

Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket:

De Utrolige Årene (DUÅ): Foreldreprogram for Førskolebarn (3-6 år) og Skolebarn (6-12 år).

De Utrolige Årene (DUÅ) foreldreprogram er rettet mot barn og foreldre. Programmet har som mål å redusere atferdsvansker gjennom å etablere en positiv og konstruktiv foreldre-barn relasjon.

BAKGRUNN

Denne artikkelen er en kunnskapsoppsummering og klassifisering av foreldreprogrammet De Utrolige Årene (DUÅ), rettet mot førskolebarn (3-6 år) og barn i skolealder (6-12 år). Foreldreprogrammene er rettet mot foreldre til barn med atferdsproblemer på et forebyggende, selektert, eller indikert nivå. Det vil si, programmene kan tilrettelegges som enten forebyggende tiltak eller behandlingstiltak. Foreldreprogrammene er utviklet av Carolyn Webster-Stratton, USA. I Norge er det Regionalt Kunnskapssenter for Barn og Unge – Nord (RKBU Nord) som er tiltaksleverandør og har det nasjonale ansvaret for opplæring.

METODE

Kunnskapsoppsummeringen bygger på et systematisk litteratursøk fra ulike databaser (Embase, Medline, Psykinfo, NORART, Cochrane, Cristin, NORA, Scopus, SweMed, Bibsys, og Google Scholar), samt materiell gitt fra tiltakseier. Søket ble gjennomgått for å identifisere internasjonale, nordiske og norske effektstudier om tiltakene. Ni nordiske artikler (3 norske, 4 svenske, 1 dansk og 1 finsk), samt tre internasjonale meta-analyser, er evaluert og inkludert i kunnskapsoppsummeringen.

RESULTATER

Resultatene viser at DUÅs foreldreprogrammer er kunnskaps- og evidensbaserte tiltak med solid teoretisk forankring. De baserer seg på etablerte måleinstrumenter, og tiltakene har godt beskrevne implementeringsstrategier. Samtlige av de nordiske studiene viste positive resultater til fordel for de to programmene, det vil si en reduksjon i barns problematferd og en positiv endring i foreldre-barn samspill.

KONKLUSJON

DUÅs foreldreprogrammer for førskole- og skolebarn klassifiseres på evidensnivå 5, dvs. som tiltak med sterk dokumentasjon på effekt.

Innledning

Bakgrunn

Atferdsvansker blant barn viser seg vanligvis som grenseutprøvende, opposisjonell eller aggressiv atferd, og er en av de hyppigste årsakene til at barn i Norge blir henvist til spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2018). Prevalensraten for alvorlige atferdsproblemer blant norske barn ligger mellom 3 og 5 prosent (Heiervang m. fl., 2007; Skogen & Torvik, 2013), men studier viser at forekomsten ofte er høyere blant gutter, barnevernsbarn, og i familier med


lav sosioøkonomisk status (Green m. fl., 2005; Collier & Tapsfield, 2005; Kjøbli & Tømmerås, 2017). Alvorlige og langvarige atferdsproblemer i barndomsårene øker risikoen for utfordringer i ungdomsårene og videre inn i voksenlivet, for eksempel i form av skulk, avbrutt skolegang, psykiske helseproblemer, rus og kriminalitet (Caspi m. fl., 2016; Moffitt m. fl., 2002; Walker m. fl., 2004). Tidlig og effektiv inter-



Silje Hukkelberg
s.s.hukkelberg@nubu.no
NUBU - Norge



Torbjørn Torsheim
Torbjoern.Torsheim@uib.no
Institutt for samfunnspsykologi
Universitetet i Bergen

 Engelsk sammendrag på nettsiden

ISSN 2464-2142

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



vensjon for å redusere problematferd hos barn og unge er derfor en prioritert samfunnsoppgave med stort potensiale for hvert enkelt barn, og for samfunnet som helhet (Furlong m. fl., 2013; Helsedirektoratet, 2018).

Årsakene til atferdsproblemer er ofte komplekse, og favner medfødte biologiske, kognitive og sosio-emosjonelle faktorer (for eksempel temperament, personlighet, mangelfull tilknytning), samt risikofaktorer i miljøet (for eksempel mobbing, dysfunksjonelle familieforhold, dårlig nærmiljø; Cicchetti & Toth, 2009; Lansford m. fl., 2010). Longitudinelle studier viser at atferdsproblemer ofte er et resultat av et samspill mellom flere risikofaktorer knyttet både til individ og miljø (Bornstein m. fl., 2010; Dodge m. fl., 2009). Mangelfulle foreldreferdigheter utgjør en betydelig risikofaktor for utvikling av problematferd hos barn og unge. Forskning viser at unnlattende foreldreatferd eller fysisk og psykisk unødig streng oppdragelse er assosiert med høy grad av problematferd. På den andre siden er positivt og involverende foreldreskap assosiert med et lavt nivå av problematferd (Hammond & Webster-Stratton, 1997; Patterson m. fl., 1998; Pinquart, 2017; Sangawi m. fl., 2015).

Mange barn med atferdsproblemer har også utfordringer med sosial fungering. Dårlig sosial fungering gjør det vanskelig for barn å finne seg til rette i barnehagen eller på skolen og å danne gode vennskapsforhold med jevnaldrende (Ogden, 2009). Vissheten om denne sammenhengen har økt fokuset på at man parallelt med å redusere problematferd også må styrke barns sosiale kompetanse (Gresham m. fl., 1998; Hukkelberg m. fl., 2019; Webster-Stratton m. fl., 2001). Foreldre er gjennom sin daglige kontakt med barnet nøkkelen til en sunn sosialisering, og dermed viktige endringsagenter for å redusere problematferd og styrke sosiale fungering (Briesmeister & Schaefer, 1989).

De Utrolige Årene (DUÅ, eng. «The Incredible Years») består av en rekke veiledningsprogrammer utviklet av professor Carolyn Webster-Stratton ved Universitetet i Washington, USA. Programmene retter seg mot barn og foreldre i tillegg til skole- og barnehage. Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – Nord (RKBU Nord) har oversatt og tilpasset flere av disse

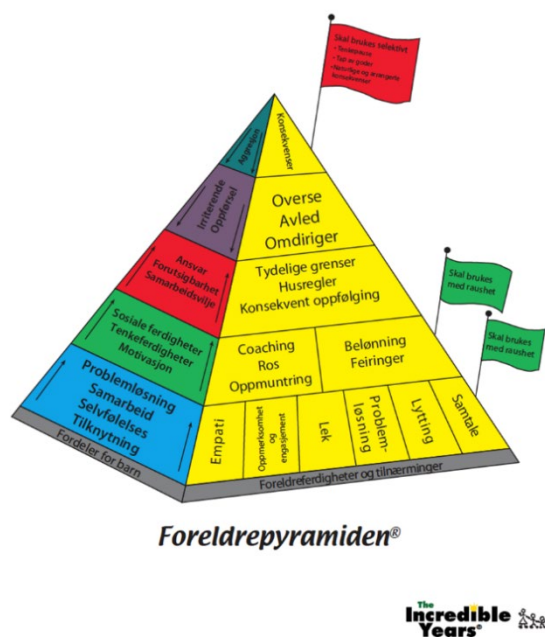
programmene til norske forhold. Den første foreldregruppen med DUÅ i Norge ble startet ved Barne- og Ungdomspsykiatrisk Poliklinikk (BUP) Tromsø høsten 1999 med foreldreprogrammet Basic (3-8 år). Per 1. januar 2019 har DUÅ-teamet i Norge lært opp gruppeledere i over 140 norske kommuner, 45 BUPer, samt en rekke ideelle organisasjoner. Mer enn 2000 personer med helse- eller pedagogisk bakgrunn har fått opplæring, og anslagsvis 5000 barn har dratt nytte av programmene (Mørch m. fl., 2017). I Norge er DUÅ beskrevet som ønsket tiltak i Stortingsmelding 16 (2002- 2003) *Resept for et sunnere Norge* og inngår i Regjeringens *Strategiplan for barn og unges psykiske helse* (Helsedirektoratet, 2003).

Denne kunnskapsoppsummeringen omhandler DUÅs foreldreprogrammer for førskolebarn (3-6 år) og barn i skolealder (6-12 år). De to programmene har betydelig overlapp i innhold og utførelse og blir derfor evaluert under ett. Et bredt spekter av dokumentasjon som foreligger om foreldreprogrammene er gjennomgått med den hensikt å vurdere om de beskrevne effektene kan tilskrives de to programmene og generaliseres til en norsk kontekst. I likhet med DUÅ Universal (Drozd & Hansen, 2019) har de to programmene som mål å redusere atferdsvansker gjennom å etablere en positiv og konstruktiv foreldre-barn relasjon. Det universalforebyggende programmet er imidlertid mindre omfattende både i format og lengde (6-7 møter), og det gis forebyggende til foreldre med barn i alderen 2 til 6 år. Foreldreprogrammene er i større grad rettet mot foreldre til barn i risikogrupper for å utvikle atferdsproblemer (selektert nivå), samt barn med etablerte atferdsproblemer (indikert nivå).

Beskrivelse og materiell

DUÅ for foreldre med barn i førskole- og skolealder er praktiske og manualbaserte programmer der undervisningen foregår i grupper med 6 til 8 foreldrepar som møtes fra 18-20 (førskolebarn) eller 14-22 (skolebarn) ganger à 2 timer, avhengig av gruppens behov. Gruppen blir ledet av to kvalifiserte gruppeledere. Hvert gruppemøte tar for seg et tema, og arbeidsformen består av gruppediskusjoner og rollespill basert på en serie videovignetter. I tillegg får foreldrene

aktiviteter som skal gjøres hjemme mellom gruppemøtene. Aktivitetene følges opp av gruppelederne, enten via telefon eller ved personlige oppfølgingssamtaler. Tempo og omfang i undervisningen tilpasses hver enkelt gruppe i forhold til omfanget av atferdsproblemer, spesielle behov, interesser og foreldrenes kjennskap til materialet. Sentralt i undervisningen er foreldrepyramiden (Figur 1). Den viser tema og foreldreferdigheter som det undervises om, og hvert nivå bygger suksessivt på hverandre. På de laveste nivåene presenteres de oppdragsferdighetene som brukes oftest.



Figur 1. Foreldrepyramiden (Webster-Stratton, 2007).

For de minste barna (3-6 år) er programmet organisert i fire deler med et overordnet fokus på å styrke barns sosiale ferdigheter, emosjonsregulering, språk og begrepsferdigheter. De fire delene er: lek og coaching, ros og oppmuntring, positiv grensesetting og håndtering av uønsket oppførsel. For skolebarna er temaene de samme, men med mer fokus på alenetid, ansvar og plikter, håndtering av regler, tilsyn etter skoletid og naturlige og arrangerte konsekvenser. Det er også mulig å integrere egne gruppemøter med tema som støtter barnets skolegang. Foreldreprogrammene kan utføres i ulike miljøer (for eksempel helsestasjon, poliklinikker for barn, familiesentre). Følgende materiell blir benyttet i DUÅs foreldreprogrammer:

For foreldre:

- Lærebok: «De utrolige årene - en foreldreveileder for foreldre til barn 3-12 år» (Webster-Stratton, 2007)
- Lærebok: «Utrolige småbarn» (Webster-Stratton, 2013) som supplement for foreldre til barn 3-6 år
- CD: «De utrolige årene - en foreldreveileder» på cd for barn 3-12 år (Webster-Stratton, 2007) etter behov

For gruppeledere:

- Håndbok for gruppeledere (manual)
- Videosett á 7 DVDer tilpasset førskole- eller skolebarn
- Plakat: "Foreldrepyramide"
- Lærebøker: «De utrolige årene, - en foreldreveileder». Gruppeledere som jobber med den yngste aldersgruppen (3-6 år), får også boka «Utrolige småbarn»

For veiledere:

- Overnevnte bøker
- Lærebok: Collaborating with Parents to Reduce Children's behavior Problems (Webster-Stratton, 2012)
- Lærebok: The Incredible Years, Parents, teachers, and children's training series. Program content, methods, research and dissemination (Webster-Stratton, 2005)
- Lærebok: Troubled families- problem children (Herbert & Webster-Stratton, 1994)
- Gruppelederhåndbøker med videosett á 9 DVDer tilpasset foreldre til barn i førskolealder og 7 DVDer tilpasset foreldre til barn i skolealder
- Lærebok: Den krevende foreldrerollen (Eng m. fl., 2017)

Boken som følger opplæringen inneholder en presentasjon av målsetninger for DUÅ, teori-grunnlaget, beskrivelse av virkemidler, treningsøvelser og oppgaver. Det er grundig beskrevet hvordan deltakerne kan arbeide med de ulike temaene. I tillegg benyttes det skjema for å evaluere barna ved oppstart og ved avslutning av DUÅs foreldreprogram. Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI; Eyberg & Ross, 1978) er oversatt til norsk av Willy-Tore Mørch (1999) og

består av 36 test-ledd som omfatter ulike typer problematferd (for eksempel, slåss med søsken, lyver, stjeler) som skåres i forhold til problemintensitet (PI; 1= aldri til 7= alltid), og hvorvidt foreldrene oppfatter hver atferd som et problem eller ikke (PS; ja=1/nei=0). Skårene på skalaen bidrar til å vurdere hvilken type utfordringer som er mest til stede hos barnet, og hvilken atferd som oppleves som mest problematisk for foreldrene.

