelse gruppen din er blitt tildelt.

Du vil også få tilsendt spørreskjema på to senere tidspunkter: rett etter avslutning av gruppe/etter 10 uker for kontrollgruppe, og 6 måneder etter at du fylte ut første skjema.

Etter 6 måneder, når datainnsamlingen er avsluttet, vil alle som var kontrollgruppe, få tilbud om foreldreveiledning, og kan velge å ta imot tiltaket. Alle deltakere i prosjektet (både betingelse 1 og 2) kan benytte øvrige helse- og velferdstjenester (deltakelse i helsestasjonens ordinære program, besøk hos fastlege etc.) som vanlig.

Fra og med 1. januar 2019 honoreres deltagelse i studien med unversalgavekort. Deltagere (både deltagere i ICDP-gruppen og "omsorgspersoner" - foresatte som ikke deltar i gruppen) får gavekort på kr. 500 per innsendte spørreskjema.

For å få gavekort forutsettes det at deltagere registrerer postadressen sin via lenken de får når de har fylt ut spørreskjema. Gavekortordningen gjelder kun grupper/deltagere som er meldt inn i studien etter 1. januar 2019.

HVILKEN INFORMASJON SKAL INNHENTES?

Vi samler inn informasjon via spørreskjemaer til dere foreldre. Vi bruker et nettbasert system (dataportal) administrert av Norsk senter for forskningsdata (NSD), og over en sikker datalinje. Det står mer om datasikkerhet nedenfor.

Spørreskjemaene omhandler blant annet bakgrunnsinformasjon om deg og familien din, hvordan du opplever å være forelder, hvordan du har det sammen med barnet ditt, og hvordan barnet ditt har det. All informasjon som registreres om deg behandles konfidensielt.

OPPBEVARING OG BEHANDLING AV OPPLYSNINGER

Undersøkelsen er godkjent av Folkehelseinstituttets Personvernombud. Opplysningene som samles fra deltakerne i prosjektet blir lagret på en sikker server ved Norsk senter for forskningsdata (NSD). Dette er en av de tryggeste måtene å oppbevare forskningsinformasjon på.

Hver deltaker får et ID-nummer ved registrering i dataportalen. Dette ID-nummeret knytter deg til dine opplysninger gjennom en e-post-/navneliste som oppbevares adskilt fra dine svar på spørreskjema. Det er kun veiledere, forskere og våre samarbeidspartnere i NSD som vil ha tilgang til koblingene mellom ID-nummer og navn/e-postadresser.

Gruppeveilederne vil ha tilgang til koblingene mellom ID-nummer og navn/e-postadresser for sine gruppedeltakere, blant annet for å kunne registrere hvem som møter opp på de enkelte gruppemøtene. Veilederne vil få vite om du har svart på spørreskjema eller ikke, men vil ikke få innsyn i hva du har svart på spørreskjemaene.

Det er kun forskerne og våre samarbeidspartnere ved NSD som har tilgang til dine svar gjennom koblingen mellom ID-nummer og e-post/navn, og de har taushetsplikt.

Appendiks 6: «Tilleggsanalyse med omsorgspersoner»

Tabell A2: Beskrivelse av primærutfallsmålene (APQ-positiv involvering med barnet, TOPSE-trygghet i foreldrerollen og CCNES/CTNES- bevissthet og sensitivitet for barnets tilstand og behov), gjennomsnitt og standardavvik etter gruppe og måletidspunkt, og endring i primærutfall fra pre til post, deltakere og omsorgspersoner inkludert i analysen

	Intervensjonseffekt (intention to treat)		
Utfallsmål	***Est. (95%KI)***	***Cohen's d***	***P-verdi***
APQ *-positiv involvering*			
t1			
t2	0,13 (-0,18 til 0,44)	0,05	0,411
t3	**0,34 (0,01 til 0,68)**	0,13	<0,05
TOPSE - *totalskåre*			
t1			
t2	**11,63 (6,42 til 16,84)**	0,23	<0,001
t3	**12,21 (6,91 til 17,52**)	0,24	<0,001
CCNES/CTNES			
- ikke støttende foreldrestil			
t1			
t2	-0,77 (-2,1 til 0,2)	-0,07	0,16
t3	-**1,15 (-2,3 til -0,03**)	-0,10	<0,05
-støttende foreldrestil			
t1			
t2	0,83 (-0,08 til 1,75)	0,11	0,07
t3	**1,21 (0,29 til 2,15)**	0,16	<0,05

Tabell A3: Beskrivelse av sekundærutfallsmålene (PPC- uenighet i barneoppdragelse, CPRC-relasjonen mellom foreldre og barn, SDQ-barnets emosjonelle vansker og sosiale fungering og KINDL- barnets livskvalitet) gjennomsnitt og standardavvik etter gruppe og måletidspunkt, og endring i primærutfall fra pre til post, deltakere og omsorgspersoner inkludert i analysen

	Intervensjonseffekt (intention to treat)		
Utfallsmål	***Est. (95%KI)***	***Cohen's d***	***P-verdi***
PPC			
t1			
t2	-0,25 (-0,85 til 0,35)	-0,05	0,42
t3	**-0,80 (-1,41 til -0,18)**	-0,16	<0,05
***CPRC**-nærhet*			
t1			
t2	**0,62 (0,19 til 1,04)**	0,15	<0,05
t3	**0,45 (0,02 til 0,89)**	0,11	<0,05
***CPRC**-konflikt*			
t1			
t2	**-0,65 (-1,26 til -0,04)**	-0,12	<0,05
t3	**-0,69 (-1,32 til -0,07)**	-0,13	<0,05
***SDQ**-internaliserende vansker*			
t1			
t2	**-0,51 (-0,92 til -0,10)**	-0,16	<0,05
t3	-0,21 (-0,63 til 0,20)	-0,00	0,32
***SDQ**-eksternaliserende vansker*			
t1			
t2	-0,34 (-0,72 til 0,03)	-0,10	0,07
t3	-0,22 (-0,61 til 0,17)	-0,07	0,27
***SDQ**- prososial*			
t1			
t2	**0,30 (0,03 til 0,56)**	0,14	<0,05
t3	0,20 (-0,06 til 0,47)	0,09	0,13
KINDL-*totalskåre*			
t1			
t2	0,84 (-0,38 til 2,06)	0,08	0,17
t3	0,87 (-0,37 til 2,12)	0,09	0,17

Appendiks 7: «Spørreskjema til foreldre»

Hvordan virker foreldreveiledning i grupper (ICDP)?

SPØRRESKJEMA TIL FORELDRE/OMSORGSPERSONER - FYLLES UT FØR GRUPPENE TREKKES UT SOM INTERVENSJONS- ELLER KONTROLLGRUPPE

Vi setter stor pris på at du/dere har sagt ja til å delta i evalueringen av ICDP!

Det tar ca 30-40 minutter å fylle ut skjemaet. Svarene lagres automatisk slik at det er mulig å ta pause i besvarelsen, og gå frem og tilbake i spørreskjemaet underveis.

Du finner mer informasjon om studien i informasjonsbrosjyren ved å trykke
her *og vi oppfordrer alle til å lese gjennom denne før du samtykker til å delta i studien.*

På forhånd tusen takk for hjelpen!

Foreldre ID

Foreldreid

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET

Kryss av i boksen under for å gi ditt samtykke til å delta i studien om foreldreveiledning i gruppe. Dersom du ønsker å lese brosjyren på nytt, kan du finne denne i e-postinvitasjonen.

