

# Co-terapi i arbeid med par og familier

Prosjektplan for en systematisk oversikt

# Sammendrag

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) har bedt Folkehelseinstituttet (FHI) om å foreta en systematisk gjennomgang av forskning om effekter av og erfaringer med co-terapi (to eller flere terapeuter) i terapi eller mekling med par og familier. Utfall er bl.a. konfliktnivå, avtaleinngåelse, kvaliteten på relasjonene i paret/familien, samt erfaringer og opplevelser med co-terapi blant par/familier og terapeuter/meklere.

Vi vil gjøre et systematisk søk etter relevante studier i forskningsdatabaser og andre aktuelle steder ('grå litteratur'). Relevante studier må besvare forskningsspørsmålet og ha et egnet studiedesign for spørsmål om effekt eller erfaringer. Vi vil utføre dobbel, uavhengig vurdering av fulltekster. På samme vis vil vi med egnede sjekklister vurdere risiko for skjevheter og metodiske begrensninger ved inkluderte studier. Videre vil vi hente ut data fra studiene og sammenstille resultatene; fra kvantitative studier enten i metaanalyser eller narrative synteser og fra kvalitative studier i en tematisk syntese. Vi vil vurdere tillit til resultatene ved hjelp av GRADE og GRADE-CERQual.

Dersom vi finner få kvantitative studier av effekt eller få kvalitative studier av erfaringer, vil vi utvide oversikten til å kartlegge og sortere alle empiriske studier om co-terapi i arbeid med par og familier, uavhengig av studiedesign og forskningsspørsmål.

På grunn av andre hasteoppdrag for oppdragsgiver Bufdir, vil frist for levering av denne rapporten forskyves fra juni 2022 til årsskiftet 2022-23.

**Tittel:**

Co-terapi i arbeid med par og familier

-----  
Prosjektplan for en systematisk oversikt

**Oppdragsgiver:**

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet

**Bestillingsdato:**

04.11.2021

**Leveringsfrist:**

Årsskiftet 2022-23

**Lag:**

Heid Nøkleby (lagleder), Trine Bjerke Johansen, Lars Jørun Langøien, Christine H. Hestevik Heather Ames

**Fagfeller:**

Hege Kornør, FHI  
Ellen Syrstad, førsteamanuensis, Vid vitenskapelige høyskole, Oslo  
Odd Arne Tjersland, professor emeritus, Universitetet i Oslo

**Godkjent av:**

Rigmor C Berg, avdelingsdirektør, FHI  
Kåre Birger Hagen, fagdirektør, FHI

# Summary

The Norwegian Directorate for Children, Youth and Family Affairs has commissioned to the Norwegian Institute of Public Health (NIPH) a systematic review on the effects of and experiences with the use of co-therapy, as opposed to one therapist, in the treatment or mediation with couples and families. Outcomes of interest are e.g., level of conflict, agreement, quality of the relations, and the experiences of couples/families and therapists/mediators.

We will perform a systematic search for relevant studies in databases and other relevant sites. Studies must answer the research question and have suitable study design. Screening, data extraction, and quality assessment will be done by an independent pair of researchers. We will summarize the quantitative results statistically or narratively. The qualitative findings will be synthesized thematically. We will assess certainty in the results using the GRADE and GRADE-CERQual approaches.

If we include few studies of effect *or* few qualitative studies, we will expand the systematic review to also include a mapping of all empirical studies of co-therapy for couples or families, regardless of study design and research question.

The report will be handed The Norwegian Directorate for Children, Youth and Family Affairs turn of the year 2022-23 at the latest (delayed because of other urgent commissions).

**Title:**

Co-therapy in work with couples and families

-----  
Protocol for a systematic review  
-----

**Commissioner:**

The Norwegian Directorate for Children, Youth and Family Affairs

**Commissioned date:**

04.11.2021

**Due date:**

Årskiftet 2022-23  
-----

**Team:**

Heid Nøkleby (team leader), Trine Bjerke Johansen, Lars Jørn Langøien, Christine H. Hestevik  
Heather Ames  
-----

**Peer reviewers:**

Hege Kornør, NIPH  
Ellen Syrstad, Assistant professor, VID specialized University College, Oslo  
Odd Arne Tjersland, professor emeritus, University of Oslo

**Approved by:**

Rigmor C Berg, Department Director NIPH  
Kåre Birger Hagen, Director reviews and health technology assessment  
NIPH

---

# Oppdrag

Folkehelseinstituttet (FHI) fikk 10. november 2021 i oppdrag av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet å utarbeide en systematisk oversikt over effekter av og erfaringer med co-terapi i arbeid med par eller familiesaker. Formålet med denne systematiske oversikten er å gi et grunnlag for videre fagutvikling om mekling i familievernet.

---

# Innledning

---

## Beskrivelse av problemet

---

Familievernnet i Norge er en lavterskeltjeneste for par og familier med vansker og utfordringer i større eller mindre grad, fra problemer med et barn som strever, til vold mellom par eller foreldre som går gjennom samlivsbrudd (1). Familievernkontor finnes over hele landet og tilbyr behandling, rådgivning og mekling, i tråd med lov om familievernkontor. Både enkeltpersoner, par og familier kan henvende seg, det er gratis og henvisning fra lege eller andre er ikke nødvendig. Familievernnet ligger organisatorisk under Barne- og familiedepartementet, og fagorganet er Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir).

Familievernkontor og -ansatte har ulike tilnærminger til arbeidet, avhengig av type sak, kompetanse og ressurser. Co-terapi, altså tilstedeværelse av to eller flere terapeuter/meklere, er anbefalt arbeidsform både ved voldsarbeid (2) og i høykonflikt-meklinger i familievernnet (3). Høykonflikt-meklinger kan være saker der foreldre etter et brudd har langvarige uenigheter om bosted, samvær og foreldreansvar (såkalte «C-meklinger») eller det er bruk av rus eller vold hos en foreldre (risikomekling) (4). A- og B-meklinger er ifølge denne differensieringen tilpasset par med lavere konfliktnivå (3).

