

Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket:

## International Child Development Programme (ICDP) (3.utg)

International Child Development Programme (ICDP) – Program for foreldreveiledning, er et universelt helsefremmende og forebyggende tiltak for å styrke omsorgspersoners omsorgskompetanse og barn og unges psykososiale oppvekstvilkår.

### BAKGRUNN

Denne artikkelen er en kunnskapsoppsummering om effektene av tiltaket International Child Development Programme (ICDP) i Norge. Artikkelen er en revisjon av to tidligere beskrivelser av det samme tiltaket i Ungsinn (Reedtz, 2014; Reedtz & Lauritzen, 2017). ICDP er et foreldreveiledningsprogram som søker å støtte barns psykososiale utvikling gjennom styrking av omsorgsgiveres kompetanse i deres omsorgsutøvelse for barn. Tiltaket er et lavterskel, tidsavgrenset og strukturert veiledningstiltak for omsorgspersoner for barn i alderen 0–18 år og er utviklet av Karsten Hundeide og Henning Rye. Tiltakseier i Norge er Bufdir og ICDP Norge. ICDP blir gjennomført på arenaer i familiers lokalmiljø samt i fengsel dersom omsorgsgiver/e er fengslet.

### METODE

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

### RESULTATER

Resultatene omfatter en oppsummering av tiltakets beskrivelse, inkluderte effektstudier, forskningsmetodisk kvalitet og implementeringskvalitet. ICDPs målsettinger, tiltaksarenaer, utforming og metoder er beskrevet. Totalt seks studier ble inkludert i denne kunnskapsoppsummeringen. Totalt sett var det ingen effekt for de fleste utfallsvariabler som ble målt på tvers av de inkluderte studiene. For alle positive funn var effektene av tiltaket i studiene gjennomgående små. Resultatene i den siste studien dokumenterer imidlertid at foreldrenes opplevde mestring og regulering av barnets emosjoner ble styrket etter gjennomført tiltak. Tiltaket har gode rutiner for å kvalitetssikre implementeringen og en helhetlig strategi for spredning av tiltaket.

### KONKLUSJON

Basert på Ungsinns kriterier klassifiseres ICDP på evidensnivå 4 – Tiltak med tilfredsstillende dokumentasjon på effekt.

## Innledning

### Bakgrunn

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

barneoppdragelse gjennom ulike foreldreveiledningstiltak (Morawska, Winter & Sanders, 2009; Reedtz, Handegård & Mørch 2011). Flere studier viser at foreldreveiledning er blant de mest virkningsfulle og kostnads-effektive metodene for å forebygge omsorgssvikt, sosiale, emo-



**Charlotte Reedtz**

[charlotte.reedtz@uit.no](mailto:charlotte.reedtz@uit.no)


RKBU Nord, UiT Norges arktiske universitet



**Camilla Lauritzen**

[camilla.lauritzen@uit.no](mailto:camilla.lauritzen@uit.no)

RKBU Nord, UiT Norges arktiske universitet

 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.



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

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

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

### Målsetninger og målgrupper for tiltaket

ICDP er både et universelt helsefremmende og forebyggende, samt selektivt forebyggende program med målsetning om å understøtte og fremme psykososial omsorgskompetanse hos omsorgsgivere for barn i alderen 0–18 år (Hundeide, 2005; Bjørnstad, 2015). ICDP retter seg først og fremst mot omsorgsgivere, med målsetning om å styrke omsorgskompetanse. Mer spesifikt er målsetningen med programmet først og fremst å styrke kvaliteten av kontakt, samspill og relasjon mellom foreldre/omsorgsperson og barn (Hundeide, 2005). ICDPs mål er ifølge nettsiden [www.icdp.no](http://www.icdp.no): 1) å fremme den positive oppfatningen av og holdningen til barnet; 2) å påvirke omsorgsgivers forståelse av hvor viktig sensitivt samspill mellom omsorgsgivere og barnet er for barnets utvikling og 3) å fremme omsorgsgivers oppfatning av seg selv som kompetent og mestrende. ICDPs filosofi er at trygge og bevisste omsorgspersoner gir bedre

støtte til barn. ICDP er et foreldreveiledningsprogram som søker å støtte barns psykososiale utvikling gjennom styrking av omsorgsgiveres kompetanse i deres omsorgsutøvelse for barn.

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

Den generelle målgruppen er omsorgsgivere som har ansvar for barn i alderen 0–18 år, for eksempel foreldre, barnehagepersonell, lærere, helsesøstre, pleiepersonell og ansatte i barnevernet (Hundeide, 2005). Programmet er imidlertid også tilpasset mer spesifikke målgrupper, slik som familier med minoritetsetnisk bakgrunn og foreldre i fengsel. Andre aktuelle målgrupper som programmet er prøvd ut for er omsorgsgivere til barn med funksjonsnedsettelse, omsorgsgivere i asylmottak og foreldre i introduksjonsprogrammet i Norge, omsorgsgivere eksponert for vold i nære relasjoner og omsorgsgivere for unge i risiko for radikaliserings og voldelig ekstremisme. I de senere år har også tiltaket blitt utviklet for å kunne brukes for ungdomsforeldre, foreldre som er fratatt omsorgen for sine barn, foreldre på krisesenter, foreldre med barn som har funksjonsnedsettelse, samt for profesjonelle omsorgsgivere.

Basistiltaket er gruppebasert, men kan også tilpasses til enkeltindivider/familier. Programmet gjennomføres fortrinnsvis lokalt og i grupper på 5–10 omsorgspersoner som møtes i 8–12 gruppemøter. Gruppene ledes av lokale ressurspersoner (pedagogisk personell, helsesøstre, psykologer og fagfolk med sosialfaglig kompetanse) som er sertifisert i intervensjonen. Ifølge tiltakseier er sertifiseringskriteriene revidert og

de nye kriteriene trådte i kraft januar 2023. Disse kriteriene innebærer kvalifikasjonskrav som relevant høyere utdanning, relevant arbeids-erfaring og tilstrekkelig språklig nivå for å arbeide i norsk kontekst. De nye kriteriene har også vedlikeholds krav, i form av at veiledere må delta på nettverkssamling og avholde en foreldreveiledning i løpet av tre år for å beholde sin sertifisering.

### Beskrivelse og materiell i tiltaket

Tiltaket er beskrevet gjennom håndboken «Håndbok for ICDP-veiledere» (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2016). Denne håndboken ble også digitalisert i 2022 og er tilgjengelig for veiledere og trenere i Norge på plattformen ICDP hub sammen med alt av tiltakets materiell, presentasjoner, filmer, temahefter, kriterier og retningslinjer. Håndboken inneholder tre deler; del en beskriver ICDP i teori og praksis, del to omhandler spesielle temaer og del tre beskriver tilpasning av programmet til forskjellige målgrupper. I første del beskrives også den praktiske gjennomføringen av programmet inkludert metoder som benyttes og struktur for møtene. Det er informasjon om programmet på ICDP Norges nettsider ([icdp.no](http://icdp.no)). Denne nettsiden har også lenke til Barne-, ungdoms- og familiedirektoratets (Bufdir) hjemmesider der man kan bestille materiell om tiltaket ([bufdir.no](http://bufdir.no)). Kjernekomponentene i ICDP er:

1. Omsorgsgivers oppfatning av barnet
2. Åtte temaer for godt samspill
3. Sju prinsipper for sensitivisering
4. Seks prinsipper for implementering
5. Tilpasning til ulike målgrupper.

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

- 1) Den emosjonelle dialogen
- 2) Den meningsskapende dialogen
- 3) Den regulerende dialogen.

Tiltaksutviklerne illustrerer kjernekomponentene i tiltaket gjennom ICDP-huset (Figur 1), der huset symboliserer barnet.

ICDP-huset inkluderer tomten huset er bygget på, som symboliserer hvordan barnet oppfattes. Her ligger verdier og erfaringer som omsorgspersoner tar med fra egen kultur, familie og opplevelser. Grunnmuren i ICDP-huset viser til den emosjonelle dialogen. I den emosjonelle dialogen inngår følgende fire tema for godt samspill:

*Tema 1:* Vis positive følelser – vis at du er glad i barnet ditt.

*Tema 2:* Juster deg til barnet og følg dets initiativ.

*Tema 3:* Snakk med barnet om ting det er opptatt av og prøv å få i gang en «følelsesmessig samtale».

*Tema 4:* Gi ros og anerkjennelse for det barnet klarer å gjøre og vis anerkjennelse.

I husets etasjer, bygges den meningskapende dialogen av forståelse og forklaring. Inkludert i den meningskapende dialogen er følgende temaer om godt samspill:

*Tema 5:* Hjelp barnet til å samle oppmerksomheten sin, slik at dere har felles opplevelse av det som er rundt dere.

*Tema 6:* Gi mening til det barnet opplever av omverdenen ved å beskrive det dere opplever sammen og ved å vise følelser og entusiasme.

*Tema 7:* Utdyp og gi forklaringer når du opplever noe sammen med barnet ditt.

