

Effekt av tiltak for risikofamilier med barn 0-6 år

Rapport fra Kunnskapssenteret nr 27-2015

Systematisk oversikt



 kunnskapssenteret

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet skal bedre tilbudet til utsatte sped- og småbarn. Denne rapporten er en oversikt over systematiske oversikter som har sett på effekt av tiltak for risikofamilier med barn i alderen 0-6 år. Vi inkluderte ni systematiske oversikter. Resultatene av oppsummeringen viser at:

- Psykoterapi til mødre med depresjon fører til bedre samspill mellom mor og barn og bedre psykisk helse hos både mor og barn. Dokumentasjonen er av lav kvalitet.
- Psykoterapi for mor og spedbarn har positiv effekt på barnets tilknytning til mor. Dokumentasjonen er av lav kvalitet.
- Foreldretrening/veiledning til foreldre som strever med foreldrerollen har positiv effekt på foreldre-barn-relasjonen. Dokumentasjonen er av lav kvalitet.
- Hjemmebesøk hos mødre med rusmiddelproblemer har liten eller ingen effekt på mors rusmisbruk, atferdsproblemer hos barnet eller utfall knyttet til mishandling/omsorgssvikt. Dokumentasjonen er av lav kvalitet.
- Små økonomiske tilskudd har liten eller ingen effekt på hvorvidt barn utsettes for fysisk skade i familien. Tiltakene viser

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004, St. Olavs plass
N-0130 Oslo
(+47) 23 25 50 00
www.kunnskapssenteret.no
Rapport: ISBN 978-82-93479-03-1 ISSN 1890-1298

nr 27-2015



kunnskapssenteret

heller ingen effekt på barnets atferd eller utvikling. Dokumentasjonen er av middels til lav kvalitet. Det ser ut som om både psykoterapi til mor, psykoterapi til mor og spedbarn, og foreldretrening/veiledning bedrer samspill og tilknytning mellom mor og barn. Foreldretrening/veiledning som er godt tilpasset gruppen som mottar tiltaket ser ut til å ha bedre effekt på tilknytning og samspill enn mer generelle foreldretiltak. Hjemmebesøk ser ut til å kunne ha bedre effekt på utfall hos barnet og foreldrene dersom det settes inn tidlig, den som leverer tiltaket er godt trent på å møte de aktuelle familiene, tiltaket leveres over en viss tid og fokuserer på få utfordringer heller enn et spekter av utfordringer. Små økonomiske tilskudd virker lite lovende. Større tilskudd kunne kanskje hatt bedre effekt.

Tittel	Effekt av tiltak for risikofamilier med barn 0-6 år
English title	The effect of interventions for at-risk families with children 0-6 years
Institusjon	Norwegian Knowledge Centre for the Health Services
Ansvarlig	Magne Nylenna, direktør
Forfattere	Blaasvær, Nora, prosjektleder, <i>forsker, Kunnskapssenteret</i> Nøkleby, Heid, <i>forsker, Kunnskapssenteret</i> Johansen, Sissel, <i>forsker, Regionsenter for barn og unges psykiske helse</i> Berg, Rigmor C, <i>seksjonsleder, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten</i>
ISBN	978-82-93479-03-1
ISSN	1890-1298
Rapport	Nr 27 – 2015
Prosjektnummer	775
Publikasjonstype	Systematisk oversikt; oversikt over systematiske oversikter
Antall sider	73 (144 inklusiv vedlegg)
Oppdragsgiver	Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
Emneord(MeSH)	Vulnerable Populations; Socioeconomic Factors; Parents; Child; Preeschool; Maternal-Child.
Sitering	Blaasvær N, Nøkleby H, Johansen S, Berg RC. Effekt av tiltak for risikofamilier med barn 0-6 år. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 27–2015. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Kunnskapssenteret er formelt et forvaltningsorgan under Helse- direktoratet, men har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Kunnskapssenteret vil takke Gunn Vist, Liv Merete Reinar, Aina Winsvold og Astri Lindberg for å ha bidratt med sin ekspertise i dette prosjektet. Kunnskapssenteret tar det fulle ansvaret for synspunktene som er uttrykt i rapporten.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Oslo, desember 2015

Tittel	Effekt av tiltak for risikofamilier med barn 0-6 år
English title	The effect of interventions for at-risk families with children 0-6 years
Institusjon	Norwegian Knowledge Centre for the Health Services
Ansvarlig	Magne Nylenna, direktør
Forfattere	Blaasvær, Nora, prosjektleder, <i>forsker, Kunnskapssenteret</i> Nøkleby, Heid, <i>forsker, Kunnskapssenteret</i> Johansen, Sissel, <i>forsker, Regionsenter for barn og unges psykiske helse</i> Berg, Rigmor C, <i>seksjonsleder, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten</i>
ISBN	978-82-93479-03-1
ISSN	1890-1298
Rapport	Nr 27 – 2015
Prosjektnummer	775
Publikasjonstype	Systmatisk oversikt; oversikt over systematiske oversikter
Antall sider	75 (146 inklusiv vedlegg)
Oppdragsgiver	Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
Emneord(MeSH)	Vulnerable Populations; Socioeconomic Factors; Parents; Child; Preeschool; Maternal-Child.
Sitering	Blaasvær N, Nøkleby H, Johansen S, Berg RC. Effekt av tiltak for risikofamilier med barn 0-6 år. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 27–2015. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Kunnskapssenteret er formelt et forvaltningsorgan under Helse- direktoratet, men har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Kunnskapssenteret vil takke Gunn Vist, Liv Merete Reinar, Aina Winsvold og Astri Lindberg for å ha bidratt med sin ekspertise i dette prosjektet. Kunnskapssenteret tar det fulle ansvaret for synspunktene som er uttrykt i rapporten.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Oslo, desember 2015

Hovedbudskap

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet skal bedre tilbudet til utsatte sped- og småbarn. Denne rapporten er en oversikt over systematiske oversikter som har sett på effekt av tiltak for risikofamilier med barn i alderen 0-6 år. Vi inkluderte ni systematiske oversikter. Resultatene av oppsummeringen viser at:

- Psykoterapi til mødre med depresjon fører til bedre samspill mellom mor og barn og bedre psykisk helse hos både mor og barn. Dokumentasjonen er av lav kvalitet.
- Psykoterapi for mor og spedbarn har positiv effekt på barnets tilknytning til mor. Dokumentasjonen er av lav kvalitet.
- Foreldretrening/veiledning til foreldre som strever med foreldrerollen har positiv effekt på foreldre-barn-relasjonen. Dokumentasjonen er av lav kvalitet.
- Hjemmebesøk hos mødre med rusmiddelproblemer har liten eller ingen effekt på mors rusmisbruk, atferdsproblemer hos barnet eller utfall knyttet til mishandling/omsorgssvikt. Dokumentasjonen er av lav kvalitet.
- Små økonomiske tilskudd har liten eller ingen effekt på hvorvidt barn utsettes for fysisk skade i familien. Tiltakene viser heller ingen effekt på barnets atferd eller utvikling. Dokumentasjonen er av middels til lav kvalitet.

Det ser ut som om både psykoterapi til mor, psykoterapi til mor og spedbarn, og foreldretrening/veiledning bedrer samspill og tilknytning mellom mor og barn. Foreldretrening/veiledning som er godt tilpasset gruppen som mottar tiltaket ser ut til å ha bedre effekt på tilknytning og samspill enn mer generelle foreldretiltak. Hjemmebesøk ser ut til å kunne ha bedre effekt på utfall hos barnet og foreldrene dersom det settes inn tidlig, den som leverer tiltaket er godt trent på å møte de aktuelle familiene, tiltaket leveres over en viss tid og fokuserer på få utfordringer heller enn et spekter av utfordringer. Små økonomiske tilskudd virker lite lovende med tanke på utfall hos barna. Større tilskudd kunne kanskje hatt bedre effekt.

Tittel:

Effekt av tiltak for risikofamilier med barn 0-6 år

Publikasjonstype:

Systematisk oversikt

En systematisk oversikt er resultatet av å

- innhente
- kritisk vurdere og
- sammenfatte relevante forskningsresultater ved hjelp av forhåndsdefinerte og eksplisitte metoder.

Svarer ikke på alt:

- Ingen studier utenfor de eksplisitte inklusjonskriteriene
- Avhengig av resultatene som rapporteres i de enkelte systematiske oversiktene

Hvem står bak denne publikasjonen?

Kunnskapssenteret har gjennomført oppdraget etter forespørsel fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet

Når ble litteratursøket utført?

Søk etter systematiske oversikter ble avsluttet mars 2015.

Fagfeller:

Aina Winsvold, Forsker II, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) og Astri Lindberg, Psykologspesialist, Regionsenter for Barn og Unges Psykiske helse (Rbup).