Målsetninger og målgruppe

Arbeidsmodellen i DUÅs foreldreprogram går ut på å redusere barns problematferd og fremme deres sosiale- og emosjonelle kompetanse ved å forbedre og styrke foreldres samspill med barna (Webster-Stratton & Reid, 2018). Målgruppen for DUÅs foreldreprogrammer er førskolebarn (3-6 år) og barn i skolealder (6-12 år).

DUÅs foreldreprogrammer kan tilrettelegges både på et universelt, selektert eller indikert nivå av problematferd. Det vil si at programmet kan brukes som et forebyggende tiltak eller som et behandlingstiltak for barn med moderate eller etablerte atferdsproblemer. Atferdsvanskene kan med andre ord være av mild eller alvorlig grad, samt at problemene kan ha vart over kortere eller lengre tid. Programmene kan tilpasses utover det ordinære tilbudet, for eksempel for etniske minoriteter, foreldre til barn med oppmerksomhets og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD), barn i autismespekteret og/ eller språkforstyrrelser eller familier med andre særskilte behov.

Det teoretiske grunnlaget for metoden

DUÅ-foreldreveiledning er kunnskaps- og evidensbasert, noe som innebærer at programmene tar utgangspunkt i forskningsbasert kunnskap om hva som har dokumentert effekt på barns atferdsproblemer, samt risiko og beskyttende faktorer. Spesifikt er DUÅs foreldreveiledning basert på

- sosial læringsteori, spesielt Pattersons teori om tvingende samspill («coercion theory», Patterson, 1982) som handler om hvordan negative foreldreegenskaper opprettholder og forsterker atferdsproblemer (Patterson m. fl., 1992)

- Banduras (1986) teorier om modellering og mestringssevne ("self-efficacy")
- Bowlbys og Ainsworths tilknytnings-teorier (Ainsworth m. fl., 1974; Bowlby, 1980).
- Piagets teori om utviklingsfaser og interaktive læringsmetoder (Piaget, 1962)
- teorier om hvordan foreldre kan påvirke hjernens utvikling (Belsky, 2005)
- kognitive strategier for å takle sinne og negative tanker (Beck, 1979; D'Zurilla & Neuzer, 1982)

Det første steget i programmene handler om å etablere en positiv relasjon mellom foreldre og barn gjennom lek og positiv oppmerksomhet. Forskning viser at barn med atferdsvansker ofte er en betydelig utfordring for foreldrene (Cavell m. fl., 2013; Hagen & Ogden, 2018), noe som kan bidra til et vanskelig samspill mellom voksne og barn. Kjernen i DUÅs foreldreveiledning er idéen om at barns atferd er et resultat av det daglige samspillet de har med andre (jf. Sosial læringsteori; Forgatch & DeGarmo, 1999). En konsekvens er fokuset på mellommenneskelige forhold og nødvendigheten av å forandre væremåte *både* hos foreldre og barn når uro og dårlig oppførsel utspilles i familien. Foreldrene fungerer som *endringssagenter*, og forbedring av samspillet mellom foreldre og barn vil føre til reduksjon i atferdsproblemer hos barnet.

Dokumentert kunnskap viser at gode foreldreferdigheter er en beskyttende faktor for problematferd hos barn. Negativ og inkonsekvent foreldrestil er derimot en risikofaktor som ofte fører til at den negative atferden akselerer og øker i intensitet. Patterson beskriver dette som «*the coercive process*» eller *tvingende samspill* som typisk opptrer i familier med barn med atferdsproblemer. Når foreldre skjønner, bruker trusler og gir negativ oppmerksomhet, vil barnet kunne reagere med økt trassig og aggressiv atferd (Patterson, 1982). Dermed utvikles en negativ og selvforsterkende spiral mellom foreldre og barn som fører til mer atferdsproblemer. I DUÅs foreldreveiledning lærer foreldre gode virkemidler som belønning og ros for å fremme positiv samhandling, samt metoder for positiv grensetting og korrigerende av negativ atferd (Webster-Stratton, 2007).

Videre lærer foreldrene ferdigheter for å erstatte fysisk straff med ikke- fysiske oppdragelsesferdigheter, positive virkemidler som å overse uønsket atferd, bruk av naturlige og arrangerte konsekvenser, avlede samt ferdigheter innen empatiutvikling og problemløsning. Målet er at det negative, fastlåste og tvingende samspillet blir erstattet med positive relasjoner, god utviklingsstøtte og strategier for positiv grensetting (Herbert & Webster-Stratton, 1994; Patterson m. fl., 1992). Videre undervises det i korrigering av uønsket atferd gjennom bruk av «tenkepause» (en form for «time-out») som reguleringsstøtte eller som konsekvens for svært dårlig atferd. Alle beskrevne elementer har vist seg å være effektive komponenter i foreldreveiledning. For mer informasjon om det teoretiske fundamentet i foreldreprogrammene vises det til Webster-Stratton & Reid (2010).

Implementeringsstrategier, kvalitetssikring og kostander

For å kunne ta i bruk DUÅs foreldreveiledning, må enheten der en arbeider søke om å få etablere programmet via en implementeringsavtale med det regionale kunnskapssenteret; RKBU eller RBUP (se www.dua.uit.no). Etableringen bør være solid forankret i ledelsen for å sikre at nok tid og ressurser er tilgjengelig for å implementere programmene. Videre vurderer DUÅs implementeringskontor om søkeren innfrir kravene som stilles for å kunne etablere programmet, blant annet i forhold til drift av grupper og obligatorisk veiledning, samt avklaring i forhold til andre etablerte programmer i området. Dersom søknaden godkjennes, tilbys organisasjonen kontrakt om samarbeid. DUÅs foreldreveiledning 3-12 år tilbys som universitetsutdanning i regi av Regionalt kunnskapssenter for barn og unge - Nord (RKBU Nord), UiT Norges Arktiske Universitet. Undervisningen foregår ulike steder i Norge, og veiledningene gjennomføres fortrinnsvis regionalt. Opplæring i DUÅs foreldreveiledning går over 3 semestre og gir 30 studiepoeng. Studiet har en tidsnormering på ca. 900 timer inkludert forarbeid, gjennomføring og evaluering av gruppesamlingene, samt veiledning og andre arbeidskrav. Organisasjonen får tilgang til en oppstartspakke som inneholder gruppeledermanual, vignetter tilhørende programmet, posters og det materielle som måtte tilhøre det

enkelte programmet. For DUÅs to barneprogram innbefatter dette også et sett med 6 hånd-dukker. Utdanningen bygger i stor grad på workshops, temabaserte samlinger og veiledning i små og store grupper som gir en praktisk overføringsverdi i forhold til reelle foreldregrupper under utdanningen og etterpå. Gjennom hele studieforløpet arbeider kandidaten med en egen pedagogisk mappe, hvor alle arbeidskravene samles. Den pedagogiske mappen er dokumentasjon på kandidatens profesjonelle utvikling og oppnådde kompetanse i løpet av utdanningen. Arbeidsmappen er grunnlaget for den avsluttende vurderingen og sertifisering som foreldregruppeleder innen DUÅ. Første foreldregruppe skal helst starte umiddelbart etter workshoppen og følges opp i et system av veiledning og oppfølging. Nye gruppeledere mottar én veiledning før gruppesammensetning, tre heldagsveiledninger i løpet av første gruppe, og to veiledninger under andre og tredje gruppe. Deretter gis det regelmessig veiledning. DUÅ har et eget mentor- og trainer system. Mentorene er strategisk plassert i RKBU/RBUP i de forskjellige regionene i Norge.

Kvalitetssikringen sørges for gjennom sertifiseringsordningen. Gruppelederne kan bli sertifiserte etter gjennomført minimum to foreldregrupper, jevnlig veiledning og deretter en påfølgende individuell vurdering. Sertifiseringen foregår etter søknad og gjennom grundig vurdering av videoanalyse av to gruppesamlinger, samt evalueringer foretatt av foreldre fra to grupper. En innstilling fra en norsk mentor blir deretter sendt til DUÅs hovedkontor i Seattle, USA, som foretar den endelige sertifiseringen. En «trainer» er utdannet av The Incredible Years (DUÅs) hovedkontor i Seattle og er kvalifisert til å lære opp nye mentorer. Mentortreningen følger en prosedyre der "mentor-in-training" trener sammen med en trainer gjennom fire workshops, som avsluttes med en solo-workshop der det gjøres videoopptak, som deretter vurderes. Mentorene har årlige mentormøter med programutvikler samt nasjonale mentormøter (fire ganger i året) der mentorene oppdateres om nyheter, trener på løsninger av faglige dilemmaer og diskuterer videreutvikling av implementerings- og kvalitetssikringssystemet. I tillegg gjennomfører DUÅ en årlig spørreskjema-

undersøkelse med formål å undersøke status for DUÅ i hver enkelt organisasjon.

De Utrolige Årene finansieres av Helse- direktoratet via de regionale kunnskaps- sentrene RKBU Nord, RKBU Midt-Norge og RKBU Vest. Organisasjonene må selv dekke utgiftene i forbindelse med reise og opphold for å delta i workshopene.

Problemstilling for artikkelen

Formålet med denne artikkelen er å undersøke om DUÅs foreldretreningprogrammer for førskolebarn (3-6 år) og skolebarn (6-12 år) kan antas å være virksomme i vanlig praksis i Norge. For å belyse denne problemstillingen har vi gjennomgått relevant forskningslitteratur med vekt på resultater fra Norge og andre nordiske land. Hensikten var å kartlegge programmenes virkning gjennom å vurdere studienes kvalitet og rapporterte effektstørrelser.

Metode

Litteratursøk ble gjort i databasene Embase, Medline, Psykinfo, og scholar.google den 27.02.18. I tillegg har vi fått tilsent tiltakssøk fra Ungsinn den 15.05.2017. Etter denne perioden har det kommet til én studie (Karjalainen m. fl., 2019) som også er blitt inkludert i oversikten. Forfattere vurderte relevansen til forsknings- artiklene uavhengig av hverandre ut fra sammendragene til de identifiserte publika- sjonene. Basert på Ungsinn sine inklusjons- kriterier endte vi opp med to kategorier kvantitativ forskningslitteratur: 1) Nordiske studier og 2) Meta-studier.

DUÅs foreldreprogrammer for førskolebarn og skolebarn har tidligere blitt beskrevet og evaluert i Ungsinn (Martinussen, 2009). Denne artikkelen er dermed en oppdatert gjennomgang av DUÅs foreldreprogrammer, som tar utgangspunkt i de nye kriteriene og retningslinjene som foreligger (Martinussen m. fl., 2016).

Resultater

Resultater fra litteratursøk

Gjennomgangen av litteratursøket resulterte i til sammen 12 artikler. Tre studier var inter- nasjonale meta-analyser, mens 9 artikler var fra

nordiske land, derav tre fra Norge. I denne kunnskapsoversikten valgte vi å legge vekt på de nordiske studiene, fordi vi antar at disse studiene har særlig stor overføringsverdi til norske forhold.

Gjennomgang av beskrivelser

DUÅs foreldreprogrammer for førskole- og skolebarn er godt beskrevet gjennom håndbøker, manualer og annet materiell. Her beskrives strukturen i tiltakene, teoretiske modeller og metoder for positivt foreldreskap. I tillegg finnes det en stor mengde relevant litteratur tilgjengelig på internett, deriblant i form av brosjyrer, forskning, nett-baserte forelesninger og present- asjoner (se www.dua.uit.no). Brosjyrer formidler programmets målgruppe og innhold på flere språk, noe som gjør tiltaket tilgjengelig for en stor del av den norske befolkningen. Målgruppe og formål med tiltaket kommer tydelig fram i beskrivelsen og omfatter foreldre til barn som viser ulike nivå og omfang av problematferd. DUÅs foreldreprogrammer er solid forankret i etablerte psykologiske teorier (sosial lærings- teori, tilknytningsteorier og teorier om model- lering). Tiltakene er godt organiserte og strukturerte, og opplæringen kvalitetssikres ved en sertifiseringsordning. Den samlede be- skrivelsen av DUÅs foreldreprogrammer er presentert i tabell 1.