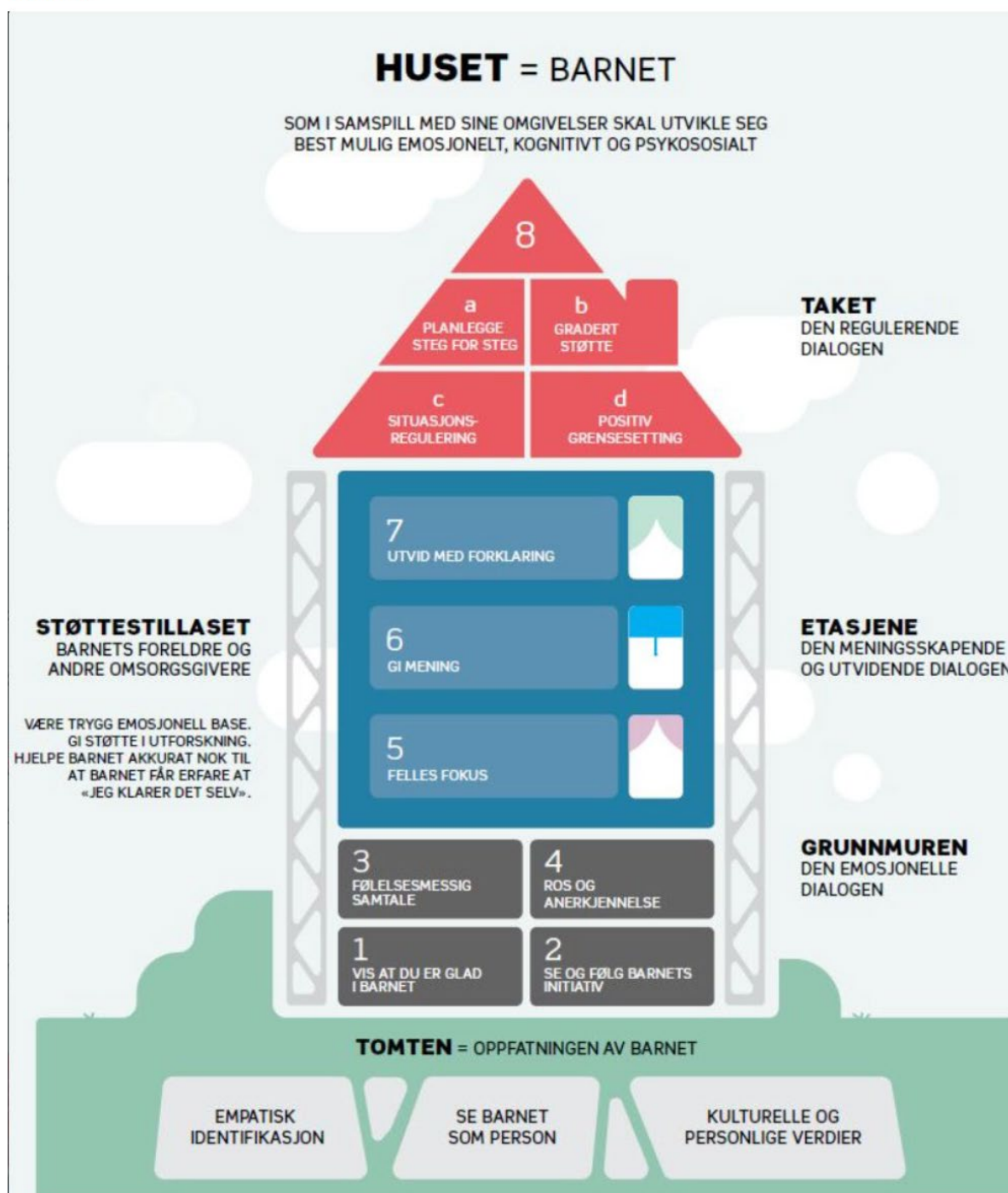
Den regulerende dialogen med positiv grensetting utgjør taket på huset, og forutsetter at grunnmuren og etasjene er trygge fundament. I den regulerende dialogen inngår det åttende og siste temaet for godt samspill:

*Tema 8:* Hjelp barnet å kontrollere seg selv ved å planlegge sammen og ved å sette grenser på en positiv måte (planlegge steg for steg, gradert støtte, situasjonsregulering og positiv grensetting).

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

Bufetat formidler et samtalehefte som beskriver de åtte temaer for godt samspill på 18 språk, samt informasjonsplakater på norsk (bokmål og nynorsk) og arabisk. Materialet gir en oversikt over sentrale elementer i ICDP og brukes til å

Figur 1  
ICDP-huset



Illustrasjon gjengitt med tillatelse fra tiltakseier v/Bufdir.

rekruttere foreldre og andre omsorgsgivere til programmet. For omsorgspersoner som soner i fengsel er det laget et tillegg til håndboken for basisprogrammet for veiledere som gjennomfører programmet for denne målgruppen (Bjørnstad, 2015). Det er også laget egne videoer til bruk i grupper som er tilrettelagt for foreldre for barn med funksjonsnedsettelse, samt rekrutteringsvideoer rettet mot familier med

minoritetspråklig bakgrunn på 18 språk til bruk i informasjonsmøter i ulike fora.

### Det teoretiske grunnlaget for tiltaket

Ifølge Håndbok for ICDP-veiledere er ICDP basert på forskning innenfor flere områder: Nevrobiologi, forskning på tidlig samspill, formidlings-teori, narrativ psykologi og kulturforståelse (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2016).

I utformingen av ICDP har hovedvekten vært på samspill mellom barnet og de sentrale omsorgsgivere (Hundeide, 2005). I håndboken for tiltaket vises det både til Samerofs transaksjonsmodell, nevrobiologisk forskning, tilknytningsteori og mentaliseringsbegrepet. Sentralt i programmet (Hundeide, 1996) står ideen om at barns utvikling er en delvis ledet og assistert prosess der kvaliteten av samspillet med sentrale omsorgsgivere er avgjørende for barnets utvikling (Schaffer, 1996; Stern, 1985). Komponentene som basistiltaket er bygd opp rundt kan tematisk knyttes til følgende forskning: a) omsorgsgivers positive definisjon av barn og dets utvikling (Rogoff, 2003); b) den emosjonelt ekspressive dialogen (Trevorthen, 1998); c) den menings- skapende og utvidende dialogen (Rogoff, 2003) og d) den regulerende dialogen (Tomasello & Haberl, 2003; Zahn-Waxler mfl., 1992).

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

### Gjennomføring og metoder i tiltaket

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

kommune som implementerer ICDP har én eller flere ICDP-kontaktpersoner, som foreldre kan kontakte ved interesse for deltagelse på ICDP-veiledning. Det foregår også oppsøkende rekrutteringsarbeid fra disse kontaktpersonene, og fra de som tilbyr veiledningsgruppene lokalt (Brekke, mfl., 2021, side 15). Gjennom gruppe- møtene som varer halvannen til to timer drøfter veiledere og foreldre/omsorgsgivere seg igjennom omsorgsgivers oppfatning av barnet og de åtte temaer for godt samspill. Møtene ledes vanligvis av to sertifiserte veiledere. Det er sju «sensitiveringsprinsipper» som styrer hvordan veiledere forholder seg til deltakere i gruppen for å styrke samspillet og relasjonen mellom omsorgsgivere og deres barn. Utgangspunktet for drøftinger i kursgruppene er omsorgsgivernes egne erfaringer og behov. Foreldrenes innsikt og ferdigheter søkes styrket gjennom dialog, modellering, rollespill, videofeedback, hjemmeoppgaver og systematisk tilbakemelding.

### Implementeringsstrategier, kvalitetssikring og kostnader

ICDP er et tiltak som i Norge drives av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) i samarbeid med organisasjonen ICDP Norge (Bjørnstad, 2015). Tiltaket er utviklet for bruk i statlige og kommunale tjenester. Det er Bufetat/Bufdir v/ Spisskompetansemiljø foreldrestøtte og forebygging i Bufetat (SKM) som utdanner og sertifiserer ICDP veiledere og trenere. Opplæring i tiltaket gis av sertifiserte trenere som er ansatt i Bufetat, ved utvalgte familievernkontor og som er ansatte i enkelte større kommuner. Ett familievernkontor i hver av Bufetats fem regioner har ansvaret for å koordinere ICDP-opplæringen i regionen og å sørge for at alle kommuner som ønsker det, får et tilbud. Veiledere er ansatte i ulike kommunale tjenester, for eksempel helsestasjonen/skolehelsetjenesten, barnehage, skole/SFO, familieresenter/forebyggende enheter, PPT, barneverntjeneste og sosiale tjenester. Disse har kompetanse til å arbeide direkte i forhold til omsorgsgivere. Trenere har kompetanse til å lære opp veiledere.

Foreldreveiledningsgruppene holdes av sertifiserte ICDP-veiledere. Det forutsetter at man er ansatt i eller jobber for det offentlige eller en

frivillig organisasjon/trossamfunn, og at man har minimum en treårig utdanning innen helsefag, sosialfag eller pedagogiske fag, for å kunne bli ICDP-veileder. Opplæring av veiledere i tiltaket er basert på: 1) seks dagers teoretisk og praktisk opplæring; 2) gjennomføring av tiltaket i en foreldregruppe over åtte møter og 3) to ganger veiledning i løpet av tiltaket. Opplæringen bygger på håndboken i tiltaket og alle veiledere får opplæring i kultursensitivitet, minoritets- og mangfoldskompetanse. Veileder-kandidatene godkjennes etter innlevering av loggbok og etter en vurdering av deltakelse i opplæringen og veiledningen. ICDP Norge arrangerer også en videreutdanning der ICDP veiledere kvalifiserer seg til å lede grupper med foreldre til barn med funksjonsnedsettelse. For å bli sertifisert som veileder i ICDP må man dokumentere at ovennevnte kriterier er oppfylt. Dersom trenerne som holder kursopplegget godkjenner gjennomføringen vil man bli sertifisert som ICDP-veileder.

Den enkelte trener i kursopplegget er ansvarlig for å kvalitetssikre opplæringen av veiledere. Det er bygd opp et trenerkorps i Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat), samt i en del større kommuner som har ansvar for å gi veilederopplæring og vedlikehold av kunnskap til kommunene. Det ble i 2024 innført kriterier for vedlikehold av sertifisering for veiledere og disse søkes innfridd gjennom tilbud om årlige nettverkssamlinger, oppfriskningsamlinger, webinarer, veiledning m.m. Etter etableringen av den digitale plattformen ICDP hub i 2022 benyttes denne også til kvalitetssikring gjennom at veiledere fyller ut sjekklister for selvevaluering for å sikre at de leverer tiltaket slik det skal og registrerer sin aktivitet relatert til oppfyllelse av vedlikeholdskriterier for sertifisering i tiltaket. ICDP hub har ca. 2500 registrerte brukere og betjener registrerte veiledere i Norge.

Opplæring og sertifisering av trenere er basert på: 1) sertifiserte veiledere; 2) tre dagers teoretisk fordypning i programmet; 3) opplæring av en ny gruppe av veiledere; 4) tre dagers veiledning i løpet av opplæring av nye veiledere og 5) en skriftlig oppgave. Fagansvarlig i Bufdir er ansvarlig for å kvalitetssikre opplæringen av trenere. Trenere gjennomfører opplæring av trenere fra kommuner og institusjoner som ønsker egen trenerkompetanse (Bjørnstad, 2015). Alle sertifiserte

trenerne inngår i et nasjonalt nettverk, og det arrangeres årlige nettverkskonferanser for dette nettverket. Det er krav om deltakelse på disse nettverkssamlingene for å vedlikeholde trenerkompetansen.

ICDP-håndboken (s. 80) inneholder et delkapittel om implementering, hvor programmets seks implementeringsprinsipper gjennomgås:

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

I en videreutvikling av den digitale plattformen ICDP hub (2024–2025) utvikles en statistikkbank der man blant annet søker man å legge til rette for at kommuner og statlige instanser kan hente ut statistikk om implementering av tiltaket i ulike områder (fylke, kommune og bydel). Man forsøker på denne måten å monitorere implementeringen av tiltaket i befolkningen i Norge. Kostnadene av opplæring og materiell dekkes av Bufdir for de opplæringene som gjennomføres i regi av Bufetat. Veilederopplæring er gratis, men det må påregnes at ansatte bruker rundt 10–15% stilling under opplæringsperioden på 6 måneder. Etter endt sertifisering går tiltaket inn i tjenestenes alminnelige aktivitet.