- ○ Jeg bekrefter at jeg har lest informasjonsbrosjyren med invitasjon til å delta i studie om foreldreveiledning i gruppe, og jeg er villig til å delta i prosjektet

BAKGRUNNSINFORMASJON OM DEG

Er du:

- ○ Mann
- ○ Kvinne

Hvilket år er du født?

År, fire siffer:

Skal du delta i ICDP-gruppe?

- ○ Ja, sammen med barnets far/mor eller annen omsorgsperson
- ○ Ja, alene (uten barnets far/mor eller annen omsorgsperson)
- ○ Nei. Jeg er omsorgsperson for barnet, men skal ikke delta i ICDP-gruppen

Vennligst oppgi ditt telefonnummer

Telefonnummeret vil kun bli brukt til eventuell kontakt i forbindelse med studien.

Vennligst noter

BAKGRUNNSINFORMASJON OM «FOKUSBARNET»

(Dvs. det barnet som var utgangspunkt for påmelding til ICDP-gruppe)

Var ett bestemt barn utgangspunkt for at du meldte deg på ICDP-gruppe?

- ○ Ja
- ○ Nei

NB!

Dersom du meldte deg på ICDP-gruppe uten et bestemt barn i tankene, velg det barnet du har opplevd mest vansker med ifht. barneoppdragelse som «fokusbarnet». Dersom du ikke har opplevd vansker med barneoppdragelsen, velger du ditt eldste barn. Det viktigste er at du og den du eventuelt oppdrar barnet sammen med svarer for samme barn, gjennom hele undersøkelsen. Fokusbarnet må være mellom 0 og 18 år gammelt. Gjennom resten av spørreskjemaet skal du tenke på dette barnet når du fyller ut spørsmål som omhandler «fokusbarnet/barnet»

Dersom du svarer på spørreskjema som partner/barnets omsorgsperson, men ikke selv deltar i gruppe, sørg for at du svarer for samme barn som vedkommende som deltar i gruppen.

Hvilket år er fokusbarnet født?

År:

Har fokusbarnet startet på skolen?

- Ja
- Nei

Fokusbarnets kjønn

- Gutt
- Jente

Tilknytning til fokusbarnet. Er du:

- Mor
- Far
- Stemor
- Stefar
- Adoptivforelder
- Annen omsorgsperson

Vennligst spesifiser

TRYGGHET I FORELDREROLLEN

Nå skal du få noen spørsmål om hvordan det er for deg å være forelder/omsorgsgiver. Dersom det ikke var ett enkelt av barna som var utgangspunktet for deltakelse på ICDP, tenk på det barnet du har valgt som fokusbarn når du svarer på spørsmålene. Velg et tall på en skala fra 0 (helt uenig) til 10 (helt enig) for å angi hvor enig du er i utsagnene under. Vennligst svar på alle utsagn.

De første spørsmålene handler om følelser og hengivenhet

0 = helt uenig, 10 = helt enig

Sett ett kryss for hver linje

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Jeg er i stand til å vise følelser overfor barnet mitt	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Jeg kan merke om barnet mitt er glad eller trist	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Jeg er trygg på at mitt barn kan komme til meg hvis han/hun ikke har det bra	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Når barnet mitt er trist forstår jeg hvorfor	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Jeg har et godt forhold til barnet mitt	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Jeg synes det er vanskelig å kose med barnet mitt	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

De neste spørsmålene handler om lek og moro

0 = helt uenig, 10 = helt enig

Sett ett kryss for hver linje

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Jeg er i stand til å ha det gøy med barnet mitt	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Jeg er i stand til å nyte hver fase av mitt barns utvikling	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Jeg er i stand til å ha fine dager med barnet mitt	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Jeg kan planlegge aktiviteter som barnet mitt vil ha glede av	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Det faller naturlig for meg å leke med barnet mitt	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Jeg er i stand til å hjelpe barnet mitt å nå sitt fulle potensial	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Den neste delen handler om empati og forståelse

0 = helt uenig, 10 = helt enig

Sett ett kryss for hver linje

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Jeg er i stand til å forklare ting på en tålmodig måte til barnet mitt	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Jeg kan få barnet mitt til å høre på meg	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Jeg er i stand til å trøste barnet mitt	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Jeg er i stand til å lytte til barnet mitt	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Jeg kan se ting fra mitt barns perspektiv	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Jeg forstår mitt barns behov	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Denne delen handler om kontroll

0 = helt uenig, 10 = helt enig

Sett ett kryss for hver linje

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Som forelder føler jeg at jeg har kontroll	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Barnet mitt forholder seg til de grensene jeg setter	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Jeg kan få barnet mitt til å oppføre seg bra uten at det blir en kamp	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Jeg kan forholde meg rolig når jeg møter vanskeligheter	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Jeg kan ikke hindre barnet mitt i å oppføre seg dårlig	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Jeg er i stand til å beholde roen når barnet mitt oppfører seg dårlig	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Denne delen handler om disiplin og grensesetting

0 = helt uenig, 10 = helt enig

Sett ett kryss for hver linje

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Det er lett for meg å sette grenser	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Jeg er i stand til å holde fast på reglene jeg setter for barnet mitt	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Jeg er i stand til å snakke fornuft sammen med barnet mitt	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Jeg kan finne måter å unngå konflikt på	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Jeg er konsekvent i grensesettingen av barnet mitt	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Jeg er i stand til å sette grenser for barnet mitt uten å få dårlig samvittighet	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Denne delen handler om opplevd «press»

0 = helt uenig, 10 = helt enig

Sett ett kryss for hver linje

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Jeg har vansker med å takle andres forventninger til meg som forelder	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Jeg er ikke i stand til å hevde meg selv når andre folk forteller meg hva jeg skal gjøre med barnet mitt	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Det å lytte til andres råd gjør det vanskelig for meg å bestemme hva jeg skal gjøre	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Jeg kan si «nei» til andre mennesker dersom jeg ikke er enig med dem	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Jeg kan stå i mot og ignorere press fra andre mennesker om å gjøre ting på deres måte	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Jeg føler ikke behov for å sammenligne meg med andre foreldre	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Den neste delen handler om selv-aksept

0 = helt uenig, 10 = helt enig

Sett ett kryss for hver linje

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Jeg vet at jeg er god nok som forelder	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Jeg håndterer presset på å være forelder like godt som andre foreldre gjør	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Jeg gjør ikke en god jobb som forelder	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Som forelder tar jeg det meste på strak arm	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Jeg kan vise styrke overfor barnet mitt	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Barnet mitt føler seg trygg i nærheten av meg	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

De siste spørsmålene handler om kunnskap og læring

0 = helt uenig, 10 = helt enig

Sett ett kryss for hver linje

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Jeg er i stand til å gjenkjenne endringer i mitt barns utvikling	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Jeg kan utveksle erfaringer og ideer med andre foreldre	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Jeg er i stand til å lære meg nye måter å håndtere barnet mitt på	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Jeg er i stand til å gjøre de endringene som trengs for å forbedre mitt barns oppførsel	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Med litt rådgivning kan jeg komme gjennom de fleste problemer	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Det å vite at andre mennesker har lignende problemer med barna sine gjør det lettere for meg	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

FORELDRES HOLDNINGER OG VÆREMÅTE

Den følgende listen viser 5 hendelser som kan skje med alle barn. Under hver av hendelsene er en liste over måter foreldre da kan reagere på. Kryss av på en skala fra 1 (svært usannsynlig) til 7 (svært sannsynlig) for hvordan du tror du vil reagere. Hvis du ikke har sett barnet ditt i en liknende situasjon, ber vi deg forsøke å gjette hvordan du mest sannsynlig ville reagert.

Les hvert spørsmål nøye og svar så ærlig og oppriktig som mulig. Kryss av på hver linje.