Problembeskrivelse, målgruppe og hovedmål for tiltaket er tydelig beskrevet i boken som følger opplæringen og i heftet om formidlings- pedagogikk. Kvalifikasjonskrav for å bli gruppe- leder er godt beskrevet. Innholdet i hver gruppesamling og hvordan deltakerne skal arbeide med de ulike temaene er godt beskrevet. Mulighet for tilrettelegging av progresjon for gruppen er derimot beskrevet i liten grad. Rutiner for inntaksvurderinger, råd om praktisk gjennomføring av opplæringen, oversikt over presentasjonene som gis i samlingene samt tilleggsmateriell er beskrevet i heftet. Det er ikke utviklet en egen implementeringsveileder, men det beskrives noe i manualen om strategier for spredning.

Tabell 1. Vurdering av beskrivelsen av DUÅs foreldreprogram.

| Dimensjoner i Beskrivelsen | Ikke beskrev et | Noe beskrev et | Godt beskrev et |
|---|-----------------------|----------------------|-----------------------|
| 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 |

Nordiske effektstudier

Varianter av DUÅs foreldreprogrammer har vært utprøvd i flere nordiske land, både på kliniske utvalg og normalutvalg. Vi identifiserte 9 artikler, som vist i tabell 2.

I Sverige undersøkte Axberg og kollegaer (2007) effekten av DUÅ foreldre-programmer med et enkelt pre-posttest design. Foreldre av 113 barn i alderen 3-9 år med klinisk vurderte atferdsproblemer ble rekruttert gjennom ulike kliniske settinger. I en påfølgende studie gjorde Axberg og Broberg (2012) en randomisert kontrollert studie (RCT) på 62 foreldre med barn i alderen 4 til 8 år, med randomisering til DUÅs foreldreprogram og ventelistekontroll. Barna møtte kriteriene for opposisjonell atferdsforstyrrelse i henhold til DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000). Dette er beskrevet som en «effectiveness-studie» der tiltaket ble gjennomført under ordinære betingelser.

I en tredje svensk studie gjorde Stattin og kolleger (2015) en omfattende test av behandlingseffekter i en randomisert kontrollert effektivitetstudie hvor DUÅs foreldreprogrammer var én av fire foreldretreningssystemer som ble sammenlignet med en venteliste kontrollgruppe. Totalt deltok 749 foreldre i en av de fire foreldretreningssystemene, hvorav 122 deltok i DUÅ mens 159 foreldre utgjorde kontrollgruppen. Ved

behandlingsstart var den mest vanlige diagnosen blant barna ADHD (48%) etterfulgt av allergier/astma (25%). Basert på data fra samme forskningsstudie undersøkte Högström og kolleger (2017) langtidseffekter av de samme fire foreldretreningssystemene over to år.

I Danmark undersøkte Trillingsgaard og kolleger (2014) effektene av DUÅ foreldreprogram i et utvalg på 36 familier. I denne utprøvingen var intervensjonen spesielt tilpasset behovene til barn med utfordringer knyttet til ADHD. Familier ble rekruttert via telefoniske inntaksintervjuer som kartla grad av ADHD-problematikk, men uten diagnostisering. Som sammenligningsgruppe ble det brukt data fra en amerikansk "efficacy" studie (Webster-Stratton m. fl., 2011).

I Norge er det blitt gjennomført én studie på klinisk diagnostiserte grupper (Larsson m. fl., 2009). I denne oversikten har vi inkludert tre publikasjoner fra studien som dreier seg om behandlingseffekt. Forskningsstudien omfatter også andre publikasjoner på samme data-materiale som enten beskriver kjennetegn ved deltagerne (Drugli m. fl., 2010), moderatorer og mediatorer for effekt (Fossum m. fl., 2009), eller komparative effekter i forhold til andre foreldretreningstiltak (Fossum m. fl., 2014). Innholdet og datatilfanget i disse artiklene er overlappende med hovedstudien og de er derfor ikke inkludert i vår oversikt.

I hovedpublikasjonen fra studien ble effekten av foreldreveiledningsprogrammet undersøkt ved et RCT design hvor deltakerne var foreldre av 127 barn i alderen 4-8 år, rekruttert fra to barnpsykiatriske poliklinikker (Trondheim: $n = 98$ og Tromsø: $n = 29$). Barna var diagnostisert med adferdsforstyrrelser (enten ODD eller conduct disorder; CD), og respondentene ble tilfeldig fordelt på tre grupper. En gruppe mottok bare foreldreveiledningsprogrammet, én gruppe mottok både foreldreveiledningsprogrammet og DUÅ barneprogram (Dinosauerskolen), og én gruppe utgjorde venteliste-kontrollgruppen. Barna i de tre gruppene ble undersøkt før og like etter deltakelse i gruppetilbudet. De to gruppene som mottok behandling, ble også fulgt opp etter ett år.

Basert på samme forskningsstudiet undersøkte Drugli og Larsson (2006) generaliseringseffekter av DUÅ- foreldreveiledning i forhold til problematferd i skole- og barnehagekontekst. De sammenlignet DUÅs foreldreprogram med DUÅ foreldreprogram + Dinosaurskolen blant de samme 127 barna.

I en tredje publikasjon fra samme studie undersøkte Drugli, Fossum, Larsson & Mørch (2010) om behandlingsutfallet av DUÅ foreldreprogram ble opprettholdt fem til seks år etter

behandlingsslutt. Denne studien fokuserte særlig på andelen med ODD diagnose og prediktorer for diagnose fem år etter avsluttet behandling.

I Finland utførte Karjalainen m. fl. (2019) en RCT med 102 barnevernsbarn med atferdsproblemer i alderen 3 til 7 år. En gruppe mottok DUÅ foreldreprogram ($n=50$), mens sammenligningsgruppen fikk behandling som vanlig (treatment as usual).

Tabell 2. Inkluderte nordiske effektstudier.

| Artikkel | Forskningsdesign | Deltakere | Karakteristika ved utvalget | Måletidspunkter |
|-------------------------------|--|-----------|---|--|
| (Axberg & Broberg, 2012) | Sverige, RCT med før og etter måling av DUÅ og venteliste kontrollgruppe | $n = 62$ | Gutter i alderen 4-8 år med ODD | Før og etter intervensjon og ett års oppfølging |
| (Axberg m. fl., 2007) | Sverige, før og etter måling av intervensjonsgruppe | $n = 113$ | Barn i alderen 3-9 år med atferdsproblemer | Før og etter intervensjon |
| (Drugli m. fl., 2010) | Norge, RCT, med før og etter design over tre ulike grupper (ventelistekontroll og to varianter av DUÅ) | $n = 99$ | Barn 4-8 år diagnostisert med enten ODD eller CD | Før og etter intervensjon og oppfølging fem til seks år etter intervensjon |
| (Drugli & Larsson, 2006) | Norge, RCT, med før og etter design over tre ulike grupper (ventelistekontroll og to varianter av DUÅ) | $n = 127$ | Barn 4-8 år diagnostisert med enten ODD eller CD | Før, etter og oppfølging ett år etter behandling |
| (Högström m. fl., 2017) | Sverige (sentral og sør), RCT, før og etter design over to år, mellom DUÅ og tre andre foreldretreningsprogram | $n = 122$ | Barn (3–12 år), rekruttert via informasjonsmøter for foreldre i kontakt med hjelpeapparatet | Før og etter intervensjon og to års oppfølging |
| (Karjalainen m. fl., 2019) | Finland, RCT med før og etter design med intervensjonsgruppe og kontrollgruppe | $n = 98$ | Barn 3-7 år, med atferdsproblemer | Før og etter intervensjon |
| (Larsson m. fl., 2009) | Norge, RCT, med før og etter design over tre ulike grupper (ventelistekontroll og to varianter av DUÅ) | $n = 127$ | Barn 4-8 år, diagnostisert med enten ODD eller CD | Før og etter intervensjon og ett års oppfølging |
| (Stattin m. fl., 2015) | Sverige, RCT med før og etter design DUÅ, tre andre programmer og ventelistekontroll | $n = 281$ | Barn (3–12 år), rekruttert via informasjonsmøter for foreldre i kontakt med hjelpeapparatet | Før og etter intervensjon |
| (Trillingsgaard m. fl., 2014) | Danmark, før og etter måling av DUÅ gruppen, sammenligning med amerikansk normutvalg | $n = 36$ | Barn 3-8, delvis kartlagt for ADHD, gjennomsnittsalder 6,4 år | Før og etter intervensjon og ett års oppfølging |

Forskningsmetodisk kvalitet og effekter

Den metodiske vurderingen av de 9 nordiske studiene er presentert i tabell 3. Kvaliteten på studien av Stattin m. fl (2015) vurderes som noe høyere enn de øvrige studiene fordi dette er den eneste studien som ivaretar designeffekter knyttet til eksisterende klynger, har ett tydelig «intention to treat» (ITT) perspektiv, har analyser av frafall og har tilstrekkelig statistisk styrke til å oppdage små effekter. De øvrige studiene får lavere vurdering blant annet på grunn av manglende analyse av frafall (Drugli & Larsson, 2006; Larsson m. fl., 2009; Trillingsgaard m. fl., 2014), manglende ITT perspektiv (Drugli m. fl., 2006; Drugli m. fl., 2010; Trillingsgaard m. fl., 2014), svak statistisk styrke til å oppdage små effekter (Trillingsgaard m. fl., 2014), ingen prosedyrer for manglende data eller manglende hensyn til eventuelle design-effekter.

Statistiske analyser

Et viktig spørsmål er om analysene er tilpasset problemstillingen, og dermed om de gir relevante svar for å kunne påvise behandlingseffekt. Et annet viktig moment er hvorvidt statistikken som er valgt er påvirket av størrelsen på utvalget, og om det er brudd på statistiske forutsetninger.

Analysar: De inkluderte studiene bruker godt dokumenterte parametriske analyser, enten i form av t-test av parvise målinger (Axberg m. fl., 2007; Trillingsgaard m. fl. 2014), variansanalyse for repeterte målinger (Drugli & Larsson, 2006; Karjalainen m. fl., 2019), ANCOVA med bruk av pre-test som kovariat (Larsson m. fl., 2009; Axberg & Broberg, 2012), latente differanse-skårer (Stattin m. fl., 2015), eller multi-gruppe latente vekstkurveanalyser (Högström m. fl., 2017). Disse metodene er godt egnet til å påvise behandlingseffekter for gjeldende design og utvalgsstørrelser.

Frafallanalyser: Fem av de 9 studiene inkluderer frafallsanalyser (Axberg m. fl., 2007; Axberg & Broberg, 2012; Drugli m. fl., 2010; Högström m. fl., 2017; Stattin m. fl., 2015) ved å sammenligne baseline karakteristika for de som fullfører med de som dropper ut av studien. I studiene av pre-post forskjeller var studienes frafall som regel lav. Ved langtidsoppfølginger var det imidlertid større variasjon. For eksempel melder Larsson m.

fl. (2009) om et frafall på $n = 9$ (ca. 7%) ett år etter behandlingsslutt, mens Högström m. fl. (2017) angir 29 % frafall ($n = 35$). I den norske 5-års oppfølgingsstudien av Drugli og kollegaer (2010) var antall respondenter kraftig redusert ($n = 54$, 54.5%) i forhold til den opprinnelige studien ($n = 127$).

Intention-to-treat: Et flertall av studiene følger «intention-to-treat» (ITT) prinsippet, det vil si at analyser blir utført på alt av tilgjengelige data, ikke bare på de som fullfører intervensjonen. Av studiene som fulgte ITT hadde tre (Axberg m. fl., 2007; Axberg & Broberg, 2012; Stattin m. fl., 2015) brukt enkle imputeringsstrategier av typen «last - observation - carried- forward» (LOCF). LOCF har vært en mye brukt strategi i behandlingforskning, men metoden kan gi bias (Jones & Saha, 2009). I to andre studier (Högström m. fl., 2017; Larsson m. fl., 2009) brukte forskerne modell-basert imputering. Larsson m. fl. (2009) imputerte manglende verdier med bruk av en regresjonsbasert prosedyre (Bingham m. fl., 1998). Den mest avanserte og fleksible ITT- metoden ble brukt av Högström m. fl. (2017), som brukte EM algoritmer og «full information maximum likelihood» (FIML). Tre av studiene (Drugli m. fl., 2006; Drugli m. fl., 2010; Trillingsgaard m. fl., 2014), baserer seg på «complete-case» analyser, og følger dermed ikke ITT. Complete-case analyser forutsetter at data mangler fullstendig tilfeldig, noe som sjeldent er gyldig (Allison, 2001). Generelt har altså studiene vært tilbakeholdne med å bruke moderne metoder for å ivareta frafall i data.