---

## Beskrivelse av tiltaket

---

Co-terapi er en behandlingsform som innebærer at det er flere enn én terapeut til stede i behandlingsrommet; det vanligste er to terapeuter.

Fordelene med å bruke co-terapeuter kan være flere, som (5-8):

- Opprettholde nøytralitet, begrense partitaking der den ene forelderen opplever at meklere eller terapeuten tar parti med den andre forelderen
- Begrense risikoen for terapeuters overinvolvering i klientene, sårbarhet overfor klientene og ved blindflekker og motoverføring (ikke bli 'en del av systemet' jfr. systemisk perspektiv)
- Økte ressurser i terapien
- Terapeutene kan innta ulike roller i terapien, f.eks. aktiv-passiv, polariserte perspektiver
- Beholde barneperspektivet i en situasjon med vold/høy konflikt

- Delt ansvar og arbeidsbyrde mellom terapeuter, økt trygghet, forebygge utbrenthet

Ulempene med å bruke flere terapeuter kan være blant annet (5;8):

- Ressurskrevende
- Dersom samarbeidet mellom terapeutene ikke fungerer vil det kunne gå utover kvaliteten på- og målet med terapien

---

## Hvorfor det er viktig å utføre denne systematiske oversikten

---

Som beskrevet over, er det føringer i familievernnet i Norge om at det bør brukes to terapeuter i saker som involverer vold eller høykonflikt. Dette etterleves imidlertid ikke alltid, ofte på grunn av ressursmangel (3). Videre er dette en arbeidsform som i dag praktiseres, men som man vet for lite om (5;8). Det finnes i familievernnet få systematiske beskrivelser av hvordan man utfører co-terapi, når man bør bruke det, og hvordan co-terapi kan gjennomføres på best mulig måte. Det er usikkert om nytten er størst for terapeutene/meklerne eller for de som mottar co-terapien. For å ha god fag- og tjenestetutvikling trenger familievernnet kunnskap om effekter av og erfaringer med co-terapi. Kunnskapen kan bidra til bevissthet rundt bruk av co-terapi, når det brukes og med hvilken begrunnelse, hva det er som eventuelt gir effekter, faglig utvikling av terapi/meklingsformen, og den kan også stimulere til økt forskning på feltet.

Vi forventer ikke at det finnes mye forskning på co-terapi på det spesifikke fagområdet vold og høykonflikt i familievernnet, og det er derfor aktuelt å også se på bruk av co-terapi ved et lavere konfliktnivå samt innenfor andre tjenesteområder der par eller familier får behandling.

---

## Mål og problemstilling

---

Vi har to overordnede forskningsspørsmål med underspørsmål i denne systematiske oversikten:

- 1) Hva er effekter av co-terapi (to eller flere terapeuter) sammenlignet med én terapeut ved terapi/mekling med par eller familier?
  - a. Hva er effekter av co-terapi sammenlignet med én terapeut på par/familiers tilfredshet, på inngåelse av avtaler mellom partene, på konfliktnivået i paret/familien, på om konflikten går til retten, på kvaliteten på relasjonen mellom foreldrene samt på hvorvidt barn (i familier) involveres eller ikke?
  - b. Hva er effekter av co-terapi sammenlignet med én terapeut på *terapeutenes/meklernes* fornøydhetsgrad?
- 2) Hvilke erfaringer og opplevelser har par/familier og terapeuter med co-terapi (to eller flere terapeuter)?
  - a. Hvilke erfaringer har par/familier med co-terapi, hvordan har de opplevd terapien, hvilke opplevelser har de med to terapeuter når det

gjelder relasjonen innad i paret/familien og mellom dem og terapeutene?

- b. Hvilke erfaringer har *terapeuter/meklere* med co-terapi, hvordan opplever terapeutene relasjonen innad i paret/familien og mellom dem selv og paret/familien når de er to terapeuter?

# Metode

Vi vil utføre en systematisk oversikt over effekter og erfaringer av co-terapi (to eller flere terapeuter) ved behandling av par eller familier. Vi følger anbefalinger fra Folkehelseinstituttets metodehåndbok (9) og Cochrane Handbook (10).

## Inklusjonskriterier

Vi har følgende inklusjonskriterier:

<b>Populasjon</b>	1) Brukere som får terapi/mekling for vansker i paret eller familien 2) Terapeuter/meklere som tilbyr co-terapi
<b>Tiltak</b>	Co-terapi – dvs. at det er to eller flere terapeuter eller meklere som jobber sammen/deltar i terapien/meklingen samtidig
<b>Sammenligning (effektstudier)</b>	Terapi/mekling med bare én terapeut/mekler
<b>Utfall (effektstudier)</b>	1) brukertilfredshet, avtaleinngåelse (om bostedsordning, samvær og foreldreansvar i meklingsaker), konfliktnivå (inkl. antall rettssaker), kvaliteten på relasjonen mellom foreldrene, involvering av barn i konflikten 2) terapeuters/mekleres fornøydhet
<b>Fenomener (kvalitative studier)</b>	1) brukernes erfaringer med co-terapi, opplevelser av terapien/meklingen, opplevelse av relasjonene bruker-bruker og bruker-terapeut 2) terapeutenes/meklerens erfaringer med co-terapi, opplevelser av terapien/meklingen, opplevelse av relasjonene bruker-terapeut og terapeut-terapeut, ev. sammenlignet med én terapeut
<b>Studiedesign</b>	Randomiserte kontrollerte studier Ikke-randomiserte studier med kontrollgruppe Kvalitative studier (med kval. datainnsamling og kval. analyse)
<b>Publikasjonsår</b>	2000 og frem til i dag
<b>Land/Kontekst</b>	Alle land
<b>Språk</b>	Engelsk, norsk, svensk, dansk