Hvis barnet mitt blir sint fordi han/hun er syk og derfor ikke kan leke ute, vil jeg:

1 = svært usannsynlig, 7 = svært sannsynlig

Sett ett kryss for hver linje

	1	2	3	4	5	6	7
Føle meg opprørt selv	○	○	○	○	○	○	○
Fortelle barnet mitt at vi kommer til å droppe å gjøre noe annet morsomt (f.eks. leke eller se TV) hvis han/hun ikke slutter med oppførselen sin	○	○	○	○	○	○	○
Fortelle barnet mitt at det er greit å være sint	○	○	○	○	○	○	○
Trøste barnet mitt og/eller gjøre noe annet for at han/hun skal føle seg bedre	○	○	○	○	○	○	○
Hjelpe barnet mitt å finne på noe han/hun har lyst til å gjøre innendørs	○	○	○	○	○	○	○
Fortelle barnet mitt at han/ hun lager stort oppstyr ut av ingenting	○	○	○	○	○	○	○
Jeg lar barnet mitt leke utendørs	○	○	○	○	○	○	○

Hvis barnet mitt velter noe på teppet slik at det blir mye søl, for deretter å bli lei seg og begynne å gråte, vil jeg:

1 = svært usannsynlig, 7 = svært sannsynlig

Sett ett kryss for hver linje

	1	2	3	4	5	6	7
Ta opp barnet mitt, trøste det, og prøve å få ham/henne til å glemme uhellet	○	○	○	○	○	○	○
Fortelle barnet mitt at han/hun overreagerer og lager et stort nummer ut av ingenting	○	○	○	○	○	○	○
Beholde roen, ikke tillate meg selv å bli opprørt	○	○	○	○	○	○	○
Sende barnet på rommet sitt fordi hun/han lagde så mye søl	○	○	○	○	○	○	○
Hjelpe barnet mitt å finne en måte å tørke opp sølet på	○	○	○	○	○	○	○
Fortelle barnet mitt at det er greit å bli opprørt	○	○	○	○	○	○	○

Hvis barnet mitt mister en gjenstand han/hun er glad i (f.eks favoritt-teppet eller kosedyret sitt) og begynner å gråte, vil jeg:

1 = svært usannsynlig, 7 = svært sannsynlig

Sett ett kryss for hver linje

	1	2	3	4	5	6	7
Kjøpe en ny gjenstand til barnet mitt	○	○	○	○	○	○	○
Hjelpe barnet mitt til å tenke på andre steder å lete	○	○	○	○	○	○	○
Avlede barnet mitt med en annen leke, for å få ham/henne til å føle seg bedre	○	○	○	○	○	○	○
Fortelle barnet mitt at dette ikke er så viktig	○	○	○	○	○	○	○
Fortelle barnet mitt at det er hans/hennes feil som ikke har passet godt nok på leken	○	○	○	○	○	○	○
Bli opprørt selv	○	○	○	○	○	○	○
Fortelle barnet mitt at det greit å være lei seg når en har mistet noe	○	○	○	○	○	○	○

Hvis barnet mitt er redd for å gå til legen for å ta sprøyte, og blir redd og nesten på gråten, vil jeg:

1 = svært usannsynlig, 7 = svært sannsynlig

Sett ett kryss for hver linje

	1	2	3	4	5	6	7
Fortelle barnet mitt at han/hun må ta seg sammen, ellers vil han/hun ikke få lov til å gjøre noe annet han/hun har lyst til (for eksempel dra på lekeplassen)	○	○	○	○	○	○	○
Fortelle barnet mitt at det er greit å bli nervøs og redd	○	○	○	○	○	○	○
Fortelle barnet mitt at dette ikke er noen stor sak	○	○	○	○	○	○	○
Trøste barnet mitt før og etter sprøytestikket	○	○	○	○	○	○	○
Forlate legekontoret og be om en ny time	○	○	○	○	○	○	○
Hjelpe barnet mitt å finne måter å gjøre det mindre skummelt på, f.eks. klemme meg hardt i hånden når han/hun får sprøyten	○	○	○	○	○	○	○
Bli nervøs selv	○	○	○	○	○	○	○

Hvis barnet mitt skal tilbringe kvelden med en ny barnevakt og blir urolig og lei seg når jeg skal gå, vil jeg:

1 = svært usannsynlig, 7 = svært sannsynlig

Sett ett kryss for hver linje

	1	2	3	4	5	6	7
Avlede barnet mitt ved å leke og snakke om hvor gøy han/hun kommer til å ha det sammen med barnevakten	○	○	○	○	○	○	○
Bli urolig og ukomfortabel på grunn av mitt barns reaksjoner	○	○	○	○	○	○	○
Fortelle barnet mitt at jeg kommer til å droppe å gjøre noe morsomt med ham/henne (f.eks. dra til lekeplassen, spise godterier) hvis han/hun ikke slutter å oppføre seg slik	○	○	○	○	○	○	○
Fortelle barnet mitt at dette ikke er noe å bli urolig og lei seg for	○	○	○	○	○	○	○
Endre planene mine, slik at barnet mitt ikke trenger å være hos barnevakten	○	○	○	○	○	○	○
Hjelpe barnet mitt å finne på ting som kan gjøre at situasjonen blir mindre skummel, f.eks. foreslå at jeg skal ringe dem en gang i løpet av kvelden	○	○	○	○	○	○	○
Fortelle barnet mitt at det er greit å være urolig og lei seg	○	○	○	○	○	○	○

FORELDRES HOLDNINGER OG VÆREMÅTE

Den følgende listen viser 5 hendelser som kan skje med alle barn. Under hver av hendelsene er en liste over måter foreldre da kan reagere på. Kryss av på en skala fra 1 (svært usannsynlig) til 7 (svært sannsynlig) for hvordan du tror du vil reagere. Hvis du ikke har sett barnet ditt i en liknende situasjon, ber vi deg forsøke å gjette hvordan du mest sannsynlig ville reagert.

Les hvert spørsmål nøye og svar så ærlig og oppriktig som mulig. Kryss av på hver linje.

Hvis barnet mitt blir sint fordi han/hun er syk og derfor ikke kan leke ute, vil jeg:

1 = svært usannsynlig, 7 = svært sannsynlig

Sett ett kryss for hver linje

	1	2	3	4	5	6	7
Sende barnet på rommet for å roe seg ned	○	○	○	○	○	○	○
Bli sint på barnet	○	○	○	○	○	○	○
Hjelpe barnet med å finne ut hvordan han/hun fremdeles kan være sammen med vennene sine (f.eks. invitere noen venner når han/hun er frisk igjen)	○	○	○	○	○	○	○
Fortelle barnet at å gå glipp av selskapet ikke er noe å lage så mye oppstyr av	○	○	○	○	○	○	○
Oppmuntre barnet til å uttrykke sitt sinne og frustrasjon	○	○	○	○	○	○	○
berolige barnet og gjøre noe morsomt med han/henne for å få han/henne til å føle seg bedre	○	○	○	○	○	○	○
Jeg lar barnet mitt leke utendørs	○	○	○	○	○	○	○

Hvis barnet mitt faller av sykkelen og den blir ødelagt, og han/hun deretter blir lei seg og gråter, vil jeg:

1 = svært usannsynlig, 7 = svært sannsynlig

Sett ett kryss for hver linje

	1	2	3	4	5	6	7
Beholde roen og ikke tillate meg selv å bli engstelig	○	○	○	○	○	○	○
Trøste barnet og prøve å få ham/henne til å glemme ulykken	○	○	○	○	○	○	○
Fortelle barnet at han/hun overreagerer	○	○	○	○	○	○	○
Hjelpe barnet med å finne ut hvordan sykkelen kan repareres	○	○	○	○	○	○	○
Fortelle barnet at det er greit å gråte	○	○	○	○	○	○	○
barnet at han/hun må slutte å gråte, ellers vil han ikke få lov til å sykle i nærmeste fremtid	○	○	○	○	○	○	○