Utvalgsstørrelse: Utvalgsstørrelsen varierer betydelig mellom studiene, fra $n = 36$ (Trillingsgaard m. fl., 2014) til $n = 281$ (Stattin m. fl., 2015). Det betyr at den realiserte statistiske styrken for å kunne oppdage en svak behandlingseffekt også varierer.

Nullhypotesetesting: Utgangspunktet for 8 av de 9 studiene er konvensjonell null-hypotesetesting. Trillingsgaard m. fl. (2014) skiller seg fra de øvrige studiene ved at formålet i studien er å vise om to behandlingsvarianter er like gode.

Tabell 3. Skåring av forskningsmetodisk kvalitet.

| Studie | Statistiske analyser | Måling | Indre validitet | Tro mot tiltaket | Ytre validitet | Gj.snitt |
|------------------------------|----------------------|--------|-----------------|------------------|----------------|----------|
| Axberg m. fl. (2007) | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2.6 |
| Axberg & Broberg (2012) | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3.2 |
| Drugli & Larsson (2006) | 2 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Drugli, Fossum m. fl. (2010) | 3 | 4 | 2 | 3 | 2 | 2.8 |
| Högström m. fl. (2017) | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3.4 |
| Karjalainen m. fl. (2019) | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3.2 |
| Larsson m. fl. (2009) | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3.2 |
| Stattin m. fl. (2015) | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3.8 |
| Trillingsgaard m. fl. (2014) | 2 | 4 | 2 | 3 | 2 | 2.6 |

Note. Ikke rapportert eller undersøkt = 0; Dårlig/utilfredsstillende = 1; Tilfredsstillende = 2; Godt = 3; Svært godt = 4.

Ettersom to antatt virksomme tiltak ble sammenlignet kunne det være hensiktsmessig med ekvivalenstesting snarere enn tradisjonell nullhypotesetesting. Dersom formålet med studien (Trillingsgaard m. fl., 2014) var å vise at DUÅs foreldreprogram hadde like gode effekter i Danmark som i USA ville det være relevant å gjøre ekvivalenstester (Lakens, 2017).

Korrelerede effekter: Deler av DUÅ blir gjennomført i foreldregrupper og i ulike klinikker og lokalsamfunn. Gruppeformatet skaper korrelerede effekter for de som deltar i samme gruppe. Korrekte p-verdier kan oppnås ved å inkludere informasjon om gruppe i analysen, som demonstrert i Sterba (2017). Det er kun én av studiene som ivaretar problemet med korrelerede effekter. Stattin og kolleger (2015) beregnet intraklasse-korrelasjoner for å fastslå effekten av foreldregrupper, lokalsamfunn og region. Studien fant en intraklasse-korrelasjon på 0,06 for foreldregruppe, 0,08 for lokalsamfunn og 0,01 for region. Basert på denne informasjon valgte forskerne å justere alle analyser for designeffekt av lokalsamfunn. De øvrige 8 inkluderte tiltaksstudiene har i liten grad tatt hensyn til korrelerede effekter innen grupper.

Målinger og måleinstrumenter

Kartleggingsinstrumentene som ble mest brukt for å måle problematferd var Eyberg Child

Behavior Inventory scale (ECBI; Eyberg & Ross, 1978) og Child Behavior Check List (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2000). ECBI består av 36 testledd som omfatter ulike typer problematferd, og som skåres i forhold til intensitet (PI) og hvorvidt foreldre oppfatter hver atferd som et problem eller ikke, problemomfang (PS). Intensitetsskalaen måler frekvensen av problematferd hos barnet på en Likert-skala fra 1(aldri) til 7(alltid), mens problemskalaen består av dikotome svarkategorier (ja/nei) som angir hvorvidt en forelder anser atferdene som et problem eller ikke. Ulike versjoner av instrumentet har blitt testet i både norske og nordiske studier (Axberg m. fl., 2008; Hukkelberg m. fl., 2016; Reedtz m. fl., 2008). I tillegg er norske normdata blitt publisert (Reedtz m. fl., 2008).

CBCL er et kartleggingsinstrument som tar for seg ulike problem- og kompetanseområder hos barn og ungdom. Instrumentet består av 100 eller 120 utsagn som skal besvares på en skala fra 0 til 2 (0 = stemmer ikke, 1 = stemmer delvis eller noen ganger, 2 = stemmer veldig bra eller ofte). Det er publisert norske og samiske normdata; Kvernmo & Heyerdahl, 1998; for CBCL (Gjone, 1995; Javo, 2000; Jozefiak, 2009 Nøvik, 1999). Både CBCL og ECBI har et omfattende og grundig dokumentasjonsgrunnlag, og begge anses som valide og reliable måleinstrumenter. Ytterligere informasjon om CBCL og ECBI finnes på nett-

stedet til Psyktest- barn (<https://psyktestbarn.r-bup.no/no>; Se Jozefiak & Kornør, 2012; Martinussen & Reedtz, 2011).

Positive og negative foreldrepraksiser før og etter intervensjon ble i flere studier målt ved bruk av Parenting Practices Interview (PPI; Hammond & Webster-Stratton, 1998). PPI består av 72 spørsmål som måler syv ulike foreldrepraksiser (unødig streng disiplin, streng for alderen, inkonsistent disiplin, passende disiplin, positiv foreldrepraksis, klare forventninger og monitoring). Foreldre svarer på en skala fra 1 (aldri) til 7 (alltid) hvorvidt de bruker ulike typer foreldreatferd. PPI er oversatt til norsk og brukt i en rekke intervensjoner som har endring av foreldrepraksis som mål (Fossum m. fl., 2009; Kjøbli m. fl., 2013; Kjøbli & Ogden, 2014; Larsson m. fl., 2009). Studier viser at foreldrepraksiser målt med PPI generelt har vist god reliabilitet og validitet.

Målingene er i hovedsak basert på foreldrenes vurderinger. Dette er assosiert med en rekke ulemper som bør tas i betraktning når man vurderer resultatene. Ensidig rapportering fra én kilde er assosiert med såkalt «common method bias», det vil si at data kan bli påvirket av målefeil knyttet til den ene kildens tendens til å svare i den ene eller andre retning på skalaen. Dette kan føre til resultatskjevhet. Videre vet man at foreldres rapportering av barns atferd ofte er reaktive, at de reflekterer hva foreldrene føler mer enn hva barnet faktisk gjør (Patterson m. fl., 1992). Dette viser seg blant annet gjennom studier som viser diskrepans mellom barns egne rapporteringer og foreldrenes rapporteringer (Garber & Korelitz, 2016). Det er derfor en klar fordel å samle inn data fra flere kilder, både når det gjelder barns atferd og foreldrepraksis.

Effekter

Tabell 4 og 5 presenterer effektstørrelser fra de ulike studiene uttrykt som Cohen's d ved henholdsvis post måling, og oppfølging ett år etter behandling. De fleste av studiene har estimert effekter på problematferd hos barnet ved hjelp av CBCL eller ECBI, mens noen av studiene i tillegg har målt foreldreatferd ved bruk av PPI. Tabellene grupperer effektstørrelsene etter type utfall fordelt på problemintensitet, problemomfang, og foreldreatferd. For å kunne

sammenligne har vi lagt vekt på foreldres rapporterte bruk av unødig streng disiplin, samt bruk av ros og belønning.

Problematferd: I Axberg m. fl. (2007) viste gruppen som fikk DUÅ foreldreprogram en signifikant reduksjon fra pre til post i eksternaliserende problematferd (CBCL) basert på mors rapportering (Cohen's $d = 0,44$), og fars rapportering ($d = 0,39$).

Axberg og Broberg (2012) fant at gruppen som fikk DUÅ foreldreprogram viste en betydelig større nedgang i problematferd sammenlignet med venteliste-gruppen (Cohen's $d = 1,17$ på Eyberg problemintensitet og Cohen's $d = 1,26$ for Eyberg problemomfang). Lærerrapporterte endringer var imidlertid mindre og ikke-signifikante (Cohen's $d = 0,18$ for problemintensitet og Cohen's $d = 0,27$ for problemomfang). Til tross for randomisering til gruppe hadde tiltaksgruppen betydelig høyere problem-skåre ved pretest, og en kan derfor ikke utelukke at effektstørrelsen til en viss grad reflekterer «regresjon mot gjennomsnittet» i behandlingsgruppen i tillegg til behandlingseffekten.

Stattin m. fl. (2015) fant at gruppen som fikk DUÅ foreldreprogram hadde en bedring i Eyberg problemintensitet på Cohen's $d = 0,42$ og en bedring i Eyberg problemomfang på Cohen's $d = 0,35$ sammenlignet med kontrollgruppen.

Med bruk av data fra samme studie analyserte Högström m. fl. (2017) innomgruppe endring frem til to år etter avsluttet behandling. For de som fikk DUÅ var det ingen signifikant endring mellom etter- og oppfølgingsmålingen to år etter avsluttet behandling, som gir en viss støtte for at effekten av tiltaket ble opprettholdt. Fra før behandling til like etter behandling var det en statistisk signifikant reduksjon i problemintensitet (Cohen's $d = 1,51$) og problemomfang (Cohen's $d = 0,80$).

Fra før behandling til to år etter behandling var det en statistisk signifikant reduksjon i problemintensitet (Cohen's $d = 1,32$) og problemomfang (Cohen's $d = 0,91$). DUÅ foreldreprogram var imidlertid ikke signifikant bedre enn øvrige foreldretreningensprogrammer (Comet, Cope, Connect).

Tabell 4. Oversikt over effektstørrelser (Cohen's d) ved post måling.

| Utfall | Skala | d | Sig. | Sammenligning |
|------------------------------|-----------------------------|-------------|------|---------------|
| Primærutfall | | | | |
| Problemintensitet | | | | |
| Axberg og Broberg (2012) | Eyberg PI | 1,17 | ** | W+B |
| Axberg m. fl. (2007) | CBCL externalizing, mor | 0,44 | *** | W |
| Axberg m. fl. (2007) | CBCL externalizing, far | 0,39 | *** | W |
| Högström m. fl. , (2017) | Eyberg PI | 1,51 | *** | W |
| Karjalainen m. fl.(2019) | Eyberg PI | 0,26 | ns | W+B |
| Larsson m. fl. (2009) | Eyberg PI, mor | 0,65 | * | B |
| Larsson m. fl. (2009) | Eyberg PI, far | 0,80 | * | B |
| Stattin m. fl. (2015) | Eyberg PI | 0,42 | * | W+B |
| Trillingsgaard m. fl. (2014) | Eyberg PI | 1,30 | *** | W |
| Uvektet gjennomsnitt | . | 0,77 | | |
| Problemalvorlighet | | | | |
| Axberg og Broberg (2012) | Eyberg PS | 1,26 | ** | W+B |
| Högström mfl , 2017 | Eyberg PS | 0,80 | *** | W |
| Karjalainen m. fl. (2019) | Eyberg PS | 0,76 | ** | W+B |
| Larsson m. fl. (2009) | Eyberg PS, mor | 0,47 | ns | B |
| Larsson m. fl. (2009) | Eyberg PS, far | 0,75 | * | B |
| Stattin m. fl. (2015) | Eyberg PS | 0,27 | * | W+B |
| Trillingsgaard m. fl. (2014) | Eyberg PS | 1,40 | *** | W |
| Uvektet gjennomsnitt | . | 0,82 | | |
| Foreldreferdigheter | | | | |
| Unødig streng disiplin | . | . | . | . |
| Högström m. fl , 2017 | PPI Harsh discipline | 0,67 | *** | W |
| Karjalainen m. fl. (2019) | PPI Harsh discipline | 0,83 | *** | W+B |
| Larsson m. fl. (2009) | PPI Harsh discipline, mor | 0,61 | * | B |
| Larsson m. fl. (2009) | PPI Harsh discipline, far | 0,82 | ns | B |
| Stattin m. fl. (2015) | PPI Harsh discipline | 0,28 | * | B+W |
| Trillingsgaard m. fl. (2014) | PPI Harsh discipline | 1,00 | *** | W |
| Uvektet gjennomsnitt | . | 0,70 | . | . |
| Ros og belønning | | | | |
| Högström mfl , 2017 | PPI Praise | 0,30 | *** | W |
| Karjalainen m. fl. (2019) | PPI Praise | 0,56 | ** | W+B |
| Larsson m. fl. (2009) | PPI Positive parenting, mor | 1,44 | * | B |
| Larsson m. fl. (2009) | PPI Positive parenting, far | 2,24 | * | B |
| Stattin m. fl. (2015) | PPI Praise | 0,30 | * | B+W |
| Trillingsgaard m. fl. (2014) | PPI Praise | 1,50 | *** | W |
| Uvektet gjennomsnitt | . | 1,06 | | |

Note. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. W = Innomgruppe - endring pre-post; B Mellomgruppe - forskjell ved postmåling; W+B innomgruppe og mellomgruppe - forskjell i endring pre-post. Effektstørrelser er vurdert som små når $d = 0,20-0,49$, medium når $d = 0,50-0,79$, og stor når $d \geq 0,80$ (Cohen, 1988).