## **Eksklusjonskriterier**

Vi ekskluderer følgende typer studier og publikasjoner:

- Ikke-empiriske dokumenter med beskrivelser av co-terapi og kasusbeskrivelser som ikke er kvalitative studier
- Bruk av rettsmekling i domstolen

---

## **Kartlegging av andre typer studier**

---

Dersom vi finner få (f.eks. færre enn fem) kvantitative studier *eller* få (f.eks. færre enn fem) kvalitative studier, vil vi utvide denne systematiske oversikten til også å omfatte en kartlegging av andre typer studier om bruk av co-terapi i arbeid med par eller familier. Hvorvidt vi velger å kartlegge andre studiedesign vil vurderes basert på de identifiserte studienes dataomfang. I et slikt tillegg vil vi hente ut data fra disse studiene (enkle data om studien samt resultater) og sortere og presentere etter forskningsspørsmål. Vi vil i samråd med oppdragsgiver diskutere om vi skal vurdere disse studienes interne validitet og sammenstille funnene hvis vi har tilstrekkelig tid.

---

## **Litteratursøk**

---

### **Søk i databaser**

Bibliotekar Lien Nguyen vil utarbeide en søkestrategi i samarbeid med prosjektgruppen og utføre søkene. Søket vil inneholde relevante kontrollerte emneord (f.eks. *Medical Subject Headings*), tekstord (ord i tittel og sammendrag), og avgrensninger som gjenspeiler inklusjonskriteriene. En annen bibliotekar (Marit Johansen) fagfellevurderer søkestrategien. Søket avsluttes etter planen i januar 2022 og inkluderer søk i følgende databaser:

- MEDLINE (OVID)
- APA PsycINFO (OVID)
- EMBASE (OVID)
- Cochrane Library [CDSR, CENTRAL] (Wiley)
- CINAHL (EBSCO)
- Web of Science Core Collection [SCI-EXPANDED & SSCI] (Clarivate)
- Scopus (Elsevier)
- Sociological Abstracts & Social Services Abstracts (ProQuest)
- Epistemonikos

Utkast til søkestrategi ligger i [vedlegg 1](#).

### **Søk i andre kilder**

Bibliotekar/forskere vil søke etter studier som ikke er indeksert i databasene, blant annet ved å søke i institusjonsarkiver som Cristin og Brage, samt ved andre institusjoner

eller organisasjoner. Aktuelle forskningsmiljøer i Skandinavia er: VID, Modum bad, Universitetet i Bergen, Universitetet i Gøteborg, Høyskolen Metropol i København. Aktuelle nordiske tidsskrift er *Fokus på familien* og *Nordic Research of Social Work*.

---

## Utvelging av studier

---

To forskere (HN, LJJ, CHH, TBJ) vil gjøre uavhengige vurderinger («screening») av titler og sammendrag fra litteratursøket opp mot inklusjonskriteriene. Studiene som vi blir enige om at er relevante, innhenter vi i fulltekst.

Vi vil bruke maskinlæringsfunksjoner for å hjelpe oss med å vurdere titler og sammendrag mer effektivt. Enkelt sagt betyr maskinlæring at vi tar i bruk algoritmer som gjør at datamaskinen er i stand til å lære fra og utvikle sin beslutningsstøtte basert på empiriske data (eksempelvis vår inklusjon/eksklusjon). Vi vil benytte *priority screening* som er en rangerende algoritme i programvaren EPPI der algoritmen lærer seg hvilke studier som synes mest relevante (11;12). Disse studiene blir satt først i køen over studier som prosjektmedarbeiderne leser, slik at de vurderer disse først, og studier som er mindre relevante mht. inklusjonskriterier blir plassert sist i køen og derfor vurdert sist. Når inklusjonsraten faller under én prosent for de siste 200 gjennomgåtte studiene vil én prosjektmedarbeider vurdere de gjestående studiene alene, eller – hvis det er svært mange studier la de bli vurdert av den opplærte algoritmen. To forskere vil deretter gjøre uavhengige vurderinger av hvorvidt studiene skal inkluderes. Uenighet om vurderingene av titler/sammendrag og fulltekster vil vi løse ved diskusjon eller ved å konferere med en tredje forsker. Vi bruker det elektroniske verktøyet EPPI Reviewer i utvelgelsesprosessen (12).

I et flytdiagram vil vi presentere antallet referanser som ble inkludert og ekskludert på de ulike trinnene. Studier som ekskluderes etter fulltekstgranskning vil listes i et vedlegg, med begrunnelse for eksklusjon.

---

## Vurdering av intern validitet/metodologiske begrensninger

---

### Kvantitative studier

Vi vurderer risiko for systematiske skjevheter i de inkluderte studiene av effekt. For randomiserte kontrollerte studier (RCTer) benytter vi Cochranes Risk of Bias v2 (13); for ikke-randomiserte kontrollerte studier benytter vi ROBINS-I (14). Vurderingene vil gjøres på studienivå.

