

Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket:

ICDP (2. utg.)

ICDP – Program for foreldreveiledning, er et universelt helsefremmende og forebyggende tiltak for å styrke omsorgspersoners omsorgskompetanse og barn og unges psykososiale oppvekstvilkår.

BAKGRUNN

Denne artikkelen er en kunnskapsoppsummering om effektene av tiltaket International Child Development Programme (ICDP) i Norge. Artikkelen er en revisjon av en tidligere beskrivelse av det samme tiltaket i Ungsinn (Reedtz, 2009). ICDP er et foreldreveiledningsprogram som søker å støtte barns psykososiale utvikling gjennom styrking av omsorgspersonens kompetanse i deres omsorgsutøvelse for barn. ICDP er et lavterskel, tidsavgrenset og strukturert veiledningstiltak for omsorgspersoner for barn i alderen 0-18 år. Tiltaket er utviklet av Karsten Hundeide og Henning Rye. Tiltaks-eier i Norge er Bufdir og ICDP Norge. ICDP blir gjennomført på de arenaer der barnet og dets omsorgsgivere holder til i lokalmiljøet samt i fengsel dersom omsorgsgiver/e er fengslet.

METODE

Denne kunnskapsoppsummeringen bygger på et systematisk litteratursøk i databasene Embase, Medline, PsycINFO, Norart, Cochrane, Cristin, Nora, Scopus og Swemed. Fem artikler basert på delvis samme utvalg tilfredsstilte inklusjonskriteriene.

RESULTATER

Resultatene omfatter en oppsummering av tiltakets beskrivelse, inkluderte effektstudier, forskningsmetodisk kvalitet og implementeringskvalitet. ICDPs målsettinger, tiltaksarenaer, utforming og metoder er beskrevet. Det foreligger én studie som gjennom to artikler har undersøkt tiltakets effekt i norsk kontekst. Disse benyttet et kvasi-eksperimentelt design og bygger på pre- og posttest-målinger (artikkel 1), samt måling mellom 6 og 12 måneder etter avsluttet intervensjon (artikkel 2). I tillegg er det tre artikler der ulike grupper er sammenlignet før og etter deltakelse i ICDP. Totalt sett var det ingen effekt for de fleste utfallsvariabler som ble målt på tvers av studiene. Resultatene viste noen små positive effekter for enkelte utfallsmål knyttet til foreldreatferd (f.eks. Foreldrestrategi, Håndtering av barnet og Engasjement i barnet), vansker hos barnet (f.eks. SDQ Innvirkning på barnet og SDQ Total) og foreldres psykososiale helse. Studiene er imidlertid utført med svak forskningsmetodisk kvalitet og dette skaper usikkerhet om hvorvidt effektene er reelle og kan tilskrives tiltaket. Tiltaket har noen rutiner for å kvalitetssikre implementeringen, men ingen helhetlig strategi for dette eller spredning av tiltaket.

KONKLUSJON

Basert på Ungsinns kriterier klassifiseres ICDP på evidensnivå 3 – Tiltak med noe dokumentasjon på effekt.

Innledning

Bakgrunn

Foreldres omsorgsutøvelse påvirker barns utvikling (Campbell, 1995) og uhensiktsmessige metoder i barneoppdragelsen setter barn i risiko for utvikling av sosiale, emosjonelle og atferdsmessige vansker (Bauer & Webster-Stratton, 2006). Samtidig som svak kvalitet på foreldres oppdragelse av barn vurderes å være den mest betydningsfulle risikofaktor for barns utvikling er det mulig å styrke kvaliteten

på foreldres barneoppdragelse gjennom ulike foreldreveiledningstiltak (Morawska, Winter & Sanders, 2009; Reedtz, Mørch, & Handegård, 2010). Flere studier viser at foreldreveiledning er blant de mest virkningsfulle og kostnadseffektive metoder for å forebygge omsorgs-




Charlotte Reedtz
charlotte.reedtz@uit.no

*RKBU Nord Regionalt kunnskapssenter for barn og unge,
UiT Norges arktiske universitet*



Camilla Lauritzen
camilla.lauritzen@uit.no

*RKBU Nord Regionalt kunnskapssenter for barn og unge,
UiT Norges arktiske universitet*

 Engelsk sammendrag på ungsinn.no

ISSN 2464-2142

Tidsskrift Ungsinn utgis av Regionalt kunnskapssenter for barn og unge- nord (RKBU Nord) ved UiT- Norges arktiske universitet.

svikt, sosiale, emosjonelle og atferdsmessige vansker hos barn og unge (Wyatt Kaminski, Valle, Filene, & Boyle, 2008; Foster, Prinz, Sanders & Shapiro, 2008).

ICDP (International Child Development Programme) ble først utviklet som et veiledningstiltak for omsorgspersoner til barn som levde under ekstrem nød og neglisjering. Den første varianten av foreldreveiledningsprogrammet var en kombinasjon av tilrettelagte versjoner av Marte Meo og det israelske MISC Programmet (Mediational Intervention for Sensitizing Caregivers; Klein, 2001; Klein & Rye, 2004). Denne tidlige varianten av programmet ble senere videreutviklet til det som nå heter ICDP – Program for foreldreveiledning.

I Norge var ICDP et av flere tiltak som inngikk i «Foreldreveiledningsprogrammet» initiert av Barne- og familiedepartementet, Sosial- og helsedepartementet og Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, gjennomført i perioden 1995-1998. Barnevernets utviklingscenter i Midt-Norge evaluerte implementeringen av programmet i norske kommuner i 2000. I etterkant av evalueringen ble det utarbeidet en revidert utgave av ICDP. Det foreligger flere rapporter som beskriver positive erfaringer med programmet (Bjørnstad, 2015), rapportert både fra familiene som deltok og de ansatte som har gjennomført det.

Målsetninger og målgruppe

ICDP er både et universelt helsefremmende og forebyggende, samt selektivt forebyggende program med målsetning om å understøtte og fremme psykososial omsorgskompetanse hos omsorgsgivere for barn i alderen 0-18 år (Hundeide, 2005; Bjørnstad, 2015). Målsetningen med programmet er først og fremst å styrke kvaliteten av kontakt, samspill og relasjon mellom foreldre/omsorgsperson og barn (Hundeide, 2005). ICDP vil forebygge psykososiale problemer hos barn gjennom å støtte og styrke foreldre og andre omsorgsgivere i deres omsorgsrolle,

gjennom å fange opp de foreldrene som har større utfordringer enn andre.

Tiltaket tar sikte på å påvirke omsorgsgiverens positive opplevelse av barnet, slik at omsorgspersonen kan identifisere seg med og føle med barnet. Tiltaket fokuserer på 1) å hjelpe omsorgsgiveren til å bli bevisst på barnets tilstand og behov og tilpasse omsorgen til barnets eget behov og initiativ, 2) å styrke omsorgsgiverens selvtillit, 3) å fremme en sensitiv og uttrykksfull kommunikasjon mellom omsorgsgiveren og barnet, slik at det følelsesmessige forholdet mellom de to blir positivt og utviklende, og 4) å fremme et berikende og stimulerende samspill mellom omsorgsgiveren og barnet, for å utvikle og veilede barnets opplevelser og utspill i forhold til omverdenen.

Den generelle målgruppen er omsorgsgivere som har ansvar for barn i alderen 0-18 år, f. eks. foreldre, barnehagepersonell, lærere, helsesøstre, pleiepersonell og ansatte i barnevernet (Hundeide, 2005). Programmet er imidlertid også tilpasset mer spesifikke målgrupper, slik som familier med minoritetsetnisk bakgrunn og foreldre i fengsel. Andre aktuelle målgrupper som programmet er prøvd ut for er omsorgsgivere til barn med funksjonsnedsettelse, omsorgsgivere i asylmottak, omsorgsgivere med erfaring med vold i nære relasjoner og omsorgsgivere for unge i risiko for radikaliserings og voldelig ekstremisme. For alle målgruppene gjennomføres programmet lokalt og i grupper på 5-10 omsorgspersoner som møtes i 8-12 gruppemøter. Basistiltaket er gruppebasert, men kan også tilpasses til enkeltindivider/familier. Gruppene ledes av lokale ressurspersoner (pedagogisk personell, helsesøstre, psykologer og fagfolk med sosialfaglig kompetanse) som er sertifisert i intervensjonen.

Beskrivelse og materiell i tiltaket

Innholdet i foreldreveiledningsprogrammet er bygd opp rundt a) Positiv definisjon av barnet og dets utvikling, og b) tre dialoger som er delt i åtte temaer for godt samspill:

1. Den emosjonelle og ekspressive dialog.
Tema 1: Vis positive følelser – vis at du er glad i barnet ditt.
Tema 2: Juster deg til barnet og følg dets initiativ.
Tema 3: Snakk med barnet om ting det er opptatt av og prøv å få i gang en «følelsesmessig samtale».
Tema 4: Gi ros og anerkjennelse for det barnet klarer å gjøre og vis anerkjennelse.
2. Den meningsskapende og utvidende dialog.
Tema 5: Hjelp barnet til å samle oppmerksomheten sin, 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.
Tema 7: Utdyp og gi forklaringer når du opplever noe sammen med barnet ditt.
3. Den regulerende og grensesettende dialog.
Tema 8: Hjelp barnet å kontrollere seg selv ved å planlegge sammen og ved å sette grenser på en positiv måte (planlegge steg for steg, gradert støtte, situasjonsregulering og positiv grensesetting).

Temaene er utgangspunkt for samtaler i gruppene. Gjennom eksemplifisering og aktivisering av måter man naturlig kan vise kjærlighet overfor barnet formidles det hvordan man kan hjelpe barnet å forstå verden, samt regulere og sette grenser på en positiv måte.

Tiltaket er beskrevet gjennom håndboken «Håndbok for ICDP-veiledere» (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2016). Håndboken inneholder tre deler; del en beskriver ICDP i teori og praksis, del to omhandler spesielle temaer og del tre beskriver tilpasning av programmet til forskjellige målgrupper. I første del beskrives også den praktiske gjennomføringen av programmet inkludert metoder som benyttes og struktur for møtene. Det er informasjon om programmet på ICDP Norges nettsider (icdp.no). Denne nettsiden har også lenke til Barne-, ungdoms- og familiedirektoratets (Bufdir)

hjemmesider der man kan bestille materiell om tiltaket (bufdir.no).

Bufetat formidler et samtalehefte som beskriver de åtte temaer for godt samspill på 18 språk, samt informasjonsplakater på norsk (bokmål og nynorsk) og arabisk. Materiellet gir en oversikt over sentrale elementer i ICDP og brukes til å rekruttere foreldre til programmet. For omsorgspersoner som soner i fengsel er det laget et tillegg til håndboken for basisprogrammet for veiledere som gjennomfører programmet for denne målgruppen (Bjørnstad, 2015). Det er også laget egen DVD til bruk i grupper som er tilrettelagt for foreldre for barn med funksjonsnedsettelse, samt en rekrutterings-DVD rettet mot familier med minoritetsspråklig bakgrunn på 18 språk til bruk i informasjonsmøter i ulike fora.