Tabell 5. Oversikt over effektstørrelser ved oppfølging ett år etter behandling.

| Primærutfall | Skala | d | Sig. |
|-------------------------------|-----------------------------|------|------|
| Problemintensitet | . | . | . |
| Högström m. fl. (2017) | Eyberg PI | 1,32 | *** |
| Trillingsgaard m. fl. (2014) | Eyberg PI | 1,6 | * |
| Larsson m. fl. (2009) | Eyberg PI, mor | 1,5 | IT |
| Larsson m. fl. (2009) | Eyberg PI, far | 1,23 | IT |
| Problemomfang | . | . | . |
| Högström m. fl. (2017) | Eyberg PS | 0,91 | *** |
| Trillingsgaard m. fl. (2014) | Eyberg PS | 1,6 | *** |
| Larsson m. fl. (2009) | Eyberg PS, mor | 1,68 | IT |
| Larsson m. fl. (2009) | Eyberg PS, far | 1,3 | IT |
| Unødig streng disiplin | . | . | . |
| Högström m. fl. (2017) | PPI Harsh discipline | 0,61 | *** |
| Larsson m. fl. (2009) | PPI Harsh discipline, mor | 0,68 | IT |
| Larsson m. fl. (2009) | PPI Harsh discipline, far | 0,51 | IT |
| Ros og belønning | . | . | . |
| Högström m. fl. (2017) | PPI Praise | 0,02 | NS |
| Larsson m. fl. (2009) | PPI Positive parenting, mor | 1,07 | IT |
| Larsson m. fl. (2009) | PPI Positive parenting, far | 1,29 | IT |

Note. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. NS ikke signifikant. a. To års oppfølging. IT = forfatterens beregning, ikke signifikantestet.

I Trillingsgaard m. fl. (2014) ble det i behandlingsgruppen observert en statistisk signifikant nedgang i Eyberg problemintensitet (Cohen's $d = 1,4$) og problemomfang (Cohen's $d = 1,3$). Endringen i behandlingsgruppen var ikke statistisk signifikant forskjellig fra endringen som ble observert i den amerikanske effektstudien. Ved oppfølgingstidspunktet ett år etter behandling var nedgangen opprettholdt for både problemintensitet (Cohen's $d = 1,6$) og problemomfang (Cohen's $d = 1,6$).

I den finske studien (Karjalainen, m. fl., 2019) viste de som fikk DUÅ en statistisk signifikant sterkere reduksjon fra pre- til post- måling i problemomfang (Cohen's $d = 0,76$) sammenlignet med kontrollgruppen. For problemintensitet var forskjellen i endring ikke signifikant (Cohen's $d = 0,26$).

I den norske hovedstudien (Larsson m. fl., 2009) hadde gruppene som mottok behandling bedre utfall på problemintensitet og problemomfang enn kontrollgruppen etter behandling. Forskjellen mellom de som fikk DUÅ og

kontrollgruppen var statistisk signifikant for både mor og fars rapportering av problemintensitet (Cohen's $d_{\text{mor}} = 0,65$; Cohen's $d_{\text{far}} = 0,80$). For rapportert problemomfang var forskjellen mellom behandlingsgruppen og kontrollgruppen kun statistisk signifikant for fars rapportering (Cohen's $d_{\text{mor}} = 0,47$; Cohen's $d_{\text{far}} = 0,75$). Det var ingen signifikante forskjeller mellom de to gruppene som mottok ulike varianter av tiltaket (DUÅ vs. DUÅ + Dinosurskolen).

Drugli m. fl. (2006) studerte generaliserings-effekter til skole/barnehage. Barn som hadde mottatt kombinert foreldreveiledning og behandling i DUÅ barnegruppe viste en reduksjon i aggressiv atferd, men forskjellen ble ikke opprettholdt ett år etter behandling, rapportert av lærere. For de som kun hadde fått DUÅ foreldreprogram var det ingen statistisk signifikant bedring i aggressiv atferd på skole/barnehage etter behandling.

Langtidseffekter: Drugli m. fl. (2010) fant at blant barna som ble målt fem-seks år etter avsluttet

behandling, hadde antallet med ODD diagnose sunket fra 100% til 31.5%, mens antallet barn med CD var redusert fra 18.9% til 9.3 %. Andelen som var fri for ODD-diagnose etter behandling ble dermed opprettholdt over lang tid.

Foreldreferdigheter. Foreldreferdigheter målt med PPI var inkludert i 5 av studiene (Högström m. fl., 2017; Karjalainen m. fl., 2017; Larsson m. fl., 2009; Stattin m. fl., 2015; Trillingsgaard m. fl., 2014). Stattin m. fl. (2015) fant en økning i foreldrenes bruk av belønning (Cohen's $d = 0,30$) og en reduksjon i unødige streng foreldreatferd (Cohen's $d = 0,28$) sammenlignet med kontrollgruppen.

Basert på samme hovedstudie som Stattin m. fl. (2015) rapporterte Högström m. fl. (2017) effektstørrelse i form av innom-gruppe endring for de som fikk DUÅ. Gruppen som fikk DUÅ hadde en nedgang i bruk av unødige streng disiplin (Cohen's $d = 0,67$), og en oppgang i bruk av ros og belønning (Cohen's $d = 0,30$). Ved to års oppfølging var endringen opprettholdt for unødige streng disiplin (Cohen's $d = 0,61$), men ikke for ros og belønning (Cohen's $d = 0,02$).

Trillingsgaard m. fl. (2014) rapporterte mindre bruk av unødige streng oppdragerstil (Cohen's $d = 1,0$) og mer bruk av positiv belønning blant foreldre som fikk DUÅ (Cohen's $d = 1,5$). Sammenlignet med den amerikanske effektstudien var effekten på positiv belønning sterkere i den danske studien. Effekten på bruk av unødige streng oppdragerstil var ikke statistisk signifikant forskjellig i det danske og amerikanske utvalget.

I studien fra Karjalainen m. fl. (2019) viste de som fikk DUÅ en statistisk signifikant større økning i bruk av ros (Cohen's $d = 0,56$) og belønning (Cohen's $d = 0,57$), og en større nedgang i bruk av unødige streng disiplin (Cohen's $d = 0,83$) enn kontrollgruppen.

Larsson m. fl. (2009) fant at foreldrene som fikk DUÅ hadde statistisk signifikant økt bruk av positive oppdragerstil sammenlignet med kontrollgruppen (Cohen's $d_{\text{mor}} = 1,44$; Cohen's $d_{\text{far}} = 2,24$). Bruk av unødige streng oppdragerstil var statistisk signifikant lavere for mor (Cohen's $d = 0,61$), men ikke for far (Cohen's $d = 0,82$) for

gruppen som deltok i DUÅ foreldreprogram sammenlignet med kontrollgruppen.

Indre validitet

Blant studiene vi inkluderte er det både eksempler på randomiserte kontrollerte forsøk og kvasi-eksperimentelle design. Typiske faktorer som kan true indre validitet er tredjevariabler, modning og selektivt frafall.

Studier uten randomisert allokering til gruppe er Axberg m. fl. (2007) og Trillingsgaard m. fl. (2014). For disse studiene vil det være mulige tredjevariabler som påvirker forskjellen mellom gruppene. Axberg m. fl. (2007) mangler sammenligningsgruppe og resultatene er kun en evaluering basert på før- og etter-målinger. Det innebærer at testen ikke sier noe om effekten av selve tiltaket, kun at det var en reduksjon i vansker i løpet av tiltaket. Trillingsgaard m. fl. (2014) estimerte behandlingseffekter ved hjelp av en normgruppe. Den indre validiteten er imidlertid uklar ettersom det ikke ble randomisert til tiltak og sammenligningsgruppe. Sammenligning med den amerikanske normgruppen er relevant, men gir ikke kunnskap om effekten av DUÅ foreldreprogram i en dansk kontekst, ettersom sammenligningsbetingelsene (per definisjon) ikke er ekvivalente.

Studiene med randomisert allokering til gruppe har i stor grad kontroll på observerte og uobserverte tredjevariabler, selv om det i små utvalg likevel kan oppstå systematiske forskjeller mellom gruppene. Syv av studiene (Axberg & Broberg, 2012; Drugli m. fl., 2010; Drugli & Larsson, 2006; Högström m. fl., 2017; Karjalainen m. fl., 2019; Larsson m. fl., 2009; Stattin m. fl., 2015) brukte randomisert allokering til gruppe.

I flere av publikasjonene (Axberg & Broberg, 2012; Drugli & Larsson, 2006; Karjalainen m. fl., 2019; Larsson m. fl., 2009; Stattin m. fl., 2015) ble det brukt ventelistekontroll som sammenligningsgruppe. Svakheten ved venteliste-kontrollgruppe er at det kan oppstå forventinger om fremtidig effekt i sammenligningsgruppen. Bruk av ventelistekontroller har også som uheldig konsekvens at sammenligningsgruppen for langtidseffekter bortfaller. Det blir dermed uklart om hva som er den reelle langtidseffekten.

Fem av studiene har oppfølgingsdata på behandlingsgruppen (Axberg & Broberg, 2012; Drugli m. fl., 2010; Högström m. fl., 2017; Larsson m. fl., 2009; Trillingsgaard m. fl., 2014). Den indre validiteten i oppfølgingsstudiene er klart svakere fordi de i alle tilfeller mangler en sammenligningsgruppe som ikke har mottatt intervensjon ved oppfølging.

I Drugli m. fl. (2010) er det uklart om den opprettholdte bedringen i atferdsproblemer fem år etter behandling kan tilskrives programmene da det er betydelig frafall i studien. Fraværet av en sammenligningsgruppe for oppfølgings-tidspunktene svekker den indre validiteten i denne studien. Det at Drugli m. fl. (2010) slår sammen de som fikk kun DUÅ-foreldreveiledning og de som fikk foreldreveiledning + behandling i DUÅs barnegruppe gjør det dessuten vanskelig å isolere langtidseffekten av foreldre-veilednings programmene.

Studiene med kvasi-eksperimentelle design har som regel lavere indre validitet fordi det er større fare for seleksjon og mangelfull kontroll på tredjevariabler. Pre-post designet uten sammenligningsgruppe i Axberg m. fl. (2007) åpner for at ukjente tredjevariabler skaper effekten. I Trillingsgaard m. fl. (2014) var sammenligningsgruppen en normgruppe. Selv om det vil være mulig å kontrollere statistisk for forskjeller mellom gruppene er det ikke mulig å skape ekvivalente grupper.

Troskap mot tiltaket

Alle studier rapporterer at de har fulgt programmets prosedyrer for å sikre metodeintegritet. Studiene av kliniske grupper synes å ha fulgt programmet slik det er beskrevet i protokollen. I alle de norske studiene har metodeintegritet vært fulgt opp som forutsatt av programutvikler, men det foreligger ikke publiserte tall for dette. Som eneste studie rapporterte Stattin m. fl. (2015) implementeringsintegritet. DUÅ foreldreprogram fikk skåren 6.86 på en skala på fra 1 til 10 (maks integritet). Dette kan, som forskerne bak studien hevder, tyde på at programmet ble gjennomført på en tilfredsstillende måte. Integritetsskåren for DUÅ var imidlertid lavere enn skåren som de øvrige programmene i studien oppnådde.

Ytre validitet

Med ytre validitet forstås hvorvidt resultatene fra studiene kan generaliseres til andre relevante kontekster og utvalg. Studiene kan beskrives som «effectiveness» studier (norsk: effektivitetsforskning). Det vil si at de ser på effekten av DUÅs foreldreprogrammer under vanlig drift, i motsetning til «efficacy» studier (Haynes, 1999), som studerer effekter under «optimale forhold». Dette er en styrke når det gjelder generaliserbarheten til programmene.