Studiedesign	Verktøy/sjekkliste	Områder som vurderes
Randomiserte kontrollerte studier	ROB-2	<ul style="list-style-type: none"><li>• Randomiseringsprosessen</li><li>• Analyse “intention to treat” vs. per protokoll</li><li>• Manglende data</li></ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Måling av utfall</li> <li>• Rapportering av resultater</li> </ul>
Kontrollerte studier	ROBINS-I	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forvekslingsfaktorer</li> <li>• Ulikheter mellom gruppene ved oppstart</li> <li>• Klassifisering av tiltaket</li> <li>• Avvik fra tiltaket slik det var planlagt</li> <li>• Manglende data</li> <li>• Måling av utfall</li> <li>• Rapportering av resultater</li> </ul>

## Kvalitative studier

Vi vil vurdere metodiske begrensninger ved de inkluderte kvalitative studiene med bruk av en tilpasset Critical Appraisal Skills Programme (CASP)-sjekkliste med åtte spørsmål (15;16). Hvert av spørsmålene besvares med enten 'alvorlige begrensninger', 'moderate begrensninger' eller 'få begrensninger'. Spørsmålene er:

1. Er settingen og konteksten til studien tilstrekkelig beskrevet?
2. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?
3. Er datainnsamlingsstrategien beskrevet og tilstrekkelig begrunnet?
4. Er analysen av data beskrevet og hensiktsmessig?
5. Er påstandene/funnene støttet med tilstrekkelig evidens (data)?
6. Viser forfatterne refleksivitet?
7. Er etiske forhold vurdert?
8. Eventuelle andre bekymringer?

To medarbeidere gjør vurderingene uavhengig av hverandre for både kvantitative og kvalitative studier. Uenighet om vurderingene løser vi ved diskusjon eller ved å konferere med en tredje prosjektmedarbeider.

---

## Uthenting av data

---

Én medarbeider henter ut data fra de inkluderte studiene og en annen kontrollerer dataene opp mot de aktuelle publikasjonene. Ved uenighet konfererer vi med en tredje medarbeider for å komme til enighet.

Vi henter ut følgende data fra de inkluderte studiene:

- bibliografiske data om publikasjonen (forfattere, tittel, utgivelse)
- data om studien (mål med studien, studiedesign/datainnsamling, type analyse)
- data om populasjon (hvilke deltakere [terapeut eller bruker, par eller familie], alder, kjønn, eventuelt etnisitet, årsak til terapi/mekling, alvorlighetsgrad)
- data om tiltak (hvordan er bruken av co-terapi satt opp og gjennomført, intensitet og varighet, eventuelt faglig tilnærming)
- data om sammenligning (hva er co-terapi sammenlignet med)

- data om utfall, utfallsmål og resultater (hvilke relevante utfall er målt, hvordan de er målt og hva er resultatene)
- data om kontekst (land og system/tjeneste tiltaket er gjennomført i, kulturelle føringer for terapien, betingelser for inntak, mm)
- resultater/funn

---

## Analyser

---

### Kvantitative studier

Vi sorterer studiene og resultatene i henhold til studiedesign og utfall.

#### *Effektestimater*

I denne systematiske oversikten vil vi inkludere studier som har målt relevante utfall på ulike måter. Terapiforskning er et forskningsfelt med langt færre standardiserte forskningsmetoder enn f.eks. medisin. Co-terapi som et delområde synes særlig lite utforsket, og det er ikke usannsynlig at de studiene som finnes har ulike kontekster, ulike populasjoner, ulike underkategorier av utfallene og ulike målemetoder.

Dersom vi inkluderer mange studier og/eller studiene har målt mange utfall vil vi måtte gjøre et utvalg, for både rapportering og bruk av GRADE. Utvalget vil skje mest mulig transparent og objektivt, slik at forskernes preferanser eller resultatene ikke kan påvirke valg av utfall. For å prioritere de ulike utfallene vi skal rapportere og gradere, vil vi etter inklusjon lage en liste over spesifiserte utfall brukt i de inkluderte studiene samt utfallene som er spesifisert i denne protokollen. Denne utfallslisten sender vi først til en fagekspert og ber hen om å prioritere seks utfall i rekkefølge. Deretter sender vi den prioriterte listen til oppdragsgiver samt en annen fagekspert for innspill. Uenighet løses ved diskusjon mellom FHI og oppdragsgiver.

Under følger en oversikt over utfall, målemetode og forventet effektestimat.

Utfall	Målemetode/ instrument	Forventet effektestimat
Brukertilfredshet (par, familier)	Kvantitative mål på fornøydhets, primært validerte/standardiserte verktøy	MD eller SMD
Avtaleinngåelse (om bostedsordning/samvær i meklingssaker)	Avtaleinngåelse eller ikke	RR
Konfliktnivå (par, familier)	Kvantitative mål på konfliktnivå (primært validerte/standardiserte verktøy)	MD eller SMD
Rettsaker	Rettsaker eller ikke	RR
Kvaliteten på relasjonen mellom foreldrene	Kvantitative mål på relasjonen, primært validerte/standardiserte verktøy	MD eller SMD

Involvering av barn i konflikten	Involvering av barn eller ikke	RR
Terapeuters/mekleres fornøydhets	Kvantitative mål på fornøydhets, primært validerte/standardiserte verktøy	MD eller SMD

- For dikotome utfall beregner vi relativ risiko (RR) med 95 % konfidensintervaller (KI). For kontinuerlige utfall målt med like målemetoder beregner vi gjennomsnittsforskjeller (*mean difference*; MD) med 95 % KI. For kontinuerlige utfall målt med ulike målemetoder beregner vi standardiserte gjennomsnittsforskjeller (*standardised mean difference*; SMD) med 95 % KI. SMD tilsvarer Hedges g, som ofte tolkes på følgende måte: liten effektstørrelse=0,2, medium effektstørrelse=0,5 og stor effektstørrelse=0,8.
- Der det er mulig beregner vi også RR, MD og SMD med 95 % KI for studier der forskerne ikke har oppgitt disse selv. Vi kan beregne effektestimater for relevante utfall rapportert i de inkluderte studiene, selv om det ikke er mulig å gjøre metaanalyser.