Det teoretiske grunnlaget for tiltaket

Utformingen av ICDP er basert på «nyere kulturorientert utviklingspsykologi» hvor det legges stor vekt på samspill mellom barnet og de sentrale omsorgsgivere (Hundeide, 2005). I den siste håndboken for tiltaket (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2016) vises det både til Samerofs transaksjonsmodell, nevrobiologisk forskning, tilknytningsteori og mentaliseringsbegrepet. Sentralt i programmet (Hundeide, 1996) står ideen om at barns utvikling er en delvis ledet og assistert prosess der kvaliteten av spillet med sentrale omsorgsgivere er avgjørende for barnets utvikling (Schaffer, 1996; Stern, 1985). Komponentene som basistiltaket er bygd opp rundt kan tematisk knyttes til følgende forskning a) omsorgsgivers positive definisjon av barn og dets utvikling (Rogoff, 2003), b) den emosjonelt ekspressive dialogen (Trevarthen, 1998), c) den meningsskapende og utvidende dialogen (Rogoff, 2003) og d) den regulerende dialogen (Tomasello & Haberl, 2003; Zahn-Waxler, Radke-Yarrow, Wagner, & Chapman, 1992).

Det teoretiske utgangspunktet for tiltaket er at kvaliteten av spillet påvirkes av hvordan barnet blir oppfattet og forstått av omsorgsgiver. Vygotskys

tese om at optimal utvikling hos skjer i «en sone for mulig utvikling» preget av optimisme og pågangsmot, ligger til grunn for utviklingen av ICDP (Hundeide, 2007). Innen denne teorien ser man på barnet som en aktiv medspiller i utformingen av samspillet med omsorgsgiverne, og ikke som en passiv mottaker. På samme måte som hvordan omsorgsgivers forståelse av og tanker om barnet bestemmer hennes/hans utspill overfor barnet, vil også barnets forståelse av og tanker om omsorgsgiver være bestemmende for dets initiativ og utspill overfor omsorgsgiver eller lærer.

Gjennomføring av tiltaket og metoder som anvendes

Rekrutteringen av familier skjer gjennom annonsering i lokalpresse, oppslag i barnehager, helsestasjoner og lignende samt gjennom informasjon på foreldremøter i barnehage eller gjennom direkte anbefalinger fra fagfolk.

Gjennom gruppemøtene som varer halvannen til to timer drøfter veiledere og foreldre/omsorgsgivere seg i gjennom omsorgsgivers oppfatning av barnet og de åtte temaer for godt samspill. Møtene ledes vanligvis av to sertifiserte veiledere. Det er sju «sensitiveringsprinsipper» som styrer hvordan veiledere forholder seg til deltakere i gruppen for å styrke samspillet og relasjonen mellom omsorgsgivere og deres barn. Utgangspunktet for drøftinger i kursgruppene er omsorgsgivernes egne erfaringer og behov. Foreldrenes innsikt og ferdigheter søkes styrket gjennom dialog, modellering, rollespill, video-feedback, hjemmeoppgaver og systematisk tilbakemelding.

Implementeringsstrategier, kvalitetssikring og kostander

ICDP er et tiltak som i Norge drives av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) i samarbeid med organisasjonen ICDP Norge (Bjørnstad, 2015). Tiltaket tenkes brukt i statlige og kommunale tjenester. Det er Bufetat/Bufdir som utdanner og sertifiserer ICDP veiledere (Bufetat) og trenere (Bufdir).

Opplæring i tiltaket gis av sertifiserte trenere ansatt i Bufetat, utvalgte familievernkantor og ansatte i enkelte større kommuner. Ett familievernkantor i hver av Bufetats fem regioner har ansvaret for å koordinere ICDP-opplæringen i regionen og å sørge for at alle kommuner som ønsker det, får et tilbud. Veiledere er ansatte i ulike kommunale tjenester, f. eks. helsestasjonen/skolehelsetjenesten, barnehage, skole/SFO, familiesenter/forebyggende enheter, PPT, barneverntjeneste og sosiale tjenester. Veiledere i tiltaket har kompetanse til å arbeide direkte i forhold til omsorgsgivere. Trenere har kompetanse til å lære opp veiledere.

Opplæring i tiltaket varierer mellom standardversjonen, fengselsversjonen og minoritetsversjonen. For standardversjonen er opplæring og sertifisering av veiledere basert på 1) seks dagers teoretisk og praktisk opplæring, 2) gjennomføring av tiltaket i en foreldregruppe over åtte møter, og 3) to ganger veiledning i løpet av tiltaket. Alle veiledere får håndboken i programmet ved gjennomføring av opplæringen. Veileder-kandidatene godkjennes etter innlevering av loggbok og etter en vurdering av deltakelse i opplæringen og veiledningen. For fengselsversjonen er kravene de samme. For minoritetsversjonen er kravene for sertifisering 1) seks dagers teoretisk og praktisk opplæring, 2) gjennomføring av tiltaket i en foreldregruppe som går over tolv møter, og 3) tre dagers veiledning i løpet av tiltaket. For sertifisering i minoritetsversjonen er det et krav at en minoritetsspråklig og en etnisk norsk driver gruppe sammen, fortrinnsvis på det samme språket som foreldrene i gruppen behersker. ICDP Norge arrangerer også en videreutdanning der ICDP veiledere kvalifiserer seg til å lede grupper med foreldre til barn med funksjonsnedsettelse.

Den enkelte trener er ansvarlig for å kvalitetssikre opplæringen av veiledere. Fagansvarlig i Bufdir er ansvarlig for å kvalitetssikre opplæringen av trenere. Trenere gjennomfører opplæring av trenere fra kommuner og institusjoner som ønsker egen trenerkompetanse (Bjørnstad, 2015). Det tilstrebes å gi tilbud om vedlikehold av kunnskap gjennom

årlige nettverkssamlinger til de veilederne som er sertifisert. Dette er imidlertid ikke et krav om deltakelse på disse for veiledere. Det er bygd opp et trenerkorps i Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat), samt i en del større kommuner som har ansvar for å gi veilederopplæring og vedlikehold av kunnskap til kommunene.

Opplæring og sertifisering av trenere er basert på 1) sertifiserte veiledere, 2) tre dagers teoretisk fordypning i programmet, 3) opplæring av en ny gruppe av veiledere, 4) tre dagers veiledning i løpet av opplæring av nye veiledere, og 5) en skriftlig oppgave. Alle sertifiserte trenere inngår i et nasjonalt nettverk, og det arrangeres årlige nettverkskonferanser for dette nettverket. Det er krav om deltakelse på disse nettverkssamlingene for å vedlikeholde trenerkompetansen.

Kostnadene av opplæring og materiell dekkes av Bufdir for de opplæringene som gjennomføres i regi av Bufetat. Der kommunene har egne trenere, dekkes selve opplæringen av kommunen selv, mens materiell dekkes av Bufdir. Når ICDP Norge arrangerer opplæring, dekkes kostnader til opplæring av deltakerne gjennom kursavgift. Kostnader knyttet til gjennomføring av grupper dekkes av kommunene eller de organisasjonene som driver gruppene.

Problemstilling for artikkelen

Formålet med denne artikkelen er å vurdere om ICDP kan være virksomt benyttet i vanlig praksis i Norge.

Metode

Denne kunnskapsoppsummeringen er en revisjon av en tidligere beskrivelse av tiltaket beskrevet i Ungsinn (Reedtz, 2009), men videreutviklet i henhold til nye prosedyrer og kriterier i tidsskriftet (Martinussen mfl., 2016). Studier om tiltaket ble søkt etter i databasene Embase, Medline og PsycINFO, NORART Cochrane, Cristin, NORA, SCOPUS og SweMed. Søkedato: 22.02.2016. I tillegg har vi fått tilsendt materiell fra tiltakseier i Norge,

herunder rapporter, manualer og veiledere, samt noe forskningsdokumentasjon som ikke ble fanget opp av litteratursøket.

Resultater

Gjennomgang av beskrivelse

Det foreligger en håndbok som beskriver målsetninger, teoretisk bakgrunn for tiltaket, gjennomføring, metoder som brukes og struktur i arbeidet (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2016). For veiledere som gjennomfører grupper for omsorgsgivere i fengsel er det laget tilleggsmateriale til håndboken. Det er utarbeidet en brosjyre om tiltakets innhold beregnet for foreldre som distribueres gjennom Bufdirs nettsider. Brosjyren er tilgjengelig på 17 språk, i tillegg norsk bokmål og nynorsk. Det er også utviklet en plakat om tiltaket som er tilgjengelig på norsk bokmål, nynorsk og arabisk. Det er utarbeidet en informasjonsbrosjyre om tiltaket for tjenester som kan tilby tiltaket. Vurdering av tiltakets beskrivelse er presentert i tabell 1.

Tiltakets hovedmål er beskrevet og knyttet til kvaliteter ved omsorgsgivere, men målene er upresise og gir ikke spesifikke beskrivelser av hva man ønsker å oppnå med tiltaket. Det foreligger ikke en problembeskrivelse slik det man forutsetter i kriteriene til Ungsinn. Det er angitt at man ønsker å påvirke «kontakt, samspill og relasjon» mellom barnet og omsorgsgiveren, men det er i liten grad beskrevet hvilke dimensjoner av kontakt, samspill og relasjon som søkes utviklet gjennom tiltaket. Målsetningen om f. eks «Å fremme en sensitiv og uttrykksfull kommunikasjon mellom omsorgsgiveren og barnet, slik at det følelsesmessige forholdet mellom de to blir positivt og utviklende» blir ut i fra dette diffus og vanskelig å måle. Det samme gjelder de andre hovedmålsettinger for tiltaket. Forebygging av psykososiale problemer hos barn og unge er et sekundært mål for tiltaket, men det er ikke konkretisert hvilke psykososiale problemer man ønsker å forebygge.

Tiltaket er godt organisert og strukturert. Metodene som benyttes er refleksjon omkring og drøfting

mellom veiledere og foreldre/omsorgsgivere av spesifikke temaer relevant for godt samspill.

Målgruppen er veldig vid og inkluderer alle voksne med omsorgsansvar for barn, og er også noe beskrevet for undergrupper av omsorgspersoner med en eller flere sentrale karakteristika (omsorgsgivere generelt, fengslede fedre, mødre i minoritetsetniske familier, foreldre til barn med funksjonsnedsettelse).

Tabell 1. Vurdering av tiltakets beskrivelse

Dimensjoner i beskrivelsen	Ikke beskrevet	Noe beskrevet	Godt beskrevet
Problembeskrivelse	X		
Målgruppe			X
Hovedmål		X	
Sekundærmål		X	
Utforming av tiltaket			X
Metoder som benyttes			X
Kjerneelementer/ fleksibilitet		X	
Utøvere av tiltaket			X
Manual/veileder for utøvere			X
Materiell for mottakere av tiltaket			X
Undersøkelser som styrker beskrivelsen		X	

Inkluderte artikler

Litteratursøket resulterte i 72 treff. Etter fjerning av duplikater (ni), var antallet treff 63. Søket var bredt, men de fleste treffene viste seg ved nærmere gjennomgang å ikke være relevante. Dette forklares i hovedsak med at søket fanget opp studier som ikke undersøkte om ICDP var et virksomt tiltak, eller at studiene var gjennomført i land utenfor Norden. Av de totalt 63 treffene ble fem studier vurdert å være relevante og disse er beskrevet i tabell 2. Utvalgene i de fem studiene er delvis de samme, og alle artiklene er basert på data som er innsamlet i det samme hovedprosjektet i 2008-2010.

Den første studien der effekten av ICDP ble evaluert (Sherr m. fl., 2014) var en studie i en normalpopulasjon der foreldre som hadde mottatt tiltaket ($N = 141$) ble sammenlignet med en gruppe foresatte som ikke hadde mottatt ICDP ($N = 79$). Gruppene ble gjennomført i barnehager og på helsestasjoner i Norge. Begge gruppene svarte på spørreskjema før og etter intervensjonsgruppens 8-ukers ICDP kurs.