Vi vil likevel påpeke noen forskjeller i rekruttering til studiene. I Stattin m. fl. (2015) var deltagerne i forskningsstudien rekruttert via informasjonsmøter for foreldre som allerede var i kontakt med hjelpeapparatet. I den danske studien (Trillingsgaard m. fl., 2014) var utvalgsgrunnlaget barn med ADHD symptomer, som dermed gir et snevrere rom for generalisering men gir kunnskap om hvordan effektene av DUÅ foreldreprogram er under ordinær klinisk behandling av barn med ADHD symptomer. I den norske studien ble rekruttering gjort via andrelinjetjenesten i utvalgte klinikker. I vurderingen av ytre validitet kan det likevel innvendes at gjennomføringen i den norske klinikkstudien (Drugli m. fl., 2010; Drugli & Larsson, 2006; Larsson m. fl., 2009;) avviker noe fra det som anses som vanlig drift. I den første norske utprøvingen av tiltaket er det oppgitt at programutvikler er med som en støttefunksjon, og forskere deltok som mentorer og veiledere for terapeutene. Betingelsen for denne første utprøvingen kan derfor være noe annerledes enn det som en typisk forventer i en norsk behandlingssammenheng, men ikke så annerledes at generaliserbarheten er truet.

Samtlige utvalg bestod av flest gutter (62% - 83%), som gjenspeiler at gutter ofte er overrepresentert i statistikken for atferdsproblemer. Under de utvalgsstørrelser som er observert er det vanskelig å analysere om barnets kjønn er en betydelig moderator, som påvirker resultatene. Videre er de fleste studiene utført blant barn i den nedre aldersgruppen (3 - 9 år), noe som gjør at vi vet mindre om effektene blant de større barna. I tillegg er utvalgene oftest fra en urban kontekst (Trondheim og Tromsø) der de fleste deltakere er nordiske.

Sett under ett gir imidlertid resultatene et godt grunnlag for generalisering, særlig når man vurderer resultatene på tvers av de nordiske landene. Flere av de andre nordiske studiene er basert på respondenter rekruttert fra større geografiske områder, noe som gjør at man kan anta at effektene vil være til stede på tvers av geografisk områder og i ulike samfunnsstrukturer.

Internasjonale kunnskapsoppsummeringer

Meta-analyser

Litteratursøket identifiserte tre meta-analyser som undersøkte effekten av DUÅ foreldreprogrammer (Furlong m. fl., 2013; Leijten m. fl., 2018; Menting m. fl., 2013). En metaanalyse systematiserer og sammenstiller resultater fra ulike enkeltstudier for å få bedre holdepunkter for hva som er pålitelige, holdbare og robuste forskningsresultater.

Leijten og kollegaer oppsummerte data fra 14 uavhengige randomiserte studier ($n = 1,799$) fra Europa. De beskriver effektstørrelser på 13 foreldrerapporterte utfall, fordelt på områdene foreldrepraksis, barns psykiske helse og foreldres psykiske helse. Effektstørrelser forteller noe om hvor store eller uttalte forskjeller (for eksempel regresjonskoeffisienter eller Cohen's d) eller sammenhenger (for eksempel korrelasjoner). I meta-analysen ble effektstørrelsene rapportert ved regresjonskoeffisienter (β), med baseline standardavvik som enhet, som i likhet med Cohen's d kan klassifiseres som liten (0,2), moderat (0,5), eller stor (0,8) effekt (Cohen, 1988). Meta-analysen viste at barns problematferd ble betydelig forbedret ($\beta = -0,35$, KI: $[-0,51; -0,19]$; KI = 95 % konfidensintervall), inkludert utfordringer knyttet til ADHD ($\beta = -0,30$, KI: $[-0,44; -0,17]$), men ikke når det gjaldt emosjonelle problemer. Resultatene viste også at DUÅs foreldreprogrammer forbedret unødig streng og inkonsistent foreldrepraksis som bruk av kroppslig straff ($\beta = -0,22$, KI: $[-0,42; -0,01]$), trusler ($\beta = -0,21$, KI: $[-0,36; -0,06]$), kranling ($\beta = -0,31$, KI: $[-0,61; -0,01]$) og likegyldighet ($\beta = -0,15$, KI: $[-0,37; -0,07]$). DUÅs foreldreprogrammer økte bruk av ros ($\beta = 0,26$, KI: $[-0,44; -0,17]$), men ikke monitorering eller bruk av

belønning. Foreldres psykiske helse ble heller ikke forbedret. Konklusjonen var at DUÅ foreldreveiledning minker problematferd hos barn og påvirker foreldreferdigheter i en positiv retning.

Mentings meta-studie (2013) oppsummerte effekter fra 50 ulike studier ($n = 4,745$) hvor en sammenlignet effekten av DUÅs foreldreprogrammer med en sammenligningsgruppe. Resultatene viste en signifikant reduksjon i problematferd på tvers av ulike informanter etter intervensjonsslutt (gjennomsnittlig effektstørrelse $d = 0,27$ (KI: $[0,21-0,34]$), dog av svak-moderat effektstørrelse (Cohen, 1988). Furlong og kolleger (2013) gjorde en meta-analyse basert på 13 randomisert-kontrollerte studier (RCT), hvorav 9 omfattet DUÅ. Meta-analysen viste en gjennomsnittlig effekt på $d = 0,53$ for foreldrerapportert problematferd hos barnet og $d = 0,77$ i intervensjonseffekt for foreldres bruk av ros til barnet. Denne meta-analysen viste altså moderate til store effektstørrelser.

Implementeringskvalitet

Tabell 6 viser vurdering av implementeringskvalitet. RKBUEne har flere rutiner for å sikre god kvalitet i spredning av tiltaket i tjenestene, samt i å sikre kvaliteten på tilbudet barn og unge får (for nærmere beskrivelse av rutinene se under Implementeringsstrategi, kvalitetssikring og kostnader). DUÅs foreldreprogrammer inneholder omfattende beskrivelser av opplæring og sertifiseringsordninger.

Tabell 6. Implementeringskvalitet.

| Kategori | Ja | Nei | Ikke relevant |
|--|--------------|-----|---------------|
| Implementeringsstøtte | x | | |
| Kvalifikasjonskrav | x | | |
| Opplæring | x | | |
| Sertifiseringsordninger | x | | |
| Monitorering av fidelity/ etterlevelse | x | | |
| Veiledning | x | | |
| Identifisering av målgrupper | x | | |
| Kartleggings- og Vedlikeholdsverktøy | x | | |
| Strategier for tilpasning | x | | |
| Total skåre | $\Sigma 9/9$ | | |

Diskusjon

Formålet med denne artikkelen var å undersøke om DUÅ foreldretreningsprogrammer for førskole og skolebarn kan antas å være virksomme tiltak når de benyttes i vanlig praksis i en norsk kontekst. Videre diskuteres resultatene fra oppsummeringen i forhold til gjeldene kriterier for klassifisering i Uingsinn (Martinussen m. fl., 2016).

Beskrivelse og teoretisk rasjonale

DUÅs foreldretreningsprogrammer er tiltak som er grundig beskrevet. Tiltakene inneholder en god beskrivelse av problemområdene, målgruppe, hovedmål og undermål. Materiellet som er utviklet for DUÅs foreldreprogrammer er omfattende og framstår profesjonelt i utforming og innhold. Metoden (foreldre- veiledning) formidles via flere læringsmetoder deriblant lærebok, lydbok, manualer og plakater. I tillegg finnes det en stor mengde fagstoff tilgjengelig på norsk og engelsk på internett. Læringsmetodene er varierte, og består av video, gruppediskusjon, hjemmeaktiviteter osv., som presenterer tiltakets innhold og gjennomføring. Dette gjør det enkelt å identifisere kjerneelementene i tiltaket. Samtidig er DUÅs foreldreprogrammer fleksible tiltak som kan tilpasses ulike målgrupper av foreldre. Det finnes også en rekke supplerende moduler som kan inkluderes ved behov.

Målet med DUÅs foreldreprogrammer er å redusere problematferd og styrke sosial kompetanse hos barn gjennom å endre et negativt foreldre-barn samspill til en positiv og utviklingsstøttende relasjon (Herbert & Webster-Stratton, 1994; Patterson, 1982; Patterson m. fl., 1992). DUÅs foreldreprogrammer har en teoretisk forankring i etablerte og aksepterte teorier innenfor utviklingspsykologien, deriblant sosial læringsteori, Banduras teorier om modellering, tilknytningsteorier, Piagets utviklingsfaser, interaktive læringsmetoder og teorier om gruppedynamikk (Patterson m. fl., 1992). Teoriene omfatter kunnskap om risiko- og beskyttende faktorer for atferdsproblemer hos barn og foreldre. En sentral hypotese er at atferdsproblemer hos barn er et resultat av et negativt og tvingende samspill mellom foreldre og barn. Å endre negativ foreldrepraksis til et

positivt og støttende foreldre- barn samspill vil derfor medføre en reduksjon i atferdsproblemer.

Effektstudier, forskningsdesign og forskningsmetodisk kvalitet

Til sammen ble 9 nordiske publikasjoner med kvantitative beregninger av DUÅ vurdert. Av disse var tre publikasjoner norske. Studiene viser gjennomgående moderate til sterke effekter av DUÅ-foreldreveiledning på problemintensitet etter behandling, og oppfølgingsstudier viser at dette effektnivået opprettholdes over tid. Studiene viser også at DUÅ har moderat til sterke effekter på forelderferdigheter; DUÅ førte til økt bruk av ros og redusert bruk av unødig streng oppdragerstil. Størrelsen på de observerte effektene blir derfor vurdert til å ha praktisk relevans.

Sett under ett er forskningskvaliteten på de nordiske effektstudiene høy. Det er en særlig styrke at flertallet studier har randomisert allokering til betingelser og at behandlingen følger en klart spesifisert protokoll med gode kvalitetssikringsrutiner. Dataanalytisk fremstår studiene som solide med bruk av veletablerte klassiske analysemetoder innen variansanalytisk tradisjon. En kan likevel innvende at studiene i for liten grad utnytter de fortrinn som moderne multivariate metoder for longitudinelle analyser kan ha, både med muligheter for mer fleksible modellforutsetninger, bedre håndtering av manglende data og korreksjon for korrelerte observasjoner.

En svakhet ved studiene er manglende måling og analyse av implementeringsintegritet. Mens alle studier oppgir å ha fulgt kvalitetssikringsrutinene i DUÅ, er det kun én av publikasjonene (Stattin m. fl., 2015) som inkluderer analyser av implementeringskvalitet. En bedret forståelse av betydningen av metodeintegritet vil derfor være sentralt for DUÅ i en nordisk kontekst. Behandlingsintegritet ble vurdert rutinemessig i alle studier, men det er få studier som har sett på sammenhengen mellom integritet og utfall. I Larsson m. fl. (2009) fant man en dose-respons sammenheng mellom effekt og antall gruppemøter for deltagerne. Dette er ikke et mål på behandlingsintegritet, men tyder på at høy gjennomføring av aktivitetene i programmet er

nødvendig for å oppnå en ønsket effekt. En annen svakhet ved den nordiske forskningen er mangelen på sammenligningsgruppe ved oppfølgingstidspunkt. I studiene vi har gått igjennom er alle effektestimater ved oppfølging basert på innom-gruppe sammenligning med før-behandling. Effektestimater basert på sammenligning før og etter i samme gruppe, er ikke upåvirket av potensielle tredje-variabler som typisk endrer seg i løpet av en studie.

Flere studier innenfor foreldretrening tar for seg viktige moderatorer. Et høyt nivå av foreldrestress er forbundet med mindre forandring i atferdsproblemer hos barnet (Fossum m. fl., 2008). Fossum m. fl. (2007) viste at foreldrestress var høyere i familiene til jentene enn hos guttene. Kjønn er også foreslått som en viktig moderator av behandlingseffekt. Drugli og kolleger (2010) fant en dårligere programeffekt hos jenter enn hos gutter. Videre er det foreslått at depresjon hos mor kan påvirke resultatene av DUÅs foreldreprogram (Reid & Webster-Stratton, 2005), kanskje fordi mor har nok med seg selv og dermed ikke makter eller har de ressursene som trengs for å forandre egen foreldrepraksis. I Norge var høyt nivå av foreldrestress og ADHD hos barnet forbundet med dårligere effekt av intervensjonen (Fossum m. fl., 2008).

Studier har også sett på overføringsverdien fra DUÅs foreldreprogrammer til ulike kontekster. Drugli og Larsson (2006) studerte om DUÅs foreldreprogram hadde effekt på barnets problematferd i skolen eller i barnehagen, men fant ingen signifikant reduksjon i disse omgivelsene. Heller ikke Axberg & Broberg (2012) fant sikre effekter av DUÅ på lærer-rapporterte problemer i skolen. Fraværet av effekter på problematferd i skolen kan indikere at effekten av DUÅ er spesifikt knyttet til kontekster der foreldrene er involvert.