ICDPs strategi for spredning og implementering av tiltaket er nedfelt i ulike offentlige dokumenter og nettsider, bl.a.: i lovverk; i tildelingsbrev til offentlige organisasjoner; i tilskuddsordninger til kommuner; under fanen Foreldrestøttende arbeid i kommunen på Bufdir.no; gjennom Bufdirs tilskuddsmidler til foreldrestøttende tiltak der kommuner som søker kan få tilskudd til opplæring m.m.; i *Trygge foreldre – trygge barn* Regjeringens strategi for foreldrestøtte (2018–2021); implementering og spredning gjennom Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDI) sin fagressurs om foreldreveiledning; og gjennom IMDIs årlige tilbud om veilederopplæring til ansatte i introduksjonsprogrammet.

## Formål

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

## Metode

Denne kunnskapsoppsummeringen er en revisjon av en tidligere beskrivelse av tiltaket beskrevet i Ungsinn (Reedtz, 2012; Reedtz & Lauritzen, 2017) og i henhold til kriteriene for klassifisering av tiltak i Ungsinn (Martinussen mfl., 2019). Studier om tiltaket ble søkt etter i databasene Embase, Medline og PsycINFO, NORART Cochrane, Cristin, NORA, SCOPUS og SweMed. Søkedato: 22.09.2022. I tillegg har vi fått materiell fra tiltakseier i Norge, herunder rapporter, manualer og veiledere, samt en forskningsartikkel som var for ny til at den ble fanget opp av litteratursøket.

## Resultater

### Gjennomgang av beskrivelser

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

Tiltakets hovedmål er beskrevet og knyttet til kvaliteter ved omsorgsgivere. Målene er imidlertid noe upresise og gir ikke spesifikke beskrivelser av hva man ønsker å oppnå med tiltaket. Det foreligger ikke en problembeskrivelse slik man forutsetter i kriteriene til Ungsinn. Det er angitt at man ønsker å påvirke «kontakt, samspill og relasjon» mellom barnet og omsorgsgiveren, men det er i liten grad beskrevet hvilke dimensjoner av kontakt, samspill og relasjon som søkes utviklet gjennom tiltaket.

Målsetningen om for eksempel «Å fremme en sensitiv og uttrykksfull kommunikasjon mellom omsorgsgiveren og barnet, slik at det følelsesmessige forholdet mellom de to blir positivt og utviklende» (Bufetat, 2016) blir ut ifra dette diffust og derfor vanskelig å måle. Det samme gjelder de andre hovedmålsettinger for tiltaket. Forebygging av psykososiale problemer hos barn og unge er et sekundært mål for tiltaket, men det er ikke konkretisert hvilke psykososiale problemer man ønsker å forebygge.

Tiltaket er godt organisert og strukturert. Metodene som benyttes er refleksjon omkring og drøfting mellom veiledere og foreldre/omsorgsgivere av spesifikke temaer relevant for godt samspill.

Målgruppen er vid og inkluderer alle voksne med omsorgsansvar for barn, og er også noe beskrevet for undergrupper av omsorgspersoner med en eller flere sentrale karakteristika (omsorgsgivere generelt, fengslede fedre, mødre i minoritets-etniske familier, foreldre til barn med funksjonsnedsettelse, foreldre eksponert for vold i nære relasjoner, omsorgsgivere for unge i risiko for radikaliserings og voldelig ekstremisme, ungdomsforeldre, foreldre som er fratatt omsorgen for sine barn, foreldre på krisesenter og profesjonelle omsorgsgivere).

**Tabell 1**  
Vurdering av tiltakets beskrivelse

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

### Inkluderte artikler og nordiske effektstudier

Litteratursøket resulterte i 77 treff. Etter fjerning av duplikater (15), var antallet treff 62. Søket var bredt, men de fleste treffene viste seg ved nær-

mere gjennomgang å ikke være relevante. Dette forklares i hovedsak med at søket fanget opp studier som ikke undersøkte om ICDP var et virksomt tiltak, eller at studiene var gjennomført i land utenfor Norden. Av de totalt 62 treffene ble seks studier vurdert relevante og disse er beskrevet i tabell 2. Utvalgene i de fem første studiene er delvis de samme, og alle disse artiklene er basert på data som er innsamlet i det samme hovedprosjektet i 2008–2010.

Følgende norske evalueringer av ICDP er identifisert. Den første studien (Sherr mfl., 2014) var en studie i en normalpopulasjon der foreldre

som hadde mottatt tiltaket ( $N = 141$ ) ble sammenlignet med en gruppe foresatte som ikke hadde mottatt ICDP ( $N = 79$ ). Gruppene ble gjennomført i barnehager og på helsestasjoner i Norge. Begge gruppene svarte på spørreskjema før og etter intervensjonsgruppens 8-ukers ICDP kurs.

I en senere studie (Skar mfl., 2015) ble effekter av ICDP ved 6–12 måneders oppfølging evaluert i en pre-post-studie med samme foreldregruppe som i Sherr m. fl (2014). Foreldre som deltok i ICDP-grupper ( $N = 79$ ) ble sammenlignet med en gruppe foreldre som ikke hadde deltatt i ICDP

**Tabell 2**  
Inkluderte nordiske effektstudier

Studie/ Artikkel	Forskningsdesign	Deltakere	Utvalget	Måletidspunkter
Sherr, L., mfl. (2014).	Kvasi-eksperimentell studie med intervensjons- og sammenligningsgruppe, pre-post.	$N = 141$ foresatte i intervensjons-gruppe, $N = 79$ foresatte i sammenligningsgruppe.	Gjennomsnittsalder på ICDP foreldre 36,6 år, 2,0 barn i snitt, i sammenligningsgruppa var snittalder 34,2 og de hadde 1,8 barn i snitt.	Pretest ved oppstart av gruppene og posttest etter avslutning (2008–2010).
Skar, A.-M. S., mfl. (2014).	Kvasi-eksperimentell studie med intervensjons- og sammenligningsgruppe, pre-post-oppfølging.	Foreldre som deltok i ICDP ( $N = 79$ ) og foreldre i en sammenligningsgruppe ( $N = 62$ ).	Gjennomsnittsalder på ICDP foreldre 34,2 år, 2,0 barn i snitt, i sammenligningsgruppa var snittalder 34,8 og de hadde 1,8 barn i snitt.	Pretest før oppstart, posttest etter avslutning og oppfølging 6–12 mnd. etter avslutning (2008–2010).
Skar, A.-M. S., mfl. (2014a).	Evaluering av effekter innen en gruppe, ingen sammenligningsgruppe	Fengslede fedre som mottok ICDP ( $N = 25$ ) og ikke-fengslede fedre som mottok ICDP ( $N = 36$ ).	Gjennomsnittsalder på fedrene i fengsel var 37 år og de hadde 2,1 barn i snitt. Gjennomsnittsalder på fedrene som ikke satt i fengsel var 38 år og de hadde 2,0 barn i snitt.	Pretest ved oppstart av gruppene og posttest etter avslutning (2008–2010).
Clucas mfl. (2014)	Evaluering av effekter innen en gruppe, ingen sammenligningsgruppe	Mødre ( $N = 105$ ) og fedre ( $N = 36$ ) som hadde deltatt i ICDP-grupper.	Fedrene som deltok i studien var gjennomsnittlig 38,41 år gamle og hadde et snitt på 1,86 barn. Mødrene som deltok i studien var 33,41 år i snitt og hadde gjennomsnittlig 1,93 barn.	Pretest ved oppstart av gruppene og posttest etter avslutning (2008–2010).
Skar, A.-M. S., mfl. (2014b).	Evaluering av effekter innen en gruppe, ingen sammenligningsgruppe	Pakistanske mødre ( $N = 29$ ) og norske mødre ( $N = 105$ ).	Mødrene i urdotalende gruppe var i snitt 35,0 år og de hadde i snitt 1,95 barn. Mødrene i den norsktalende gruppen var i snitt 34,3 år gamle og de hadde i snitt 2,86 barn.	Pretest ved oppstart av gruppene og posttest etter avslutning (2008–2010).
Brekke mfl. (2022)	Evaluering av effekt der randomisert intervensjonsgruppe og kontrollgruppe ble sammenlignet	Intervensjons-gruppe ( $N = 292$ ), venteliste kontroll ( $N = 298$ )	Om lag $2/3$ av deltakerne var norske foreldre og $3/4$ var mødre. Gjennomsnittsalder hos alle foreldre var ca. 36 år og $4/5$ var gifte/samboende og i arbeid, samt at majoriteten hadde høyere utdanning	Måling ved oppstart av gruppene (T1), ved posttest etter avslutning (T2) og fire måneder etter avslutning (T3).

( $N = 62$ ), og spørreskjemaer før, umiddelbart etterpå og ved 6–12 måneders oppfølging ble fylt ut.

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

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

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

I den sjette og siste studien (Brekke, Smith, Skjønberg, Holt, Helland, Aarø mfl., 2022)

evaluerte forskerne effekten av ICDP for foreldre i Norge ( $N = 590$ ) og sammenlignet en intervensjonsgruppe ( $N = 292$ , fordelt på 38 grupper) med en kontrollgruppe ( $N = 298$ , fordelt på 43 grupper). Deltakerne i studien bevarte spørreskjemaer relatert til tiltakets hoved- og delmål før intervensjonen, rett etter og fire måneder etter avslutning av tiltaket. Kontrollgruppen ble tilbudt deltakelse i ICDP etter disse fire målingene.

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

### Forskningsmetodisk kvalitet

Den metodiske vurderingen av studiene er presentert i Tabell 3.

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

**Tabell 3**  
Forskningsmetodisk kvalitet

Studie	1. Statistiske analyser	2. Måling	3. Indre validitet	4. Tro mot tiltaket	5. Ytre validitet	Gj. snitt
Sherr, L., mfl. (2014)	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
Skar, A.-M. S., mfl. (2014)	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
Skar, A.-M. S., mfl. (2014a).	1	1	1	1	1	1
Clucas mfl. (2014)	1	1	1	1	1,5	1,1
Skar, A.-M. S., mfl. (2014b)	1	1	1	1	1	1
Brekke mfl. (2022)	4	2,5	3	3	3	3,1

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

pretest, noe det ikke synes å være kontrollert for gjennom de statistiske analysene.

I den andre studien (Skar, mfl., 2014) sammenlignes tiltaksgruppen og sammenligningsgruppen på demografiske variabler og utfallsmål ved hjelp av Kji-kvadrat og t-tester. For å avdekke forskjeller mellom gruppene benyttet man seg av variansanalyse av typen ANCOVA med gjentatte målinger der man kontrollerer for forskjeller mellom intervensjon- og kontrollgruppe på utfallsvariabelen ved pretest. Det er imidlertid ikke benyttet analyser som tar hensyn til flernivåstrukturen i datamaterialet. Videre er det ikke gjort styrkeberegninger og utvalget vurderes for lite til å kunne fange opp små effekter for sentrale utfallsmål. Frafallet er stort og det er ikke gjort frafallsanalyser. I tillegg er ikke alle deltakere som deltok ved pretest inkludert i analysene (*Intention-to-treat*, ITT), men kun deltakere som deltok på alle måletidspunkter. Dette har stor betydning for fortolkningen av resultatene ettersom det åpner for at de deltakerne som falt fra ikke hadde positiv effekt av programmet. Dersom dette er tilfelle vil man overestimere en mulig positiv effekt av programmet ved kun å inkludere de som deltok på alle måletidspunkter.