I en annen studie (Skar, 2015) ble effekter av ICDP ved 6-12 måneders oppfølging evaluert i en pre-post studie med samme foreldregruppe som i Sherr m. fl. (2014). Foreldre som deltok i ICDP-grupper ($N = 79$) ble sammenlignet med en gruppe foreldre som ikke hadde deltatt i ICDP ($N = 62$), og spørreskjemaer før, umiddelbart etterpå og ved 6-12 måneders oppfølging ble fylt ut.

I en tredje studie (Skar m. fl., 2014a) ble effekten av ICDP for fedre ($N = 25$) som satt i fengsel evaluert, og sammenlignet med effekten for fedrene som var inkludert i intervensjonsbetingelsen i de to studiene ovenfor ($N = 36$). Spørreskjema ble fylt ut før og etter ICDP kursene, og i tillegg ble 20 fedre som satt i fengsel intervjuet. Fedrene i fengselsgruppen ble rekruttert gjennom oppslag på tavler i fengselet.

Den fjerde studien (Clucas m. fl., 2014) var en undersøkelse av forskjeller mellom mødre ($N = 105$) og fedre ($N = 36$) som hadde deltatt i ICDP-grupper. Utvalget i denne studien var også det samme som i intervensjonsbetingelsen i den første og andre studien ovenfor. Deltakerne svarte på spørreskjema før og etter ICDP-gruppene.

I den femte studien (Skar m. fl., 2014b) ble effekten av ICDP for en gruppe pakistanske mødre ($N = 29$) sammenlignet med den for de norske mødrene ($N = 105$) som var inkludert i intervensjonsbetingelsen i de to første studiene ovenfor. ICDP gruppene ble gjennomført på henholdsvis urdu og norsk. De pakistanske deltakerne ble rekruttert til gruppene gjennom familiesentre eller barnehager. Begge gruppene fylte ut spørreskjema før og etter tiltaket. I tillegg intervjuet man 12 urdualende mødre og 8

norsktalende mødre i strukturerte intervjuer etter tiltakets slutt.

Det ble ikke funnet noen systematiske oversikter på tiltaket eller vurdering av tiltaket i internasjonale databaser.

Tabell 2. Oversikt over inkluderte nordiske effektstudier

Studie/ Artikkel	Forskningsdesign	Deltakere	Antall barn og alder	Måletidspunkter
Sherr, L., mfl. (2014)	Kvasi-eksperimentell studie med intervensjons- og sammenligningsgruppe, pre-post	$N = 141$ foresatte i intervensjons-gruppe, $N = 79$ foresatte i sammenligningsgruppe	Gjennomsnittsalder på ICDP foreldre 36,6 år, 2,0 barn i snitt, i sammenligningsgruppa var snittalder 34,2 og de hadde 1,8 barn i snitt	Pretest ved oppstart av gruppene og posttest etter avslutning (2008 – 2010)
Skar, A.-M. S., mfl. (2015)	Kvasi-eksperimentell studie med intervensjons- og sammenligningsgruppe, pre-post-oppfølgning	Foreldre som deltok i ICDP ($N = 79$) og foreldre i en sammenligningsgruppe ($N = 62$)	Gjennomsnittsalder på ICDP foreldre 34,2 år, 2,0 barn i snitt, i sammenligningsgruppa var snittalder 34,8 og de hadde 1,8 barn i snitt	Pretest før oppstart, posttest etter avslutning og oppfølging 6-12 mnd etter avslutning (2008 – 2010)
Skar, A.-M. S., mfl. (2014a)	Evalueringsstudie innen en gruppe, ingen sammenligningsgruppe	Fengslede fedre som mottok ICDP ($N = 25-20$) og ikke-fengslede fedre som mottok ICDP ($N = 36$)	Gjennomsnittsalder på fedrene i fengsel var 37 år og de hadde 2,1 barn i snitt. Gjennomsnittsalder på fedrene som ikke satt i fengsel var 38 år og de hadde 2,0 barn i snitt	Pretest ved oppstart av gruppene og posttest etter avslutning (2008 – 2010)
Clucas mfl. (2014)	Evalueringsstudie innen en gruppe, ingen sammenligningsgruppe	Mødre ($N = 105$) og fedre ($N = 36$) som hadde deltatt i ICDP-grupper	Fedrene som deltok i studien var gjennomsnittlig 38,41 år gamle og hadde et snitt på 1,86 barn. Mødrene som deltok i studien var 33,41 år i snitt og hadde gjennomsnittlig 1,93 barn	Pretest ved oppstart av gruppene og posttest etter avslutning (2008 – 2010)
Skar, A.-M. S., mfl. (2014b)	Evalueringsstudie innen en gruppe, ingen sammenligningsgruppe	Pakistanske mødre ($N = 29$) og norske mødre ($N = 105$)	Mødrene i urdualende gruppe var i snitt 35,0 år og de hadde i snitt 1,95 barn. Mødrene i den norsktalende gruppen var i snitt 34,3 år gamle og de hadde i snitt 2,86 barn	Pretest ved oppstart av gruppene og posttest etter avslutning (2008 – 2010)

Forskningsmetodisk kvalitet

Den metodiske vurderingen av studiene er presentert i tabell 3.

Tabell 3. Skåring av forskningsmetodisk kvalitet

Studie	Statistiske analyser (inkl. power/frafalls- analyser)	Måling (reliabili- tet/validi- tet)	Indre validitet (trusler/feil- kilder)	Tro mot tiltaket (fidelity)	Ytre validitet (tid/sted)	Gj. snitt
Sherr, L., mfl. (2014)	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
Skar, A.-M. S., mfl. (2015)	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
Skar, A.-M. S., mfl. (2014a)	1	1	1	1	1	1
Clucas mfl. (2014)	1	1	1	1	1	1
Skar, A.-M. S., mfl. (2014b)	1	1	1	1	1	1

Note. Skalaen som benyttes er: 0 = ikke rapportert eller undersøkt, 1 = dårlig/utilfredsstillende, 2 = tilfredsstillende, 3 = godt, 4 = svært godt.

Statistiske analyser

I den første studien (Sherr, m fl., 2014) anvendes ANOVA og MANOVA for å undersøke forskjellene mellom de to gruppene og effekter presenteres i form eta-kvadrat. Dette er et effektmål som uttrykker de overordnede forskjeller mellom gruppene, men som ikke gir informasjon om forskjell i gjennomsnittene for de testede gruppene. Det er ikke gjennomført analyser som viser om det er avhengighet i data som følge av at programmet gjennomføres i grupper. Videre opplyses det ikke om man har kontrollert for multiple tester. Analysemetoden vurderes ut ifra dette som lite egnet til å fremstille effektene av tiltaket på sentrale utfallsmål for de to gruppene som sammenlignes. Dette er en studie av ganske alminnelig atferd i den generelle populasjonen, og man ville trenge et stort utvalg for å avdekke små effekter. Det er imidlertid ikke vist til styrkeberegning for studien. Frafallet er stort, og frafallsanalysene sier lite om årsaker til frafall og hvordan man har håndtert missing data. I tillegg er gruppene signifikant forskjellige på sentrale utfallsmål ved pretest, noe det ikke synes å være kontrollert for gjennom de statistiske analysene.

I den andre studien (Skar, m fl., 2015) sammenlignes tiltaksgruppen og sammenligningsgruppen på demografiske variabler og utfallsmålene ved hjelp av Kji-kvadrat og t-tester. For å avdekke forskjeller

mellom gruppene benyttet man seg av variansanalyse av typen ANCOVA med gjentatte målinger der man også kontrollerer for forskjeller ved pretest. Det synes imidlertid som at man fra post til 6-12 måneders oppfølging kun evaluerer forskjeller innen hver gruppe og ikke forskjell i endring mellom gruppene. Det er heller ikke i denne studien gjort styrkeberegninger og utvalget vurderes for lite til å kunne fange opp små effekter for sentrale utfallsmål. Frafallet er stort i studien, og det er ikke gjort frafallsanalyser. I tillegg er ikke alle deltakere som deltok ved pretest inkludert i analysene («Intention to treat», ITT), men kun deltakere som deltok på alle måletidspunkter. Dette har stor betydning for fortolkningen av resultatene ettersom det åpner for at de deltakerne som falt fra ikke hadde positiv effekt av programmet. Dersom dette er tilfelle vil man overestimere en mulig positiv effekt av programmet ved kun å inkludere de som deltok på alle måletidspunkter.

I den tredje studien der to grupper av fedre som mottar ICDP sammenlignes (Skar, m fl., 2014a) avdekket man at gruppen av fedrene som deltok på det første måletidspunktet og de som deltok ved begge måletidspunkter var ulike når det gjaldt demografiske variabler og på sentrale utfallsmål. Analysemetodene som ble brukt var Kji-kvadrat og t-tester for avhengige data. For å avdekke forskjeller i

endring fra før til etter tiltaket innen hver gruppe, benyttet man seg av også av t-test for avhengige data. For å avdekke forskjeller mellom gruppene benyttet man seg av variansanalyse med gjentatte målinger. Signifikante interaksjoner benyttes for å undersøke om det er signifikant forskjellig endring av skårer mellom de to gruppene som begge fikk ICDP. Mangelen på en sammenligningsgruppe som ikke fikk tiltaket gjør imidlertid at denne testen ikke sier noe om selve effekten av tiltaket. Det var ikke gjort styrkeberegninger eller frafallsanalyser. I tillegg ble bare de fedrene som deltok på begge måletidspunkter inkludert i analysene (det er ikke utført ITT analyser).

I den fjerde studien (Clucas, m fl., 2014) sammenlignet man fedre og mødre som fikk ICDP på demografiske variabler og utfallsmål. Analysemetodene som ble brukt var Kji-kvadrat og t-tester. Den eneste signifikante forskjeller mellom gruppene var at fedrene i større grad var i fulltidsarbeid. Det var ikke gjort analyser for å avdekke om studien hadde tilstrekkelig statistisk styrke til å avdekke effekter, og forfatterne vurderer selv at det var for få fedre med i studien til å avdekke signifikante forskjeller mellom gruppene. For å avdekke forskjeller i endring mellom gruppene benyttet man seg av variansanalyse med gjentatte målinger. Også i denne studien gjør mangelen på en sammenligningsgruppe som ikke fikk tiltaket at analysene ikke gir informasjon om effekten av selve tiltaket. Fraffallet i studien var betydelig på flere utfallsmål og frafallsanalysene drøfter ikke årsaker til frafall eller implikasjoner av dette. Også denne studien inkluderte bare de som deltok på begge måletidspunkter i analysene.

I den siste studien (Skar, m fl., 2014a) fant man at det ikke var signifikante forskjeller mellom de norske og pakistanske mødre når det gjaldt sivil status og alder, mens de norske mødre hadde signifikant høyere utdanning og sterkere tilknytning til arbeidslivet. Analysemetodene som ble brukt var Kji-kvadrat og t-test for avhengige data. Det var ikke gjort styrkeberegninger. Fraffallet var betydelig; mer enn 50 % for pakistanske mødre og nesten 50

% for norske mødre, og det var ikke gjort frafallsanalyser. Også denne studien inkluderte bare de som deltok på begge måletidspunkter i analysene.

For alle inkluderte studier er det ikke gjennomført analyser som viser om det er avhengighet i data som følge av at programmet gjennomføres i grupper og det opplyses ikke om man har kontrollert for multiple tester.