Sammendrag

Bakgrunn

Antall barn under seks år som mottar tiltak fra barnevernet som følge av omsorgssvikt og mishandling har vært jevnt økende i perioden 1995-2008. Dette viser en rapport finansiert av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet som har sett på omfanget av omsorgssvikt når det kommer til sped- og småbarn i Norge. I 2008 var det 8256 barn under seks år som mottok tiltak fra barnevernet. Økningen har vært størst for barn under ett år. I rapporten fremkommer det at begrunnelsene for tiltak som benyttes mest er manglende omsorgsevne, foreldrenes rusmisbruk og foreldrenes psykiske helse. Det er behov for mer kunnskap om hva som har god effekt for barn i såkalte risikofamilier.

Metode

Vi søkte etter systematiske oversikter i 13 internasjonale databaser. Søket ble avsluttet i mars 2015. To forskere gikk uavhengig av hverandre gjennom alle titler og sammendrag og aktuelle publikasjoner ble vurdert i fulltekst. Vi inkluderte alle systematiske oversikter som vi vurderte til å ha høy metodisk kvalitet og som oppfylte våre inklusjonskriterer med hensyn til populasjon, tiltak og utfall. Vi benyttet oversiktsforfatterens vurdering av risiko for systematiske skjevheter i primærstudiene. Kvaliteten på dokumentasjonen ble vurdert til enten høy kvalitet (⊕⊕⊕⊕), middels kvalitet (⊕⊕⊕○), lav kvalitet (⊕⊕○○), eller svært lav kvalitet (⊕○○○).

Resultat

Vi inkluderte ni systematiske oversikter av høy metodisk kvalitet. Populasjonene i oversiktene har det til felles at de på ulike måter er sårbare familier med små barn. Tiltakene som er undersøkt i de inkluderte systematiske oversiktene i denne rapporten er delvis overlappende og delvis ulike. Vi grupperte resultatene i fem kategorier i henhold til type tiltak: 1) psykologiske, psykoedukative og psykososiale tiltak (tre oversikter), 2) foreldretiltak (to oversikter), 3) hjemmebesøk (to oversikter), 4) økonomiske tiltak (en oversikt), 5) mor-barn-enheter (en oversikt). Resultater fra de fire første presenteres her. Den femte kategorien kan vi ikke si noe om da den ene oversikten vi inkluderte ikke fant noen relevante studier.

Én systematisk oversikt så på effekt av psykoterapi (ulike terapiformer som har til hensikt å bedre psykisk helse hos den som mottar tiltaket) for mødre med depresjon.

Forfatterne fant positiv effekt av tiltaket på psykisk helse hos både mor (Standardised Mean Difference (SMD)¹ 0,66, 95% konfidensintervall (KI): 0,46 – 0,84) (⊕⊕○○) og barn (SMD 0,40, 95% KI: 0,22 – 0,59) (⊕⊕○○), samt positiv effekt på samspill mellom mor og barn (SMD 0,35, 95% KI: 0,17 – 0,52) (⊕⊕○○). En annen systematisk oversikt så på effekt av både psykoterapi, psykoedukative tiltak (opplæring i sykdommen samt teknikker for å håndtere den) og psykososiale tiltak (inkluderer hele familien og fokuserer på hvordan hele familien kan håndtere situasjonen) til familier der minst en av foreldrene led av alvorlig depresjon. De fant ingen effekt av tiltakene på barnets emosjonelle helse (SMD 0,06, 95% KI: -0,2 – 0,33) (⊕⊕○○). Én systematisk oversikt så på effekt av psykoterapi for mødre og spedbarn (tiltaket gis til mor og barn sammen og fokuserer på samspill mellom mor og barn og mors evne til å se barnets signaler og møte barnets behov). Forfatterne fant en sterk positiv effekt av tiltaket på tilknytningsstil (trygg eller utrygg tilknytning til omsorgsperson) hos barnet (RR 3,30, 95% KI: 1,82 – 6,00) (⊕⊕○○).

Én systematisk oversikt så på effekt av foreldretiltak (veiledning i foreldrerollen og hvordan samspille bedre med barnet) til familier som er i kontakt med barnevernet på grunn av mishandling/omsorgssvikt. Forfatterne fant at tiltaket har positiv effekt på foreldre-barn-relasjonen, men vi mangler effektstørrelse og konfidensintervall (⊕⊕○○), mens resultatene for barnets atferd og mentale helse er sprikende (⊕⊕○○). Én systematisk oversikt så på effekt av foreldretrening for foreldre med psykisk utviklingshemming. Forfatterne fant at tiltaket har positiv effekt på evne til å håndtere farlige situasjoner (MD 1,95, 95% KI: 0,46 – 3,44) (⊕⊕○○). De fant ingen effekt av tiltaket for utfall knyttet til helseforståelse (MD -0,7, 95% KI: -1,29 – 0,11) (⊕⊕○○). De fant imidlertid en effekt av tiltaket på mor-barn-samspill, men her mangler vi effektstørrelse og konfidensintervall (⊕○○○).

Én systematisk oversikt så på effekt av hjemmebesøk (sykepleiere eller sosalarbeidere besøker familier med små barn og gir veiledning og støtte til foreldre) hos familier som er i risiko for omsorgssvikt og misbruk av barn. Resultater for utfall som mishandling og omsorgssvikt er sprikende. Resultater for utfall som barnets atferd og barnets kognitive og språklige utvikling er også sprikende. Her mangler vi effektstørrelser og konfidensintervaller (⊕⊕○○). Én systematisk oversikt så på effekt av hjemmebesøk for mødre med rusmiddelproblemer. De fant at tiltaket har liten eller ingen effekt på mors rusmisbruk (RR 1,18, 95% KI: 0,96 – 1,46) (⊕⊕○○), på utfall knyttet til mishandling/omsorgssvikt (RR 0,36, 95% KI: 0,02 – 8,77) (⊕⊕○○) eller atferdsproblemer hos barnet (RR 0,46, 95% KI: 0,21 – 1,01) (⊕⊕○○).

Én systematisk oversikt så på effekt av økonomiske tiltak til familier med lav sosioøkonomisk status. Forfatterne fant at tiltaket har liten eller ingen effekt på hvorvidt barnet utsettes for fysisk skade (OR 1,06, 95% KI: 0,82 – 1,35) (⊕⊕○○). De fant

¹ Se vedlegg 6 for forklaringer av statistiske begreper og andre begreper

også at tiltaket har liten eller ingen effekt på positiv atferd hos barnet (OR 0,96, 95% KI: 0,79 – 1,17) (⊕⊕○○).

Diskusjon

På grunn av svakheter i gjennomføring av studiene, noe frafall fra studiene samt at studiene gjennomgående hadde få deltakere, har vi generelt lav tillit til dokumentasjonen. Det betyr ikke at tiltakene er uten effekt, men at datagrunnlaget er for svakt til at vi kan si noe med sikkerhet. Av spesielle forhold ved de fem kategoriene kan det trekkes frem at:

- Psykologiske tiltak ser ut til å ha bedre effekt på foreldre og barns psykiske helse enn psykoedukative eller psykososiale tiltak. Psykoterapi for både mor og spedbarn ser ut til å ha en sterk positiv effekt på tilknytningsstil hos barnet, sammenlignet med standard tjenestetilbud. Når tiltaket sammenlignes med annet aktivt foreldretiltak viser dette tiltaket like god effekt. Annet aktivt foreldretiltak kan således ha like god effekt.
- Foreldretiltak ser ut til å ha positiv effekt på foreldre-barn-relasjonen, men tiltakene viser blandede resultater for andre utfallsmål. Tiltakenes innhold bør muligens tilpasses den enkelte gruppe i større grad.
- Hjemmebesøk ser ut til å ha liten effekt for mødre med rusmiddelproblemer. Mens det viser blandede resultater for andre grupper. Tiltaket kan muligens fungere bedre dersom det settes inn tidlig, den som leverer tiltaket er godt trent på å møte utfordringene i de aktuelle familiene, tiltaket leveres over en viss tid og fokuserer på få elementer/utfordringer heller enn et spekter av utfordringer.
- Økonomisk tiltak ser ut til å ha liten eller ingen effekt på forhold som gjelder mishandling eller atferdsproblemer hos barn. Tiltaket alene er trolig ikke nok til å endre livsbetingelsene/familieforholdene til familier med lav sosioøkonomisk status, i alle fall ikke dersom tilskuddet som gis er såpass lite at handlingsrommet i svært begrenset grad utvides.
- Mor-barn-enheter kan vi ikke si noe om da oversikten inkluderte 0 studier.

Studiene vi har oppsummert resultater fra her er i stor grad utført i USA, Storbritannia eller andre land med langt større fattigdom og sosioøkonomiske utfordringer enn det vi har i Norge. Kanskje vil norske familier - som lever i en velferdsstat - i større grad enn familier i USA kunne nyttegjøre seg enkelte tiltak fordi mengden stress knyttet til sosioøkonomiske utfordringer osv. i familiene kan være mindre.