Statistisk sett er justerte effektestimater å foretrekke fremfor ujusterte effektestimater. Justeringer trengs for å håndtere både presisjon og systematisk skjevhet. I RCTer er justering relatert til presisjon, justering for baseline-verdier og andre design-baserte justeringer (f.eks. justering for en variabel brukt i randomiseringsprosessen). I ikke-randomiserte studier er justering relatert til systematisk skjevhet særlig viktig. Vi forventer at studiene måler konfliktnivå/problemmfang som en forvekslingsfaktor (faktorer som kan påvirke både tiltak som gis og utfallet). Vi vil gjøre subgruppeanalyser av studier som måler konfliktnivå/problemmfang vs. de som ikke måler det, og muligens gruppere studier ytterligere ifølge de spesifikke forvekslingsfaktorene.

### **Metaanalyser**

Vi sammenstiller resultatene statistisk i en metaanalyse der det er mulig. Det vil si at studiene må være tilstrekkelig homogene med tanke på studiedesign, deltakere, intervensjon, sammenlikning, utfallsmål, effektstørrelse og eventuelle forvekslingsfaktorer som studien har justert for. Randomiserte kontrollerte studier vil metaanalyseres separat fra ikke-kontrollerte studier.

Dersom vi kan sammenstille resultatene i metaanalyser, vil vi bruke random effektmodell, ettersom vi ikke kan forvente at populasjoner, intervensjoner og utfall er identiske. Random effekt-modellen tar utgangspunkt i at studiene har utvalg fra populasjoner som er ulike. Vi antar med andre ord at det ikke finnes én sann effekt, men at studiene hver for seg kan vise litt ulik effekt, og at vi finner en gjennomsnittlig effekt. Som regel gir dette noe bredere konfidensintervaller sammenlignet med fixed effekt-modellen. Hvis studiene oppgir både justerte og ujusterte effektestimater, bruker vi de justerte estimatene. Vi presenterer forestplots og samlede effektestimater for hver metaanalyse. Vi vil undersøke mulige kilder til heterogenitet i studienes resultater ved å beregne  $I^2$  og  $\text{Chi}^2$ . Vi vil også utføre subgruppeanalyser for å prøve å forstå eventuell heterogenitet, for eksempel av risiko for skjevheter, og sammenligne subgruppeestimer.

Alle analyser og beregninger blir utført i programvaren Review Manager (17).

### **Narrative analyser**

Når det ikke er forsvarlig å utføre metaanalyser vil vi analysere resultatene narrativt, det vil si å sammenstille resultatene i ord (tekst og tabeller) i stedet for i tall (statistisk). Narrative analyser vil rapporteres i tråd med SWIM-kriteriene (*Synthesis Without Metaanalysis*, (18)) for å være så transparente og systematiske som mulig. Dersom vi analyserer resultatene narrativt, kan vi i en eller flere tabeller – separat for hvert enkelt studiedesign – illustrere resultatene for hver enkelt studie sammen med variabler det er justert for og vurderingen av risiko for systematiske skjevheter. Studiene kan sorteres etter hvor mange variabler det er justert for eller vurderingen av risiko for systematiske skjevheter, slik at f.eks. de studiene vi har mest tillit til kommer først i tabellen.

*Eksempel (utfall avtaleinngåelse, randomiserte kontrollerte studier):*

<b>Studie</b>	<b>Spørsmål</b>	<b>Utfall</b>	<b>Resultat</b>	<b>Variabler det er justert for</b>	<b>Risiko for systematiske skjevheter</b>
Hansen 2020	Effekt av co-terapi sammenlignet med bruk av én terapeut ved mekling i en familie	Avtaleinngåelse om bostedsordning/samvær	RR= ...	Konfliktnivå, ev. andre	Høy risiko for skjevheter

### **Kvalitative studier**

Resultatene fra de kvalitative studiene (enten det er færre eller flere enn fem) vil sammenstilles analytisk ved hjelp av tematisk syntese (19). Tematisk syntese, som bygger på tematisk analyse i kvalitative primærstudier (19-21), innebærer tre trinn: detaljert koding av tekst, utvikling av deskriptive tema, samt utvikling av analytiske tema. Dette skal gi en eksplisitt og transparent kobling mellom teksten i de opprinnelige studiene og konklusjonene i den systematiske oversikten (19;21). Vi har valgt tematisk syntese på bakgrunn av flere forhold (19;21;22): Vi har relativt åpne kvalitative forsknings-spørsmål, og målet er å fremskaffe datanær og bred kunnskap om erfaringer og opplevelser med co-terapi, og i mindre grad teoriutvikling eller videreutvikling av eksisterende modeller. Tematisk syntese vil videre være en meningsfull tilnærming selv ved få eller 'tynne' studier. I tillegg har vi relativt kort tidsramme på utføringen av denne kunnskapsoppsummeringen som kan begrense muligheten for å gjøre mer dyptpløyende teoretiske analyser.

---

## **Integrering av kvalitative og kvantitative data**

---

Med utgangspunkt i den relativt korte gjennomføringstiden for denne systematiske oversikten, vil vi utføre en enkel integrering av dataene i form av en matrise hvor vi sammenstiller de kvantitative og kvalitative funnene og viser eventuell overlapp av undersøkte tiltak (innhold) og resultater (23-25). En slik matrise vil kun vise at vi har funn, ikke sammenhengen mellom funnene (f.eks. om de kvalitative funnene forklarer de kvantitative).