Måleinstrumenter

Skalaene som er benyttet i den første studien (Sherr m. fl., 2014) mangler psykomriske data, med unntak av SDQ og HADS. Det er brukt flere spørreskjema som er utviklet i utlandet og oversatt til norsk, men det er ikke rapportert om oversettelsesprosess, måleegenskaper ved skalaene eller internasjonale valideringsdata. Det er lav reliabilitet på noen av skalaene som er benyttet i den første studien (Sherr m. fl., 2014). For ett av måleinstrumentene er det ikke rapportert reliabilitet. Studien benytter spørreskjema om sentrale utfallsmål som gjelder både foreldrefunksjoner og karakteristika ved foreldrenes helse og sosiale situasjon. Man innhenter kun selvrapporteringsdata fra foreldre/omsorgspersoner og ikke andre informanter eller observasjonsdata. I tillegg benyttes egenutviklede skalaer relatert til sentrale elementer i tiltaket, men heller ikke for disse er det gitt opplysninger om utviklingen av skalaer eller måleegenskaper ved dem. Det er ikke oppgitt normdata for noen av de benyttede skalaer i studien.

Med unntak av SDQ og HADS har man derfor ikke nok informasjon til å vurdere psykomrisk kvalitet på de benyttede skalaer. SDQ er beregnet for barn og unge i alderen 4-16 år, (Kornør og Heyerdahl, 2017) mens gjennomsnittsalderen for barna i sammenligningsgruppen var 3.3 år. Når det gjelder bruken av HADS oppgis ikke sumskårer på depresjonskalaen eller om disse er over eller under klinisk grenseverdi for deltakere i studien.

Også for skalaene som er benyttet i den andre studien (Skar m. fl., 2015) mangler psykomriske data, med unntak av SDQ og HADS, samt at normdata

ikke oppgis. Det er ikke oppgitt reliabilitet for to av de benyttede skalaer, samt at reliabiliteten på tre av skalaene ikke er akseptabel. Det er oppgitt akseptable reliabilitetsskårer for tre av de benyttede skalaene, men for samtlige skalaer der reliabilitet oppgis har man kun rapportert Cronbachs alfa for målinger ved pretest.

I den tredje studien (Skar m. fl., 2014a) er det god reliabilitet på alle skalaer, med unntak av to. Det er ikke rapportert reliabilitet for tre av måleinstrumentene. Studien benytter spørreskjema om sentrale utfallsmål som gjelder foreldrefunksjoner, vansker hos barnet og karakteristika med foreldrenes helse og sosiale situasjon. Også i denne studien har man benyttet en kombinasjon av standardiserte og validerte psykometriske skalaer i Norge og spørreskjema som er utviklet i utlandet og oversatt til norsk, og man mangler opplysninger om måleegenskapene ved de benyttede skalaer og normdata.

I den fjerde studien (Clucas m.fl., 2014) er det rapportert god reliabilitet på alle skalaer, bortsett fra to der det er ikke er rapportert om reliabilitet. Heller ikke i denne studien gis det opplysninger om måleegenskaper ved de benyttede skalaer eller normdata.

Det er ikke rapportert om reliabilitet for noen av skalaene som er benyttet i den siste studien (Skar m. fl., 2014b). Det gis ikke opplysninger om måleegenskaper ved de benyttede skalaer eller normdata. Det gis få opplysninger om det semistrukturerte intervjuet som ble benyttet utover at det var et «debrief intervju» med fokus på personlig relevans, tiltakets nytteverdi og forslag til forbedringer. SDQ er den eneste benyttede skalaen som er standardisert og validert etter norske forhold.

Indre validitet

Den første studien (Sherr m. fl., 2014) har et kvasi-eksperimentelt design, der både intervensjonsgrupper og sammenligningsgrupper har svart på spørreskjema før og etter ICDP. Studien inkluderte selvkruttede deltakere ($N = 141$) fra 25 ulike ICDP grupper og selvkruttede deltakere ($N = 79$) fra

sammenligningskommuner som ikke hadde implementert tiltaket. ICDP gruppene ble gjennomført i barnehager og innen helsetjenester for barn, og sammenligningsgruppen ble rekruttert fra de samme arenaer i sammenligningskommunene. Studien gir ikke opplysninger om eventuelle forskjeller/likheter mellom kommunene der ICDP gruppene fant sted og sammenligningskommunene. Når det gjaldt kjønn, om foreldrene var norske og deres tilknytning til arbeidslivet var det var ikke signifikante forskjeller mellom gruppene. Det var imidlertid signifikant høyere andel av gifte/samboende omsorgsgivere og personer med høyere utdanning i sammenligningsgruppen. Det er også mulig at gruppene er forskjellige på andre områder enn de variablene som er undersøkt, og dette svekker den indre validiteten i studien.

Man har ikke vurdert eller drøftet viktige feilkilder i studien, f. eks modning eller regresjon til gjennomsnittet. Det var stort frafall mellom pre- og posttest. Man oppgir en utvalgsstørrelse på 269 foreldre i ICDP gruppen ved pretest, men oppgir en variasjon av antall informanter fra 51-117 på de ulike utfallsmålene. Det samme gjelder sammenligningsgruppen, der man oppgir en utvalgsstørrelse på 157 ved pretest, mens antall informanter varierer mellom 37 til 76 på de ulike utfallsmålene. Studien rapporterer et frafall på 47,6 % i ICDP gruppen og 49,7 % i sammenligningsgruppen. Gitt at utvalgsstørrelsen i realiteten varierte fra 51-117 for de valgte utfallsmål i ICDP gruppen viser imidlertid våre beregninger et frafall på 56,5 – 81 %. Gitt at utvalgsstørrelsen i sammenligningsgruppen varierer fra 37-76 for de valgte utfallsmål viser våre beregninger at frafallet er på 51,6 – 76 % i denne gruppen.

Oppsummert man derfor si at muligheten er stor for at gruppene som sammenlignes er ulike. I tillegg er frafallet stort fra pre- til posttest, og manglende frafallsanalyser svekker studiens indre validitet og gjør det vanskelig å attribuere funn til intervensjonen.

Den andre studien (Skar m. fl., 2015) hadde også et kvasi-eksperimentelt design, og intervensjonsgrupper og sammenligningsgrupper svarte på spørreskjema før, etter og 6-12 måneder etter gjennomføringen av ICDP grupper. Informantene i denne studien er de samme som i den første studien, men kun de som har svart på alle måletidspunkter ble inkludert i analysene. Forfatterne rapporterte at studien inkluderte selvrekrutterte deltakere ($N = 79$) fra 25 ulike ICDP grupper og selvrekrutterte deltakere ($N = 62$) fra sammenligningskommuner som ikke hadde implementert tiltaket. Man kan ikke med sikkerhet vite hva som er størrelsen på hvert av utvalgene, da det oppgis ulike tall for dette i tekst og tabeller. Studien oppgir at kommunene det ble rekruttert fra var matchet og dermed var like hverandre med tanke på sosioøkonomiske forhold. Det er imidlertid ikke gitt nærmere opplysninger om hvilke variabler kommunene er matchet på, og det er dermed usikkert om foreldre i sammenligningsgruppen kan ha mottatt andre former for veiledning i sine hjemkommuner. Sammenligningsgruppen hadde signifikant høyere andel av omsorgsgivere med høyere utdanning. Også for denne studien er det grunn til å stille spørsmålsteget ved om gruppene som sammenlignes er like i utgangspunktet.

Forfatterne har ikke vurdert eller drøftet andre feilkilder i studien. Det store frafallet mellom pre- og posttest er omtalt i vurderingen av studie 1, som er grunnlaget for denne oppfølgingsstudien. Man oppgir også i denne studien en utvalgsstørrelse på 141 foreldre i ICDP gruppen og 79 i sammenligningsgruppen ved pretest og posttest, og videre at 79 deltakere i ICDP gruppen og 62 deltakere i sammenligningsgruppen besvarte aktuelle spørreskjema ved 6-12 måneders oppfølging. Ut i fra dette har man beregnet et frafall ved oppfølging på 44 % i ICDP gruppen og 21,5 % i sammenligningsgruppen. Gitt at utvalgsstørrelsen i realiteten varierte fra 22-67 for de valgte utfallsmål i ICDP gruppen viser imidlertid våre beregninger et frafall på 15-72 %. Gitt at utvalgsstørrelsen i sammenligningsgruppen varierte fra 20-62 informanter for de valgte utfallsmål er fra-

fallet i denne gruppen på 0-68 %. Frafallet har sannsynligvis stor betydning for resultatenes gyldighet. Det rapporteres ikke om hvorvidt eller eventuelt hvilke grep som er tatt for å forsøke å redusere frafallet i studien.

Det angitte oppfølgingstidspunktet varierte mellom 6 til 12 måneder. Dette er en viktig feilkilde ettersom små barn (3-4 år) modnes raskt og endrer sin atferd og fungering som følge av dette. Det store spriket i oppfølgingstidspunkt har også implikasjoner for foreldres ferdigheter og hvordan disse kan endres med mer erfaring. Denne studien har de samme utfordringer knyttet til indre validitet som den første studien og det er ut i fra det vanskelig å si noe om årsaken til de aktuelle endringer for begge grupper og spesielt hvorvidt effektene henger sammen med tiltaket eller andre variabler.

Den tredje studien (Skar m. fl., 2014a) benytter et enkelt pre-post design uten kontroll- eller sammenligningsgruppe som ikke får tiltaket. Dette innebærer at de to gruppene med fedre var sine egne kontroller i studien og ble sammenlignet med seg selv (før versus etter tiltaket). Dette designet åpner for en rekke feilkilder som f. eks historie, miljømessig påvirkning, påvirkning av å bli målt, modning og regresjon til gjennomsnittet. Disse feilkildene er i noen utstrekning drøftet i artikkelen, men man har ikke kompensert for svakhetene i designet på andre måter. Artikkelforfatterne erkjenner at designet gjør det vanskelig å trekke slutninger om hva som er årsaken til endringer i de to gruppene, og at forskjeller ikke kan knyttes til ICDP tiltaket.

Den fjerde studien (Clucas m.fl., 2014) benytter også et enkelt pre-post design uten kontroll- eller sammenligningsgruppe som ikke får tiltaket. Dette innebærer at de to gruppene med mødre og fedre var sine egne kontroller i studien og ble sammenlignet med seg selv (før versus etter tiltaket). Dette designet åpner for en de samme feilkilder som i studien ovenfor og svekker den indre validiteten. Måsetningen med denne studien var å undersøke om fedre og mødre endret seg likt som følge av ICDP

tiltaket, og designet var ikke egnet til å få kunnskap om hvorvidt forskjell i endring mellom de to gruppene var et resultat av ICDP tiltaket eller andre forhold.

Også den femte studien (Skar m. fl., 2014b) benyttet et enkelt pre-post design uten kontroll- eller sammenligningsgruppe. De to gruppene med mødre var dermed sine egne kontroller i studien og ble sammenlignet med seg selv (før versus etter tiltaket). Som i de to studiene ovenfor svekker dette designet den indre validiteten og åpner ikke for å trekke slutninger om årsakene til endringer hos deltakerne. Målsetningen med studien er å undersøke effekten av ICDP tiltaket på mødre med norsk og pakistansk bakgrunn, men designet er ikke egnet til å få kunnskap om hvorvidt forskjell i endring mellom de to gruppene var et resultat av ICDP tiltaket eller andre forhold.

Fidelity/Troskap mot tiltaket

ICDP gruppene i den første studien (Sherr m. fl., 2014) er gjennomført i kommuner som har implementert tiltaket og benytter det som del av ordinær praksis. Dette er en stor styrke i studien. Ut i fra ICDPs retningslinjer for opplæring og sertifisering skal også ICDP veiledere som leder grupper være sertifisert eller under opplæring av sertifiserte trenere. Det gis i artikkelen ikke opplysninger om veiledernes kvalifikasjoner eller om de er sertifiserte, men det legges til grunn at veilederne hadde fått opplæring ut i fra opplysninger i studie to som delvis er gjort på det samme utvalget.