Konklusjon

Vi fant ni systematiske oversikter av høy metodisk kvalitet som tilfredstilte våre inklusjonskriterier. Tiltakene grupperte vi i fem kategorier. Av disse viste tre hovedkategorier av tiltak muligens effekt på minst ett utfallsmål: Psykologiske, psykoedukative og psykososiale tiltak, foreldretiltak og hjemmebesøk. Det ble ikke rapportert om negative utfall. Små økonomiske tilskudd har trolig liten eller ingen effekt. Oversikten som så på mor-barn-enheter fant ingen studier å inkludere i oversikten, så for denne typen tiltak kan vi ikke trekke noen konklusjoner.

Key messages (English)

The Norwegian Directorate for Children, Youth and Family Affairs works to improve services for vulnerable infants and toddlers. This report is an overview of systematic reviews that have examined the effects of interventions for at-risk families with children aged 0-6 years. We included nine systematic reviews. The results of our systematic review shows that:

- Psychotherapy for mothers with depression leads to better interaction between mother and child and better mental health of both mother and child. The documentation is of low quality.
- Psychotherapy for mother and infant has a positive effect on the child's attachment to the mother. The documentation is of low quality.
- Parent training/guidance to parents struggling with parenting has a positive effect on the parent-child relationship. The documentation is of low quality.
- Home visits for mothers with substance abuse problems have little or no effect on maternal substance abuse, behavioral problems in the child or outcomes related to child abuse/neglect. The documentation is of low quality.
- Small financial interventions have little or no effect on whether children are exposed to physical harm in the family. The intervention shows no effect on the child's behavior or development. The documentation is of medium to low quality.

Both psychotherapy for mothers, psychotherapy for mothers and infants, and parent training/guidance improve interaction and attachment between mother and child. Parental training/guidance that is well adapted to the group receiving the intervention seems to have a better effect on child outcomes than more general parenting interventions. Home visits seem to have better effect on outcomes for the child and parents if it's started early, the provider is well trained to assist the relevant families, the intervention is delivered over a period of time and focus on a few challenges rather than a range of challenges. Small financial interventions do not seem promising. A larger amount of money could perhaps have better effect.

Title:

Effect of interventions for at-risk families with children 0-6 years

Type of publication:

Systematic review

[Info will add description]

Doesn't answer everything:

"[Add text]"

Publisher:

Norwegian Knowledge Centre for the Health Services

Updated:

Last search for systematic reviews conducted in March 2015

Peer review:

Aina Winsvold, Forsker II, NOVA og Astri Lindberg, Psykologspesialist, Regionsenter for Barn og Unges Psykiske helse.

Executive summary (English)

Background

The number of children under six years old who receive assistance from the child welfare system because of neglect and abuse has been steadily increasing over the period 1995-2008. This is clear from a report of the extent of neglect of infants and young children in Norway. In 2008, there were 8256 children under six years who received child-welfare. The increase has been greatest for children under one year. The report reveals that failure to provide care is the most common reason why kids come under official supervision. Substance abuse and mental disorders are other frequent reasons for the initiation of interventions. We need more knowledge about which interventions are effective for children in so-called risk families.

Method

We searched for systematic reviews in 13 international databases. The search was completed in March 2015. Two people independently screened all titles and abstracts and assessed relevant publications in full text. We included all systematic reviews that we rated as having high methodological quality and that met our inclusion criteria for the population, intervention, and outcomes. We used the authors' assessment of risk of bias. Quality of the evidence was rated either high quality (⊕⊕⊕⊕), medium quality (⊕⊕⊕ ○), low quality (⊕⊕ ○○), or very low quality (⊕ ○○○).

Results

We included nine systematic reviews of high methodological quality. The population in the systematic reviews have in common that they are in various ways vulnerable families with young children. The interventions that have been investigated in the included systematic reviews are partially overlapping and partially different. We grouped the results in five categories of similar interventions: 1) Psychological, psychoeducational and psychosocial interventions (3 reviews), 2) Parenting interventions/training/guidance (2 reviews), 3) Home visits (2 reviews), 4) Mother- child units (1 review), 5) Financial assistance (1 review).

One systematic review looked at the effectiveness of psychotherapy for mothers with depression. The authors found a positive effect on the mental health of both mother (SMD 0.66, 95% CI: 0.46 to 0.84) (⊕⊕ ○○) and children (SMD 0.40, 95% CI: 0.22-0.59) (⊕⊕ ○○), as well as a positive effect on co-play between mother and child (SMD 0.35, 95% CI: 0.17 - 0.52) (⊕⊕ ○○). One systematic review looked at the effectiveness of community-based interventions provided families with parental depression. The authors found no effect on the child's emotional health (SMD 0.06, 95% CI: -0.2 - 0.33) (⊕⊕ ○○). A systematic review looked at the effectiveness of psychotherapy for mothers and infants. The authors found a strong positive effect on the attachment style in the infant (RR 3.30, 95% CI: 1.82 - 6.00) (⊕⊕ ○○).

One systematic review looked at the effectiveness of parenting interventions given families who are in contact with the child welfare system because of abuse/neglect. The authors found that the interventions have a positive effect on parent-child relationship (effect sizes and confidence intervals are missing) (⊕⊕ ○○), while the results for the child's behavior and mental health varies (⊕⊕ ○○). One systematic review looked at the effectiveness of parental training for parents with mental retardation. The authors found that the interventions have a positive effect on the ability to handle dangerous situations (MD 1.95, 95% CI: 0.46 to 3.44) (⊕⊕ ○○). But they found no effect on outcomes related to health understanding (MD -0.7, 95% CI: -1.29 to 0.11) (⊕⊕ ○○). They found, however, an effect of the intervention on mother-child interaction, but here we lack effect size and confidence intervals (⊕ ○○).

One systematic review looked at the effectiveness of home visits given to families defined as being at risk of neglect and abuse of children. The authors found inconsistent results for outcomes related to abuse and neglect. This was also the case for outcomes such as child behavior and child's cognitive and linguistic development (we lack effect sizes and confidence intervals) (⊕⊕ ○○). One systematic review looked at the effectiveness of home visits for mothers with drug problems. The authors found that the interventions have no effect on maternal drug use (RR 1.18, 95% CI: 0.96 to 1.46) (⊕⊕ ○○). They found no effect on outcomes related to abuse/neglect (RR 0.36, 95% CI: 0.02 to 8.77) (⊕⊕ ○○) or behavioral problems in the child (RR 0.46, 95 % CI: 0.21 to 1.01) (⊕⊕ ○○).

One systematic review looked at the effectiveness of small financial interventions provided families with low socioeconomic status. The authors found that the intervention have no effect on whether the child is exposed to physical harm (OR 1.06, 95% CI: 0.82 to 1.35) (⊕⊕⊕ ○). They also found no effect of the intervention on positive behavior in the child (OR 0.96, 95% CI: 0.79 to 1.17) (⊕⊕ ○○). When it comes to outcomes related to child psychomotor- and cognitive development, results are somewhat inconsistent (we lack effect sizes and confidence intervals) (⊕⊕ ○○).

Discussion

Because of risk of bias, drop out of participants from the studies, and small sample sizes we generally have low confidence in the documentation. This does not mean that the interventions don't work, but that the documentation is too limited for us to draw solid conclusions. Specific issues for each of the five categories of interventions worth highlighting are:

- Psychological interventions seem to have a better effect on parents and children's mental health than psychoeducational and psychosocial interventions. Psychotherapy for mother and infant appears to have a strong positive effect on attachment style in the child, compared to standard treatment. Compared to another active parenting intervention this intervention shows as good effect. Parenting interventions may have as good an effect on attachment style in the child.
- Parenting interventions seem to have a positive effect on the parent-child relationship, but the intervention shows mixed results for other outcomes. The effect of the interventions might be better if the intervention is more tailored.
- Home visits seem to have little effect for families at great risk. The intervention could possibly work better if it is started early (in the child's life), the provider is well trained to meet the challenges of the families, the intervention is delivered over a period of time and focus on a few challenges rather than a range of challenges.
- Small financial interventions appears to have little effect on matters concerning abuse or behavioral problems in children. This intervention alone is probably not enough to change the life conditions of families with low socioeconomic status, especially not if the amount of money is too small to make a real change in the family's budget.
- For mother- and child units we have no documentation.

The studies we have summarized results from here are largely conducted in the USA, Great Britain or other countries with far greater poverty and socioeconomic challenges than we have in Norway. Perhaps Norwegian families - living in a welfare state - to a greater extent could benefit from some of the interventions because the amount of stress associated with socioeconomic challenges in families may be less.

Conclusion

We found nine systematic reviews of high methodological quality that met our inclusion criteria. We grouped the interventions in five categories. Of these, three main categories of interventions showed a possible effect on at least one outcome: Psychological, psychoeducative and psychosocial interventions, parenting interventions and home visit. There were no reports of negative outcomes. Small financial interventions probably have no effect. No studies were included in the review of mother-child units, so for this intervention we cannot draw any conclusions.