I den tredje studien der to grupper av fedre som mottar ICDP sammenlignes (Skar, mfl., 2014a) avdekket man at gruppen av fedrene som deltok på det første måletidspunktet og de som deltok ved begge måletidspunkter var ulike når det gjaldt demografiske variabler og på sentrale utfallsmål. Analysemetodene som ble brukt var Kji-kvadrat og t-tester for avhengige data. For å avdekke forskjeller i endring fra før til etter tiltaket innen hver gruppe, benyttet man seg av også av t-test for avhengige data. For å avdekke forskjeller mellom gruppene benyttet man seg av variansanalyse med gjentatte målinger. Signifikante interaksjoner benyttes for å undersøke om det er signifikant forskjellig endring av skårer mellom de to gruppene som begge fikk ICDP. Mangelen på en sammenligningsgruppe som ikke fikk tiltaket gjør imidlertid at denne testen ikke sier noe om selve effekten av tiltaket. Det var ikke gjort styrkeberegninger eller frafallsanalyser. I tillegg ble bare de fedrene som deltok på begge måletidspunkter inkludert i analysene (det er ikke utført ITT analyser).

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

I den femte studien (Skar, mfl., 2014b) fant man ingen signifikante forskjeller mellom de norske og pakistanske mødre når det gjaldt sivil status og alder, mens de norske mødre hadde signifikant høyere utdanning og sterkere tilknytning til arbeidslivet. Analysemetodene som ble brukt var Kji-kvadrat og t-test for avhengige data. Det var ikke gjort styrkeberegninger. Frafallet var betydelig; mer enn 50 % for pakistanske mødre og nesten 50 % for norske mødre, og det var ikke gjort frafallsanalyser. Også denne studien inkluderte man bare de som deltok på begge måletidspunkter i analysene.

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

I den siste studien (Brekke mfl., 2022) hadde man gjort styrkeberegninger ved hjelp av MacLennans kalkulator for utvalgsstørrelse. Man benyttet *Linear Mixed Models* (LMM) for å undersøke forskjeller mellom gruppene ved baseline og inkluderte alle deltakere fra baseline i videre målinger ved bruk av *Intention-to-treat* (ITT) analyser. Analysene tok hensyn til at deltakere var klustret i hushold som igjen var klustret i ICDP grupper. I tillegg analyserte man foreldre som hadde deltatt

i fire eller flere gruppemøter for seg og sammenlignet disse med resten for å undersøke effekten av intervensjonen. Alle effektstørrelser ble uttrykt ved hjelp av Cohen's *d*. Man benyttet en velegnet metode for håndtering av missing data; *full information maximum likelihood* (ML). Frafallet er også rapportert.

### Måleinstrumenter

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

Med unntak av SDQ og HADS har man derfor ikke nok informasjon til å vurdere psykometrisk kvalitet på de benyttede skalaer. SDQ er beregnet for barn og unge i alderen 4–16 år (Kornør og Heyerdahl, 2017), mens gjennomsnittsalderen for barna i sammenligningsgruppen var 3,3 år. Når det gjelder bruken av HADS oppgis ikke sumskårer på depresjonsskalaen eller om disse er over eller under klinisk grenseverdi for deltakere i studien.

Også for skalaene som er benyttet i den andre studien (Skar mfl., 2014) mangler psykometriske data, med unntak av SDQ og HADS, samt at normdata ikke oppgis. Hva som er vanlig i den generelle populasjonen er av betydning når man sammenligner grupper som har fått et tiltak med andre som ikke har fått tiltaket, fordi normdata kan fungere som et referansepunkt i fortolk-

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

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

I den fjerde studien (Clucas mfl., 2014) er det rapportert god reliabilitet på alle skalaer bortsett fra to, der det er ikke er rapportert om reliabilitet. Heller ikke i denne studien gis det opplysninger om normdata.

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

I Brekke mfl., (2022) benyttet man flere standardiserte spørreskjema for å tappe informasjon om foreldre og barn. Foreldres psykiske helse ble målt med *Hopkins Symptom Checklist-5* (SCL-5; Strand mfl., 2003). Cronbachs alfa er ikke rapportert for dette instrumentet. Foreldres opplevelse av egne prestasjoner og mestring som foreldre ble målt ved bruk av *Tool to Measure Parenting Self-Efficacy* (TOPSE; Kendall & Bloomfield, 2005). Den totale skalaen (48 ledd) hadde Cronbachs alfa på  $\alpha = 0,94$  ved baseline og

vrderes svært god, men ble ikke målt på senere måletidspunkter eller på subskalanivå. TOPSE er ikke validert eller normert i Norge. For å måle foreldres reaksjoner på førskolebarnas følelser benyttet man skalaen *Coping with Toddlers'/Children's Negative Emotions Scale* (CTNES; Spinrad, Eisenberg, Kupfer, Gaertner, & Michalik, 2004), som bygger på skalaen som ble benyttet for barn i skolealder *Coping with Children's Negative Emotions Scale* (CCNES; Eisenberg, Fabes, & Murphy, 1996). Disse skalaene har seks subskalaer (uttrykt støtte, emosjonsfokuserede reaksjoner, problemfokuserede reaksjoner, straffende reaksjoner, minimerende reaksjoner og stressreaksjoner) som tenkes å reflektere ulike foreldrestiler som anvendes i 12 beskrevne situasjoner i testen. Noen av de psykometriske egenskapene ved CTNES/CCNES er beskrevet i eldre studier og i en av disse anbefales videreutvikling av testen (Fabes mfl., 2002). Det foreligger ikke normer for noen av skalaene i Norge. Man benyttet i denne studien også bare en del av skalaen (5 av 12 situasjoner), noe som vanskeliggjør tolking av resultatene. I måling av Cronbachs alfa ved baseline ble to underskalaer slått sammen (staffende reaksjoner og minimering av reaksjoner) til en skala som ble kalt avvisning av følelsesatferd med  $\alpha = 0,72$ . To andre skalaer ble også slått sammen ved baseline (uttrykt støtte og problemfokuserede reaksjoner) og ble kalt emosjonsveiledende atferd, med  $\alpha = 0,77$ . For å måle foreldres positive involvering med barnet benyttet man seks av 10 spørsmål fra subskalaen *Positiv Involvering* i *Alabama Parenting Questionnaire* (APQ; Frick (1991). Denne skalaen har totalt 42 spørsmål, fordelt på fem subskalaer, som besvares på en Likert skala fra 1 (aldri) til 5 (alltid), og der høyere skårer indikerer høyere positiv involvering. APQ er oversatt til norsk, men er ikke validert eller normert i Norge. Oppsplittingen av de tre sistnevnte standardiserte skalaene, samt at disse ikke er validert i den form de er benyttet i studien gjør det vanskelig å vurdere resultatene på disse. Også i målinger av studiens sekundære mål benyttet man bare deler av større og velutprøvde skalaer. For å måle foreldres relasjon til sitt barn benyttet man *Child-Parent Relationship Scale* (CPRS; Pianta, 1992), men bare 15 av totalt 30 spørsmål. Cronbachs alfa for målte ledd er rapportert uavhengig av testens subskalaer,  $\alpha = 0,83$  for spørsmål knyttet til konflikt og  $\alpha = 0,82$  for spørsmål knyttet til nærhet. For å

måle barn og unges psykiske helse benyttet man *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ; Goodman, 1997). Dette er et velutprøvd og validert måleinstrument internasjonalt og i Norge (Kornør og Heyerdahl, 2017). Cronbachs alfa i denne studien var  $\alpha = 0,71$  for internaliserende vansker,  $\alpha = 0,74$  for eksterne vansker og  $\alpha = 0,72$  for prososial atferd ved baseline. Til slutt ble barn og unges helserelevante livskvalitet målt ved bruk av KINDL-R (Ravens-Sieberer and Bullinger, 1998) og man benyttet skjema for 4–7 åringer og 8–16 åringer. For totalskåren på KINDL-R var  $\alpha = 0,94$  ved baseline. I en kunnskapsoppsummering i PsykTestBarn anbefales ikke foreldreversjonen for barn i alderen 4–7 år på grunn av at det ikke finnes studier av psykometriske data for denne versjonen i Norge. Man innhentet kun selvrapporteringsdata fra foreldre/omsorgspersoner og ikke andre informanter eller observasjonsdata.

### Indre validitet

Den første studien (Sherr mfl., 2014) har et kvasi-eksperimentelt design, der både intervensjonsgrupper og sammenligningsgrupper har svart på spørreskjema før og etter ICDP. Studien inkluderte selvrekrutterte deltakere ( $N = 141$ ) fra 25 ulike ICDP grupper og selvrekrutterte deltakere ( $N = 79$ ) fra sammenligningskommuner som ikke hadde implementert tiltaket. ICDP gruppene ble gjennomført i barnehager og innen helsetjenester for barn, og sammenligningsgruppen ble rekruttert fra de samme arenaer i sammenligningskommunene. Studien gir ikke opplysninger om eventuelle forskjeller/likheter mellom kommunene der ICDP gruppene fant sted og sammenligningskommunene. Når det gjaldt kjønn, om foreldrene var norske og deres tilknytning til arbeidslivet var det var ikke signifikante forskjeller mellom gruppene. Det var imidlertid signifikant høyere andel av gifte/samboende omsorgsgivere og personer med høyere utdanning i sammenligningsgruppen. Det er også mulig at gruppene er forskjellige på andre områder enn de variablene som er undersøkt, og dette svekker den indre validiteten i studien.

Man har ikke vurdert eller drøftet viktige feilkilder i studien, for eksempel modning eller regresjon til gjennomsnittet. Det var stort frafall

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

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

Den andre studien (Skar mfl., 2014) hadde også et kvasi-eksperimentelt design, og intervensjonsgrupper og sammenligningsgrupper svarte på spørreskjema før, etter og 6–12 måneder etter gjennomføringen av ICDP grupper. Informantene i denne studien er de samme som i den første studien, men kun de som har svart på alle måletidspunkter ble inkludert i analysene. Forfatterne rapporterte at studien inkluderte selvrekrutterte deltakere ( $N = 79$ ) fra 25 ulike ICDP grupper og selvrekrutterte deltakere ( $N = 62$ ) fra sammenligningskommuner som ikke hadde implementert tiltaket. Man kan ikke med sikkerhet vite hva som er størrelsen på hvert av utvalgene, da det oppgis ulike tall for dette i tekst og tabeller. Studien oppgir at kommunene det ble rekruttert fra var matchet og dermed var like hverandre med tanke på sosioøkonomiske forhold. Det er imidlertid ikke gitt nærmere opplysninger om hvilke variabler kommunene er matchet på, og det er dermed usikkert om foreldre i sammenligningsgruppen kan ha mottatt andre former for veiledning i sine hjemkommuner. Sammenligningsgruppen hadde signifikant høyere andel av omsorgsgivere med høyere utdanning. Også for denne studien er det

grunn til å stille spørsmålsteget ved om gruppene som sammenlignes er like i utgangspunktet.