ICDP veiledere generelt benytter håndboken for tiltaket i gjennomføringen av grupper. Det gis ikke opplysninger om hvorvidt veilederne i denne studien fulgte den daværende håndboken, men dette legges til grunn ut i fra opplæringen i ICDP. Det er ikke gitt opplysninger om hvorvidt og eventuelt på hvilken måte veiledernes arbeid ble kvalitetssikret av andre, og det finnes ikke et etablert system for evaluering av troskap mot tiltaket i ICDP.

ICDP gruppene det rapporteres fra i den andre studien (Skar m. fl., 2015) er de samme som i den første studien. Det opplyses på generell basis at veilederne hadde gjennomført opplæring og at de ledet møtene med støtte fra håndboken for tiltaket. Det gis heller ikke i denne studien opplysninger om hvorvidt veiledernes arbeid kvalitetssikres eller evalueres, utover at veiledere får tilbud om kurs for vedlikehold av kunnskap.

Det opplyses hvor mange møter informantene i den første studien har deltatt på. Tiltaket inneholder 8 møter og det opplyses at 68 % ble tilbudt dette antallet møter, Totalt 22 % fikk tilbud om et annet antall møter enn dette, og for de siste 10 % manglet man disse opplysningene. Totalt 34 % av deltakerne i gruppene deltok på alle møtene de ble tilbudt, mens 26,2 % uteble fra ett møte, Det var 15,6 % som uteble fra to møter og 9,2 % som uteble fra mer enn to møter. Dette betyr at ca. 25 % av utvalget mottok 75 % av tiltaket eller mindre.

Det opplyses også for den andre studien om hvor mange møter deltakerne deltok på. Totalt 42,9 % deltok på alle møtene, mens 25,7 % uteble fra ett møte, Det var 20 % som uteble fra to møter og 11,4 % som uteble fra mer enn to møter. Dette betyr at over 30 % av utvalget bare fikk 75 % eller mindre av tiltaket. Det rapporteres om analyser for å kontrollere for relasjonen mellom dose og effekt av møtene og resultatene viste at det ikke var signifikant sammenheng mellom antall møter og endringsskårer med unntak av utfallsvariablene selvtillit og depresjon. De som deltok på flest møter hadde en større endring av selvtillit og en større reduksjon av depressive symptomer enn de som deltok på færre.

ICDP tiltaket for fengslede fedre (Skar m. fl., 2014a) besto av 10 to-timers gruppemøter. I tre av seks fengsler der tiltaket ble tilbudt hadde fedrene også utvidede besøksavtaler med barna sine. I de fengslene der kontakt mellom fedrene og deres barn var mulig inkluderte man også oppgaver og drøftinger i grupper av fedre. ICDP gruppene for fedre som fikk tilbud om tiltaket i sine kommuner ble gjennomført

som et ordinært ICDP opplegg med åtte to-timers gruppemøter. Det vurderes ut ifra dette at dosen foreldreveiledning varierer systematisk i og mellom gruppene, samt at innholdet i tiltaket også er forskjellig for de to ICDP gruppene som sammenlignes, samt innen gruppen av fengslede fedre. Det gis ikke opplysninger om hvorvidt de som tilbyr tiltaket følger håndboken for tiltaket og om gjennomføringen av gruppene kvalitetssikres.

ICDP gruppene det rapporteres ifra i den fjerde studien (Clucas m.fl., 2014) er de samme som i studie en og to, bare at man har splittet dem ut i fra kjønn. Studien har dermed de samme styrker og svakheter som de ovenstående med tanke på gjennomføring i ordinær praksis, bruk av håndbok og kvalitetssikring av veiledernes arbeid.

ICDP gruppen bestående av norske mødre som det rapporteres fra i den femte studien (Skar m. fl., 2014b) er de samme som i studie en, to og fire. Tiltaket for disse besto av 8 møter. For de pakistanske mødre inneholdt ICDP tiltaket 12 møter, dvs. fire tilleggsmøter. Det vurderes ut ifra dette at dosen foreldreveiledning varierer systematisk for informantene i de to ICDP gruppene og man kan stille spørsmålstegn ved om tiltaket er det samme for gruppene.

For alle fem studier er det uklart om veilederne har opplæring og sertifisering i forhold til standardversjonen, fengselsversjonen eller versjonen for omsorgsgivere med minoritetsetnisk bakgrunn, flere av disse eller alle.

Ytre validitet

De to første studiene i tabell 3 er de eneste som evaluerer effektene av ICDP i Norden og det finnes ikke studier utenfor Norden som har evaluert tiltakets effekter for en lik målgruppe og med de samme utfallsmål. Den første studien (Sherr m.fl., 2014) inkluderer ikke oppfølging over tid, mens den andre (Skar m.fl., 2015) evaluerer effektene av ICDP ved 6-12 måneders oppfølging. For de tre siste studiene er det ikke gjennomført oppfølgingsstudier.

Det er en styrke ved alle de fem inkluderte studiene (se tabell 3) at de er gjennomført i vanlig praksis i norske kommuner. Det er imidlertid ikke gjennomført randomiserte kontrollerte studier av tiltakets effekt i Norge eller Norden. På grunn av at deltakelse i alle studiene er bygget på selvrekruttering, samt at det i de to første studiene ikke er opplyst om hvordan matchingen av deltakerkommuner og sammenligningskommuner er gjennomført, er det stor usikkerhet knyttet til om deltakerne i gruppene i studiene er representative for andre omsorgsgivere i Norge/Norden. Det kan f. eks være systematiske forskjeller mellom omsorgspersoner som ville delta og de som ikke ville delta, samt betydningsfulle geografiske forskjeller mellom deltaker- og sammenligningskommunene, som vil kunne påvirke funnene i studiene. Det er ut i fra dette et svært svakt grunnlag for å generalisere resultatene fra de to første studiene til andre omsorgspersoner, og svært dårlig grunnlag for dette i de tre siste studiene. For de siste tre studiene er den svake ytre validiteten også knyttet til at designet ikke er egnet til å undersøke om likheter og forskjeller i endring mellom gruppene er en følge av ICDP tiltaket.

Den metodiske vurderingen av studien er presentert i Tabell 3. Metodisk kvalitet er vurdert etter Ungsinn sine kriterier (Martinussen m.fl., 2016) der hver faktor får en skåre der 0 = ikke rapportert eller undersøkt, 1 = Dårlig/Utilfredsstillende, 2 = Tilfredsstillende, 3 = Godt, og 4 = Svært godt.

Effekter

For de to første studiene som har en sammenligningsgruppe har vi beregnet effektstørrelser (ES) ved hjelp av Hedges g (standardisert), dvs. ved å ta differansen mellom endringsskårene fra pre, post og til oppfølging i ICDP gruppen og sammenligningsgruppen, og dividert denne differansen med pooleet [kombinert] pre-standardavvik i de to gruppene (Carlson & Schmidt, 1999; Morris, 2008). Vi har ikke hatt tilgang til forekomst av missing data og har dermed bare gjennomført beregninger av effektstørrelser ved hjelp av data fra deltakerne i de

inkluderte studier slik det er rapportert i artiklene. Effektstørrelser for sentrale utfallsmål tolkes ofte ut fra Cohens (1977) kriterier som tradisjonelt beskri-

ver $d = 0,2$ som en liten effekt, $d = 0,5$ som en moderat effekt, og $d = 0,8$ som en stor effekt, se tabell 4. Primærstudiene er kilden til signifikanstesting.

Tabell 4. Effektstørrelser for utfallsvariabler i studier med sammenligningsgrupper

Utfallsmål	Korttidseffekter av ICDP i Norge (Sherr, L., mfl., 2014).	Effekt av ICDP i Norge 6-12 mnd etter tiltaket (Skar, A.-M. S., mfl., 2015).
	Hedges g	Hedges g
Foreldreteferd		
Aktiviteter m barnet	0,28	0,11
Positiv disiplin	0,25	0,07
Uro i hjemmet	0,22	0,39
Foreldrestrategi	0,39	0,27
Håndtering av barnet	0,37	0,80
Engasjement i barnet	0,21	
Emosjonelt engasjement i barnet	0,28	
Strategisk engasjement i barnet	0,19	
TV og dataspill med barnet		0,53
Vansker hos barnet		
SDQ Prososial atferd	0,01	0,10
SDQ Innvirkning på barnet	0,35	0,18
SDQ Total	0,24	0,19
Foreldres psykososiale helse		
Tilfredshet med partner	0,10	0,11
Min helse		0,04
Min livskvalitet		0,10
Ensomhet		0,23
Tilfredshet med livet		0,06
Selvtillit		0,03
Mestring		0,26
Angst		0,26
Depresjon		0,09

Note. Signifikante effekter som det er angitt i studiene, er markert med uthevet skrift

Resultatene fra den første studien viste små signifikante forskjeller mellom ICDP gruppen og sammenligningsgruppen for fire av tolv variabler. I den andre studien fant man små signifikante endringer mellom gruppene mellom pre, post og oppfølging på to av 18 målte utfallsvariabler, samt en moderat effekt for TV

og dataspill med barnet og en stor effekt for variabelen Håndtering av barnet. For resten av utfallsvariablene var det ikke signifikante effekter.

For de tre studiene som ikke har en sammenligningsgruppe, men sammenligner effekter i en gruppe omsorgsgivere som får ICDP med en annen gruppe som også får tiltaket, vil alle deltakerne tjene

som sin egen kontroll. Vi har også her beregnet effektstørrelser ved hjelp av Hedges g (standardisert). For ES beregnet på pre-post test uten kontrollgruppe (ukontrollert ES) finnes det ingen standard for vurdering av størrelsen. Ukontrollerte ES er vanligvis større enn kontrollerte ES (Öst, 2010) og Öst mener derfor det er rimelig å vurdere effektstørrelsen innen ukontrollerte studier slik at $d = 0,5$

betegner en liten effekt, $d = 0,8$ betegner en moderat effekt, og $d = 1,10$ betegner en stor effekt. Vi har tolket effektstørrelser for sentrale utfallsmål ut fra både Cohens (1977) kriterier og Öst sitt forslag, se tabell 5. Primærstudiene er også for disse kilden til signifikanstesting.