Innhold

HOVEDFUNN	2
SAMMENDRAG	3
Bakgrunn	3
Metode	3
Resultat	3
Diskusjon	5
Konklusjon	5
KEY MESSAGES (ENGLISH)	6
EXECUTIVE SUMMARY (ENGLISH)	7
Background	7
Method	7
Results	7
Discussion	9
Conclusion	9
INNHold	10
FORORD	13
PROBLEMSTILLING	15
INNLEDNING	16
Bakgrunn	16
Tidlig tilknytning	16
Sammenhengen mellom ulike levekårsvariabler og omsorgssvikt, vold og krenkelser	17
Vold og seksuelle overgrep mot barn	17
Hva er en risikofamilie?	17
Barne-, ungdoms- og familieetatens tjenester i dag	18
METODE	19
Litteratursøking	19
Inklusjonskriterier	20
Eksklusjonskriterier	21

Artikkelutvelging	21
Behandling og sammenstilling av data	22
Gradering av dokumentasjonen	23
RESULTAT	25
Resultat av litteratursøk	25
Håndtering av innhentet litteratur	26
Inkluderte systematiske oversikter	26
Psykologiske, psykoedukative og psykososiale tiltak	27
Psykoterapi for mødre med depresjon	27
Effekt av psykoterapi for mødre med depresjon	28
Polikliniske tiltak for familier med foreldre med alvorlig depresjon	29
Effekt av aktivt tiltak (poliklinisk psykologisk, psykoedukativt eller psykososialt tiltak) versus standard tjenestetilbud/venteliste	30
Psykoterapi for foreldre og spedbarn	32
Effekt av psykoterapi for foreldre og spedbarn sammenlignet med standard tjenestetilbud	33
Effekt av PIP sammenlignet med annet psykologisk eller alternativt foreldretiltak	35
Foreldretiltak/trening/veiledning	37
Foreldretiltak for familier i kontakt med barnevernet pga mishandling/omsorgssvikt	37
Effekt av foreldretiltak gitt biologiske foreldre	38
Effekt av foreldretiltak gitt fosterforeldre	39
Foreldretrening og veiledning for foreldre med psykisk utviklingshemming	41
Effekt av foreldretrening og veiledning for foreldre med psykisk utviklingshemming	42
Hjemmebesøk	44
Hjemmebesøk gitt risikofamilier	44
Effekt av hjemmebesøk på mishandling og omsorgssvikt	45
Effekt av hjemmebesøk på kognitiv og psykomotorisk utvikling hos barnet	46
Effekt av hjemmebesøk på barnets atferd	48
Effekt av hjemmebesøk på språkutvikling hos barnet	49
Effekt av hjemmebesøk på helse/sykdom/skader hos barnet	50
Hjemmebesøk gitt mødre med rusmiddelproblemer	51
Effekt av hjemmebesøk gitt mødre med rusmiddelproblemer	52
Økonomiske tiltak	54
Effekt av økonomisk støtte	54

Mor- og barn-enheter	56
DISKUSJON	57
Psykologiske, psykoedukative og psykososiale tiltak	57
Foreldre med depresjon	57
Psykoterapi for foreldre og spebarn	58
Foreldretiltak/foreldretrening/veiledning	60
Foreldretiltak for familier som er i kontakt med barnevernet pga mishandling og omsorgssvikt	60
Foreldretrening for foreldre med psykisk utviklingshemming	61
Hjemmebesøksprogram	62
Hjemmebesøk gitt av ikke-profesjonelle til risikofamilier	62
Hjemmebesøk gitt mødre med rusmiddelproblemer	63
Økonomiske tiltak	63
Styrker og begrensninger ved den metodiske tilnærmingen	65
Kvaliteten på dokumentasjonen	65
KONKLUSJON	67
Veien videre	69
REFERANSER	70
VEDLEGG	74
Vedlegg 1: Søkestrategi	74
Vedlegg 2: Sjekkliste for vurdering av metodisk kvalitet	95
Vedlegg 3: GRADE-tabeller	97
Vedlegg 4: Ekskluderte publikasjoner	121
Vedlegg 5: Beskrivelse av inkluderte systematiske oversikter	133
Vedlegg 6: Begrepsforklaringer	138

Forord

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) har fått i oppdrag av Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet å utrede ulike problemstillinger knyttet til det generelle tilbudet til utsatte foreldre med sped- og småbarn. I 2006 publiserte Kunnskapssenteret en oversikt over systematiske oversikter som så på tiltak gitt denne gruppen (1). Siden rapporten ble utgitt har omfanget av kunnskap knyttet til forståelsen av faktorer som påvirker sped- og småbarns utvikling og behov økt, og det ble bestemt å se på dette spørsmålet igjen. I desember 2012 leverte Kunnskapssenteret derfor et systematisk litteratursøk på temaet (2). I dette litteratursøket fant forskerne flere nye systematiske oversikter som virket relevant for problemstillingen. Seksjon for velferdstjenester ved Kunnskapssenteret og Bufdir ble enige om å utarbeide en ny oversikt over systematiske oversikter på dette området.

I samtale med Bufdir ble det besluttet at den nye oversikten skulle fokusere på tiltak for å hjelpe familier med barn 0-6 år som er sårbare på grunn av faktorer knyttet til foreldrenes psykiske helse, rusmiddelproblemer eller av andre grunner redusert omsorgsevne, samt tiltak for å hjelpe fosterfamilier der barn er blitt utsatt for omsorgssvikt og vold/misbruk av sine biologiske foreldre.

Parallelt med dette arbeidet skulle Helsedirektoratet utarbeide nye Nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjonstjenesten. I den forbindelse ønsket Helsedirektoratet å få oppsummert kunnskap om hvordan helsestasjoner kan forbedre tjenesten slik at den bedre imøtekommer behovene til «sårbare» befolkningsgrupper. Disse to oppdragene, fra henholdsvis Bufdir og Helsedirektoratet, ble sett i sammenheng siden målgruppen for tiltakene var sammenfallende – sårbare familier med små barn. Men arena for tiltak og type tiltak (hhv relatert til Helsestasjonens og Bufetats virksomhetsområder) var ulike for disse to oppdragene. Kunnskapssenteret utarbeidet derfor to separate rapporter, med lik forskningsmetodologi. Rapporten som er knyttet til helsestasjonstjenesten er: «Effekt av tilpassede tiltak for helsestasjonstjenesten» (3).

Prosjektgruppen for den foreliggende rapporten, «Effekt av tiltak for risikofamilier med barn 0-6 år», har bestått av:

- Nora Blaasvær, forsker, Kunnskapssenteret
- Heid Nøkleby, forsker, Kunnskapssenteret
- Sissel Johansen, tidligere forsker ved Kunnskapssenteret
- Malene Wøhlk Gundersen, bibliotekar, Helsedirektoratet

Takk til Aina Winsvold, Forsker II ved Norsk Institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring og Astri Lindberg, psykologspesialist ved Regionsenter for Barn og Unges Psykiske helse, for fagfellevurdering av rapporten.

Takk til Victoria Einagel for bidrag til kvalitetsvurdering av inkluderte studier, Annhild Mosdøl og Ingrid Borren for samarbeid i starten av prosjektet, Karianne Thune Hammerstrøm for ledelse og innspill i en tidlig fase, og Gyri Hval Staumann for å utføre oppdateringssøk. Takk også til Vigdis Underland, Eva Denison og Jan Odegaard-Jensen for faglige og metodiske innspill. Takk til Sabine Wollscheid for å lese tyske artikler.

Gro Jamtvedt
Avdelingsdirektør

Rigmor C Berg
Seksjonsleder

Nora Blaasvær
Prosjektleder

Problemstilling

Formålet med denne rapporten er å presentere en systematisk oversikt over systematisk oppsummert forskning om effekt av tiltak gitt risikofamilier med barn 0-6 år. Med risikofamilier menes familier der foreldrene av ulike årsaker ikke makter å gi barna adekvat omsorg. Dette kan skyldes at foreldrene har problemer med rusmidler, psykisk uhelse eller andre utfordringer som går ut over omsorgsevnen. Hensikten med tiltakene er å bidra til bedre vilkår for barna og familiene deres.

Innledning

Bakgrunn

Antallet barn under seks år som mottar tiltak fra barnevernet som følge av omsorgssvikt og mishandling har vært jevnt økende i perioden 1995-2008. Dette viser en rapport over omfanget av omsorgssvikt når det kommer til sped- og småbarn i Norge (4). Økningen skyldes blant annet økt fokus, innvandring og at barnevernet også har fått en mer utvidet rolle (4). I 2008 var det 8256 familier med barn under seks år som mottok tiltak fra barnevernet. Økningen har vært størst for barn under ett år. I rapporten fremkommer det at manglende omsorgsevne er den hyppigst benyttede årsakskategorien til at barna kommer under offentlig tilsyn. Men også rusmismiddelproblemer og psykiske lidelser hos foreldrene er hyppig benyttede årsakskategorier til at tiltak igangsettes (4).