Hvis barnet mitt mister en verdifull gjenstand og begynner å gråte, vil jeg:

1 = svært usannsynlig, 7 = svært sannsynlig

Sett ett kryss for hver linje

	1	2	3	4	5	6	7
Bli opprørt fordi han/hun har vært så upåpasselig, og deretter begynner jeg også å gråte	○	○	○	○	○	○	○
Fortelle barnet at han/hun overreagerer	○	○	○	○	○	○	○
Hjelpe barnet til å tenke gjennom steder han/hun ikke har sett etter gjenstanden	○	○	○	○	○	○	○
Avlede barnet ved å snakke om noe hyggelig	○	○	○	○	○	○	○
Fortelle barnet at det er greit å gråte når man føler seg trist	○	○	○	○	○	○	○
Fortelle barnet at det er sånt som skjer når man er uforsiktig	○	○	○	○	○	○	○
Fortelle barnet mitt at det greit å være lei seg når en har mistet noe	○	○	○	○	○	○	○

Hvis barnet mitt er redd for sprøyter og blir skjelven og nesten på gråten når han/hun venter på å ta sprøyte, vil jeg:

1 = svært usannsynlig, 7 = svært sannsynlig

Sett ett kryss for hver linje

	1	2	3	4	5	6	7
Fortelle barnet at han/hun må ta seg sammen ellers vil han/hun ikke få lov til å gjøre andre ting han/hun liker (f.eks. se på TV)	○	○	○	○	○	○	○
Oppmuntre barnet til å snakke om det han/hun er redd for	○	○	○	○	○	○	○
Fortelle barnet mitt at det å ta en sprøyte ikke er noe å lage masse oppstyr av	○	○	○	○	○	○	○
Fortelle barnet mitt at han/hun ikke må gråte fordi det blir flaut	○	○	○	○	○	○	○
Trøste barnet før og etter hun/han tar sprøyten	○	○	○	○	○	○	○
Snakke med barnet mitt om måter som kan gjøre det mindre vondt å ta sprøyte (som å slappe av og puste rolig)	○	○	○	○	○	○	○

Hvis barnet mitt skal være hjemme hos en venn en ettermiddag og blir nervøs og lei seg fordi jeg ikke kan være der sammen med ham/henne, vil jeg:

1 = svært usannsynlig, 7 = svært sannsynlig

Sett ett kryss for hver linje

	1	2	3	4	5	6	7
Avlede ham/henne med å snakke om hvor gøy han/hun kommer til ha det sammen med vennen sin	○	○	○	○	○	○	○
Hjelpe barnet til å tenke på noe som han/hun kan gjøre slik at det ikke blir så skummelt å være hos vennen	○	○	○	○	○	○	○
Fortelle barnet at han/hun må slutte med å overreagere og oppføre seg som en baby	○	○	○	○	○	○	○
Fortelle barnet at hvis ikke han/hun tar seg sammen så får han/hun ikke lov til å gå ut mer	○	○	○	○	○	○	○
Bli lei meg og ukomfortabel på grunn av barnets reaksjon	○	○	○	○	○	○	○
Oppmuntre barnet til å snakke om det han/hun er lei seg og redd for	○	○	○	○	○	○	○

BARNEOPPDRAGELSE

De fleste foreldre/par har perioder hvor de er uenige om hvordan de skal oppdra barna sine eller organisere hverdagen. Tenk på hvordan det har vært i din familie den siste måneden, og vær snill å angi hvor ofte følgende har skjedd:

Tenk på «fokusbarnet» når du besvarer spørsmålene. Ta også utgangspunkt i den omsorgsgiveren du i størst grad oppdrar barnet sammen med (enten dette er biologisk mor/far eller ny partner). Dersom du oppdrar barnet alene, hopper du over disse spørsmålene, og går videre til neste side ("Hvor ofte hender dette hjemme hos dere").

	Nesten aldri	Sjelden	Noen ganger	Ofte	Nesten alltid
Vi har vært uenige om hvilke regler som skal gjelde for barnet (f.eks om leggetid eller steder hvor det er lov til å leke)	○	○	○	○	○
Vi har vært uenige om hvordan vi skal sette grenser for barnet	○	○	○	○	○
Barna har fått forskjellige regler fra hver av oss	○	○	○	○	○
Vi har motarbeidet (ikke støttet) hverandre	○	○	○	○	○
Det har manglet diskusjoner om ting i sin alminnelighet	○	○	○	○	○
Vi har vært uenige om hva som skal regnes som ulydighet/ brudd på regler	○	○	○	○	○

HVOR OFTE HENDER DETTE HJEMME HOS DERE?

(Kryss på hver av linjene for å angi hvor ofte de ulike tingene hender hos dere)

	Aldri	Nesten aldri	Noen ganger	Ofte	Alltid
Du lar barnet ditt forstå når han/hun gjør en god innsats	○	○	○	○	○
Du har en hyggelig samtale med barnet ditt	○	○	○	○	○
Du spør barnet ditt om hvordan hans/hennes dag i barnehagen/skolen har vært	○	○	○	○	○
Du sier noe pent til barnet ditt når han/hun har gjort noe bra	○	○	○	○	○
Du roser barnet ditt om han/hun oppfører seg pent	○	○	○	○	○
Du snakker med barnet om hans/hennes venner	○	○	○	○	○

FORHOLDET MELLOM DEG OG BARNET DITT

Hvordan er forholdet til barnet ditt / ungdommen din nå for tiden? Velg det som passer deg på en skala fra "stemmer ikke" til "stemmer alltid"

Kryss av for hver linje

	Stemmer ikke	Stemmer sjelden	Stemmer av og til	Stemmer ofte	Stemmer alltid
Barnet mitt og jeg har et kjærlig og varmt forhold	○	○	○	○	○
Det virker som om barnet mitt og jeg alltid kjemper mot hverandre	○	○	○	○	○
Hvis barnet mitt blir opprørt, søker det trøst hos meg	○	○	○	○	○
Barnet mitt er utilpass med kjærtegn eller berøring fra meg	○	○	○	○	○
Barnet mitt setter pris på forholdet vårt	○	○	○	○	○
Når jeg roser barnet mitt, blir han/hun tydelig stolt	○	○	○	○	○
Barnet mitt forteller meg spontant ting om seg selv	○	○	○	○	○
Barnet mitt blir lett sint på meg	○	○	○	○	○
Det er lett å forstå hva barnet mitt føler	○	○	○	○	○
Barnet mitt fortsetter å stå på sitt etter å ha blitt irettesatt	○	○	○	○	○
Det å oppdra barnet mitt tapper meg for energi	○	○	○	○	○
Når barnet mitt er i dårlig humør, vet jeg at vi vil få en lang og vanskelig dag	○	○	○	○	○
Mitt barns følelser overfor meg kan være uforutsigbare eller skifte fort	○	○	○	○	○
Barnet mitt forsøker å lure eller manipulere meg	○	○	○	○	○
Barnet mitt deler sine følelser og opplevelser åpent med meg	○	○	○	○	○

Hvor ofte kommer du i situasjoner hvor det oppstår konflikter mellom deg og barnet ditt nå for tiden?

- ○ Flere ganger daglig
- ○ Omtrent en gang om dagen
- ○ Flere ganger i uken
- ○ Noen ganger i måneden
- ○ Omtrent aldri

LITT OM DEG SELV OG HVORDAN DU HAR DET NÅ

Har du i løpet av de to siste ukene vært plaget av noe av det følgende?