Tabell 5. Effektstørrelser (innen-gruppe) for utfallsvariabler med pre- og posttest uten sammenligningsgrupper

Studie	Korttidseffekter av ICDP hos fengslede og ikke fengslede fedre (Skar, A.-M. S., mfl., 2014a)		Korttidseffekter av ICDP i Norge hos mødre og fedre (Clucas mfl., 2014)		Korttidseffekter av ICDP i Norge hos norske og minoritetsetniske mødre (Skar, A.-M. S., mfl., 2014b)	
	Hedges g		Hedges g		Hedges g	
Gruppe	Fedre i fengsel	Andre fedre	Fedre	Mødre	Norske mødre	Pakistanske mødre
Utfallsmål						
Foreldreatferd						
Aktiviteter med barnet			-0,23	-0,26	-0,26	-0,21
Positiv disiplin	-0,30	0,19	0,10	0,40	0,48	0,23
Uro i hjemmet			0,18	0,16		
Foreldrestrategi	0,43	0,48	0,34	0,32	0,43	0,09
Håndtering av barnet	-0,29	0,32	0,55	0,21		
Engasjement i barnet	0,22	0,35	0,34	0,24		
Emosjonelt engasjement i barnet					-0,85	0,13
Strategisk engasjement i barnet					1,10	0,11
Fedretid i ukedager			0,76	0,12		
Håndtering av barnet fra distanse					0,19	-0,15
Fasiliterende håndtering av barnet					0,31	0,11
Total tid mødre-barn uke-dager					0,09	0,18
Vansker hos barnet						
SDQ Prososial atferd	-0,09	0,02			0,07	-0,18
SDQ Innvirkning på barnet	0,05	0,33	0,33	-0,04	-0,04	0,20
SDQ Total	-0,01	-0,09	-0,06	0,40	0,40	-0,43
Foreldres psykososiale helse						
Negative emosjoner	-0,51	0,16				
Glede	-0,12	0,08				
Tristhet	-0,41	-0,02				
Frykt	-0,99	-0,71				

(Fortsettelse)

Studie	Korttidseffekter av ICDP hos fengslede og ikke fengslede fedre (Skar, A.-M. S., mfl., 2014a)		Korttidseffekter av ICDP i Norge hos mødre og fedre (Clucas mfl., 2014)		Korttidseffekter av ICDP i Norge hos norske og minoritetsetniske mødre (Skar, A.-M. S., mfl., 2014b)	
	Hedges g		Hedges g		Hedges g	
Gruppe	Fedre i fengsel	Andre fedre	Fedre	Mødre	Norske mødre	Pakistanske mødre
Helse	-1,27	-0,36	-0,36	0,04		
Min livskvalitet	-1,18	0,21	0,23	0,09		
Tilfredshet med livet	-0,50	0,09	0,11	0,07		
Mestring	-0,08	0,41	0,41	0,05		
Angst	-0,10	0,44	0,44	0,13	0,13	0,20
Depresjon	-0,05	-0,15	-0,12	0,06	0,06	-0,03
Ensomhet			0,07	0,10	0,10	-0,03
Tilfredshet med partner					0,10	-0,31
Selvtillit					0,16	-0,30
Positive emosjoner sub-skala					-0,01	-0,12
Utforsking subskala					-0,03	-0,15
Sinne subskala			0,27	0,15	0,15	0,29
Antall sosiale støtter					-0,07	-0,11

Note: Signifikante effekter som det er angitt i studiene, er markert med uthevet skrift. Hedges g = (pretest-posttest)/SDkombinert. Røde tall angir negative effekter.

Effektene for fengslede fedre for utfallsmålene som målte foreldreatferd viste en liten til moderat effekt for Foreldrestrategi og en liten negativ effekt for Håndtering av barnet. Man fant ingen effekter for vansker hos barnet målt ved hjelp av SDQ. For fedrenes psykososiale helse fant man negative effekter for fire av 10 utfallsmål og disse fordelte seg på moderat negativ effekt for tilfredshet med livet, og store negative effekter for frykt, helse og livskvalitet. Det var totalt 17 utfallsmål i denne studien og for de øvrige ni fant man ingen effekter.

Effektene for de fedrene som ikke var fengslet viste også en moderat positiv effekt for foreldreatferd når det gjaldt Foreldrestrategi, samt små positive effekter for Positiv disiplin, Håndtering av barnet og Engasjement i barnet. Man fant ingen effekter for vansker hos barnet målt ved hjelp av SDQ. Når det gjaldt foreldres psykososiale helse fant man små til moderate positive effekter for Mestring og Angst. For resten av de 17 utfallsmålene fant man ingen effekter.

I studien der man sammenlignet fedre med mødre (Clucas m.fl., 2014) hadde man også 17 utfallsmål. Fedrene i denne studien hadde en liten positiv effekt på foreldreatferd når det gjaldt Foreldrestrategi og Engasjement i barnet, samt en moderat positiv effekt for Håndtering av barnet. Man fant ingen effekter for vansker hos barnet målt ved hjelp av SDQ. Når det gjaldt foreldres psykososiale helse fant man en liten positiv effekt på Helse og Mestring, og en liten til moderat effekt på Angst. For ni av 17 utfallsmål fant man ingen effekter.

For mødre som ble sammenlignet med fedre (Clucas m.fl., 2014) fant man små positive effekter på foreldreatferd når det gjaldt Uro i hjemmet, Foreldrestrategi, Håndtering av barnet, og Engasjement i barnet. For vansker hos barnet fant man en liten til moderat positiv effekt for totalskåren av SDQ (Clucas m.fl., 2014). For foreldres psykososiale helse fant man en liten positiv effekt for Angst. For 10 av 17 utfallsmål fant man ingen effekter hos mødre i utvalget.

I studien der man sammenlignet norske mødre med pakistanske mødre (Skar m.fl., 2014b) fant man effekter for de norske mødrene for tre av 20 utfallsmål. Man fant ingen signifikante effekter for foreldreatferd. For vansker hos barnet fant man en liten til moderat positiv effekt for SDQ Total. For foreldres psykososiale helse fant man en liten effekt for Angst.

For de pakistanske mødene fant man ingen signifikante effekter for noen utfallsmål.

På tvers av studiene er det stor variasjon i utfallsmål, samt at effektene i de ulike studiene går i ulik retning for flere utfallsmål. De mest konsistente funnene på tvers av studiene gjelder foreldreatferd og spesifikt for variablene Foreldrestrategi, Håndtering av barnet og Engasjement i barnet. For norske mødre fant man effekter på SDQ i tre av studiene, men det norske mødreutvalget var det samme i to av disse. Fengslede fedre skiller seg fra de andre utvalgene ved at de har små til store negative effekter for fem av de totalt 17 utfallsmålene. Dersom man legger Öst (2010) sin vurdering av effektstørrelser for ukontrollerte studier til grunn viste alle studiene i tabell 5 små effekter, bortsett fra moderate til store negative effekter for fengslede fedres psykososiale helse (Frykt, Helse og Min livskvalitet).

Internasjonale kunnskapsoppsummeringer
Ingen relevante.

Andre norske evalueringer

I et pilotprosjekt har man prøvd ut bruk av ICDP foreldreveiledning i Oslo voksenopplæring som en del av introduksjonsprogrammet for innvandrere og flyktninger (Skar m. fl., 2014c). Det var totalt 72 deltakere i pilotprosjektet, og brukererfaringer ble innhentet ved hjelp av fokusgruppeintervju og spørreskjema fylt ut av deltakerne i gruppene. Tilbakemeldingene ble oppsummert som at deltakerne opplevde programmet som positivt og nyttig for seg og sine barn. Foreldrene beskrev på ulike måter at de hadde fått bedre forhold til sine barn, og økt

trygghet i rollen som forelder i Norge. Det ble videre diskutert av forfatterne av rapporten at bruk av ICDP i denne populasjonen hadde videre potensial for å øke norskkunnskaper, samt utvide kunnskapen om det norske samfunnet og det norske barnevernet.

I en masterstudie i spesialpedagogikk gjennomført ved Universitetet i Oslo, undersøkte to studenter om barnehagepersonell ($N = 8$) opplevde styrket omsorgskompetanse etter deltakelse i ICDP gruppeveiledning. Studien kombinerte intervjuundersøkelse med kvantitative data innhentet fra spørreskjema. Resultatene viste at deltakerne opplevde positivt utbytte av gruppeveiledningen med hensyn til egen omsorgskompetanse (Toverud & Jain, 2010). Man fant videre at barnehageansatte mente at deres egenutvikling hadde påvirket barnas atferd i positiv retning.

I en annen masteroppgave i spesialpedagogikk fra UiO rapporteres funn fra en kvalitativ intervjuundersøkelse av fagpersoner ($N = 5$) ved en skole for barn med spesielle behov som hadde mottatt veilederopplæring i ICDP (Lie, 2009). Resultatene viste at fagpersoner som ikke hadde lang erfaring med barn med spesielle behov, opplevde økt mestringfølelse etter gruppeveiledning med ICDP.

En masteroppgave i helse- og sosialfaglig arbeid med barn og unge fra høgskolen i Lillehammer (Johnsgård, 2012) undersøkte foreldreopplevelser og erfaringer etter deltakelse i foreldreveiledningsgrupper på helsestasjonen. Denne oppgaven bygget på fokusgruppeintervju med foreldre (foreldre fra 3 grupper, antall ikke oppgitt). De som deltok i intervjustudien oppga at de hadde hatt godt utbytte av tiltaket i form av økt mestring og trygghet i forelderrollen. I tillegg innhentet man data om hvor mange som har benyttet seg av tilbudet om ICDP som et frivillig og forebyggende tiltak på helsestasjonen. Resultatene viste at over 50 % av alle foreldrene gjennom to hele årskull hadde deltatt.

I følge en rapport utarbeidet av Silje Bjørnstad (2015) er det gjennomført totalt 45 studier som evaluerer ICDP, men bare de fem inkluderte studiene i denne kunnskapsoppsummeringen er publisert i fagfelleverderte tidsskrifter.

Implementeringskvalitet

Tiltaket implementeres gjennom Bufetat og det er Bufetat som utdanner og sertifiserer veiledere i tiltaket. Bufetat inngikk i 2008 en avtale med rettighets-haverne til ICDP om rett til å bruke og videreutvikle programmet, og spredning av tiltaket bygger på at ansatte i kommuner som er interessert i å få opplæring i tiltaket melder seg på veilederopplæring.

Det er noe uklart hvorvidt det stilles krav om spesifikke kvalifikasjoner hos de som søker opplæring i tiltaket. I noen artikler fremheves det at alle mennesker som har «respekt og innflytelse i lokalmiljøet» kan få opplæring (Hundeide, 2005). På Bufdirs hjemmesider står det ingenting om kvalifiseringskrav. I Ungsinns kommunikasjon med tiltaks-eier opplyses det at man som utgangspunkt stiller krav om tre-årig helse-, sosial- eller pedagogisk utdanning for å kunne sertifiseres, men at det gis unntak fra dette for ressurspersoner med minoritetsetnisk bakgrunn og andre som har en posisjon eller stilling som medfører at de kan veilede andre. Det fremstår ut i fra dette som at ICDP er relativt fritt tilgjengelig for de tjenester som ønsker å ta i bruk tiltaket.

Sertifiseringen innebærer deltakelse på opplæring, selvtrening, og deltakelse på veiledning. I tillegg skal eget arbeid med programmet loggføres. Det er noen variasjoner i sertifiseringskrav avhengig av om veilederen skal drive grupper etter standardversjonen av tiltaket, fengselsversjonen eller minoritetsversjonen. For å kunne gi opplæring i tiltaket og sertifisere andre må man selv være sertifisert trener. Det er uklart hvordan kvaliteten sikres opprettholdt etter at veiledere og trenere er sertifisert.

ICDP har ingen helhetlig strategi for å kvalitetssikre implementeringen av tiltaket, samt at man ikke har systemer for å evaluere om veiledere gjennomfører tiltaket i tråd med håndboken. Man stiller ingen formelle krav til de tjenester som ønsker å ta i bruk tiltaket og det skrives ikke kontrakt mellom kommuner som implementerer tiltaket og tiltaks-eier som regulerer hvordan praktisering av tiltaket skal gjennomføres. Det finnes ingen studier eller andre evalueringer av om tiltaket gjennomføres slik det skisseres i håndboken («fidelity»). Det gis veiledning når ICDP veiledere er under sertifisering, men dette er opp til den enkelte ICDP veileder etter at sertifiseringen er gjennomført. Det gis tilbud om vedlikehold av kunnskap gjennom årlige nettverksamlinger for ICDP veiledere, men dette er et frivillig tilbud. Det er ikke utviklet kartleggings- og vedlikeholdsverktøy for å sikre etterlevelse av tiltaket i tråd med håndboken og det stilles ikke krav om deltakelse på vedlikeholdskurs eller resertifisering for veiledere.