Tidlig tilknytning

Forskning viser at foreldrerollen er avgjørende for barn og unges utvikling. I samspill med foreldre utvikles barnets evne til å føle trygghet, regulerer følelser, kommunisere, osv. Å opprettholde et sensitivt samspill og en trygg, gjensidig tilknytningsprosess mellom barn og forelder anses som grunnleggende viktig for utviklingen av psykiske, sosiale og kognitive ferdigheter hos barn (5). Barn som opplever alvorlige negative hendelser i relasjon til sine foreldre kan utvikle mentale forstyrrelser, tilknytningsforstyrrelser, adferdsforstyrrelser som depresjon, hyperaktivitet eller andre former for forstyrrelser (5). Det er godt dokumentert for eksempel at depresjon hos mor er assosiert med økt grad av internaliserende og eksternaliserende psykopatologi hos barnet (6). Anslag viser at omtrent 37 % av barn i Norge har én eller to foreldre med en psykisk lidelse, og omtrent 8 % vokser opp med minst én forelder som misbruker alkohol (7). Ikke alle psykiske lidelser er like alvorlige, men anslagsvis vokser 26,5 % av norske barn opp med foreldre som har psykiske lidelser eller alkoholmisbruk som er så alvorlig at det går ut over daglig fungering, ifølge en rapport fra Folkehelseinstituttet (7). Foreldrenes evne til godt samspill med barnet avhenger av mange ulike faktorer, som foreldrenes mentale helse, misbruk av rusmidler, foreldrenes mentale utviklingsnivå, foreldrenes egne oppveksterfaringer, foreldrenes sosiale relasjoner og støtte, summen av stressfaktorer i foreldrenes liv (5).

Sammenhengen mellom ulike levekårsvariabler og omsorgssvikt, vold og krenkelser

Både internasjonale og norske studier har sett på sammenhengen mellom ulike levekårsvariabler og omsorgssvikt og barnemishandling (8-10). Variabler som arbeidsledighet, økonomisk usikkerhet, rusmiddelproblemer, psykiske plager og omsorgssvikt, vold og overgrep kan henge sammen. Økonomisk knapphet er en av de mest gjennomgående risikofaktorene for fysisk barnemishandling og omsorgssvikt i internasjonal forskning (8). Det er viktig å understreke at dette på ingen måte er kausale sammenhenger, men det kan fortelle oss noe om hvordan ulike negative variabler kan spille sammen.

I en Nova-rapport fra 2009 (10) fant man at familiens økonomi synes å være særlig forbundet med erfaringer med vold hos ungdommene i undersøkelsen, mens rusmiddelproblemer hos foreldrene både var forbundet med erfaringer med vold og seksuelle overgrep og krenkelser. Undersøkelser som Nova-rapporten understreker kompleksiteten i negative livssituasjoner. Vi vet fra Bufdirs egne erfaringer at populasjonen vi ønsker å treffe i denne rapporten ofte har flere enn en utfordring. Det er sjelden bare økonomiske utfordringer alene, men ofte også rusmiddelproblemer og psykososiale vansker.

Vold og seksuelle overgrep mot barn

I 2012 ble det hos Statistisk sentralbyrå (11) registrert 2 917 ofre for mishandling i familieforhold (inkludert grov mishandling). Av disse var en tredjedel av ofrene barn under ti år. I 2012 ble det også anmeldt 874 tilfeller av seksuelle overgrep mot barn. I en rapport fra Nova fra 2007 (9), om vold og overgrep mot barn og unge i Norge, oppga en fjerdedel av ungdommene i utvalget minst ett tilfelle av vold fra en forelder i løpet av oppveksten. Om lag 2 % av både jentene og guttene rapporterte om høyfrekvent utsatthet, det vil si at de var blitt slått av en voksen i familien mer enn 10 ganger i løpet av oppveksten. Flere oppga fysiske krenkelser før fylte 13 år enn etter fylte 13 år. Et vidt spekter av psykiske reaksjoner er blitt rapportert å kunne oppstå som følge av erfaringer med vold og seksuelle overgrep. Angst, depresjon, posttraumatisk stress og dårlig selvbilde er noen av reaksjonene som ofte er blitt beskrevet i etterkant av både seksuelle overgrep, vold og vitneerfaringer med vold (12).

Hva er en risikofamilie?

Risikofamilier defineres i rapporten «Sped- og småbarn i risiko: En kunnskapsstatus» utgitt av Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP) (13) som: «Familier hvor flere risikofaktorer er til stede, som oftest både hos foreldre og barn, og hvor disse faktorene er av tilstrekkelig varighet, og av en slik art, at det sannsynlige utviklingsmessige utfallet hos barnet overstiger baseraten av psykiske vansker/forstyrrelser i barnebefolkningen. Risikofamilier kjennetegnes ved at antallet risikofaktorer overgår antall beskyttende faktorer og hvor det er lite som tyder på at risikofaktorene vil reduseres dersom tiltak ikke settes inn.»

Videre definerer RBUP risikofaktorer som: «Forhold som kjennetegner individer og/eller miljøer, og som kan resultere i økt sannsynlighet for barns senere skjevutvikling eller forstyrrelse» som for eksempel «vansker hos omsorgspersonen (psykiske og psykososiale problemer som rusmisbruk og psykisk sykdom, traumatiske opplevelser); og uheldige forhold i det omliggende miljøet (lav sosioøkonomisk status» (14).

Barne-, ungdoms- og familieetatens tjenester i dag

Barn- og familiers behov skal være styrende i innhold og organisering av Bufetats tjenester. I samarbeid med kommunene kartlegges den enkelte familie eller det enkelte barns behov, med sikte på å finne frem til det beste tilbudet. Av tiltak Bufetat tilbyr skilles det mellom hjelpetiltak og omsorgstiltak. Hjelpetiltak er tiltak som gis familien for å hjelpe på ulike vanskelige situasjoner, men der foreldrene fortsatt har omsorgen for barnet. Dette kan være tiltak som økonomisk støtte, tilsyn, støttekontakt, rådgivning, foreldreveiledning, avlastningstiltak, foreldre- og barn-enheter (mødrehjem) osv. Omsorgstiltak er tiltak der barnevernet tar over omsorgen for barnet – som fosterhjem, institusjon eller adopsjon (14).

I 2014 mottok 53 088 barn og unge i alderen 0-22 år tiltak fra barnevernet. Av disse var 43 377 hjelpetiltak, mens 9 611 var omsorgstiltak. Fordi en del barn/familier får flere enn ett tiltak ble det i løpet av 2014 gitt ca. 120 000 barnevernstiltak. Vedtak om råd og veiledning, besøkshjem og økonomisk hjelp er blant de mest gitte tiltakene ifølge Statistisk sentralbyrå (15).

En rekke ulike tiltak gis sårbare familier med barn, men hva vet vi om effekten av tiltakene? Bufdir ønsker å hjelpe sårbare familier på best mulig måte og behovet for mer kunnskap om hva som har god effekt for barn i såkalte risikofamilier er stort.

Metode

Litteratursøking

Som nevnt i forordet mottok Kunnskapssenteret i 2013 to relaterte oppdrag. For de to rapportene utførte vi et felles søk etter systematiske oversikter i databaser. Bibliotekar Malene Wøhlk Gundersen planla og utførte søkene og bibliotekar Karianne Thune Hammerstrøm fagfellevurderte søket. Søkeordene ble valgt for å favne vidt. Søkeord for populasjonene i begge rapportene (grupper med lav sosioøkonomisk status, etniske minoriteter/immigranter og ulike typer av risikofamilier) ble kombinert med søkeord knyttet til henholdsvis 1) foreldre og barn 0-6 år, 2) barn 0-6 år og relevante tjenester (barneverntjenester, helsestasjon eller tilsvarende), og 3) foreldre og relevante tjenester. Til slutt ble søket innsnevret med filtre for systematiske oversikter. Fullstendig søkestrategi finnes i vedlegg 1.

Vi søkte etter litteratur i følgende databaser:

- MEDLINE® In-Process & Other Non-Indexed Citations, MEDLINE® Daily and MEDLINE®, 1946 til 30.10.2013 (Ovid)
- Embase, 1974 til 29.10.2013 (Ovid)
- PsycINFO, 1806 til oktober uke 4 2013 (Ovid)
- Cinahl (EBSCOhost) til 30.10.2013
- Cochrane Reviews (Reviews and Protocols), Other Reviews og Technology Assessments (The Cochrane Library, Wiley) til 30.10.2013
- Science Citation Index Expanded (SCI-EXPANDED) 1975 til 30.10.2013
- Social Sciences Citation Index (SSCI) 1975 til 30.10.2013

Søket ga 7148 unike referanser.

I tillegg gjennomførte prosjektgruppen håndsøk i følgende kilder:

- The Campbell library (Reviews and Protocols) til 30.10.2013
- SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering, Sverige til 10.02.2014
- Socialstyrelsen i Sverige til 18.02.2014
- SFI – Det nationale forskningscenter for velfærd, Danmark til 18.02.2014

Videre sjekket vi referanselister fra relevante publikasjoner identifisert i hovedsøket (oversikter over systematiske oversikter, kommentarer eller likende) og de inkluderte systematiske oversiktene i den enkelte rapport.