(Kryss av for hver linje)

	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
Stadig redd eller engstelig	○	○	○	○
Nervøsitet, indre uro	○	○	○	○
Følelse av håpløshet med hensyn til fremtiden	○	○	○	○
Nedtrykt, tungsindig	○	○	○	○
Mye bekymret eller urolig	○	○	○	○

BARNETS STERKE OG SVAKE SIDER

Vennligst kryss av for hvert utsagn om barnet ditt: Stemmer ikke, Stemmer delvis eller Stemmer helt. Prøv å svare på alt selv om du ikke er helt sikker eller synes utsagnet virker rart. Svar på grunnlag av barnets oppførsel de siste 6 månedene.

Barnet mitt er...

	Stemmer ikke	Stemmer delvis	Stemmer helt
Omtenksom, tar hensyn til andre menneskers følelser	○	○	○
Rastløs, overaktiv, kan ikke være lenge i ro	○	○	○
Klager ofte over hodepine, vondt i magen eller kvalme	○	○	○
Deler gjerne med andre barn (godter, leker, andre ting)	○	○	○
Har ofte raserianfall eller dårlig humør	○	○	○
Ganske ensom, leker ofte alene	○	○	○
Som regel lydig, gjør vanligvis det voksne ber om	○	○	○
Mange bekymringer, virker ofte bekymret	○	○	○
Hjelpsom hvis noen er såret, lei seg eller føler seg dårlig	○	○	○
Stadig urolig eller i bevegelse	○	○	○
Har minst én god venn	○	○	○
Slåss ofte med andre barn eller mobber dem	○	○	○
Ofte lei seg, nedfor eller på gråten	○	○	○
Vanligvis likt av andre barn	○	○	○
Lett avledet, mister lett konsentrasjonen	○	○	○
Nervøs eller klengete i nye situasjoner, lett utrygg	○	○	○
Snill mot yngre barn	○	○	○
Sier ofte imot voksne	○	○	○
Lyver eller jukser ofte	○	○	○
Plaget eller mobbet av andre barn	○	○	○
Tilbyr seg ofte å hjelpe andre (foreldre, lærere, andre barn)	○	○	○
Kan stoppe og tenke seg om før hun/han gjør noe	○	○	○
Tenker seg om før hun/han handler (gjør noe)	○	○	○
Kan være slem eller ondskapsfull mot andre	○	○	○
Stjeler hjemme, på skolen eller andre steder	○	○	○
Kommer bedre overens med voksne enn med barn	○	○	○
Redd for mye, lett skremt	○	○	○
Fullfører oppgaver, god konsentrasjonsevne	○	○	○

Har du andre kommentarer eller bekymringer om barnets sterke og svake sider?

(Spørsmålet kan hoppes over)

Vennligst spesifiser:

Samlet sett, synes du at barnet ditt har vansker på ett eller flere av følgende områder: følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre mennesker?

- Nei
- Ja - små vansker
- Ja - tydelige vansker
- Ja - alvorlige vansker

Hvor lenge har disse vanskene vært tilstede?

- Mindre enn en måned
- 1-5 måneder
- 6-12 måneder
- Mer enn ett år

Blir barnet selv forstyrret eller plaget av vanskene?

- Ikke i det hele tatt
- Bare litt
- En god del
- Mye

Påvirker vanskene barnets dagligliv på noen av de følgende områder?

	Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
Hjemme i familien	○	○	○	○
Forhold til venner	○	○	○	○
Læring	○	○	○	○
Læring på skolen	○	○	○	○
Fritidsaktiviteter	○	○	○	○

Er vanskene en belastning for deg eller familien som helhet?

- Ikke i det hele tatt
- Bare litt
- En god del
- Mye

BARNETS TRIVSEL OG LIVSKVALITET

Les nøye gjennom hvert spørsmål. Tenk over hvordan barnet ditt hadde det den siste uken. Kryss av på hver linje det svaret som passer best for barnet ditt.

I den siste uken...

	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Alltid
...følte barnet mitt seg syk	○	○	○	○	○
...har barnet mitt hatt vondt i hodet eller magen	○	○	○	○	○
...var barnet mitt trett og slapp	○	○	○	○	○
...følte barnet mitt seg sterk og full av energi	○	○	○	○	○

I den siste uken...

	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Alltid
...lo barnet mitt mye og hadde det moro	○	○	○	○	○
...hadde barnet mitt ikke lyst til noe	○	○	○	○	○
...følte barnet mitt seg alene	○	○	○	○	○
...følte barnet mitt seg engstelig eller usikker	○	○	○	○	○

I den siste uken...

	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Alltid
...var barnet mitt stolt av seg selv	○	○	○	○	○
...følte barnet mitt seg helt på topp	○	○	○	○	○
...likte barnet mitt seg selv	○	○	○	○	○
...hadde barnet mitt mange gode ideer	○	○	○	○	○

I den siste uken...

	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Alltid
...kom barnet mitt godt overens med oss foreldre	○	○	○	○	○
...hadde barnet mitt det hyggelig hjemme	○	○	○	○	○
...kranglet vi hjemme	○	○	○	○	○
...følte barnet mitt seg dominert av meg	○	○	○	○	○

I den siste uken...

	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Alltid
...lekte barnet mitt sammen med venner	○	○	○	○	○
...gjorde barnet mitt noe sammen med venner	○	○	○	○	○
...ble barnet mitt godt likt av andre	○	○	○	○	○
...kom barnet mitt godt overens med vennene sine	○	○	○	○	○
...hadde barnet mitt følelsen av å være annerledes enn de andre	○	○	○	○	○

I den siste uken da barnet mitt var i grunnskolen/barnehagen...

	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Alltid
...klarte barnet mitt oppgavene i grunnskolen/barnehagen godt	○	○	○	○	○
...klarte barnet mitt oppgavene på skolen godt	○	○	○	○	○
...syntes barnet mitt at det var moro i grunnskolen/barnehagen	○	○	○	○	○
...syntes barnet mitt at undervisningen var god og interessant	○	○	○	○	○
...har barnet gledet seg i grunnskolen/barnehagen	○	○	○	○	○
...bekymret barnet mitt seg for fremtiden	○	○	○	○	○
...har barnet gjort mange feil ved mindre oppgaver og med leksene	○	○	○	○	○
...var barnet mitt redd for å gjøre det dårlig på skolen eller få dårlige karakterer	○	○	○	○	○

I den siste uken...

	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Alltid
...var barnet mitt i dårlig humør og sippete	○	○	○	○	○
...spiste barnet mitt med appetitt	○	○	○	○	○
...kunne jeg tålmodig og forståelsesfull omgås barnet mitt	○	○	○	○	○
...var barnet mitt anstrengt	○	○	○	○	○
...kunne barnet mitt sove godt	○	○	○	○	○
...raste og beveget barnet mitt seg omkring	○	○	○	○	○
...begynte barnet mitt å gråte	○	○	○	○	○
...var barnet mitt glad og i godt humør	○	○	○	○	○
...kunne barnet mitt konsentrere seg godt og var oppmerksom	○	○	○	○	○
...lot barnet mitt seg lett avspore og var fraværende	○	○	○	○	○
...var barnet mitt gjerne sammen med andre barn	○	○	○	○	○
...har jeg skjennet/kjeftet på barnet mitt	○	○	○	○	○
...har jeg rost barnet mitt	○	○	○	○	○
...har barnet mitt hatt vanskeligheter med lærere, barnehagepersonalet og andre tilsynspersoner	○	○	○	○	○
...var barnet mitt nervøst og sprelsk	○	○	○	○	○
...var barnet mitt friskt og muntert	○	○	○	○	○
...har barnet mitt klaget på grunn av smerter	○	○	○	○	○
...var barnet mitt glad for kontakt	○	○	○	○	○
...lyktes alt barnet mitt begynte med	○	○	○	○	○
...ble barnet mitt fort misfornøyd	○	○	○	○	○
...har barnet mitt grått voldsomt	○	○	○	○	○
...ble barnet mitt lett sint	○	○	○	○	○

FAMILIE OG NETTVERK

Bor du sammen med fokusbarnet?