Forfatterne har ikke vurdert eller drøftet andre feilkilder i studien. Det store frafallet mellom pre- og posttest er omtalt i vurderingen av studie 1, som er grunnlaget for denne oppfølgingsstudien. Man oppgir også i denne studien en utvalgsstørrelse på 141 foreldre i ICDP gruppen og 79 i sammenligningsgruppen ved pretest og posttest, og videre at 79 deltakere i ICDP gruppen og 62 deltakere i sammenligningsgruppen besvarte aktuelle spørreskjema ved 6–12 måneders oppfølging. Ut ifra dette har man beregnet et frafall ved oppfølging på 44 % i ICDP gruppen og 21,5 % i sammenligningsgruppen. Gitt at utvalgsstørrelsen i realiteten varierte fra 22–67 for de valgte utfallsmål i ICDP gruppen viser imidlertid våre beregninger et frafall på 15–72 %. Gitt at utvalgsstørrelsen i sammenligningsgruppen varierte fra 20–62 informanter for de valgte utfallsmål er frafallet i denne gruppen på 0–68 %. Frafallet har sannsynligvis stor betydning for resultatenes gyldighet. Det rapporteres ikke om hvorvidt eller eventuelt hvilke grep som er tatt for å forsøke å redusere frafallet i studien. Det angitte oppfølgingstidspunktet varierte mellom 6 til 12 måneder. Denne studien har de samme utfordringer knyttet til indre validitet som den første studien og det er ut ifra det vanskelig å si noe om årsaken til de aktuelle endringer for begge grupper og spesielt hvorvidt effektene henger sammen med tiltaket eller andre variabler.

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

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

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

Studien til Brekke mfl. (2022) er den første randomiserte studien av ICDP i et universelt utvalg og ble gjennomført i tråd med CONSORT kriterier. Grupper av rekrutterte foreldre ble tilfeldig fordelt i enten intervensjons- eller kontrollbetingelsen (kluster-randomisering) i forkant av pretest. Randomiseringen ble gjennomført automatisk og var stratifisert på to faktorer for å sikre balanse mellom betingelsene; gruppeleders erfaring og kommunestørrelse. Intervensjonsgrupper besvarte spørreskjema før foreldregruppene startet (T1), rett etter avslutning (T2) og ved fire måneders oppfølging (T3), mens kontrollgruppen besvarte T1 og T3 samtidig med intervensjonsgruppene. Foreldre i kontrollgruppene var venteliste kontroll og ble tilbudt ICDP etter T3. Det er en styrke at deltakere som falt fra, ble inkludert i analysene ved bruk av ITT, da det gir et konservativt estimat av tiltakets effekter og opprettholder randomiseringen. Studien inkluderte selvrekrutterte deltakere ( $N = 590$ ) fra 81 ulike ICDP grupper og hadde god statistisk

styrke. Feilkilder som mangel på blinding, frafall og selvrapporing fra foreldre er også drøftet.

### **Fidelity/Troskap mot tiltaket**

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

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

ICDP gruppene det rapporteres fra i den andre studien (Skar mfl., 2014) er de samme som i den første studien. Det opplyses på generell basis at veilederne hadde gjennomført opplæring og at de ledet møtene med støtte fra håndboken for tiltaket. Det gis heller ikke i denne studien opplysninger om hvorvidt veiledernes arbeid ble kvalitetssikret eller evaluert, utover at veiledere fikk tilbud om kurs for vedlikehold av kunnskap.

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

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

ICDP tiltaket for fengslede fedre (Skar mfl., 2014a) besto av 10 to-timers gruppemøter. I tre av seks fengsler der tiltaket ble tilbudt hadde fedrene også utvidede besøksavtaler med barna sine. I de fengslene der kontakt mellom fedrene og deres barn var mulig inkluderte man også oppgaver og drøftinger i grupper av fedre. ICDP gruppene for fedre som fikk tilbud om tiltaket i sine kommuner ble gjennomført som et ordinært ICDP opplegg med åtte to-timers gruppemøter. Det vurderes ut ifra dette at dosen foreldreveiledning varierer systematisk i og mellom gruppene, samt at innholdet i tiltaket også er forskjellig for de to ICDP gruppene som sammenlignes, samt innen gruppen av fengslede fedre. Det gis ikke opplysninger om hvorvidt de som tilbyr tiltaket følger håndboken for tiltaket og om gjennomføringen av gruppene kvalitets-sikres.

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

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

man kan stille spørsmålstegn ved om tiltaket er det samme for gruppene.

For de fem første studiene er det uklart om veilederne har opplæring og sertifisering i forhold til standardversjonen, fengselsversjonen eller versjonen for omsorgsgivere med minoritets-etnisk bakgrunn, flere av disse eller alle.

I studien til Brekke mfl. (2022) er tiltaket levert som et gruppetiltak over åtte ukentlige møter av to timers varighet. Det var to gruppeledere for hver gruppe. I hovedanalysene ble alle deltakerne inkludert i analysene, men det ble også gjort egne analyser hvor deltakere som hadde deltatt på færre enn fire møter ikke ble analysert som en del av intervensjonsgruppen. Det er gjort rede for at alle gruppeledere i studien var sertifiserte etter dagers krav og hadde gjennomført et todagers oppfriskningskurs i håndboken for gruppeledere, i forkant av studien. Gruppelederens troskap mot tiltaket ble målt ved hjelp av sjekklister etter hvert møte og alle gruppeledere i studien rapporterte at de hadde gjennomgått alle de åtte temaene i tiltaket ved avslutning.

### Ytre validitet

Den metodiske vurderingen av studiene er presentert i Tabell 3. Metodisk kvalitet er vurdert etter Ungsinn sine kriterier (Martinussen mfl., 2019). Studiene i tabell 3 evaluerer effektene av ICDP i Norden og det finnes ikke studier utenfor Norden som har evaluert tiltakets effekter for like målgrupper og med de samme utfallsmål. Den første studien (Sherr mfl., 2014) inkluderer ikke oppfølging over tid, mens Skar mfl. (2014) evaluerer effektene av ICDP ved 6–12 måneders oppfølging og Brekke mfl. (2022) ved 4 måneders oppfølging. For de andre studiene er det ikke gjennomført oppfølgingsstudier.

Det er en styrke ved alle de seks inkluderte studiene (se tabell 3) at de er gjennomført i vanlig praksis i norske kommuner. På grunn av at deltakelse i alle studiene bygget på selvrekruttering, samt at det i de to første studiene ikke er opplyst om hvordan matchingen av deltakerkommuner og sammenligningskommuner er gjennomført, er det usikkerhet knyttet til om deltakerne i gruppene i studiene er representative for andre omsorgsgivere i Norge/Norden. Det kan for eksempel være

systematiske forskjeller mellom omsorgspersoner som ville delta og de som ikke ville delta, samt betydningsfulle geografiske forskjeller mellom deltaker- og sammenligningskommunene, som vil kunne påvirke funnene i studiene. Det vurderes på denne bakgrunn å være svakt grunnlag for å generalisere resultatene fra studiene til andre omsorgsgivere. For studiene fra Skar mfl. (2014a, 2014b) og Clucas mfl. (2014) er den svake ytre validiteten også knyttet til at designet i studiene ikke er egnet til å undersøke om likheter og forskjeller i endring mellom gruppene er en følge av ICDP tiltaket.

I studien til Brekke mfl. (2022) er også tiltaket levert som vanlig praksis i norske kommuner, antallet grupper er høyt og fra 38 ulike kommuner, samt at utvalgsstørrelsen har tilstrekkelig statistisk styrke. Deltakelse i studien bygger på selvrekuttering, men dette er den vanligste måten å rekruttere til foreldreveiledningstiltak og det er vanskelig å se for seg andre muligheter i helsefremmende tiltak rettet mot hele befolkningen. Det er en svakhet at oppfølgingstiden kun er fire måneder.

## Effekter

For de to første studiene som har en sammenligningsgruppe har vi beregnet effektstørrelser (ES) ved hjelp av Hedges'  $g$  (standardisert), dvs. ved å ta differansen mellom endrings-skårene fra pre, post og til oppfølging i ICDP gruppen og sammenligningsgruppen, og dividert denne differansen med polet [kombinert] prestandardavvik i de to gruppene (Carlson & Schmidt, 1999; Morris, 2008). Vi har ikke hatt tilgang til forekomst av missing data og har dermed bare gjennomført beregninger av effektstørrelser ved hjelp av data fra deltakerne i de inkluderte studier slik det er rapportert i artiklene. Effektstørrelser for sentrale utfallsmål tolkes ofte ut fra Cohen's (1977) kriterier som tradisjonelt beskriver  $d = 0,2$  som en liten effekt,  $d = 0,5$  som en moderat effekt, og  $d = 0,8$  som en stor effekt, se tabell 4. Primærstudiene er kilden til signifikanstesting.

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

**Tabell 4**  
Effektstørrelser for utfallsvariabler i studier med sammenligningsgrupper

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

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

samt en moderat effekt for TV og dataspill med

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

For de tre studiene som ikke har en sammenligningsgruppe, men sammenligner effekter i en gruppe omsorgsgivere som får ICDP med en annen gruppe som også får tiltaket, vil alle deltakerne tjene som sin egen kontroll. Vi har også her beregnet effektstørrelser ved hjelp av Hedges' *g* (standardisert). For ES beregnet på pre-post test uten kontrollgruppe (ukontrollert ES) finnes det ingen standard for vurdering av størrelsen. Ukontrollerte ES er vanligvis større enn kontrollerte ES (Öst, 2010) og Öst mener derfor det er rimelig å vurdere effektstørrelsen innen ukontrollerte studier slik at  $d = 0,5$  betegner en liten effekt,  $d = 0,8$  betegner en moderat effekt, og  $d = 1,10$  betegner en stor effekt. Vi har tolket effektstørrelser for sentrale utfallsmål ut fra både Cohen's (1977) kriterier og Öst sitt forslag, se tabell 5. Primærstudiene er også for disse kilden til signifikanstesting.