Vi utførte et oppdateringssøk som ble avsluttet 02.03.2015, slik at vi er sikre på at vi har fått med oss eventuelt nye systematiske oversikter som har blitt publisert siden hovedsøket ble gjort. Dette søket ble utført med identisk søkestrategi som hovedsøket, og gav 1601 nye unike referanser.

Inklusjonskriterier

Vi søkte kun etter systematiske forskningsoversikter. Tre kriterier må være oppfylt for at en oversikt skal kunne kalles en systematisk oversikt: Oversikten må ha en angitt søkestrategi, inneholde klare inklusjonskriterier og ha kvalitetsvurdert de inkluderte studiene (16). Vi inkluderte kun oversikter av høy metodisk kvalitet i henhold til Kunnskapssenteret sjekklister for systematiske oversikter (sjekklisten er tilgjengelig i vedlegg 2).

Vi la ikke begrensninger på språk i søket. Oversikter på andre språk enn engelsk eller de skandinaviske språk ble vurdert av ansatte på Kunnskapssenteret som kunne det aktuelle språket.

Bestillingen til Seksjon for velferdstjenester omfattet i utgangspunktet barn i alderen 0–3 år. Men fordi bestillingen som lå til grunn for helsestasjonsrapporten inkluderte barn i aldrene 0-6 år, ble kriteriene for inklusjon i vår rapport utvidet til å gjelde familier med barn i alderen 0-6 år.

Populasjon: Familier med barn 0-6 år definert som risikofamilier, for eksempel fosterhjemsfamilier (her er det sårbarheten barnet tar med seg inn i familien som gjør at vi betegner familien som en risikofamilie), familier med rus-, vold- eller psykiatriproblematikk, eller der omsorgssvikt, misbruk eller mishandling av barn forekommer.

Tiltak: Alle tiltak som er tilpasset eller rettet spesielt mot populasjonen, som ikke er i regi av helsestasjon eller tilsvarende.

Sammenligning: Andre tiltak til den generelle populasjonen av familier med barn 0-6 år, eller ingen tiltak.

Utfall: Dette er en oversikt over oversikter og vi har derfor vært avhengig av å rapportere de utfallene som den enkelte oversikt rapporterer. Relevante utfall inkluderer:

- Barnets kognitive utvikling og mentale helse

- Atferdsmål
- Tilknytning mellom foreldre og barn
- Foreldrekompetanse
- Familekommunikasjon
- Deltakelse i tiltaket, bruk av tjenester, som for eksempel helsestasjonstilbud

Språk: Ingen restriksjoner. Publikasjoner på engelsk, norsk, dansk og svensk ble lest av prosjektgruppen. Publikasjoner på andre språk ble oversatt av en språkkyndig medarbeider på Kunnskapssenteret.

Eksklusjonskriterier

Populasjon: Familier definert som risikofamilier grunnet somatisk sykdom hos voksne eller barn. Tiltak rettet mot kun gravide eller tenåringsforeldre (sistnevnte inngår i rapporten «Effekt av tilpassede tiltak for helsestasjonstjenesten»(3)).

Tiltak: Tiltak som faller inn under helsestasjonstjenestens virksomhetsområde og arbeidsmetoder. Slike tiltak inngår i rapporten «Effekt av tilpassede tiltak for helsestasjonstjenesten» (3).

Tiltak som kun er rettet mot helsepersonell (for eksempel videreutdanning av helsepersonell, trening i kulturell kompetanse).

Medikamentell behandling av syke foreldre uavhengig av om det måles utfall på barn/familie.

Rene behandlingstiltak (alle typer) rettet mot psykisk eller somatisk sykdom, hvor utfall kun måles hos den som mottar tiltaket. Eksempelvis inkluderes oversikter hvor foreldre behandles for depresjon, dersom utfall måles hos barna eller familien (for eksempel foreldre-barn-kommunikasjon).

Utfall: Oversikter som ikke rapporterer utfall relatert til forhold ved barnet, foreldrerollen/samspeillet eller foreldre-barn-relasjon.

Artikkelutvelging

To forskere gikk gjennom titler og sammendrag fra litteratursøket. De publikasjonene som virket aktuelle hentet vi inn i fulltekst og vurderte opp mot inklusjons- og eksklusjonskriteriene. I arbeidet med å fordele eventuelle systematiske oversikter til de to rapportene (hhv helsestasjon og Bufdir) trakk vi en linje mellom de to prosjek-

tene både på bakgrunn av ulike populasjoner og type tiltak, samt på graden av alvorlighet i familiesituasjonen. I helsestasjonsrapporten inkluderte vi blant annet tiltak gitt tenåringsforeldre, mødre med fødselsdepresjon og tiltak tilpasset familier med lav sosioøkonomisk status. Disse systematiske oversiktene kunne også vært inkludert i denne systematiske oversikten. Men det var nødvendig å trekke et skille, og for informasjon om effekt av tiltak gitt disse gruppene henviser vi til rapporten «Effekt av tilpassede tiltak for helsestasjonstjenesten» (3). Vi har likevel i denne rapporten inkludert noen systematiske oversikter som ser på tiltak gitt familier med lav sosioøkonomisk status, for eksempel fordi populasjonen i oversiktene var blandet, der lav sosioøkonomisk status var en av flere risikofaktorer, mens totalbelastningen i familiene var av en art som gjorde at vi vurderte familiesituasjonen til å være såpass alvorlig at den ville tilfalle Bufdirs ansvarsområde. Videre har vi inkludert en systematisk oversikt med familier med lav sosioøkonomisk status der tiltaket som gis er økonomisk tilskudd – som er et tiltak Bufdir gir. Vi har også inkludert oversikter der enkelte av studiene som er inkludert i oversikten består av mødre med fødselsdepresjon. Studiene i disse systematiske oversiktene har en blandet populasjon der psykisk uhelse er den generelle utfordringen.

For den videre utvelgingen av oversikter til denne rapporten fant vi nokså mange oversikter der populasjon og type tiltak møtte inklusjonskriteriene, men der foreldrene i studiene hadde barn i en aldersgruppe eldre enn 0-6 år. Mange oversikter ble ekskludert på grunnlag av dette. Vi bestemte at vi inkluderte oversikter der mer enn 75 % av barna i studiene var i aldersgruppen 0-6 år. I noen tilfeller manglet vi spesifikk informasjon om alder på barna. I disse tilfelle tok vi kontakt med oversiktsforfatterne og ba om informasjon om dette.

I neste ledd kvalitetsvurderte vi de relevante oversiktene. Også dette ble gjort av to forskere uavhengig av hverandre. Oversiktene ble kvalitetsvurdert ved bruk av Kunnskapssenterets sjekklister for systematiske oversikter (vedlegg 2). Også i denne sammenhengen tok vi kontakt med forfattere av oversikter der metodene var for mangelfullt beskrevet. Våre vurderinger er derfor basert på mest mulig informasjon. Ved ulike vurderinger av de to personene ble en tredje person involvert. Statistiker Jan Odgaard-Jensen vurderte enkelte av analysene. Sjekklisten og metodisk kvalitetsvurdering av oversiktene for hvert enkelt kriterium er oppsummert i vedlegg 2. Vi inkluderte kun oversikter som ble vurdert til å være av høy metodisk kvalitet.

Behandling og sammenstilling av data

Vi kartla de inkluderte oversiktene med hensyn til problemstilling/populasjon, hvilke tiltak som ble gitt, hvilke utfall de rapporterte og hvilke sammenlikninger som ble gjort, samt eventuelle overlapp av primærstudier. Prosjektleder hentet ut data fra oversiktene og HN sjekket at det var korrekt og relevant informasjon.

Prosjektleder hentet ut følgende data: Forfattere, dato for søk, type tiltak det ble søkt etter, til hvem tiltaket eventuelt var tilpasset, sammenlikninger, inkluderte studiepopulasjoner, kontrolltiltak, karakteristika ved primærstudiene, oppfølgingstid, utfall og resultater fra meta-analysene. Resultatene og meta-analysene presenteres slik forfatterne av oversiktene har analysert dem.

Hvis forfatterne av oversiktene hadde presentert svært mange utfallsmål valgte vi å presentere utfallsmålene med lengst oppfølgingstid, og vi tok med de utfallsmålene vi mente var mest relevante for vår oppdragsgiver. Utfallsmålene presenteres i tabellform sammen med våre GRADE-vurderinger av hvilken tillit vi har til resultatene.

Gradering av dokumentasjonen

NB og HN graderte resultatene basert på metodikken fra GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation). Vi baserte oss på oversiktsforfatterens kvalitetsvurderinger av primærstudiene. Dersom forfatterne av oversiktene hadde GRADE-vurdert resultatene gjorde vi likevel egne GRADE-vurderinger og diskuterte eventuell diskrepans i resultatene i prosjektgruppen. Vi har GRADE-vurdert samtlige av utfallsmålene som vi har tatt med i denne rapporten. «Summary of findings»-tabell presenteres for hvert enkelt utfall i resultatkapittelet. Mer utfyllende informasjon om vurderingene (GRADE evidence profiles) presenteres i vedlegg 3.