---

## Vurdering av tillit til resultatene

---

### Kvantitative studier

Med vurdering av tillit til resultatene, mener vi en bedømmelse av i hvor stor grad vi kan stole på at forskningsresultatene viser 'sannheten' eller den 'virkelige' effekten av tiltakene vi undersøker. En annen måte å uttrykke det på er hvor godt dokumentert forskningsresultatene er. For å vurdere tillit til dokumentasjonen bruker vi GRADE-tilnærmingen (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) (26) og det digitale verktøyet GRADEpro (27). Grad av tillit er en kontinuerlig størrelse, men er av praktiske hensyn delt inn i fire kategorier: høy, middels, lav, svært lav. Kategoriene defineres slik:

Høy tillit	⊕⊕⊕⊕	Vi har stor tillit til at effektestimaten ligger nær den sanne effekten
Middels tillit	⊕⊕⊕○	Vi har middels tillit til effektestimaten: effektestimaten ligger sannsynligvis (trolig) nær den sanne effekten, men effektestimaten kan også være vesentlig ulik den sanne effekten. Vi bruker uttrykket <i>trolig</i> for å uttrykke vår tillit til resultatet.
Lav tillit	⊕⊕○○	Vi har begrenset tillit til effektestimaten: den sanne effekten kan være vesentlig ulik effektestimaten. Vi bruker uttrykket <i>muligens</i> for å uttrykke vår tillit til resultatet.
Svært lav tillit	⊕○○○	Vi har svært liten tillit til at effektestimaten ligger nær den sanne effekten. Vi bruker uttrykket <i>uklart/usikkert</i> for å uttrykke vår tillit til resultatet.

Vi bruker studiedesign som utgangspunkt og vurderer så fem kriterier for å komme fram til grad av tillit til dokumentasjonen: risiko for systematiske skjevheter (*risk of bias*), grad av konsistens/overensstemmelse mellom resultatene (*consistency*), sparsomme data/presisjon av data (*precision*), direktehet (*directness*) og formidlingsskjevhet (*publication bias*).

For ikke-randomiserte studier av tiltaket (to grupper) er det mulig å vurdere oppgradering av dokumentasjonen. Det gjøres ved å vurdere følgende tre kriterier: sterke eller veldig sterke sammenhenger mellom tiltak/eksponering og utfall (det vil si at den beregnede effekten er så stor at det er usannsynlig at den skyldes tilfeldigheter), store eller veldig store dose-responseeffekter, der alle sannsynlige forvekslingsfaktorer (*confounders*) ville ha bidratt til å redusere effektestimaten. Ved bruk av ROBINS-I for vurdering av risiko for skjevheter i observasjonsstudier, starter man på høy tillit, for så å gradere tilliten ned basert på vurderingene av de fem kriteriene beskrevet over.

To medarbeidere vurderer tilliten til resultatene sammen. Uenighet om vurderingene løser de ved diskusjon eller ved å konferere med en tredje prosjektmedarbeider.

Dersom vi ikke utfører en metaanalyse, men sammenstiller resultatene narrativ (i tekst og tabeller), vil det likevel være mulig å vurdere tilliten til resultatene ved hjelp av GRADE. Vi tar utgangspunkt i de samme fem kriteriene som beskrevet ovenfor, men beskrive vurderingene i tråd med en veiledning fra Murad og kolleger (28).

### **Kvalitative studier**

Når vi vurderer tillit til resultatene i kvalitative studier bruker vi GRADE-CERQual, dvs. en systematisk og transparent vurdering lik GRADE, men tilpasset kvalitativ forskning (29). Skalaen i CERQual er firedelt og går fra høy til svært lav tillit, men vurderingen er basert på andre komponenter enn i GRADE. Vurdering av tillit til hvert resultat (hvert funn i oversikten) er basert på følgende fire komponenter: metodiske begrensinger ved de inkluderte studiene, relevans, sammenheng samt dataenes omfang og dybde. For hver av de fire komponentene i CERQual kan vi ha ulik grad av betenkeligheter:

- Ingen betenkeligheter
- Små betenkeligheter
- Moderate betenkeligheter
- Store betenkeligheter

Etter vurdering av de fire komponentene, ser vi vurderingene under ett for hvert funn i oversikten og ender opp med en tillitsvurdering: svært lav, lav, moderat eller høy tillit (symboler og betydning som for GRADE).

---

### **Refleksivitet**

---

Innen kvalitativ forskning forventes det at forskerne reflekterer over egen bakgrunn og posisjon, og hvordan det kan påvirke design, analyse og rapportering av resultater. Vi er også interessert i å utforske hvordan våre posisjoneringer kan ha påvirket den kvantitative delen av oversikten. Vi vil derfor i rapporten overveie og diskutere forutsetningene som omgir kunnskapsutviklingen og hvordan dette kan ha påvirket resultatene.

Ved oppstart av prosjektet noterer vi at én av seks prosjektmedarbeidere har klinisk erfaring fra familierapi, to medarbeidere har utdanningsbakgrunn som er relevant for tematikken, mens alle medarbeiderne har tidligere arbeidet med systematiske oversikter på tilgrensende temaer. To medarbeidere har erfaring med å motta familierapi (ikke co-terapi). Vi vil månedlig ha felles refleksjoner rundt hvordan vi opplever at egne erfaringer og holdninger trer frem i arbeidet med dataene, både de kvalitative og de kvantitative. En oppsummering av dette vil skrives inn i rapporten.

Ingen av medarbeiderne er på nåværende tidspunkt engasjert i klinisk eller forskningsrelatert arbeid på dette feltet utenfor vår klynge for evaluering av tiltak i Folkehelseinstituttet.