Når det gjelder tilpasning av tiltaket er brosjyrene oversatt til mange språk. Tiltaket kan tilpasses til ulike målgrupper, avhengig av behov. For den universelle befolkningen, fengslede omsorgspersoner og omsorgspersoner med minoritetsetnisk bakgrunn er tilpasningene beskrevet, men øvrige tilpasninger er lite beskrevet.

Tabell 6. Vurdering av tiltakets systemer for å fremme god implementeringskvalitet

Kategori	Ja	Nei	Ikke relevant
1. Implementeringsstøtte	X		
2. Kvalifikasjonskrav		X	
3. Opplæring	X		
4. Sertifiseringsordninger	X		
5. Monitorering av fidel- ity/etterlevelse		X	
6. Veiledning	X		
7. Identifisering av målgrupper	X		
8. Kartleggings- og vedlikeholdsverktøy		X	
9. Strategier for tilpasning	X		
Samlet skåre	$\sum 6/7$		

Diskusjon

Formålet med denne artikkelen var å undersøke om ICDP er et virksomt tiltak når det benyttes i vanlig praksis i Norge. I avsnittene under diskuteres funnene fra kunnskapsoppsummeringen i forhold til kriteriene for klassifisering i Ungsinn.

Beskrivelse

ICDP er beskrevet i en håndbok, informasjonsbrosjyre for fagfolk, samtalehefte og plakat for foreldre, samt bokkapitler og artikler i fagtidsskrifter. Målsetningene for foreldre i tiltaket er vide og kunne med fordel ha vært mer konkretiserte. Målsetninger i forhold til hvilke utfall man forventer hos barnet er ikke beskrevet eller spesifisert utover å forebygge psykososiale vansker.

I noen sammenhenger presenteres tiltaket som et forebyggende tiltak for spesifikke risikogrupper av barn og foreldre, mens det i andre sammenhenger presenteres som et helsefremmende tiltak for universalpopulasjonen av omsorgsgivere for barn. Det er derfor litt uklart om tiltaket er et helsefremmende og universalforebyggende tiltak, eller mynnet på spesielle risikogrupper. Målgruppen er vid og inkluderer både foreldre, barnehageansatte, lærere, helsesøstre osv., samt ulike grupper av foreldre med

antatt høyere risiko for større utfordringer i omsorgen for egne barn. Dette innebærer at tiltaket i utgangspunktet er rettet mot alle med omsorgsansvar for barn, men også har en målsetning om å fange opp omsorgspersoner med større utfordringer. Det beskrives imidlertid ikke hvordan tiltaket endrer form eller innhold når det tilbys omsorgsgivere med større utfordringer.

Bakgrunn og behovet for tiltaket er lite beskrevet, mens omfang av problematikk, risikofaktorer og konsekvenser av de problemer tiltaket har som mål å forebygge er ikke beskrevet. Den nye håndboken som ble utgitt i 2016 har imidlertid bidratt til å styrke beskrivelsen av tiltaket vesentlig. Det er likevel uklarerheter når det gjelder tiltakets målsetninger og målgruppen for tiltaket og disse vurderes å ha implikasjoner for evalueringer av tiltakets effekter, både med tanke på hvilke utvalg man undersøker og hva som måles. Man kan stille spørsmål ved om ICDP i realiteten består av ulike programmer, med ulike målsetninger for ulike målgrupper.

Teoretisk rasjonale

ICDP bygger på akseptert utviklingsteori som gjør godt rede for den generelle sammenhengen mellom foreldre-barn samspillet og barnets psykososiale utvikling. Beskrivelser av sammenhengen mellom de generelle teorier som legges til grunn og elementer i tiltaket er styrket gjennom den nye håndboken, men det fremkommer ikke av det teoretiske grunnlaget hvordan man tenker seg at metodene som benyttes i tiltaket leder til målsetningene. Tiltaket har et bredt teoretisk utgangspunkt og det er fortsatt et stort sprang mellom de ulike teoretiske innfallsvinkler og de konkrete aktivitetene i tiltaket. Det teoretiske rasjonale for tiltaket ville blitt styrket ved større fokus på sammenhengen mellom kjerneteorier og de mest sentrale virkningsmekanismer for endring av omsorgspersoners omsorgsutøvelse og barnets utvikling.

Det er vår vurdering at målsetningene om å styrke samspill, kommunikasjon og relasjon mellom omsorgsgivere og barn tiltaket ikke er konkretisert og

målt på adekvate måter i de inkluderte studier. For de fleste målsetninger knyttet til å styrke foreldreatferd (styrke positiv opplevelse av barnet, bli bevisst barnets tilstand og behov, tilpasse seg barnets behov, fremme sensitiv kommunikasjon, fremme et positivt og utviklende følelsesmessig forhold mellom barnet og omsorgsgiver) stilles det spørsmålstegn ved om disse faktisk er konkretisert og målt i de inkluderte studier (Bjørnstad, 2015). I de inkluderte studiene har man også undersøkt mange psykososiale forhold hos omsorgsgivere (for eksempel angst, depresjon, livskvalitet, tilfredshet med partner), uten at det gis et rasjonale for hvordan disse utfallsmål henger sammen med tiltakets målsetninger.

Antall effektstudier

Tiltaket har en norsk pre-post studie og en påfølgende oppfølgingsstudie som er gjennomført i det samme utvalget og av den samme forskergruppen. Tiltaket har ingen randomiserte kontrollgruppestudier. Det foreligger ingen internasjonale kunnskapsoppsamlinger på tiltaket slik det er gjennomført i Norge. Studier der effektene som måles tar utgangspunkt i tiltakets målsetninger og med et forskningsdesign som er bedre egnet til å evaluere effekter av tiltaket, samt flere studier fra uavhengige forskere vil styrke kunnskapen om tiltakets effekter.

Forskningsdesign

To av de inkluderte artiklene er fra samme studie utført med kvasi-eksperimentelt design med sammenligningsgruppe bestående av foreldre fra andre kommuner (Sherr m.fl., 2014; Skar m.fl., 2015). De tre andre inkluderte artiklene benytter enkle pre-post design uten sammenligningsgrupper der de samme deltakere sammenlignes med seg selv. De tre siste studiene har svakt forskningsdesign i forhold til å avdekke effekter av tiltaket, noe som gjør at man ikke med sikkerhet kan tilskrive forskjeller mellom og innen grupper til tiltaket.

Forskningsmetodisk kvalitet

For de to artiklene med en sammenligningsgruppe er analysene av tiltakets effekter ikke optimale for å vise forskjeller i utvikling mellom gruppene for utfallsvariablene. Det er ikke gjort styrkeberegninger og utvalgsstørrelsen synes ikke dimensjonert til å kunne fange opp små, men betydningsfulle effekter for sentrale utfallsmål. Man har heller ikke kontrollert for multiple tester.

Man benytter i studien utelukkende spørreskjema som metode for innhenting av informasjon. Studien benyttet i relativt liten utstrekning standardiserte og validerte spørreskjema, men benyttet utenlandske og selvkonstruerte skalaer uten å opplyse om skalaenes måleegenskaper. Normdata er ikke oppgitt for noen skalaer, noe som gjør det vanskelig å fortolke endringer i omsorgsgiveres atferds i et samfunnsmessig perspektiv slik tiltaket tar sikte på. For flere av de sentrale målsetningene i tiltaket vurderes det at disse ikke er evaluert tilstrekkelig gjennom studien. Målsetningene knyttet til bevissthet omkring barnets tilstand, barnets behov for tilpasning av omsorgen, styrking av sensitiv og uttrykksfull kommunikasjon, og styrking av berikende og stimulerende samspill vurderes ikke å ha blitt målt gjennom relevante og adekvate utfallsmål og det er dermed uklart hva som er sammenhengen mellom tiltakets målsetninger, kjerneelementer i tiltaket og effekter av tiltaket. Disse målsetningene lar seg i tillegg ikke så lett fange opp ved bruk av spørreskjema. Det ville styrket studien dersom man hadde observert samspillet mellom foreldre og barn i tillegg til å bygge på omsorgsgivernes selvrapporterte atferd, tanker og følelser.

Når det gjelder spørsmålet om hvorvidt effektene av tiltaket er forårsaket av ICDP, hadde den første studien et design med en sammenligningsgruppe, men det gis ikke opplysninger om forskjeller og likheter mellom kommunene ICDP gruppen og sammenligningsgruppen ble rekruttert fra. Det er signifikante forskjeller mellom gruppene på sentrale demografiske variabler. Det vurderes ut ifra dette at intervensjonsgruppen og sammenligningsgruppen var

ulike ved pretest i begge studier, noe som svekker grunnlaget for å fortolke resultatene som en effekt av ICDP.

Man har ikke vurdert eller drøftet feilkilder i studien, samt at det opplyses om ulik størrelse av utvalgene i tekst og tabell. Det rapporteres om svært stort frafall i begge artiklene og våre beregninger tyder på at frafallet var langt større enn rapportert. Det ville vært fordelaktig om årsaker til frafall ble rapportert. Høyt frafall kan skyldes praktiske utfordringer, men kan også være knyttet til programets innhold og gjennomføringen. Det høye frafallet har også stor betydning for hvorvidt resultatene kan fortolkes som en effekt av ICDP. Det er relativt sannsynlig at de som falt ifra ikke opplevde ICDP-veiledningen som nyttig. Inkludering av alle deltakere som deltok ved pretest ved alle måletidspunkter ville gitt den beste informasjonen om tiltakets effekt og man kan stille spørsmålsteget ved om tiltakets effekter i studien ble større ettersom man bare inkluderte de som fortsatt deltok på senere måletidspunkter. Erfaringer fra annen forskning tyder på at det ofte er foreldre med mye ressurser og stor evne til endring som deltar i frivillig foreldreveiledning (Reedtz, 2011). Skåringene av de første to artiklene indikerer at den forskningsmetodiske kvaliteten er svak.

Den forskningsmetodiske kvaliteten er svakere i de tre siste studiene enn i artiklene fra den første og dette henger spesielt sammen med at designet ikke åpnet for å trekke kausale slutninger om tiltakets effekter. I tillegg var det heller ikke for disse studiene gjort styrkeberegninger og frafallsanalyser. Videre var tiltaket man benyttet ulikt i de ulike gruppene og dosen foreldreveiledning varierte mellom og innen gruppene. For alle fem studier gjelder at det er svakt empirisk grunnlag til å fortolke effektene som en følge av ICDP-tiltaket.

Effekter

I den første studien var det små signifikante effekter en tredel av utfallsmålene, mens det i den andre studien fremkom signifikante effekter for under er fjerdedel. I tillegg er den forskningsmetodiske kvaliteten på studien svak. Dersom man likevel legger de dokumenterte effektene til grunn er det også viktig å stille spørsmål ved om forskjellene mellom gruppene i studien er av reell betydning for omsorgsgiveres omsorgsutøvelse. Omsorgspersoner i begge grupper skåret generelt høyt på de skalaer der det var ønskelig og lavt på de skalaer der det var ønskelig (tak- og gulveffekter), og man kan ut i fra dette stille spørsmålsteget ved om forskjellene i endring mellom gruppene har praktisk betydning. Det lave antall variabler man har funnet effekter for i oppfølgingsartikkelen, de gjennomgående små effektene, samt at begge utvalgene syntes å ha ønskelige skårer for sentrale utfallsvariabler allerede ved pretest trekker i retning av at den praktiske betydningen av effektene er relativt liten.