Ved vurdering etter GRADE-metoden anslår vi i hvilken grad vi har tillit til at effekt-estimatet ligger nær den sanne verdien i populasjonen. For å vurdere kvaliteten på dokumentasjonen tar GRADE utgangspunkt i en godt utført systematisk oversikt. Deretter vurderes hvert enkelt utfallsmål mot åtte kriterier. Først vurderes fem kriterier for eventuell nedgradering av kvaliteten på dokumentasjonen: studiekvalitet (risiko for systematiske skjevheter), konsistens (samsvar mellom studiene), direkthet (hvor like studiedeltakerne, intervensjon og utfallsmål i oversiktens inkluderte studier er med hensyn til de personer, tiltak og utfall vi ønsket å studere), presisjon av resultatene og rapporteringskjevheter. Dersom kriteriene ikke er oppfylt, vil det føre til nedgradering. Resultatene kan oppgraderes etter tre kriterier: Sterke eller veldig sterke assosiasjoner/sammenhenger mellom tiltak og utfall; store eller veldig store dose-responseeffekter; og der alle sannsynlige forvekslingsfaktorer ville ha bidratt til å redusert effekten. Utfyllende beskrivelser av GRADE og referanser til metoden finnes på nettsiden www.gradeworkinggroup.org Den helhetlige grad av tillit vi har til effektestimaterne klassifiseres enten som høy, middels, lav eller svært lav, slik som presentert i tabell 1.

Tabell 1: GRADE-kategorier og deres betydning for å beskrive grad av tillit til det samlede effektestimatet.

Kategori	Symbol	Betydning
Høy kvalitet	⊕⊕⊕⊕	Vi har stor tillit til at effektestimatet ligger nær den sanne effekten.
Middels kvalitet	⊕⊕⊕○	Vi har middels tillit til effektestimatet: effektestimatet ligger sannsynligvis nær den sanne effekten, men effektestimatet kan også være vesentlig ulikt den sanne effekten.
Lav kvalitet	⊕⊕○○	Vi har begrenset tillit til effektestimatet. Den sanne effekten kan være vesentlig ulik effektestimatet.
Svært lav kvalitet	⊕○○○	Vi har svært liten tillit til at effektestimatet ligger nær den sanne effekten.

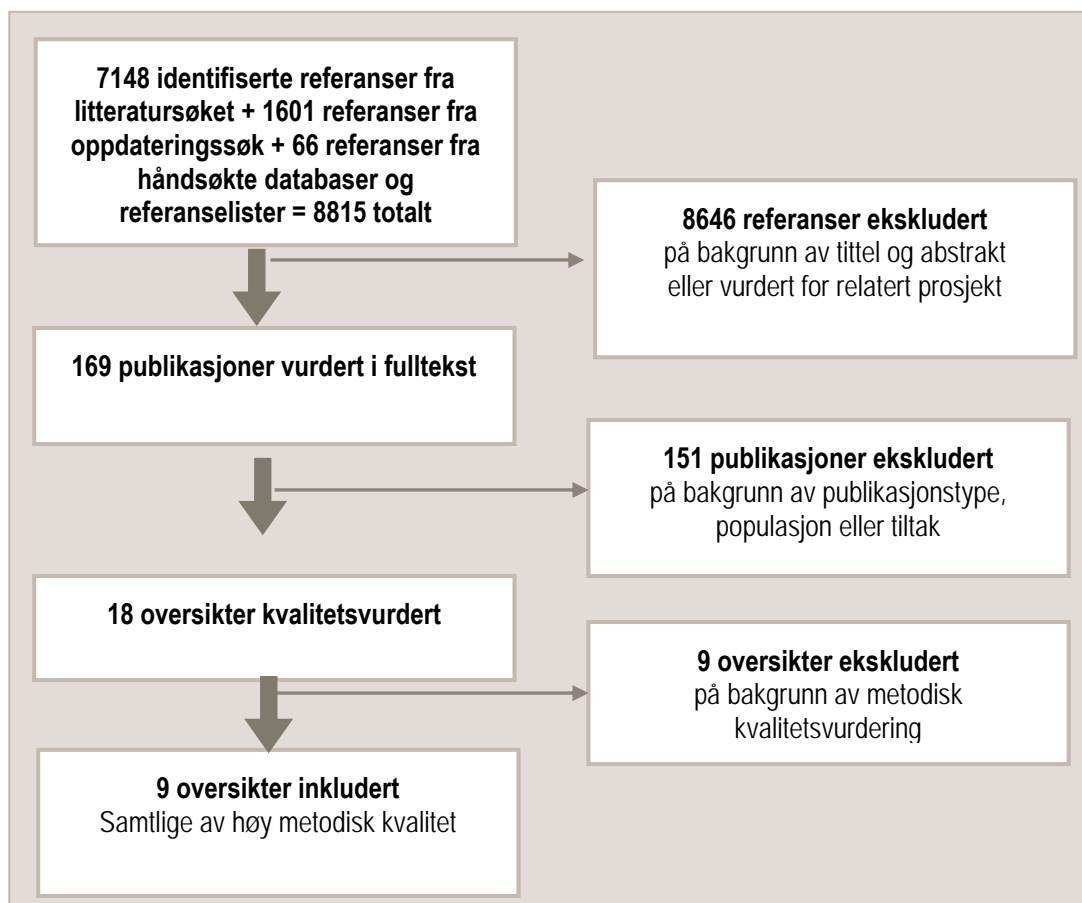
For en detaljert beskrivelse av Kunnskapssenterets arbeidsmetoder henviser vi til vår metodebok «Slik oppsummerer vi forskning» på

<http://www.kunnskapssenteret.no/verktøy/slik-oppsummerer-vi-forskning>

Resultat

Resultat av litteratursøk

Søk etter systematiske oversikter i de angitte databasene ga i det første søket 7148 unike referanser. Oppdateringssøket ga 1601 nye unike referanser. Ytterligere 66 referanser ble funnet ved gjennomgang av referanselister i inkluderte oversikter og grå litteratur. Flytskjema for søkeresultater, referanseinnhenting og håndtering av innhentet litteratur er presentert i figur 1.



Figur 1: Flytskjema for søkeresultater

Håndtering av innhentet litteratur

Blant de 8815 unike referansene vurderte vi 169 som mulig relevante og hentet dem inn i fulltekst. Vi ekskluderte 151 av disse, oftest fordi de ikke var systematiske oversikter, men omtaler av systematiske oversikter, sammenfatninger av studier eller andre mindre systematiske gjennomganger av forskning på et felt. Vi ekskluderte også mange publikasjoner fordi de omhandlet en annen populasjon eller et annet tiltak i forhold til våre inklusjonskriterier. Se vedlegg 4 for en oversikt over ekskluderte publikasjoner vurdert i fulltekst.

Vi vurderte den metodiske kvaliteten på de 18 systematiske oversiktene som oppfylte inklusjonskriteriene. Av disse ekskluderte vi ni (17-25) fordi de ble vurdert til å være av mangelfull eller middels kvalitet. Vedlegg 2 gir en oversikt over kvalitetsvurdering av alle oversiktene. Vedlegg 5 gir en mer utfyllende beskrivelse av alle oversiktene av høy metodisk kvalitet som vi inkluderte.

Inkluderte systematiske oversikter

Tabell 2 viser de ni inkluderte systematiske oversiktene (26-34), hvilke tiltak de oppsummerer effekten av, og hvilken populasjon som mottar tiltakene.

Tabell 2: Beskrivelse av inkluderte systematiske oversikter

Forfatter Årstall	Dato for siste søk	Populasjon	Antall studier og deltakere	Tiltak
Cuijpers 2015	Jan. 2013	Mødre med depresjon	n=9 n=553	Ulike former for psykoterapi
Bee 2014	Mai 2012	Foreldre med alvorlig psykisk lidelse	n=26 n=2233	Ulike psykologiske, psykoedukative og psykososiale tiltak
Barlow 2015	Jan. 2014	Blandet populasjon: mødre med psykiske og emosjonelle vansker, rusmiddelproblemer og vansker i rollen som mor.	n=8 n=846	Psykoterapi for mor og barn
Fraser 2013	2012	Familier som er i kontakt med barnevernet pga omsorgssvikt/misbruk	n=10 n=634	Ulike foreldretiltak gitt foreldre/fosterforeldre
Coren 2010	Apr. 2009	Foreldre med psykisk utviklingshemming	n=3 n=125	Foreldretrening/veiledning
Peacock 2013	Mai 2012	Risikofamilier: blandet populasjon	n=21 n=6775	Hjemmebesøk

Turnbull 2012	Nov. 2011	Mødre med rusmiddelproblemer	n=7 n=803	Hjemmebesøk
Lucas 2008	Sept. 2006	Familier med lav sosioøkonomisk status (fattige familieir)	n=9 n=25 000	Økonomisk støtte
Irving 2007	Juni 2006	Mødre med schizofreni	n=0 n=0	Mor-barn-enheter

Vi har valgt å dele tiltakene inn i fem kategorier for å oppsummere resultatene:

- Psykologiske og psykososiale tiltak (3 oversikter)
- Foreldretiltak/foreldretrening/veiledning (2 oversikter)
- Hjemmebesøk (2 oversikter)
- Økonomiske tiltak (1 oversikt)
- Mor-barn-enheter (1 oversikt)

Hva som ligger i de ulike kategoriene/tiltakene vil defineres i hvert av delkapitlene.