- ○ Hele tiden
- ○ Halve tiden, eller det meste av tiden
- ○ Mindre enn halve tiden
- ○ Nei

Bor det noen andre barn hos deg (hele tiden eller deler av tiden)?

- ○ Nei
- ○ Ja

Hvor mange andre barn bor det hos deg? _____

Hvor mange av disse (andre) barna har du foreldreansvar for?

Hopp over dette spørsmålet dersom det ikke bor noen andre barn hos deg

Antall: _____

Bor det noen andre voksne sammen med deg og barnet/barna?

- ○ Nei
- ○ Ja

Hvem bor sammen med deg og barnet/barna?

(Flere kryss mulig)

- ☐ Barnets far/mor
- ☐ Annen ektefelle/samboer
- ☐ Andre

Vennligst spesifiser: _____

Hvilken sivilstand har du nå?

- ☐ Gift
- ☐ Samboer
- ☐ Ikke gift eller samboer, men har fast partner
- ☐ Enslig
- ☐ Separert/skilt
- ☐ Enke/enkemann

Dersom du ikke bor sammen med barnets far/mor:

Har dere noen gang bodd sammen?

- ○ Ja

Hvilket år flyttet dere fra hverandre? _____

- ○ Nei

Har du noen (utenom ektefelle/samboer/partner) som du kan søke råd hos i en vanskelig situasjon?

- ○ Nei
- ○ Ja 1-2 personer
- ○ Ja flere enn to personer

Hvor ofte har du en samtale med nære venner eller familie (utenom husholdningen)?

- ○ 1 gang i måneden eller sjeldnere
- ○ 2-8 ganger i måneden
- ○ Mer enn 2 ganger i uken

Føler du deg ensom?

- ○ Nesten aldri
- ○ Sjelden
- ○ Av og til
- ○ Som regel
- ○ Nesten alltid

Er barnets mor/far død?

- ○ Ja, barnets mor

Årstall barnets mor døde: _____

- ○ Ja, barnets far

Årstall barnets far døde: _____

- ○ Nei

SAMARBEID OM BARNET/BARNEOPPDRAGELSEN

Hvordan fungerer samarbeidet om barnet/barneoppdragelsen mellom deg og barnets mor/far?

- ○ Veldig bra
- ○ Bra
- ○ Middels
- ○ Dårlig
- ○ Veldig dårlig
- ○ Ikke aktuelt

Hvor ofte har du og barnets mor/far konflikter knyttet til barnet/barneoppdragelse?

- ○ Flere ganger daglig
- ○ Omtrent en gang om dagen
- ○ Flere ganger i uken
- ○ Noen ganger i måneden
- ○ Omtrent aldri
- ○ Ikke aktuelt

Hvis du ikke bor sammen med barnets mor/far, men bor sammen med en annen ektefelle/ samboer:

Hvordan fungerer samarbeidet om barnet/barneoppdragelsen mellom deg og han/henne du bor sammen med nå?

- ○ Veldig bra
- ○ Bra
- ○ Middels
- ○ Dårlig
- ○ Veldig dårlig

Hvor ofte har du og han/henne du bor sammen med konflikter knyttet til barnet/barneoppdragelse?

- ○ Flere ganger daglig
- ○ Omtrent en gang om dagen
- ○ Flere ganger i uken
- ○ Noen ganger i måneden
- ○ Omtrent aldri

FØDELAND

I hvilket land er barnet født?

Vennligst skriv: _____

I hvilket land er barnets mor født?

Vennligst skriv: _____

I hvilket land er barnets far født?

Vennligst skriv: _____

Hvis du ikke er barnets mor eller far, i hvilket land er du født?

Vennligst skriv: _____

UTDANNING, ARBEID OG ØKONOMI

Hvilken utdanning har du?

(Oppgi bare høyest fullførte utdanning)

- ○ 9-årig grunnskole eller mindre
- ○ Videregående skole
- ○ Høyskole/universitet, mindre enn 4 år
- ○ Høyskole/universitet, 4 år eller mer

Er du i lønnet arbeid nå for tiden?

(Sett kryss i bare én rute)

- ○ Ja
- ○ Ja, men er for tiden langtidssykemeldt (fulltid eller delvis)
- ○ Nei, mottar trygd/attføring/arbeidsavklaringspenger
- ○ Nei, arbeidssøkende/permittert
- ○ Nei, jeg er hjemmeværende

Har familien din hatt god eller dårlig råd (økonomi) de siste to årene?

Sett ett kryss

- ○ Vi har hatt god råd hele tiden
- ○ Vi har stort sett hatt god råd
- ○ Vi har verken hatt god råd eller dårlig råd
- ○ Vi har stort sett hatt dårlig råd
- ○ Vi har hatt dårlig råd hele tiden

Har alle barna som bor fast i husholdningen (fulltid eller deltid) sitt eget rom?

- ○ Ja
- ○ Nei

I hvor stor grad passer følgende utsagn med din families situasjon?

Sett ett kryss for hver linje

	Stemmer ofte	Stemmer noen ganger	Stemmer sjelden	Stemmer aldri
Vi mangler penger til å betale for ulike fritidsaktiviteter som barna gjerne ønsker å delta i (idrettsaktiviteter, musikkinstrumenter og lignende)	○	○	○	○
Vi har nesten ikke penger til å betale for det nødvendigste (mat, husleie, telefon og lignende)	○	○	○	○

ALKOHOLVANER

Vi vil nå stille deg noen spørsmål om alkoholbruk

Sett ett kryss for hver linje

	Aldri	Månedlig eller sjeldnere	To til fire ganger i måneden	To til tre ganger i uken	Fire ganger i uken eller mer
Hvor ofte drikker du alkohol	○	○	○	○	○

	1-2	3-4	4-5	5-6	7-9	10 eller flere
Hvor mange alkoholenheter (en drink, et glass vin eller 1 liten flaske pilsnerøl) tar du på en "typisk" drikke-dag?	○	○	○	○	○	○

	Aldri	Sjeldnere enn månedlig	Månedlig	Ukentlig	Daglig/ nesten daglig
Hvor ofte drikker du seks alkoholenheter eller mer?	○	○	○	○	○

STRESS OG BELASTNINGER

LANGVARIGE BELASTNINGER DET SISTE ÅRET - GRAD AV BELASTNING

Har du i løpet av de siste 12 månedene hatt langvarige vanskeligheter knyttet til følgende områder?