---

## Andre vurderinger

---

Problemstillingen angår co-terapi i familievernet. Siden det ikke er en del av oppdraget og følgelig heller ikke problemstillingen, vurderer vi ikke særskilt etiske eller økonomiske konsekvenser ved tiltaket, selv om etiske aspekter kan være en del av funn i de kvalitative studiene. Vi vurderer heller ikke aspekter som aksept, likeverd, organisatoriske følger eller andre konsekvenser ved tiltaket (disse aspektene kan også utgjøre deler av funn i de kvalitative studiene). I en fremtidig beslutningsprosess vil det være viktig å vurdere slike aspekter og konsekvenser ved tiltaket samlet.

---

## Leveranser og publisering

---

### Hovedleveranse

Hovedleveransen fra dette arbeidet vil være en systematisk oversikt i rapportform. Rapporten er først og fremst beregnet for arbeidet til Bufdir og familievernets spisskompetansemiljø for vold og høykonflikt for videre fagutvikling og eventuelt også for en faglig retningslinje/råd for god praksis. Imidlertid skal kunnskapsoppsummeringen også kunne leses av et bredt publikum. Rapporten skal skrives i et klart språk på norsk. Vi vil publisere rapporten sammen med en nyhetssak på [www.fhi.no](http://www.fhi.no) seks uker etter oversendelse til oppdragsgiver. Vi åpner også for å publisere hele eller deler av rapportenes innhold som en eller flere artikler i vitenskapelige tidsskrifter.

### Delleveranser

Som delleveranser vil vi sende oppdragsgiver resultatet (eller gi en presentasjon) av trinn underveis i oppsummeringsprosessen som skissert i tidsplanen under.

Godkjent prosjektplan blir lagt ut på [www.fhi.no](http://www.fhi.no) sammen med en kort nettomtale av prosjektet.

---

## Fagfellevurdering av prosjektplan og rapport

---

To eksterne fagfeller, Ellen Syrstad og Odd Arne Tjersland samt én intern fagfelle ved Folkehelseinstituttet, Hege Kornør, har fagfellevurdert prosjektplanen.

Prosjektplan og prosjektrapport klareres av kontaktperson i ledelsen før de fagfellevurderes av de to eksterne og den interne fagfellen og før godkjenning av fagdirektør i Folkehelseinstituttets klynge for vurdering av tiltak.

---

## Tidsplan

---

- Startdato:** 10.12.2021, dato for endelig avklaring av problemstilling og inklusjonskriterier
- Leveringsfrist:** Rundt årsskiftet 2022-23  
(Leveringsfristen ble forskjøvet fra juni 2022 på grunn av andre hasteoppdrag for oppdragsgiver Bufdir.)

### Tiltak ved eventuell forsinkelse

Hvis det oppstår forhold som utgjør en risiko for at leveringsfristen ikke kan overholdes, som f.eks. uforutsett langtidsfravær blant prosjektmedarbeiderne, et større antall søketreff eller inkluderte studier enn rammene for prosjektet tillater å håndtere, eller andre forhold, vil ett eller flere av følgende tiltak være aktuelle:

- Økt bemanning innenfor den avtalte rammen av månedsverk
- Erstatte prosjektmedarbeidere ved fravær/sykdom
- Ytterligere avgrensninger i inklusjonskriterier (etter avtale med oppdragsgiver)
- Forlengelse av leveringsfristen (etter avtale med oppdragsgiver)

---

## Relaterte prosjekter/publikasjoner/studier ved FHI

---

- Borren I, Helland MS. Intervensjoner for å dempe foreldrekonflikt: En kunnskapsoversikt (Rapport 2013:6). Folkehelseinstituttet, 2013.
- Helland MS, Borren I. Foreldrekonflikt: Identifisering av konfliktnivåer, sentrale kjennetegn og risikofaktorer hos høykonfliktpar (Rapport 2015:3). Folkehelseinstituttet, 2015.
- Langøien LJ, Holte HH, Denison E, Johansen TB. Systemiske tilnærminger og tiltak i familievernnet. Prosjektplan for forskningskart. Folkehelseinstituttet, 2021. *Under gjennomføring*
- Nilsen W, Skipstein A, Gustavson K. Foreldrekonflikt, samlivsbrudd og mekling: Konsekvenser for barn og unge (Rapport 2012:2). Folkehelseinstituttet, 2012.

# Referanser

1. Bufdir. Familievernkontoret - familiehjelpen for alle. [lest 10. des 2021]. Tilgjengelig fra: <https://bufdir.no/Familie/Familievernet/>
2. Rosten MG, Øverli IT, Gundersen T. Truffet av volden. Familievernets arbeid med vold i nære relasjoner. Velferdsforskningsinstituttet NOVA; 2020. Rapport 7/2020.
3. Molden TH, Ulset G, Røe M. Kvalitet i familievernet. Ansattes vurderinger av betingelser for et faglig godt tjenestetilbud. NTNU Samfunnsforskning, Avdeling Mangfold og inkludering.; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/60b7d738df7d4d54a0e8c535cdca2ab3/no/sved/03.pdf>
4. Strandbu A, Thørnblad R, Salamonsen A. Hvordan kan vi forstå barns tilfredshet med egen involvering i foreldremekling? Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernrettslige spørsmål 2020;18(1):60-78.
5. Hendrix C, Fournier D. Impact of Co-Therapy Teams on Client Outcomes and Therapist Training in Marriage and Family Therapy. Contemporary Family Therapy 2001;23(1):63-82.
6. Bertrando P, Lini C. Systemisk-dialogisk familierterapi. I: Lorås L, Ness O, red. Håndbok i familierterapi. Bergen: Fagbokforlaget; 2019. s. 237-50.
7. Hornova L. Dialogical Co-therapy. Australian and New Zealand Journal of Family Therapy 2020;41:325-41.
8. Hornova L. Co-Therapy and a Dialogical Approach - an inspiration from Scandinavian countries. Trondheim: NTNU Faculty of Social and Educational Sciences; 2020.
9. Folkehelseinstituttet. Metodehåndbok. 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/slik-oppsommerer-vi-forskning-2018v2-endret-2021.pdf>
10. Higgins J, Thomas J. Cochrane Handbook. [lest 27. nov 2021]. Tilgjengelig fra: <https://training.cochrane.org/handbook/current>
11. EPPI. Machine learning functionality in EPPI-Reviewer. 2021. Tilgjengelig fra: [https://eppi.ioe.ac.uk/CMS/Portals/35/machine\\_learning\\_in\\_eppi-reviewer\\_v\\_7\\_web\\_version.pdf](https://eppi.ioe.ac.uk/CMS/Portals/35/machine_learning_in_eppi-reviewer_v_7_web_version.pdf)
12. EPPI-Centre DSFa. EPPI-Mapper, Version 1.2.5. EPPI-Centre. Social Research Institute, University College London. 2020.
13. RoB-2 Development Group. Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials (RoB 2). 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.riskofbias.info/welcome/rob-2-0-tool/current-version-of-rob-2>
14. Development Group for ROBINS-I. Risk of Bias in Non-Randomized Studies of Interventions (ROBINS-I). 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.riskofbias.info/welcome/home/current-version-of-robins-i>
15. Ames HMR, Glenton C, Lewin S. Parents' and informal caregivers' views and experiences of communication about routine childhood vaccination: a synthesis of qualitative evidence. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2017. Issue 2. Tilgjengelig fra: 10.1002/14651858.CD011787.pub2

16. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP checklist for qualitative research. Tilgjengelig fra: [https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Qualitative-Checklist-2018\\_fillable\\_form.pdf](https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Qualitative-Checklist-2018_fillable_form.pdf)
17. Cochrane RevMan. Review Manager.[lest 6. januar]. Tilgjengelig fra: <https://training.cochrane.org/online-learning/core-software-cochrane-reviews/revman>
18. Campbell M, McKenzie JE, Sowden A, Katikireddi SV, Brennan SE, Ellis S, et al. Synthesis without meta-analysis (SWiM) in systematic reviews: reporting guideline. *BMJ* 2020;368.
19. Thomas J, Harden A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology* 2008;8(45).
20. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 2006;3(2):77-101.
21. Booth A, Noyes J, Flemming K, Gerhardus A, Wahlster P, van der Wilt GJ, et al. Structured methodology review identified seven (RETREAT) criteria for selecting qualitative evidence synthesis approaches. *Journal of Clinical Epidemiology* 2018;99:41-52.
22. Tong A, Flemming K, McInnes E, Oliver S, Craig J. Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC Medical Research Methodology* 2012;181(12).
23. Candy B, King M, Jones L, S. O. Using qualitative synthesis to explore heterogeneity of complex interventions. *BMC Medical Research Methodology* 2011;11(1).
24. Flemming K. Synthesis of quantitative and qualitative research: an example using Critical Interpretive Synthesis. *Journal of Advanced Nursing* 2009;66(1):201-2017.
25. Harden A, Thomas J, Cargo M, Harris J, Pantoja T, Flemming K, et al. Cochrane Qualitative and Implementation Methods Group guidance series—paper 5: methods for integrating qualitative and implementation evidence within intervention effectiveness reviews. *Journal of Clinical Epidemiology* 2018;97:70-8.
26. Schünemann H, Brożek J, Guyatt G, Oxman A, editors. GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations. Updated October 2013.: The GRADE Working Group, 2013. Available from [guidelinedevelopment.org/handbook](http://guidelinedevelopment.org/handbook;).; 2013.
27. GDT: G. GRADEpro Guideline Development Tool [Software]. McMaster University and Evidence Prime. Available from [grade.pro.org](http://grade.pro.org).2021.
28. Murad MH, Mustafa RA, Schünemann HJ, Sultan S, N. S. Rating the certainty in evidence in the absence of a single estimate of effect. *Evid Based Med* 2017;22(3):85-7.
29. Lewin S, Booth A, Glenton C, Munthe-Kaas H, Rashidian A, Wainwright M, et al. Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings: introduction to the series. *Implementation Science* 2018;13 (Suppl.1)(2).

---

# Vedlegg 1

Utkast til søkestrategi:

APA PsycInfo <1806 to February Week 1 2022>

APA PsycInfo <1806 to February Week 1 2022>

- 1 exp family therapy/ 22635
- 2 family intervention/ 3746
- 3 multisystemic therapy/ 245
- 4 couples therapy/ 4851
- 5 marriage counseling/ 4850
- 6 conflict resolution/ 8274
- 7 mediation/ 5319
- 8 ((family or families or couple or couples or marriage\* or marital or parent?) adj4  
(counsel\* or intervention\* or mediation\* or mediator\* or psychotherap\* or therapy or  
therapies or therapist\* or treatment\*)).ti,ab,id,bt. 75020
- 9 or/1-8 91087
- 10 (co-therap\* or cotherap\* or co-mediat\* or comediat\* or ((multiple or conjoint) adj  
(therap\* or psychotherap\* or counsel\* or mediator\* or mediation\*))).ti,ab,bt,id.  
3279
- 11 9 and 10 919
- 12 Psychotherapists/ 9263
- 13 Therapists/ 11745
- 14 Counselors/ 8765
- 15 or/12-14 28845
- 16 Teams/ 12949
- 17 Teamwork/ 2538
- 18 Collaboration/ 12978
- 19 or/16-18 26878
- 20 15 and 19 276
- 21 Cotherapy/ 301
- 22 reflecting team?.ti,ab,id,bt,tc. 264
- 23 11 or 20 or 21 or 22 1647
- 24 limit 23 to yr="2000-current" 880