Gjennomgangen av studier viser at effektene av DUÅs foreldreprogrammer er forsket på med ulike typer forskningsdesign. Effektstudiene tyder på at DUÅs foreldreprogrammer har positive effekter både på kort og lengre sikt. Av moderatorer kan det i fremtiden være interessant å studere innvirkningen av for eksempel grad av atferdsproblemer ved baseline,

kjønn, sosioøkonomisk status, mors/fars mentale helse og tilstedeværelse av andre komorbide problemer hos barna (for eksempel, angst og depresjon). Barn med atferdsproblemer har ofte et symptom-bilde preget av høy komorbiditet. En studie av Weisz m. fl. (2011) blant barn med ulik grad av komorbide lidelser viste at når man kombinerte foreldretrening med evidens-baserte tiltak rettet mot for eksempel angst og/eller depresjon, så gav dette en betraktelig større effekt enn når familiene mottok kun foreldretrening rettet mot problematferd alene. Det betyr at det kan være vesentlig å kartlegge forekomsten av ulike problemer blant en del barn. En virksom intervensjon kan imidlertid ha effekt utover de spesifikke symptomene den er ment å virke på, såkalte «cross-domain effects» (Masten m. fl., 2005), men dette er foreløpig et tema som er mindre undersøkt i forhold til DUÅs foreldreprogrammer i Norden. Et unntak er imidlertid studien av Larsson og kollegaer (2009). I tillegg til en reduksjon i barns problematferd etter DUÅ, fant de at mødre rapporterte et signifikant lavere nivå av barns internaliserende problemer.

For DUÅs foreldreprogrammer har man funnet at mødre med høyt stressnivå og som bodde alene sammen med barnet under behandlingsperioden, viste dårligere behandlingsresultat (Drugli m. fl., 2010; Fossum m. fl., 2009). Dette indikerer at man bør vurdere å gi aleneforeldre mer individuell oppfølging og rette ekstra innsats mot å redusere disse foreldrenes stressnivå. Videre er denne studien en evaluering av DUÅs foreldreprogram for henholdsvis førskolebarn og barn i skolealder. De to tiltakene er overlappende, men manualen beskriver noen ulike tema for de to aldersgruppene. Flere av studiene har et utvalg av barn på tvers av disse aldersgruppene. Det er uvisst hvorvidt disse får aldersdifferensierte programmer eller om alle får det samme programmet.

Implementeringskvalitet

At terapeuten følger tiltaksprotokollen er et kritisk aspekt for enhver effektiv intervensjon. Dette er spesielt viktig når et tiltak brukes over tid, sånn at behandlingskomponentene ikke blir svakere over tid. I DUÅs foreldreprogrammer er gruppeleder-/terapeutkontakten avgjørende for å oppnå den ønskelige tiltakseffekten hos barnet

og foreldrene. Det finnes gode og standardiserte retningslinjer og beskrivelser for å sikre metodeintegritet av DUÅs foreldreprogrammer gjennom sertifiseringsordninger, veiledning og individuell vurdering. Sertifiseringen foregår etter søknad og ved videoanalyse av to gruppemøter, samt på bakgrunn av evalueringer av foreldre fra minst to grupper. En ulempe er imidlertid at troskap («adherence») ikke måles kvantitativt underveis. Det er ønskelig at implementeringen kunne blitt målt med reliable instrumenter som er invariante over kultur og språk. Med en kryss-kulturell spredning av et tiltak (som her fra USA til Norge) er det en fordel om en kan sammenligne implementeringen gjort i USA og Norge. Det er imidlertid få tiltak som rapporterer kvantitative data som viser hvorvidt gruppelederne faktisk utfører DUÅs foreldreprogrammer på en slik måte det er ment å utføres. Et unntak er imidlertid studien av Stattin og kollegaer (2015) fra Sverige som målte implementeringsintegritet ved at et sett eksperter vurderte et tilfeldig utvalg terapier som var videotapet, for fire ulike tiltak (Cope, Comet, DUÅ foreldreprogram og Connect). Resultatene viste at DUÅ kom dårligst ut av de fire, og at både DUÅ og Connect viste signifikant dårligere nivå i behandlingsfidelitet enn Cope og Comet. Selv om resultatene fra studien ikke nødvendigvis er generaliserbare til andre studier, viser studien fordelene med målbare evalueringer av tiltakets implementeringskvalitet.

Sammendrag

Studien viser at DUÅs foreldreprogrammer rettet mot førskolebarn (3-6 år) og skolebarn (6-12 år) kan antas å være virksomme i vanlig praksis i Norge. Tiltakene har en empirisk forankring i psykologiske teorier som binder sammen målgruppe, målsetning og metode. Det er rapportert positive effekter på problematferd både fra internasjonale og nasjonale studier. I tillegg viser flere studier at foreldreferdigheter og foreldre-barn samspillet blir styrket i løpet av tiltaket, og at foreldrene reduserer bruk av unødig streng disiplin. Artikkelen til Fossum og kollegaer (2009) åpner for at effekten av DUÅ delvis er mediert via reduksjon i foreldrenes bruk

av unødig streng disiplin. Implementering av tiltaket følger standardiserte prosedyrer. Det er likevel rom for å heve nivået av implementeringskvalitet ved for eksempel å ta i bruk kvantifiserbare mål på behandlingsintegritet.

Konklusjon

DUÅs foreldreprogrammer er evidensbaserte tiltak med solid teoretisk og empirisk støtte i eksisterende forskningslitteratur om hva som er effektivt for å redusere problematferd blant førskole- og skolebarn. Opplæringsmaterialet er praktisk, profesjonelt og omfattende og baserer seg på etablerte teorier innen psykologi. Tiltakene er manualbaserte med et definert innhold, retningslinjer for implementering og kvalitetssikring i form av blant annet sertifiseringsordninger, oppfølgings-workshops og veiledning som skal sikre kvalitet og at ønsket praksis av DUÅs foreldreprogrammer opprettholdes. Studiene som er gjennomgått har ulike styrker og svakheter, men samtlige går i favør av DUÅs foreldreprogrammer ved at de rapporterer en signifikant reduksjon i problematferd hos barna.

DUÅs foreldreprogrammer for førskolebarn (3-6 år) og barn i skolealder (6-12 år) klassifiseres på evidensnivå 5: Tiltak med sterk dokumentasjon på effekt. Det innebærer at den samlede forskningen som er gjennomført på tiltakene antas å være pålitelig og at effektene som er angitt i forskningen på tiltaket vurderes som betydningsfulle. Det er høy sannsynlighet for at effektene hos barn med problematferd kan tilskrives DUÅ foreldreprogrammer. Videre har DUÅs foreldreprogrammer omfattende kvalitets-sikringssystemer som gjør at det er god grunn til å anta at effektene fra forskning vil foreligge i vanlig praksis når tiltakene implementeres i henhold til beskrevne retningslinjer.

Interessekonflikter

Forfatterne erklærer at de ikke har noen interessekonflikter.

Referanser

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2000). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: An integrated system of multi-informant assessment*. Aseba.
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., & Stayton, D. F. (1974). *Infant-mother attachment and social development: Socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals*. Cambridge University Press.
- Allison, P. D. (2001). *Missing data* (Vol. 136). Sage publications.
- Axberg, U., & Broberg, A. G. (2012). Evaluation of "The incredible years" in Sweden: The transferability of an American parent-training program to Sweden. *Scandinavian Journal of Psychology, 53*(3), 224–232. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2012.00955.x>
- Axberg, U., Hansson, K., & Broberg, A. G. (2007). Evaluation of the incredible years series—An open study of its effects when first introduced in Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry, 61*(2), 143–151. <https://doi.org/10.1080/08039480701226120>
- Axberg, U. L. F., Johansson Hanse, J. A. N., & Broberg, A. G. (2008). Parents' description of conduct problems in their children—A test of the Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) in a Swedish sample aged 3–10. *Scandinavian journal of psychology, 49*(6), 497–505. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2008.00670.x>
- Bandura A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Prentice-Hall.
- Beck, A. T. (Ed.). (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford press.
- Belsky, J. (2005). Differential Susceptibility to Rearing Influence: An Evolutionary Hypothesis and Some Evidence. I B. J. Ellis & D. F. Bjorklund (Red.), *Origins of the social mind: Evolutionary psychology and child development* (p. 139–163). Guilford Press. <https://doi.org/10.1080/19424620903388554>
- Bingham C. R, Stemmler M., Petersen A.C., Graber J. (1998) Imputing missing data values in repeated measurement within-subjects designs. *Methods of Psychological Research 3*(2), 131–155.
- Bornstein, M. H., Hahn, C. S., & Haynes, O. M. (2010). Social competence, externalizing, and internalizing behavioral adjustment from early childhood through early adolescence: Developmental cascades. *Development and Psychopathology, 22*(4), 717–735. <https://doi.org/10.1017/S0954579410000416>
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Sadness and depression*. Hogarth Press.
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Harrington, H., Hogan, S., Ramrakha, S., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2016). Childhood forecasting of a small segment of the population with large economic burden. *Nature human behaviour, 1*, 0005. <https://doi.org/10.1038/s41562-016-0005>
- Cavell, T. A., Harrist, A. W., & Del Vecchio, T. (2013). *Working with parents of aggressive children: Ten principles and the role of authoritative parenting*. In R. E. Larzelere, A. S. Morris, & A. W. Harrist (Eds.), *Authoritative parenting: Synthesizing nurturance and discipline for optimal child development* (pp. 165–188). Washington, DC: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13948-008>
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2009). *A developmental psychopathology perspective on adolescent depression*. In: Nolen-Hoeksema S, Hilt LM, editors. *Handbook of depression in adolescents*. Routledge/Taylor & Francis Group; New York, NY: 2009. pp. 3–32.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences, (2. utg.)*. Erlbaum. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Dodge, K. A., Malone, P. S., Lansford, J. E., Miller, S., Pettit, G. S., & Bates, J. E. (2009). A dynamic cascade model of the development of substance-use onset. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 74*(3), vii–119. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.2009.00528.x>
- Drozdz, F. & Hansen, K. L. (d). Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket: De Utrolige Årene Universalprogrammet (1. utg.). *Ungsinn 1:2*. Hentet fra: https://ungsinn.no/post_tiltak_arkiv/de-utrolige-arene-universalprogrammet-1-utg/
- Drugli, M. B., Fossum, S., Larsson, B., & Morch, W. T. (2010). Characteristics of young children with persistent conduct problems 1 year after treatment with the Incredible Years program. *European Child & Adolescent Psychiatry, 19*(7), 559–565. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0083-y>
- Drugli, M. B., & Larsson, B. (2006). Children aged 4–8 years treated with parent training and child therapy because of conduct problems: Generalization effects to day-care and school settings. *European Child & Adolescent Psychiatry, 15*(7), 392–399. <https://doi.org/10.1007/s00787-006-0546-3>

- Drugli, M. B., Larsson, B., Fossum, S., & Mørch, W. T. (2010). Five- to six-year outcome and its prediction for children with ODD/CD treated with parent training. *Journal of child psychology and psychiatry*, 51(5), 559-566. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02178.x>
- D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. (1982). Social problem solving. *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*, 1, 201-274. <https://doi.org/10.1037/10805-001>
- Eng, H., Ertesvåg, S. K., Frønes, I. & Kjøbli, J. (Red.). (2017). *Den krevende foreldrerollen: Familiestøttende intervensjoner for barn og unge*. Gyldendal akademisk.
- Eyberg, S. M., & Ross, A. W. (1978). Assessment of child behavior problems: The validation of a new inventory. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 7(2), 113-116. <https://doi.org/10.1080/15374417809532835>
- Fossum, S., Handegård, B. H., Martinussen, M., & Mørch, W. T. (2008). Psychosocial interventions for disruptive and aggressive behaviour in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(7), 438-451. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-0686-8>
- Fossum, S., Kjøbli, J., Drugli, M. B., Handegard, B. H., Mørch, W. T., & Ogden, T. (2014). Comparing two evidence-based parent-training interventions for aggressive children. *Journal of Children's Services*, 9(4), 319-329. <https://doi.org/10.1108/JCS-04-2014-0021>
- Fossum, S., Mørch, W. T., Handegård, B., & Drugli, M. (2007). Childhood disruptive behaviors and family functioning in clinically referred children: Are girls different from boys? *Scandinavian Journal of Psychology*, 48(5), 375-382. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2007.00617.x>
- Forgatch, M.S., & DeGarmo, D.S. (1999). Parenting through change: An effective prevention program for single mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 711-724. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.5.711>
- Furlong, M., McGilloway, S., Bywater, T., Hutchings, J., Smith, S. M., & Donnelly, M. (2013). Cochrane review: Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 8(2), 318-692. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008225.pu b2>
- Gjone, H., & Nøvik, T. S. (1995). Parental ratings of behaviour problems: A twin and general population comparison. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 36(7), 1213-1224. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1995.tb01366.x>
- Green, H., McGinnity, Á., Meltzer, H., Ford, T., & Goodman, R. (2005). *Mental health of children and young people in Great Britain, 2004*. Palgrave Macmillan. <https://sp.ukdataservice.ac.uk/doc/5269/mrdoc/pdf/5269technicalreport.pdf>
- Gresham, F. M., MacMillan, D. L., Bocian, K. M., Ward, S. L., & Forness, S. R. (1998). Comorbidity of hyperactivity-impulsivity-inattention and conduct problems: Risk factors in social, affective, and academic domains. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(5), 393-406. <https://doi.org/10.1023/A:1021908024028>
- Haynes B. (1999). Can it work? Does it work? Is it worth it?: The testing of healthcare interventions is evolving. *BMJ (Clinical research ed.)*, 319(7211), 652-653. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7211.652>
- Heiervang, E., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M. B., Ullebø, A. K., Plessen, K. J., Bjelland, I., Lie, S. A., & Gillberg, C. (2007). Psychiatric disorders in Norwegian 8- to 10-year-olds: an epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(4), 438-447. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31803062bf>
- Helsedirektoratet. (2003). *Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse-sammen om psykisk helse*. www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/v edlegg/strategiplan_for_barn_og_unge_psykisk_e_helse.pdf
- Helsedirektoratet (2018, 1. mars). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge*. <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge>
- Hukkelberg, S. (2016). The Eyberg Child Behavior Inventory: Factorial invariance in problem behaviors across gender and age. *Scandinavian Journal of Psychology*, 57(4), 298-304. <https://doi.org/10.1111/sjop.12290>
- Hukkelberg, S., Keles, S., Ogden, T., & Hammerstrøm, K. (2019). The relation between behavioral problems and social competence: A correlational Meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 19(1), 354. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2343-9>