(Angi hvor stor belastningen har vært ved å sette kryss på hver av linjene)

	Ingen	Noe	Ganske stor	Svært stor
Boligproblem (vedlikehold, leieforhold o.l.)	○	○	○	○
Problemer med arbeid (arbeidsløshet, usikkert arbeid, vanskelige arbeidsforhold)	○	○	○	○
Konflikter på arbeidsplassen	○	○	○	○
Problem med barnepass (barnehage, dagmamma, syke barn)	○	○	○	○
Økonomi (betaling av husleie, lån, forpliktelse o.l.)	○	○	○	○
Økonomiske problemer (betaling av husleie, lån, forpliktelse o.l.)	○	○	○	○
Problemer med egen fysiske helse (funksjonshemming, kroppslig sykdom)	○	○	○	○
Problemer med egen psykisk helse	○	○	○	○
Alvorlige søvnproblemer (hos deg selv)	○	○	○	○
Samlivsproblemer (mye krangel, alvorlige samlivsproblemer, separasjon, skilsmisse)	○	○	○	○
Helseproblemer (fysisk eller psykisk) hos partner/ektefelle, dersom du har	○	○	○	○
Helseproblemer hos ektefelle (fysiske eller psykiske)	○	○	○	○
Problemer med alkohol eller andre rusmidler hos noen i husholdningen	○	○	○	○
Helseproblemer hos barn (funksjonshemming, sykdom)	○	○	○	○
Helseproblemer hos barna (funksjonshemming, sykdom)	○	○	○	○
Problemer med barn (tilsyn, oppdragelse, skole, disiplin)	○	○	○	○
Problem med å tilpasse yrkesliv med barneomsorg	○	○	○	○
Problemer med å strukturere barnas hverdag (vekking, deltakelse i familiens gjøremål o.l.)	○	○	○	○
Savnet å ha mer tid sammen med barnet/barna	○	○	○	○
Belastninger knyttet til humørsvingninger hos barnet/barna	○	○	○	○
Engstelse for hva barnet/barna utsetter seg for, eller kan bli utsatt for i fritiden	○	○	○	○
Problemer rundt barnas skolegang	○	○	○	○
Bekymret deg for barnet/barna	○	○	○	○
Annet	○	○	○	○

Vennligst beskriv hvilke vanskeligheter dette har vært?

Vennligst skriv:

OM ICDP-TILBUDET

Hvor hørte du om ICDP-tilbudet?

(Flere kryss mulig)

- ☐ Helsestasjonen
- ☐ Barnehagen
- ☐ Skolen
- ☐ Barnevernet
- ☐ Flyktningetjenesten
- ☐ Gjennom venner/familie/nettverk
- ☐ Annet

Vennligst spesifiser:

Hva er bakgrunnen for deltakelse på ICDP-gruppe?

(Flere kryss mulig)

- ☐ Ønske om å bli en bedre forelder/omsorgsperson
- ☐ Ønske om å få et nærmere/bedre forhold til barnet/barna
- ☐ Ønske om å hjelpe barnet ditt til å fungere bedre
- ☐ Ønske om å bli flinkere til å sette grenser for barnet
- ☐ Ønske om å diskutere spørsmål knyttet til foreldrerollen med andre
- ☐ Vansker med barneoppdragelse
- ☐ Konflikter mellom de voksne i familien
- ☐ Konflikter mellom barna i familien
- ☐ Konflikter mellom voksne og barn i familien
- ☐ Egne psykiske vansker/ problemer
- ☐ Psykiske vansker/ problemer hos barnet/barna
- ☐ Annet

Vennligst spesifiser:

Har du deltatt i ICDP-gruppe tidligere?

- ○ Ja
- ○ Nei

Å fylle ut et så langt spørreskjema er en kjempeinnsats. Tusen takk for at du har tatt deg tid til dette!

Når du trykker på avslutt under, så registreres dine data

Appendiks 8: «Spørreskjema til veiledere før trekning»

Hvordan virker foreldreveiledning i grupper (ICDP)?

SPØRRESKJEMA TIL VEILEDERE - FYLLES UT FØR GRUPPENE TREKKES UT SOM INTERVENSJONS- ELLER KONTROLLGRUPPE

Vi setter stor pris på at du/dere har sagt ja til å delta i evalueringen av ICDP med foreldreveilednings-gruppe!

Dette er et skjema som skal fylles ut før oppstart av gruppene. Dersom dere er to eller flere veiledere som skal drive gruppen, skal dere fylle ut skjemaet sammen.

Det tar ca 10-15 minutter å fylle ut skjemaet. Svarene deres lagres automatisk slik at det er mulig å ta pause i besvarelsen, og gå frem og tilbake i spørreskjemaet underveis.

På forhånd tusen takk for hjelpen!

Veileder nummer:

1

BAKGRUNNSINFORMASJON OM DEG/DERE SOM ER VEILEDERE

Hvor mange veiledere skal dere være i denne ICDP-gruppen?

- ○ En
- ○ To
- ○ Tre

Telefonnummer

Dersom dere er flere veiledere blir dere bedt om å svare for veileder 1, veileder 2, etc. Her velger dere selv hvem som er hvilket nummer, men dere må bruke samme nummer gjennom alle bakgrunnsspørsmålene i dette spørreskjemaet.

Veileder 1: Vennligst oppgi telefonnummeret til en av veilederene i ICDP gruppen

Vennligst noter

Veilder 2: Vennligst oppgi telefonnummeret til en av veilederene i ICDP gruppen

Vennligst noter

Veilder 3: Vennligst oppgi telefonnummeret til en av veilederene i ICDP gruppen

Vennligst noter

Hvilket kjønn er du?

Veileder 1: Er du:

- ○ Mann
- ○ Kvinne

Veileder 2: Er du:

- ○ Mann
- ○ Kvinne

Veileder 3: Er du:

- ○ Mann
- ○ Kvinne

Hvilket år er du født?

Veileder 1: Hvilket år er du født?

(Ett årstall for hver av dere som skal være veiledere i gruppen. Fire siffer, eks: 1970)

Fødselsår

Veileder 2: Hvilket år er du født?

(Ett årstall for hver av dere som skal være veiledere i gruppen. Fire siffer, eks: 1970)

Vennligst oppgi

Veileder 3: Hvilket år er du født?

(Ett årstall for hver av dere som skal være veiledere i gruppen. Fire siffer, eks: 1970)

Vennligst oppgi

Hva slags faglig bakgrunn har du?

Veileder 1: Hva slags faglig bakgrunn har du?

- Helsesøster
- Barnevernspedagog
- Sosionom
- Førskolepedagog
- Psykolog
- Annen utdannelse

Veileder 2: Hva slags faglig bakgrunn har du?

- Helsesøster
- Barnevernspedagog
- Sosionom
- Førskolepedagog
- Psykolog
- Annen utdannelse

Veileder 3: Hva slags faglig bakgrunn har du?

- Helsesøster
- Barnevernspedagog
- Sosionom
- Førskolepedagog
- Psykolog
- Annen utdannelse

Hvilken annen utdannelse?

Hvilken annen utdannelse?

Veileder 1:

Hvilken annen utdannelse?

Veileder 2:

Hvilken annen utdannelse?

Veileder 3:

Er du sertifisert ICDP-veileder?

Veileder 1: Er du sertifisert ICDP-veileder?

- Ja

Når ble du sertifisert? (måned.år - eksempel: 01.2017. Skriv kun årstall dersom du ikke husker måned)

- Nei

Veileder 2: Er du sertifisert ICDP-veileder?

- Ja

Når ble du sertifisert? (måned.år - eksempel: 01.2017. Skriv kun årstall dersom du ikke husker måned)

- Nei

Veileder 3: Er du sertifisert ICDP-veileder?

- Ja

Når ble du sertifisert? (måned.år - eksempel: 01.2017. Skriv kun årstall dersom du ikke husker måned)

- Nei

Hvis du ikke er sertifisert, er ICDP-gruppen en del av opplæringen / «selvtrening»?

Veileder 1: Hvis du ikke er sertifisert, er ICDP-gruppen en del av opplæringen / «selvtrening»?

- Ja
- Nei

Veileder 2: Hvis du ikke er sertifisert, er ICDP-gruppen en del av opplæringen / «selvtrening»?