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

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

I studien der man sammenlignet fedre med mødre (Clucas mfl., 2014) hadde man også 17 utfallsmål. Fedrene i denne studien hadde en liten positiv effekt på foreldreatferd når det gjaldt

foreldrestrategi og engasjement i barnet, samt en moderat positiv effekt for håndtering av barnet. Man fant ingen effekter for vansker hos barnet målt ved hjelp av SDQ. Når det gjaldt foreldres psykososiale helse fant man en liten positiv effekt på helse og mestring, og en liten til moderat effekt på angst. For ni av 17 utfallsmål fant man ingen effekter.

For mødre som ble sammenlignet med fedre (Clucas mfl., 2014) fant man små positive effekter på foreldreatferd når det gjaldt uro i hjemmet, foreldrestrategi, håndtering av barnet, og engasjement i barnet. For vansker hos barnet fant man en liten til moderat positiv effekt for totalskåren av SDQ (Clucas mfl., 2014). For foreldres psykososiale helse fant man en liten positiv effekt for angst. For 10 av 17 utfallsmål fant man ingen effekter hos mødre i utvalget.

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

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

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

**Tabell 5.**  
Effektstørrelser (innen-gruppe) for utfallsvariabler i studier med pre- og posttest uten sammenligningsgruppe

Studie	Korttidseffekter av ICDP hos fengslede og ikke fengslede fedre (Skar, A.-M. S., mfl., 2014a).		Korttidseffekter av ICDP i Norge hos mødre og fedre (Clucas mfl., 2014).		Korttidseffekter av ICDP i Norge hos norske og minoritetsetniske mødre (Skar, A.-M. S., mfl., 2014b).	
	Hedges'g		Hedges'g		Hedges'g	
Gruppe	Fedre i fengsel	Andre fedre	Fedre	Mødre	Norske mødre	Pakistanske mødre
<b>Utfallsmål</b>						
<b>Foreldreatferd</b>						
Aktiviteter med barnet			-0,23	-0,26	-0,26	-0,21
Positiv disiplin	-0,30	0,19	0,10	0,40	0,48	0,23
Uro i hjemmet			0,18	0,16		
Foreldrestrategi	0,43	0,48	0,34	0,32	0,43	0,09
Håndtering av barnet	-0,29	0,32	0,55	0,21		
Engasjement i barnet	0,22	0,35	0,34	0,24		
Emosjonelt engasjement i barnet					-0,85	0,13
Strategisk engasjement i barnet					1,10	0,11
Fedretid i ukedager			0,76	0,12		
Håndtering av barnet fra distanse					0,19	-0,15
Fasiliterende håndtering av barnet					0,31	0,11
Total tid mødre-barn ukedager					0,09	0,18
<b>Vansker hos barnet</b>						
SDQ Prososial atferd	-0,09	0,02			0,07	-0,18
SDQ Innvirkning på barnet	0,05	0,33	0,33	-0,04	-0,04	0,20
SDQ Total	-0,01	-0,09	-0,06	0,40	0,40	-0,43
<b>Foreldres psykososiale helse</b>						
Negative emosjoner	-0,51	0,16				
Glede	-0,12	0,08				
Tristhet	-0,41	-0,02				
Frykt	-0,99	-0,71				
Helse	-1,27	-0,36	-0,36	0,04		
Min livskvalitet	-1,18	0,21	0,23	0,09		
Tilfredshet med livet	-0,50	0,09	0,11	0,07		
Mestring	-0,08	0,41	0,41	0,05		
Angst	-0,10	0,44	0,44	0,13	0,13	0,20
Depresjon	-0,05	-0,15	-0,12	0,06	0,06	-0,03
Ensomhet			0,07	0,10	0,10	-0,03
Tilfredshet med partner					0,10	-0,31
Selvtillit					0,16	-0,30
Positive emosjoner subskala					-0,01	-0,12
Utforsking subskala					-0,03	-0,15
Sinne subskala			0,27	0,15	0,15	0,29
Antall sosiale støtter					-0,07	-0,11

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

I studien til Brekke mfl. (2022) er hovedutfallsmålene relatert til endringer i foreldres selvopplevde mestring, positiv involvering med barnet og reaksjoner på barnets emosjoner ved avvisning av følelser eller Emosjonsregulerende atferd. Man fant ingen signifikante forskjeller mellom gruppene for positiv involvering med barnet. Man fant imidlertid signifikante forskjeller mellom intervensjons- og kontrollgruppen på foreldres selvopplevde mestring og mer emosjonsregulerende atferd fra foreldrene rett etter gjennomført program og ved fire måneders oppfølging, samt mindre avvisning av barnets følelser ved fire måneders oppfølging. Effektene var små for alle hovedutfallsmål med positive funn. For sekundære utfallsmål relatert til relasjon mellom barn og foreldre fant man ikke signifikante forskjeller mellom intervensjons- og

kontrollgruppen i konflikter mellom foreldre ved postmål, men ved fire måneders oppfølging. Man fant også signifikante forskjeller i nærhet i foreldre-barn relasjonen ved postmål i favør av intervensjonsgruppen, men ikke ved fire måneders oppfølging. Det var ingen forskjeller mellom gruppene når det gjaldt konflikter med barnet. For sekundære utfallsmål relatert til barnets psykososiale helse fant man signifikante forskjeller mellom intervensjons- og kontrollgruppen på internaliserende vansker og prososial atferd ved postmål, men ikke ved fire måneders oppfølging. Man fant ingen forskjeller mellom gruppene for eksternaliserende atferd hos barnet eller barnets livskvalitet. Effektene for alle sekundære utfallsmål med positive funn var små.

**Tabell 6**

*Oppsummering av effektstørrelse, statistisk signifikans og vurdering av effekt på ulike måletidspunkter i randomisert studie*

Utfallsmål (måleredskap)	Måletidspunkt	Effektstørrelse Cohen's d	Beskrivelse av effektstørrelse	p-verdi	Konklusjon
<b>Hovedutfallsmål</b>					
Foreldres selvopplevde mestring (TOPSE)	Posttest	<b>0,25</b>	Liten	<0,001	<b>Positivt funn</b>
Positiv involvering med barnet (APQ)	4 mnd. oppf.	<b>0,23</b>	Liten	<0,001	<b>Positivt funn</b>
	Posttest				Null-funn
Foreldres avvisning av barnets følelser (CTNES/ CCNES)	4 mnd. oppf.				Null-funn
	Posttest				Null-funn
Foreldres emosjonsregulering av barnet (CTNES/ CCNES)	4 mnd. oppf.	<b>-0,14</b>	Liten	<0,05	<b>Positivt funn</b>
	Posttest	<b>0,14</b>	Liten	<0,05	<b>Positivt funn</b>
	4 mnd. oppf.	<b>0,20</b>	Liten	<0,05	<b>Positivt funn</b>
<b>Sekundære utfallsmål</b>					
Konflikter mellom foreldre (PPC)	Posttest				Null-funn
Nærhet i foreldre-barn relasjonen (CPRC)	4 mnd. oppf.	<b>0,16</b>	Liten	<0,05	<b>Positivt funn</b>
	Posttest	<b>0,16</b>	Liten	<0,05	<b>Positivt funn</b>
Konflikter med barnet (CPRC)	4 mnd. oppf.				Null-funn
	Posttest				Null-funn
Internaliserende vansker hos barnet (SDQ)	4 mnd. oppf.	<b>0,16</b>	Liten	<0,05	<b>Positivt funn</b>
	Posttest				Null-funn
Prososial atferd hos barnet (SDQ)	4 mnd. oppf.	<b>0,17</b>	Liten	<0,05	<b>Positivt funn</b>
	Posttest				Null-funn
Eksternaliserende vansker hos barnet (SDQ)	4 mnd. oppf.				Null-funn
	Posttest				Null-funn
Barnets livskvalitet (KINDL, total)	4 mnd. oppf.				Null-funn
	Posttest				Null-funn
	4 mnd. oppf.				Null-funn

## Internasjonale kunnskapsoppsummeringer

Ingen relevante.

## Andre norske evalueringer

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

## Implementeringskvalitet

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

For å kunne bli sertifisert veileder innen ICDP er det et krav at man har minimum en treårig utdanning innen helsefag, sosialfag eller pedagogiske fag. Det fremstår ut ifra dette som at ICDP er relativt fritt tilgjengelig for de tjenester som ønsker å ta i bruk tiltaket. Gjennom de siste års utvikling av programmet er det spesifisert hvilke krav som må innfris for å kunne bli sertifisert som ICDP veileder og trener, samt hvordan denne kompetansen må vedlikeholdes over tid.

Sertifisering som gruppeleder innebærer deltagelse på opplæring, selvtrening, og deltagelse på veiledning. I tillegg skal eget arbeid med programmet loggføres og selv-evalueringer med relevante sjekklister gjennomføres. For å kunne gi opplæring i tiltaket og sertifisere andre må man selv være sertifisert trener. Kravene for å bli trener er at man er sertifisert og aktiv gruppeleder, deltagelse på tre dagers kurs, selvtrening i opplæring av nye veiledere og besvarelse av skriftlig oppgave. Kompetansen hos veiledere og trenere søkes opprettholdt gjennom ledelse av grupper og tilbud om årlige nettverkssamlinger, oppfriskningssamlinger, webinarer, veiledning, samt tilgang på faglig oppdatert materiell på den digitale plattformen ICDP hub.

ICDP har utviklet en helhetlig strategi for å kvalitetssikre implementeringen av tiltaket, samt et system for å evaluere om veiledere gjennomfører tiltaket i tråd med håndboken.

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

**Tabell 7**  
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		
<b>Samlet skåre</b>	<b>Σ9/9</b>		

## Diskusjon

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

ICDP er beskrevet i en håndbok, informasjonsbrosjyre for fagfolk, samtalehefte og plakat for foreldre, samt bokkapitler og artikler i fagtidsskrifter. Målsetningene for foreldre i tiltaket er vide og kunne med fordel ha vært mer konkretiserte.

I noen sammenhenger presenteres tiltaket som et forebyggende tiltak for spesifikke risikogrupper av barn og foreldre, mens det i andre sammen-

henger presenteres som et helsefremmende tiltak for universalpopulasjonen av omsorgsgivere for barn. Det er derfor litt uklart om tiltaket er et helsefremmende og universalforebyggende tiltak, eller myntet på spesielle risikogrupper. Målgruppen er vid og inkluderer både foreldre, barnehageansatte, lærere, helse-søstre osv., samt ulike grupper av foreldre med antatt høyere risiko for større utfordringer i omsorgen for egne barn. Dette innebærer at tiltaket i utgangspunktet er rettet mot alle med omsorgsansvar for barn, men også har en målsetning om å fange opp omsorgsgivere med større utfordringer. Det beskrives imidlertid ikke hvordan tiltaket endrer form eller innhold når det tilbys omsorgsgivere med større utfordringer eller for barn/unge i svært ulike aldre.