- Högström, J., Olofsson, V., Ozdemir, M., Enebrink, P., & Stattin, H. (2017). Two-year findings from a national effectiveness trial: Effectiveness of behavioral and non-behavioral parenting programs. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(3), 527-542. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0178-0>
- Javo, C., Heyerdahl, S., & Rønning, J. A. (2000). Parent reports of child behavior problems in young Sami children: A cross-cultural comparison. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9(3), 202-211. <https://doi.org/10.1007/s007870070044>
- Javo, C., Rønning, J. A., Handegård, B. H., & Rudmin, F. W. (2009). Social competence and emotional/behavioral problems in a birth cohort of Sami and Norwegian preadolescents in Arctic Norway as reported by mothers and teachers. *Nordic Journal of Psychiatry*, 63(2), 178-187. <https://doi.org/10.1080/08039480902741752>
- Jozefiak, T., Larsson, B., Wichstrøm, L., & Rimehaug, T. (2011). Competence and emotional/behavioural problems in 7-16-year-old Norwegian school children as reported by parents. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65(5), 311-319. <https://doi.org/10.3109/08039488.2011.638934>
- Kornør, H., & Jozefiak, T. (2012). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Child Behavior Checklist-versjon 2-3, 4-18, 1½-5 og 6-18 (CBCL).
- Karjalainen, P., Kiviruusu, O., Aronen, E. T., & Santalahti, P. (2019). Group-based parenting program to improve parenting and children's behavioral problems in families using special services: A randomized controlled trial in a real-life setting. *Children and Youth Services Review*, 96, 420-429. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2018.12.004>
- Kjøbli, J., Hukkelberg, S., & Ogden, T. (2013). A randomized trial of group parent training: Reducing child conduct problems in real-world settings. *Behaviour Research & Therapy*, 51(3), 113-121. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.11.006>
- Korelitz, K. E., & Garber, J. (2016). Congruence of parents' and children's perceptions of parenting: A meta-analysis. *Journal of youth and adolescence*, 45(10), 1973-1995. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0524-0>
- Kvernmo, S., & Heyerdahl, S. (1998). Influence of ethnic factors on behavior problems in indigenous Sami and majority Norwegian adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(7), 743-751. <https://doi.org/10.1097/00004583-199807000-00014>
- Lakens, D. (2017). Equivalence Tests: A Practical Primer for t Tests, Correlations, and Meta-Analyses. *Social psychological and personality science*, 4(4), 355-362. <https://doi.org/10.1177/1948550617697177>
- Lansford, J. E., Malone, P. S., Dodge, K. A., Pettit, G. S., & Bates, J. E. (2010). Developmental cascades of peer rejection, social information processing biases, and aggression during middle childhood. *Development and psychopathology*, 22(3), 593. <https://doi.org/10.1017/S0954579410000301>
- Larsson, B., Fossum, S., Clifford, G., Drugli, M. B., Handegård, B. H., & Mørch, W. T. (2009). Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children: Results of a randomized controlled trial. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18(1), 42-52. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-0702-z>
- Leijten, P., Gardner, F., Landau, S., Harris, V., Mann, J., Hutchings, J., Scott, S. (2018). Research Review: Harnessing the power of individual participant data in a meta-analysis of the benefits and harms of the Incredible Years parenting program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(2), 99-109. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12781>
- Martinussen, M. (2009). Beskrivelse og vurdering av tiltaket: De utrolige årene (DUÅ)-Foreldretreningensprogram. *Ungsinn*, 1:1. https://ungsinn.no/post_tiltak/de-utrolige-arene-dua-foreldretreningensprogram/
- 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. Hentet fra: https://ungsinn.no/post_artikkel/brosjyre-om-klassifiseringskriteriene-i-ungsinn/
- Masten, A. S., Roisman, G. I., Long, J. D., Burt, K. B., Obradović, J., Riley, J. R., Boelcke-Stennes, K., & Tellegen, A. (2005). Developmental cascades: linking academic achievement and externalizing and internalizing symptoms over 20 years. *Developmental Psychology*, 41(5), 733. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.41.5.733>
- Menting, A. T., De Castro, B. O., & Matthys, W. (2013). Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 901-913. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.006>
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H., & Milne, B. J. (2002). Males on the life-course-persistent and adolescence-limited antisocial pathways: Follow-up at age 26 years. *Development and Psychopathology*, 14(1), 179-207. <https://doi.org/10.1017/S0954579402001104>

- Mørch, W.-T., Gammelsæter, S., & Brunborg, B. (2017). De Utrolige Årene, foreldreprogrammene: En evidensbasert programserie for forebygging og behandling av atferdsvansker hos barn. I H.
- Nøvik, T. S. (1999). Validity of the Child Behaviour Checklist in a Norwegian sample. *European Child and Adolescent Psychiatry, 8*(4), 247-25. <https://doi.org/10.1007/s007870050098>
- Ogden, T. (2009). *Sosial kompetanse og problematferd i skolen* (Vol. 2). Gyldendal akademisk.
- Ogden, T., & Hagen, K. A. (2018). *Adolescent mental health: Prevention and intervention*. Routledge.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process* (Vol. 3). Castalia Publishing Company. <https://doi.org/10.1017/S0954579414000169>
- Patterson, G. R., Forgatch, M. S., Yoerger, K. L., & Stoolmiller, M. (1998). Variables that initiate and maintain an early-onset trajectory for juvenile offending. *Development and psychopathology, 10*(3), 531-547. <https://doi.org/10.1017/S0954579498001734>
- Patterson, G. R., Reid, J. B., & Dishion, T. J. (1992). *Antisocial boys* (Vol. 4). Castalia Pub Co.
- Piaget, J. (1962). The stages of the intellectual development of the child. *Bulletin of the Menninger clinic, 28*(3), 120.
- Pinquart, M. (2017). Associations of parenting dimensions and styles with externalizing problems of children and adolescents: An updated meta-analysis. *Developmental Psychology, 53*(5), 873. <http://dx.doi.org/10.1037/dev0000295>
- Reedtz, C., Bertelsen, B., Lurie, J. I. M., Handegård, B. H., Clifford, G., & Mørch, W. T. (2008). Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI): Norwegian norms to identify conduct problems in children. *Scandinavian Journal of Psychology, 49*(1), 31-38. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2007.00621.x>
- 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*(2), 131-137. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2010.00854.x>
- Saha, C., & Jones, M. P. (2009). Bias in the last observation carried forward method under informative dropout. *Journal of Statistical Planning and Inference, 139*(2), 246-255. <https://doi.org/10.1016/j.jspi.2008.04.017>
- Sangawi, H., Adams, J., & Reissland, N. (2015). The effects of parenting styles on behavioral problems in primary school children: a cross-cultural review. *Asian Social Science, 11*(22), 171-186. <http://dx.doi.org/10.5539/ass.v11n22p171>
- Schaefer, C. E., & Briesmeister, J. M. (1989). *Handbook of parent training: Parents as co-therapists for children's behavior problems*. John Wiley & Sons.
- Skogen, J., & Torvik, F. (2013). *Atferdsforstyrrelser blant barn og unge i Norge: Beregnet forekomst og bruk av hjelpetiltak* (rapport 2013:4). <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2013/rapport-20134-pdf.pdf>
- Stattin, H., Enebrink, P., Özdemir, M., & Giannotta, F. (2015). A national evaluation of parenting programs in Sweden: The short-term effects using an RCT effectiveness design. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(6), 1069-1084. <https://doi.org/10.1037/a0039328>
- Sterba, S. K. (2017). Partially nested designs in psychotherapy trials: A review of modeling developments. *Psychotherapy Research, 27*(4), 425-436. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1114688>
- Tapsfield, R., & Collier, F. (2005). *The Cost of Foster Care: Investing in our children's future*. British Association for Adoption & Fostering.
- Trillingsgaard, T., Trillingsgaard, A., & Webster-Stratton, C. (2014). Assessing the effectiveness of the 'Incredible Years® parent training' to parents of young children with ADHD symptoms - a preliminary report. *Scandinavian Journal of Psychology, 55*(6), 538-545. <https://doi:10.1111/sjop.12155>
- Tømmerås, T., & Kjøbli, J. (2017). Family resources and effects on child behavior problem interventions: A cumulative risk approach. *Journal of child and family studies, 26*(10), 2936-2947. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0777-6>
- Walker, H. M., Ramsey, E., & Gresham, F. M. (2004). *Antisocial behavior in school: Evidence-based practices*. Wadsworth Publishing Company.
- Webster-Stratton, C. (2005). Aggression in young children services proven to be effective in reducing aggression. *University of Washington. Encyclopedia On Early Childhood Development*. Hentet fra: <http://www.child-encyclopedia.com/sites/default/files/textes-experts/en/530/aggression-in-young-children-services-proven-to-be-effective-in-reducing-aggression.pdf>

- Webster-Stratton, C. (2007). *De Utrolige årene - en foreldreveileder*. Gyldendal akademiske.
- Webster-Stratton, C. (2013). *Utrolige småbarn*. Gyldendal akademiske
- Webster-Stratton, C. (2012a). *Collaborating with parents to reduce children's behavior problems: A book for therapists using the Incredible Years programs*. Seattle, WA: Incredible Years Press.
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(1), 93. <https://doi/10.1037/0022-006X.65.1.93>
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1998). Conduct problems and level of social competence in Head Start children: Prevalence, pervasiveness, and associated risk factors. *Clinical child and family psychology review, 1*(2), 101-124.
- Webster-Stratton, C., & Herbert, M. (1994). *Troubled families—problem children: Working with parents: A collaborative process*. J. Wiley.
- Webster-Stratton, C., Mostyn, D., & Marie, J. S. (2005). *The Incredible Years: A trouble-shooting guide for parents of children aged 2-8 years*. Incredible years.
- Webster-Stratton C., Reid, M. J. (2010). Adapting The Incredible Years, an evidence-based parenting programme, for families involved in the child welfare system. *Journal of Child Services, 5*(1), 25-42.
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J. (2010). Addressing multiple risk factors to improve school readiness and prevent conduct problems in young children. I S. L. Christenson & A. L. Reschly (Red.). *Handbook of school-family partnerships*, 204-227.
- Webster-Stratton, C. H, Reid, M. J & Beauchaine, T (2011). Combining parent and child training for young children with ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 40*(2), 191-203.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2011.546044>
- Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2018). *The Incredible Years parents, teachers, and children training series: A multifaceted treatment approach for young children with conduct problem*. (p. 122–141). The Guilford Press.
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Hammond, M. (2001). Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in Head Start. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*(3), 283-302.
https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3003_2
- Weisz, J. R., Chorpita, B. F., Palinkas, L. A., Schoenwald, S. K., Miranda, J., Bearman, S. K., & Gray, J. (2012). Research Network on Youth Mental Health Testing standard and modular designs for psychotherapy treating depression, anxiety, and conduct problems in youth: A randomized effectiveness trial. *Archives of General Psychiatry, 69*(3), 274-282.

Mottatt: 22.09.2020

Godkjent: 01.10.2020

Publisert: 26.11.2020

Redaktør: Kyrre Breivik