For de tre siste studiene, som i effektsammenheng er fortolket som seks pre-post studier innen en gruppe, må man på grunn av den svake forskningsmetodiske kvaliteten være svært varsom med å tillegge effektene som er funnet i studiene vekt. Man ser i disse studiene at effektene spriker i ulike retninger mellom gruppene, samt at det er både positive og negative effekter. Dersom man velger å trekke frem de positive effektene av tiltaket i omtale av ICDP kan man ikke velge å se bort ifra de negative effektene. På tross av dette er vår konklusjon at man ikke bør tillegge verken de positive eller negative effektene fra studiene særlig vekt på grunn av den svake forskningsmetodiske kvaliteten.

Oppfølgingsstudier

Det er gjennomført en oppfølgingsstudie der effektene pre, post og ved 6-12 måneders oppfølging evalueres. Det er imidlertid store metodiske svakheter ved denne studien, og dette innebærer at vi vet lite om de effektene som ble påvist i evalueringen holder seg over tid.

Implementeringskvalitet

Tiltaket ligger gjennom håndboken og opplæring via Bufetat godt til rette for implementering. Tiltaket har imidlertid ikke en uttalt spredningsstrategi og det fremstår som at kommuner selv tar kontakt dersom de har et ønske om å implementere tiltaket. Det finnes ingen systemer for kvalitetssikring av tiltaket etter at veiledere er sertifisert og det finnes ingen evalueringer av om tiltaket gjennomføres etter hensikten. Man må ut i fra dette anta at gruppe drives noe ulikt i ulike kommuner, for ulike målgrupper, med ulik dose/varighet av tiltaket, samt med ulike målsetninger avhengig av deltakerens ønsker og behov. Målgruppene spenner fra vanlige småbarn, til barn med funksjonsnedsettelse og andre utfordringer og prøves nå også ut overfor foreldre som har en bekymring overfor sine ungdommer knyttet til radikaliserings og voldelig ekstremisme. Den store variasjonen i målsetninger, målgrupper og varighet av tiltaket gjør det relativt komplisert å kvalitetssikre implementering av tiltaket, samt å evaluere troskap («fidelity») mot tiltaket og implementeringskvaliteten.

Konklusjon

ICDP er beskrevet i en håndbok, informasjonsbrosjyrer, samtalehefte for foreldre og plakat, samt bokkapitler og artikler i fagtidsskrifter. Målsetningene for tiltaket er vide og kunne med fordel ha vært mer konkrete og relatert til de forventede utfall av tiltaket. Målgruppen for tiltaket er både beskrevet å være omsorgsgivere for barn i alderen 0-18 år og ulike undergrupper av barn med spesielle utfordringer. Det er noe uklart hvordan tiltaket tilpasses de ulike målgrupper det tilbys i, spesielt med tanke på barnas alder og spesielle psykososiale utfordringer. ICDP bygger på akseptert utviklingsteori, som gjør godt rede for den generelle sammenhengen mellom foreldre-barn samspillet og barns emosjonelle utvikling. Det fremgår imidlertid ikke av det teoretiske rasjonale hvordan man tenker seg at metodene som benyttes i tiltaket leder til målset-

ningene og teorien relateres dermed ikke til relevante utfallsvariabler som i neste omgang testes empirisk. Det er vår vurdering at tiltakets hovedmålsettinger ikke er konkretisert og målt på adekvate måter i de inkluderte studier. Tiltakets vide målsetninger bidrar til at det er vanskelig å konkretisere hva som skal måles/evalueres som effekt av tiltaket, samt i hvilke målgrupper.

Det er gjennomført en norsk effektstudie fra tiltaket og denne er gjennomført med et kvasi-eksperimentelt pre-post og pre-post-oppfølgingsdesign. Studien, som er rapportert i to artikler, vurderes å ha svak forskningsmetodisk kvalitet. Dette gjelder både statistisk testing, målinger, indre validitet, troskap mot tiltaket og ytre validitet. Effektene av tiltaket er gjennomgående små, men metodiske svakheter i alle de inkluderte studiene gjør det vanskelig å fortolke effektene som et resultat av tiltaket, samt å generalisere effektene til andre omsorgsgivere.

Klassifisering på nivå 3 krever at tiltak er evaluert gjennom studier med tilfredsstillende forskningsmetodisk kvalitet, noe som ikke vurderes å være tilfelle for ICDP. Samtidig heter det i kriteriene for nivå 3 at det finnes effektevaluering/er av tiltaket, samt at disse kan ha metodiske svakheter som skaper usikkerhet om hvorvidt effektene som fremkommer er et resultat av tiltaket. Dette er tilfellet for ICDP og vi har derfor latt det veie tyngst i klassifiseringen at enkelte av tiltakets effekter er evaluert.

ICDP klassifiseres ut i fra dette på evidensnivå 3 – Tiltak med noe dokumentasjon på effekt.

Referanser

- Bauer, N. S. & Webster-Stratton, C. (2006). Prevention of behavioral disorders in primary care. *Current Opinion in Pediatrics*, 18, 654–660.
- Bjørnstad, S. (2015). *International Child Development Programme (ICDP)*, RBUP Rapport. Oslo: Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør. Nedlastet fra: [http://www.rbup.no/cms/cmsmm.nsf/lupgraphics/ICDP_rapport_hele.pdf/\\$file/ICDP_rapport_hele.pdf](http://www.rbup.no/cms/cmsmm.nsf/lupgraphics/ICDP_rapport_hele.pdf/$file/ICDP_rapport_hele.pdf)
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2016). *Håndbok for ICDP-veiledere*. Oslo: Barne-, ungdoms- og

- familiedirektoratet.
- Campbell, S. B. (1995). Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 113-149.
- Clucas, C., Skar, A-M. S., Sherr, L. & Tetzchner, S. (2014). Mothers and fathers attending the international child development programme in Norway. *Family Journal*, 22, 409-418. doi: 10.1177/1066480714533640
- Foster, E. M., Prinz, R. J., Sanders, M. R. & Shapiro, C. J. (2008). The costs of a public health infrastructure for delivering parenting and family support. *Children and Youth Services Review*, 30, 493-501. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chilgyouth.2007.11.002>
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R. & Meltzer, H. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 534-539. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.177.6.534>
- Hundeide, K. (2007). *Innføring i ICDP programmet*. Oslo: ICDP-stiftelsen.
- Hundeide, K. (2005). ICDP Programmet – et relasjonsorientert og empatibasert program rettet imot barns omsorgsgivere. *Skolepsykologi*, 7, 9-25.
- Johnsgård, I. M. W. (2012). *Foreldreveiledning med ICDP for foreldre i barselpermisjon. En del av Prosjekt Tidlig Intervensjon 2008-2012 i Øyer kommune*. Masteroppgave i Helse- og sosialfaglig arbeid med barn og unge, Høgskolen i Lillehammer. Nedlastet fra: <http://hdl.handle.net/11250/145145>
- Klein, P. S. (2001). *Seeds of hope: Twelve years of early intervention in Africa*. Oslo: Unipub forlag.
- Klein, P. S. & Rye, H. (2004). Interaction-oriented early intervention in Ethiopia: The MISC approach. *Infants & Young Children*, 17, 340
- Kornør, H. & Heyerdahl, S. (2017). Psychometric properties of the Norwegian version of Strengths and Difficulties Questionnaire, parent report (SDQ-P). *Psyk-TestBarn*, 1:1.
- Lie, S.K. (2009). *Du forstår hva jeg vil, ikke sant? ICDP-programmet brukt i utviklingsarbeid i forhold til barn med spesielle behov*. Masteroppgave i spesialpedagogikk, Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo. Nedlastet fra: <https://www.duo.uio.no/handle/10852/32106>
- Martinussen, M., Reedtz, C., Eng, H. Neumer, S.P., Patras, J. & Mørch, W.T. (2016). *Ungsinn: Kriterier og prosedyrer for vurdering og klassifisering av tiltak*. Uit - Norges Arktiske Universitet.
- Morawska, A., Winter, L. & Sanders, M. R. (2009). Parenting knowledge and its role in the prediction of dysfunctional parenting and disruptive child behaviour. *Child: Care, Health and Development*, 35, 217-226. doi: 10.1111/j.1365-2214.2008.00929.x
- Reedtz, C. (oppdatert av redaksjonen 25. januar 2012). *Beskrivelse og vurdering av tiltaket: International Child Development Programme (ICDP) – Program for foreldreveiledning. Ungsinn*, tiltak nr 2. Hentet fra: http://www2.uit.no/portal/page/portal/Forebygging/basen/startside/artikkel?p_document_id=81124
- Reedtz, C., Handegård, B. H. & Mørch, W. T. (2011). Promoting positive parenting practices in primary care: Outcomes and mechanisms of change in a randomized controlled risk reduction trial. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52, 131-137. DOI: 10.1111/j.1467-9450.2010.00854.x
- Reedtz, C., Martinussen, M., Jørgensen F. W., Handegård, B. H. & Mørch, W. T. (2011). Parents seeking help in child rearing: Who are they and how do their children behave? *Journal of Children's Services*, 4, 264-274. doi: 10.1108/17466661111190956
- Rogoff, B. (2003). *The cultural nature of human development*. New York: Oxford University Press.
- Schaffer, H. R. (1996). *Social development*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Sherr, L., Skar, A-M. S., Clucas, C., Tetzchner, S. & Hundeide, K. (2014). Evaluation of the International Child Development Programme (ICDP) as a community-wide parenting programme. *European Journal of Developmental Psychology*, 9, 135-149. <http://dx.doi.org/10.1080/17405629.2013.793597>
- Skar, A-M. S., Tetzchner, S., Clucas, C. & Sherr, L. (2014a). 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*, 15, 35-54, <http://dx.doi.org/10.1080/14043858.2014.898981>
- Skar, A-M. S., Tetzchner, S., Clucas, C. & Sherr, L. (2014b). The impact of a parenting guidance programme for mothers with an ethnic minority background. *Nordic Journal of Migration Research*, 4, 108-117. Doi: 10.2478/njmr-2014-0020
- Skar, A-M. S., Bjørnstad, S. Davidsen, H. (2014c). *ICDP-foreldreveiledning i Oslo Voksenopplæring som en del av Introduksjonsprogrammet for innvandrere og flyktninger. Et pilotprosjekt*. Oslo: Rapport, Helse- og omsorgsdepartementet.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Box.
- Tomasello, M. & Haberl, K. (2003). Understanding attention: 12-and 18-month-olds know what is new for other persons. *Developmental Psychology*, 39, 906-912.
- Toverud, S. & Jain, P. (2010). *ICDP-programmets virkning: en evalueringsstudie om barnehagepersonells opplevelse av styrket omsorgskompetanse etter deltakelse i ICDP-programmets gruppeveiledning*. Masteroppgave

i spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo. Nedlastet fra: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/31324/ICDP-program-metsvirkning.pdf?sequence=1>

- Trevarthen, C. (1998). The concept and foundations of infant inter-subjectivity. Intersubjective communication and emotion in early ontogeny. I S. Bråthen (red.), *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny* (s.15-46). Cambridge: Cambridge University Press.
- Wyatt Kaminski, J., Valle, L. A., Filene, J. H. & Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 567-589.
- Zahn-Waxler, C., Radke-Yarrow, M., Wagner, E., & Chapman, M. (1992). Development of concern for others. *Developmental Psychology*, 28, 126-136.
- Öst, L. G. (2010). Det empiriske stødet for KBT ved psykiske störningar hos barn og ungdomar. I Öst, L. G. (red.), *KBT inom barn- och ungdomspsykiatri* (s. 389-407). Stockholm: Natur och kultur.

Mottatt 28.11.2016, godkjent 18.09.2017,
publisert 14.12.2017.
Redaktør: Monica Martinussen