Den nye håndboken som ble utgitt i 2016 har imidlertid bidratt til å styrke beskrivelsen av tiltaket vesentlig. Det er likevel uklareheter når det gjelder tiltakets målsetninger og målgruppen for tiltaket og disse vurderes å ha implikasjoner for evalueringer av tiltakets effekter, både med tanke på hvilke utvalg man undersøker og hva som måles. Man kan stille spørsmål ved om ICDP i realiteten består av ulike programmer, med ulike målsetninger for ulike målgrupper.

### Teoretisk rasjonale

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

For de fleste målsetninger knyttet til å styrke foreldreatferd (styrke positiv opplevelse av barnet, bli bevisst barnets tilstand og behov, tilpasse seg barnets behov, fremme sensitiv kommunikasjon, fremme et positivt og utviklende følelses-

messig forhold mellom barnet og omsorgsgiver) stilles det spørsmålsteget ved om disse faktisk er konkretisert og målt i de inkluderte studier. Oppsplitting og sammenslåing av skalaer, samt bruk av skalaer som ikke er validert eller normert i studien til Brekke mfl. (2022) etterlater det samme inntrykket. I de inkluderte studiene har man også undersøkt mange psykososiale forhold hos omsorgsgivere (for eksempel angst, depresjon, livskvalitet, tilfredshet med partner), uten at det gis et rasjonale for hvordan disse utfallsmål henger sammen med tiltakets målsetninger.

### Forskningsdesign

To av de inkluderte artiklene er fra samme studie utført med kvasi-eksperimentelt design med sammenligningsgruppe bestående av foreldre fra andre kommuner (Sherr mfl., 2014; Skar mfl., 2014). De tre neste inkluderte artiklene benytter enkle pre-post design uten sammenligningsgrupper der de samme deltakere sammenlignes med seg selv. Disse tre studiene har sine klare begrensninger, noe som gjør at det er stor usikkerhet hvorvidt forskjeller mellom gruppene kan tilskrives effekt av tiltaket.

Den siste studien er en kluster-randomisert studie med et forskningsdesign som er godt egnet til å evaluere effekter av tiltaket.

### Forskningsmetodisk kvalitet

Når det gjelder den første studien, rapportert i de to artiklene med en sammenligningsgruppe (Sherr mfl., 2014; Skar mfl., 2014), er analysene av tiltakets effekter ikke optimale for å vise forskjeller i utvikling mellom gruppene for utfallsvariablene. Det er ikke gjort styrkeberegninger og utvalgsstørrelsen synes ikke dimensjonert til å kunne fange opp små, men betydningsfulle effekter for sentrale utfallsmål. Man har heller ikke kontrollert for multiple tester. Studien benyttet i relativt liten utstrekning standardiserte og validerte spørreskjema, men benyttet utenlandske og selvkonstruerte skalaer uten å opplyse om skalaenes måleegenskaper. Normdata er ikke oppgitt for noen skalaer, noe som gjør det vanskelig å fortolke endringer i omsorgsgiveres atferds i et samfunnmessig perspektiv slik tiltaket tar sikte på. For flere av de sentrale målsetningene i tiltaket vurderes det at disse ikke er evaluert gjennom relevante og adekvate ut-

fallsmål og det er dermed uklart hva som er sammenhengen mellom tiltakets målsetninger, kjerneelementer i tiltaket og effekter av tiltaket.

Når det gjelder spørsmålet om hvorvidt effektene av tiltaket er forårsaket av ICDP, hadde den første studien (Sherr mfl., 2014; Skar mfl., 2014b) et design med en sammenligningsgruppe, men det gis ikke opplysninger om forskjeller og likheter mellom kommunene ICDP gruppen og sammenligningsgruppen ble rekruttert fra. Det er signifikante forskjeller mellom gruppene på sentrale demografiske variabler. Det vurderes ut ifra dette at intervensjonsgruppen og sammenligningsgruppene var ulike ved pretest i begge studier, noe som svekker grunnlaget for å fortolke resultatene som en effekt av ICDP. Man har ikke vurdert eller drøftet feilkilder i studien, samt at det opplyses om ulik størrelse av utvalgene i tekst og tabell. Det rapporteres om svært stort frafall i begge artiklene (Sherr mfl., 2014; Skar mfl., 2014b) og våre beregninger tyder på at frafallet var langt større enn rapportert. Det ville vært fordelaktig om årsaker til frafall ble rapportert. Høyt frafall kan skyldes praktiske utfordringer, men kan også være knyttet til programmets innhold og gjennomføringen. Det høye frafallet har også stor betydning for hvorvidt resultatene kan fortolkes som en effekt av ICDP. Det er relativt sannsynlig at de som falt ifra ikke opplevde ICDP veiledningen som nyttig. Inkludering av alle deltakere som deltok ved pretest ved alle måletidspunkter ville gitt den beste informasjonen om tiltakets effekt og man kan stille spørsmålstegn ved om tiltakets effekter i studien ble større ettersom man bare inkluderte de som fortsatt deltok på senere måletidspunkter. Erfaringer fra annen forskning tyder på at det ofte er foreldre med mye ressurser og stor evne til endring som deltar i frivillig foreldreveiledning (Reedtz, mfl., 2011). Skåringene av artiklene fra den første studien (Sherr mfl., 2014; Skar mfl., 2014) indikerer at den forskningsmetodiske kvaliteten er svak.

For de tre studiene uten sammenligningsgrupper (Skar, mfl., 2014a; Clucas mfl., 2014; Skar, mfl., 2014b), vurderes også den forskningsmetodiske kvaliteten å være svak.

Den forskningsmetodiske kvaliteten i den siste effektstudien er imidlertid god. De statistiske

analysene synes gode til å avdekke tiltakets effekter. Valg av skalaer som ikke er validert eller normert i Norge for å måle endring på tiltakets utfallsmål, samt sammenslåing og oppsplitting av subskalaer på standardiserte måleredskaper bidrar til en vurdering av svakere reliabilitet og usikkerhet omkring skalaenes validitet. Man benyttet også utelukkende spørreskjema som metode for innhenting av informasjon i studien. Veiledernes troskap mot tiltaket er sikret gjennom kvalitetssikret opplæring, den er målt og vurderes god nok til at man kan anta at det er det samme tiltaket som er levert til alle grupper. Den ytre validiteten vurderes god på bakgrunn av at tiltaket er levert i en alminnelig kommune-kontekst i Norge, mens mangel på flere effektstudier med relevant forskningsdesign gjør det vanskelig å generalisere resultatene til andre grupper. Når det gjelder den indre validiteten vurderes designet i studien å være egnet til å evaluere tiltakets effekter.

### Antall effektstudier

Seks studier som evaluerer effekter av ICDP ved bruk av ulike forskningsdesign er inkludert i denne kunnskapsoppsummeringen. Bare en av studiene er en velkontrollert studie av god forskningsmetodisk kvalitet. Det foreligger ingen internasjonale kunnskapsoppsummeringer på tiltaket slik det er gjennomført i Norge. Flere studier fra uavhengige forskere vil styrke kunnskapen om tiltakets effekter.

### Effekter

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

I studien fra Sherr mfl. (2014) fremkom små signifikante effekter for en tredel av utfallsmålene, mens det i den andre artikkelen fra denne studien (Skar mfl., 2014) fremkom signifikante effekter for under en fjerdedel. Dersom man likevel legger de dokumenterte effektene fra denne studien til grunn, kan det settes spørsmålsteget ved om forskjellene mellom gruppene i studien er av reell betydning for omsorgsgiveres omsorgsutøvelse. Omsorgspersoner i begge grupper skåret generelt høyt på de skalaer der det var ønskelig og lavt på de skalaer der det var ønskelig (tak- og gulv-effekter), og man kan ut ifra dette stille spørsmålsteget ved om forskjellene i endring mellom gruppene har praktisk betydning. Det lave antall variabler man har funnet effekter for i oppfølgingsartikkelen, de gjennomgående små effektene, samt at begge utvalgene syntes å ha ønskelige skårer for sentrale utfallsvariabler allerede ved pretest trekker i retning av at den praktiske betydningen av effektene er relativt liten.

I den siste effektstudien (Brekke mfl., 2022) fant man imidlertid positive funn for hovedutfallsmålene knyttet til foreldrenes opplevde mestring og foreldres regulering av barnets emosjoner. Dette fremkom både rett etter tiltaket og ved fire måneders oppfølging. For hovedutfallsmålet relatert til mindre avvising av barnets emosjoner fant man ingen endring rett etter intervensjonen, men en liten effekt ved fire måneders oppfølging. Man fant ingen forskjeller i foreldres involvering med barnet på noen av måletidspunktene. Når det gjelder endringer i nærhet i foreldre- barn relasjonen fant man en liten effekt rett etter tiltaket, men ikke fire måneder etter. Man fant ingen endring i konflikt med barnet på noen måletidspunkter. Gitt at det bare er positive funn for to hovedutfallsmål på begge måletidspunkter, samt at flere effekter forsvinner fra postmål til fire måneders oppfølging, hadde det vært ønskelig med en grundig drøfting av tiltakets praktiske betydning i den generelle foreldrebeholdningen.

### Oppfølgingsstudier

Det er gjennomført en oppfølgingsstudie der effektene pre, post og ved 6–12 måneders oppfølging evalueres (Sherr mfl., 2014; Skar mfl.,

2014). Det er imidlertid store metodiske svakheter i studien og det er derfor knyttet stor usikkerheten til effektene og hvorvidt disse holdt seg over tid. I effektstudien av Brekke, mfl. (2022) har man gjennomført målinger for alle variabler ved fire måneders oppfølging i et fortsatt randomisert utvalg, noe som vurderes som en styrke. Det hadde likevel vært en stor fordel med lengre tids oppfølging.

### Implementeringskvalitet

ICDP har utviklet en helhetlig strategi for å kvalitetssikre implementeringen av tiltaket. Tiltaket ligger godt til rette for implementering og spredningsstrategien omtales og beskrives gjennom mange offentlige dokumenter, lovverk og nettsider. Det er gjort store forbedringer i tiltakets arbeid med kvalitetssikring av tiltaksarbeidet, samt implementerings- og spredningsstrategi de siste årene.

### Konklusjon

ICDP er godt beskrevet i en håndbok, informasjonsbrosjyrer, samtalehefte for foreldre og plakat, samt bokkapitler og artikler i fagtidsskrifter. Målsetningene for tiltaket er vide og kunne med fordel ha vært mer konkrete og relatert til de forventede utfall av tiltaket. Målgruppen for tiltaket er beskrevet å være omsorgsgivere for barn i alderen 0–18 år, men utover dette spenner målgruppene fra foreldre til vanlige småbarn, barn med funksjonsnedsettelse, familier eksponert for vold i nære relasjoner, foreldre som har en bekymring knyttet til radikaliserings og voldelig ekstremisme for sine ungdommer og ulike andre undergrupper av barn med spesielle utfordringer. Det er noe uklart hvordan tiltaket tilpasses de ulike målgrupper det tilbys til, spesielt med tanke på barnas alder og spesielle psykososiale utfordringer. Den store variasjonen i målsetninger, målgrupper og gjennomføring av tiltaket gjør det komplisert å evaluere effekter av tiltaket, trosskap mot tiltaket, samt å kvalitetssikre implementering av tiltaket.