- Ja
- Nei

Veileder 3: Hvis du ikke er sertifisert, er ICDP-gruppen en del av opplæringen / «selvtrening»?

- ○ Ja
- ○ Nei

Hvor mange grupper har den mest erfarne veilederen av dere startet opp tidligere?

Med erfaring mener vi her hvor mange grupper du har startet opp tidligere. Dersom du driver gruppen alene må du svare på hvor mange grupper du selv har startet opp.

- ○ 0
- ○ 1
- ○ 2
- ○ 3
- ○ 4 eller flere

Hvilke versjoner av ICDP har du oftest benyttet tidligere?

Veileder 1: Hvilke versjoner av ICDP har du oftest benyttet tidligere?

Flere svar mulig

- ☐ Standard-versjonen, dvs. til foreldre/omsorgsgivere i den generelle befolkningen
- ☐ ICDP tilpasset minoriteter
- ☐ Annet
- ☐ Dette er min første ICDP-gruppe

Veileder 2: Hvilke versjoner av ICDP har du oftest benyttet tidligere?

Flere svar mulig

- ☐ Standard-versjonen, dvs. til foreldre/omsorgsgivere i den generelle befolkningen
- ☐ ICDP tilpasset minoriteter
- ☐ Annet
- ☐ Dette er min første ICDP-gruppe

Veileder 3: Hvilke versjoner av ICDP har du oftest benyttet tidligere?

Flere svar mulig

- ☐ Standard-versjonen, dvs. til foreldre/omsorgsgivere i den generelle befolkningen
- ☐ ICDP tilpasset minoriteter
- ☐ Annet
- ☐ Dette er min første ICDP-gruppe

Hvilke andre versjoner av ICDP har du oftest benyttet tidligere?

Veileder 1: Hvilke andre versjoner av ICDP har du oftest benyttet tidligere?

Vennligst spesifiser:

Veileder 2: Hvilke andre versjoner av ICDP har du oftest benyttet tidligere?

Vennligst spesifiser:

Veileder 3: Hvilke andre versjoner av ICDP har du oftest benyttet tidligere?

Vennligst spesifiser:

Har du vært på oppfriskningssamling i forbindelse med ny ICDP-håndbok?

Veileder 1: Har du vært på oppfriskningssamling i forbindelse med ny ICDP-håndbok?

- ○ Ja
- ○ Nei

Veileder 2: Har du vært på oppfriskningssamling i forbindelse med ny ICDP-håndbok?

- ○ Ja
- ○ Nei

Veileder 3: Har du vært på oppfriskningssamling i forbindelse med ny ICDP-håndbok?

- ○ Ja
- ○ Nei

OM REKRUTTERINGEN AV DELTAKERE TIL GRUPPEN

Hvor mange har sagt ja (gjennom påmelding) til å delta i studien, men trukket seg før de har fylt ut noen skjema?

Vennligst oppgi antall:

Hvor har du/dere rekruttert deltakere til denne gruppen fra?

(Flere kryss er mulig)

- ☐ Helsestasjon
- ☐ Barnehage
- ☐ Barnevern
- ☐ Flyktningetjenesten
- ☐ Annet

Vennligst spesifiser

Hvilke av disse stedene har du/dere rekruttert *flest* fra?

(Flere kryss er mulig)

- ☐ Helsestasjon
- ☐ Barnehage
- ☐ Barnevern
- ☐ Flyktningetjenesten
- ☐ Annet

Vennligst spesifiser

Var gruppen i utgangspunktet et tilbud til alle familier, eller kun til familier med spesielle utfordringer?

- ○ Alle
- ○ Kun familier med spesielle utfordringer
- ○ Annet

Vennligst spesifiser

OM DELTAKERNE I DENNE ICDP-GRUPPEN (DVS. GRUPPEN DU/DERE DELTAR I STUDIEN MED)

Hvor mange deltakere er det i gruppen?

- ○ 5
- ○ 6-8
- ○ 9-10
- ○ Mer enn 10

Hvem fra familiene deltar i denne gruppen?

- [ ] Kun mødre/stemødre
- [ ] Kun fedre/stefedre
- [ ] Både mødre og fedre, men kun en forelder fra hver familie
- [ ] Begge foreldre
- [ ] En blanding av foreldre som kommer alene, og par
- [ ] Barn deltar sammen med sine foresatte

Kom alle de som var interesserte med i denne gruppen?

- ○ Ja
- ○ Nei, men det ble opprettet flere grupper, slik at alle interesserte fikk tilbud om ICDP-gruppe nå
- ○ Nei, men de som ikke fikk et tilbud nå, har fått tilbud om ICDP- gruppe med oppstart senere
- ○ Nei, noen står på venteliste, og vet ikke om de vil få et tilbud

---

Har du/dere delt inn gruppen etter alder på barna?

- ○ Ja
- ○ Nei

Hvilken alder er det på barna til deltakerne i denne gruppen?

(Flere kryss er mulig)

- [ ] 0-2 år
- [ ] 3-6 år
- [ ] 7-12 år
- [ ] 13-18 år

Hvor stor spredning i alder har barna til deltakerne innen denne gruppen?

- ○ 0-1 år
- ○ 2-3 år
- ○ 3-5 år
- ○ Mer enn 5 år
- ○ Vet ikke

OM PLANLAGT GJENNOMFØRING AV DENNE ICDP-GRUPPEN (DVS DEN GRUPPEN DU/DERE DELTAR I STUDIEN MED)

Planlagt dato for oppstart

Oppgi dag, måned og år for oppstart av denne gruppen, f.eks 02.02.2017

Antall gruppemøter planlagt

- ○ Mindre enn 8
- ○ 8
- ○ Mer enn 8

Hvor ofte skal dere møtes?

- Oftere enn en gang hver uke
- Hver uke
- Hver 14. dag
- Sjeldnere enn hver 14. dag
- Det vil variere

Hvor lange gruppemøter skal dere ha hver gang?

- Om lag 1 time
- Om lag 1 ½ time
- Om lag 2 timer
- Om lag 2 ½ timer
- Mer enn 2 ½ timer
- Det vil variere

Planlagt dato for avslutning av gruppen

Oppgi dag, måned og år for planlagt avslutning av denne gruppen, f.eks 01.04.2017

- Ikke bestemt enda

Tusen takk for at du har tatt deg tid til dette!

Når du trykker på avslutt under, så registreres dine data

Appendiks 9: «Intraklasse korrelasjonskoeffisienter (ICC)»

Tabell A4: Intraklasse korrelasjonskoeffisienter (ICC) på gruppenivå for primær- og sekundærutfall

	Modell 1, Ujustert, ICC[a]	**Modell 2,** Justert, ICC[b]
Primærutfall		
APQ -positiv involvering	0,028	0,000
TOPSE - totalskåre	0,099	0,043
CCNES/CTNES		
Ikke støttende foreldrestil	0,272	0,044
støttende foreldrestil	0,184	0,048
Sekundærutfall		
PPC	0,081	0,022
CPRC-nærhet	0,149	0,016
CPRC-konflikt	0,088	0,023
SDQ-internaliserende vansker	0,112	0,042
SDQ-eksternaliserende vansker	0,041	0,033
SDQ- prososial adferd	0,006	0,000
KINDL-*totalskåre*	0,152	0,020

[a] Modell 1 er ujustert for kovariater

[b] Modell 2 er justert for barnets alder, foreldrenes alder, foreldrenes kjønn og foreldrenes utdanningsnivå

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Oktober 2021
Postboks 4404 Nydalen
NO-0403 Oslo
Telefon: 21 07 70 00
Rapporten kan lastes ned gratis fra
Folkehelseinstituttets nettsider www.fhi.no