Klassifisering på nivå 4 krever at tiltak er evaluert gjennom RCT effektstudier med tilfredsstillende forskningsmetodisk kvalitet. Det er to studier av ICDP som har opp mot tilfredsstillende kvalitet og en studie med god forskningsmetodisk kvalitet.

Effektene av tiltaket i disse er gjennomgående små, men resultatene i studien med god forskningsmetodisk kvalitet dokumenterer at foreldrenes opplevde mestring og regulering av barnets emosjoner styrkes etter gjennomført tiltak. Det er ikke grunnlag for å mene så mye om tiltakets praktiske betydning for foreldre som får det, annet enn at tiltaket synes å støtte foreldres evne til å regulere barnets emosjoner og styrke foreldres opplevde mestring. ICDP har utviklet en helhetlig strategi for å kvalitetssikre implementeringen av tiltaket.

På bakgrunn av dette klassifiseres ICDP på evidensnivå 4: tiltak med tilfredsstillende dokumentasjon på effekt.

## Interessekonflikter

Forfatterne erklærer at de ikke har kommersielle interesser i tiltaket vurdert i denne artikkelen. De har heller ikke vært involvert i utvikling, evaluering eller implementering av tiltaket.

## Referanser

- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2016). *Håndbok for ICDP-veiledere*. Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.
- Bauer, N. S. & Webster-Stratton, C. (2006). Prevention of behavioral disorders in primary care. *Current Opinion in Pediatrics*, 18, 654–660.
- Bjørnstad, S. (2015). International Child Development Programme (ICDP), RBUP Rapport. Oslo: Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør. Nedlastet fra: [http://www.r-bup.no/cms/cmsmm.nsf/lupgraphics/ICDP\\_rapport\\_hele.pdf/\\$file/ICDP\\_rapport\\_hele.pdf](http://www.r-bup.no/cms/cmsmm.nsf/lupgraphics/ICDP_rapport_hele.pdf/$file/ICDP_rapport_hele.pdf)
- Brekke, I., Skjøsberg, E.E., Smith, R., Røsand, G.M., Holt, T., Aarø, L.E., Helland, M.S., Røysamb, E., Grimstad, I., Aase, H. (2021) *Effektevaluering av International Child Development Programme (ICDP). En randomisert kontrollert studie*. [Effect evaluation of the International Child Development Programme (ICDP). A randomized controlled study.] (Rapport 2021). Folkehelseinstituttet.
- Brekke, I., Smith, R., Skjøsberg, E.E., Holt, T., Helland, M.S., Aarø, L.E., Røysamb, E., Røsand, G.M., Torgersen, L., Skar, A.M.S., Aase, H. (2022). «Effectiveness of the International Child Development Programme: Results from a randomized controlled trial.» *Child & Family social work*, 2, 417–431. <https://doi.org/10.1111/cfs.12973>
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2016). *Håndbok for ICDP-veiledere*.
- Campbell, S. B. (1995). Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 113–149.
- Carlson, K. D., & Schmidt, F. L. (1999). Impact of experimental design on effect size: Findings from the research literature on training. *Journal of Applied Psychology*, 84(6), 851–862. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.84.6.851>
- Clucas, C., Skar, A-M. S., Sherr, L. & Tetzchner, S. (2014). Mothers and fathers attending the international child development programme in Norway. *Family Journal*, 22, 409–418. <https://doi.org/10.1177/1066480714533640>
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (Rev. ed.). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., & Murphy, B. C. (1996). Parents' Reactions to Children's Negative Emotions: Relations to Children's Social Competence and Comforting Behavior. *Child Development*, 67(5), 2227–2247. <https://doi.org/10.2307/1131620>
- Fabes, R. A., Poulin, R. E., Eisenberg, N., & Madden-Derdich, D. A. (2002). Richard A. Fabes, Department of Family & Human Development, Arizona State University, Tempe, AZ 85287–2502 (E-mail. *Marriage & Family Review.*, 34(3–4), 285–310. [https://doi.org/10.1300/J002v34n03\\_05](https://doi.org/10.1300/J002v34n03_05)
- Foster, E. M., Prinz, R. J., Sanders, M. R. & Shapiro, C. J. (2008). The costs of a public health infrastructure for delivering parenting and family support. *Children and Youth Services Review*, 30, 493–501. <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.11.002>
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R. & Meltzer, H. (1997). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 534–539. <https://dx.doi.org/10.1192/bjp.177.6.534>
- Hundeide, K. (1996). *Ledet deltakelse i barns kulturelle verden*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Hundeide, K. (2007). *Innføring i ICDP programmet*. Oslo: ICDP-stiftelsen.
- Hundeide, K. (2005). ICDP Programmet – et relasjonsorientert og empatibasert program rettet imot barns omsorgsgivere. *Skolepsykologi*, 7, 9–25.
- Kendall, S., & Bloomfield, L. (2005). Developing and validating a tool to measure parenting self-efficacy. *Journal of Advanced Nursing*, 51(2), 174–181. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03479.x>
- Klein, P. S. (2001). *Seeds of hope: Twelve years of early intervention in Africa*. Oslo: Unipub forlag.

- Kornør, H. & Heyerdahl, S. (2017). Psychometric properties of the Norwegian version of Strengths and Difficulties Questionnaire, parent report (SDQ-P). *PsykTestBarn*, 1:1. <https://doi.org/10.21337/0048>
- Martinussen, M., Reedtz, C., Eng, H. Neumer, S.P., Patras, J. & Mørch, W.T. (2019). Ungsinn: Kriterier og prosedyrer for vurdering og klassifisering av tiltak. Ut Norges Arktiske Universitet.
- Morawska, A., Winter, L. & Sanders, M. R. (2009). Parenting knowledge and its role in the prediction of dysfunctional parenting and disruptive child behaviour, *Child: Care, Health and Development*, 35, 217–226. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2008.00929.x>
- Morris, S. B. (2008). Estimating effect sizes from pretest-posttest-control group designs. *Psychological Methods*, 13(4), 344–361. <https://doi.org/10.1037/a0013424>
- Pianta, R. C. (1992). Child-Parent Relationship Scale. Nedlastet fra <https://www.bristol.ac.uk/media-library/sites/sps/documents/c-change/cprs.pdf>
- Reedtz, C. (2012). *Beskrivelse og vurdering av tiltaket: International Child Development Programme (ICDP) – Program for foreldreveiledning. Ungsinn. Tidsskrift for virksomme tiltak for barn og unge*, 4(1). <https://doi.org/10.7557/25.7660>
- Reedtz, C., Handegård, B. H. & Mørch, W.- T. (2011). Promoting positive parenting practices in primary care: Outcomes and mechanisms of change in a randomized controlled risk reduction trial, *Scandinavian Journal of Psychology*, 52, 131–137. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2010.00854.x>
- Reedtz, C., & Lauritzen, C. (2017). Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket: ICDP (2. utg.). *Ungsinn. Tidsskrift for virksomme tiltak for barn og unge*, 9(2). <https://doi.org/10.7557/25.7595>
- Reedtz, C., Martinussen, M., Jørgensen F. W., Handegård, B. H. & Mørch, W. T. (2011). Parents seeking help in child rearing: Who are they and how do their children behave? *Journal of Children's Services*, 4, 264–274. <https://doi.org/10.1108/17466661111190956>
- Rogoff, B. (2003). *The cultural nature of human development*. New York: Oxford University Press.
- Schaffer, H. R. (1996). *Social development*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Sherr, L., Skar, A-M. S., Clucas, C., Tetzchner, S. & Hundeide, K. (2014). Evaluation of the International Child Development Programme (ICDP) as a community-wide parenting programme. *European Journal of Developmental Psychology*, 9, 135–149. <http://dx.doi.org/10.1080/17405629.2013.793597>
- Skar, A. M. S., von Tetzchner, S., Clucas, C., & Sherr, L. (2014). The long-term effectiveness of the International Child Development Programme (ICDP) implemented as a community-wide parenting programme. *European Journal of Developmental Psychology*, 12(1), 54–68. <https://doi.org/10.1080/17405629.2014.950219>
- Skar, A.-M. S., Tetzchner, S., Clucas, C. & Sherr, L. (2014a). Paradoxical correlates of a facilitative parenting programme in prison-Counter-productive intervention or first signs of responsible parenthood? *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention*, 15, 35–54. <http://dx.doi.org/10.1080/14043858.2014.898981>
- Skar, A.-M. S., Tetzchner, S., Clucas, C. & Sherr, L. (2014b). The impact of a parenting guidance programme for mothers with an ethnic minority background, *Nordic Journal of Migration Research*, 4, 108–117. <https://doi.org/10.2478/njmr-2014-0020>
- Spinrad, T., Eisenberg, N., Kupfer, A., Gaertner, B., & Michalik, N. (2004). The coping with negative emotions scale. Paper presented at the International Conference for Infant Studies, Chicago.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Box.
- Strand, B. H., Dalgard, O. S., Tambs, K., & Rognerud, M. (2003). Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(2), 113–118. <https://doi.org/10.1080/08039480310000932>
- Ravens-Sieberer, U., & Bullinger, M. (1998). Assessing health-related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: First psychometric and content analytical results. *Quality of Life Research*, 7(5), 399–407. <https://doi.org/10.1023/a:1008853819715>
- Tomasello, M. & Haberl, K. (2003). Understanding attention: 12- and 18-month-olds know what is new for other persons. *Developmental Psychology*, 39, 906–912.
- Trevarthen, C. (1998). The concept and foundations of infant inter-subjectivity. Intersubjective communication and emotion in early ontogeny. I S. Bråthen (red.), *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny* (s.15–46). Cambridge: Cambridge University Press.
- Wyatt Kaminski, J., Valle, L. A., Filene, J. H. & Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 567–589.
- Zahn-Waxler, C., Radke-Yarrow, M., Wagner, E., & Chapman, M. (1992). Development of concern for others. *Developmental Psychology*, 28, 126–136.

Öst, L. G. (2010). Det empiriska stødet for KBT vid psykiske störningar hos barn og ungdomar. I Öst, L. G. (red.), *KBT inom barn- och ungdomspsykiatri* (s. 389–407). Stockholm: Natur och kultur.



Mottatt 02.12.2024.  
Godkjent 06.10.2025.  
Publisert 19.12.2025.  
Redaktør: Kyrre Breivik