Psykologiske, psykoedukative og psykososiale tiltak

Tre av de inkluderte oversiktene har sett på ulike psykologiske og psykososiale tiltak rettet mot foreldre med ulike risikofaktorer knyttet til psykisk helse og effekten på barnas psykiske helse, foreldreskapet og familiene. I den ene oversikten, av Cuijpers og medarbeidere fra 2015 (26), så de på studier av psykoterapi for deprimerte mødre og primærutfallet var barnets psykiske helse. Den andre oversikten, av Bee og medarbeidere fra 2014 (27), hadde et bredere utgangspunkt. Forfatterne søkte etter alle typer psykologiske tiltak og psykososiale tiltak for foreldre med alvorlig psykisk lidelse og familiene deres. De primære utfallsmålene var barnas psykiske og emosjonelle helse. Den tredje oversikten, av Barlow og medarbeidere fra 2015 (28), så på studier av psykoterapi for foreldre og spedbarn. De primære utfallsmålene her var mors psykiske helse, samspill mellom mor og barn og tilknytningsstil hos barnet.

Psykoterapi for mødre med depresjon

Oversikten til Cuijpers og medarbeidere fra 2015 (26) inkluderer ni primærstudier, hvorav fire fra USA, tre fra Storbritannia, og en fra henholdsvis Australia og Taiwan. Samtlige studier er randomiserte, kontrollerte studier. Studiepopulasjonen er mødre med depresjon. Fire av studiene inkluderte mødre med moderat til alvorlig depresjon. Fem av studiene inkluderte mødre med fødselsdepresjon. Alderen på barna var i fire av studiene under ett år, i en av studiene under to år, i to av studiene under fem år, en studie inkluderte gravide, og i en studie var barna over seks år.

Tiltakene i de ulike studiene var ulike former for psykoterapi. I de ni inkluderte studiene ble det til sammen gjort elleve sammenligninger av tiltak versus kontroll-

gruppe. Fire av studiene testet kognitiv atferdsterapi, tre testet interpersonlig psykoterapi og to testet psykodynamisk terapi. Seks av terapiformene var individuell terapi, fire var gruppeterapi og en benyttet et selvhjelps-format. Antall terapitimer varierte fra 8 til 16 timer. Kontrollgruppene mottok standard tjenestetilbud der studien var utført (i fem av studiene) eller sto på venteliste (i fire av studiene). Utfallene var barnets psykiske helse, depresjon hos mor, mor/barn-relasjonen og stress knyttet til foreldrerollen og samlivet med partner. De ulike studiene brukte forskjellige måleinstrument og resultatene er derfor presentert som Standardized Mean Difference (SMD) (se vedlegg 6 for begrepsavklaringer og definisjon og hvordan disse verdiene kan fortolkes).

Effekt av psykoterapi for mødre med depresjon

Fem studier i oversikten - og syv sammenligninger - så på utfall knyttet til barnas psykiske helse. Ni studier i oversikten - og elleve sammenligninger - så på utfallet depresjon hos mor. Fem studier - og åtte sammenligninger - i oversikten så på utfallet samspill mellom mor og barn. Fem studier i oversikten så på utfall knyttet til stress i foreldrerollen/samlivet med partner (parenting/marital distress). Utfallene ble målt med ulike måleinstrument (se undertekst i tabell for utfall 1-4).

Tabell 3 viser resultatene for effekt av psykoterapi til mor sammenlignet med standard tjenestetilbud, og våre GRADE-vurderinger for hvert av utfallsmålene. Vi vurderte kvaliteten på dokumentasjonen til å være lav eller svært lav. Den lave kvaliteten skyldes risiko for skjevhet knyttet til studiedesign, at studiene hadde få deltakere, heterogenitet i resultatene og at konfidensintervallene var brede.

Tabell 3: Oppsummeringstabell og dokumentasjonsgrunnlag for effekt av psykoterapi til mor sammenlignet med standard tjenestetilbud

Populasjon: Mødre med depresjon Intervensjon: Psykoterapi Sammenligning: Standard tjenestetilbud					
Utfall (Måleskala)	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall Deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)
	Standard tjenestetilbud/venteliste	Poliklinisk psykologisk eller psykososialt tiltak			
Psykisk helse hos barna (Ulike måleinstrument)	Gjennomsnittlig endring i psykisk helse hos barna var 0,40 standardavvik høyere (0,22 høyere til 0,59 høyere).		SMD 0,40 (0,22 – 0,59)	395 (5 studier)	⊕⊕○○ LAV 1, 2, 3
Depresjon hos mor (Ulike måleinstrument)	Gjennomsnittlig endring i depresjon hos mor var 0,66 standardavvik høyere (0,46 høyere til 0,84 høyere).		SMD 0,66 (0,46 – 0,84)	553 (9 studier)	⊕⊕○○ LAV 1,2,4
Samspill mellom mor og barn (Ulike måleinstrument)	Gjennomsnittlig endring i samspill mellom mor og barn var 0,35 standardavvik høyere (0,17 høyere til 0,52 høyere).		SMD 0,35 (0,17 – 0,52)	219 (5 studier)	⊕⊕○○ LAV 1,2
Stress i foreldrerollen/samliv med partner (Ulike måleinstrument)	Gjennomsnittlig endring i stress i foreldrerollen/samarbeid med partner var 0,35 standardavvik høyere (0,30 høyere til 1,04 høyere).		SMD 0,67 (0,30 – 1,04)	219 (5 studier)	⊕○○○ SVÆRT LAV 1,2,5

-
1. Risiko for skjevhet knyttet til studiedesign i flere av studiene (allokering og blinding)
 2. Studiene hadde få deltakere
 3. Brede konfidensintervaller
 4. Lav til moderat heterogenitet i resultatene ($I^2 = 35\%$). Forfatterne av oversikten har gjort analyser av heterogenitet, men finner ingen forklaring. Vi har likevel ikke trukket for heterogenitet her fordi den er såpass lav.
 5. Moderat til høy heterogenitet i resultatene ($I^2 = 51\%$)
-

KI: Konfidensintervall, SMD: Standardised Mean Difference, Ulike måleinstrumenter for utfall 1: Mental Scale of Bayley (MDI), Mother-reported emotion at 9 mnds, Behavior Screening questionnaire at 18 mnds, Child Behavior Checklist at 9 mnds, Childrens Depressive Inventory at 9 mnds, Columbia Impairment Scale, Eyberg Child Behavior Inventory. Ulike måleinstrumenter for utfall 2: Beck Depression Inventory; Hamilton Rating Scale for Depression, Edinburgh Postnatal Depression Scale. Ulike måleinstrumenter for utfall 3: Parent-infant interactions (PCERA; observational instrument); Maternal responsiveness (Ainsworth's system); Maternal Attachment Inventory (self report); Observed mother-infant interactions; Mother aggression/low support (observation); Parent Behavior Inventory (PBI); hostile/coercive (HC) and supportive/engaged (SE). Ulike måleinstrumenter for utfall 4: Snyder's Marital Satisfaction Inventory-R; Parenting Stress Index; Dyadic Adjustment Scale (DAS) (to studier benyttet denne); Parenting Stress Index (PSI); Parenting Sense and Competence Scale.

Denne dokumentasjonen sammenligner psykoterapi til mødre med depresjon med standard tjenestetilbud. Den viser at:

- Psykoterapi til mor har muligens en effekt på psykisk helse hos barna.
- Psykoterapi til mor har muligens en effekt på depresjon hos mor.
- Psykoterapi til mor har muligens en effekt på samspill mellom mor og barn.
- Det er usikkert om psykoterapi til mor har effekt på stress i foreldrerollen/samlivet med partner.

Subgruppeanalyser

Fordi de inkluderte studiene er små og noe ulike når det gjelder tiltaket som ble gitt (ett av tiltakene som evalueres er for eksempel psykoterapi med mor og barn sammen, mens de andre er kun gitt mor), mottaker av tiltaket (mødre med fødselsdepresjon versus mødre med langvarig depresjon uavhengig av fødsel) og kvaliteten på de inkluderte studiene, utførte forfatterne av oversikten ulike subgruppeanalyser for å undersøke om dette kunne påvirke resultatene. De fant at resultatene ikke endres nevneverdig i noen av subgruppeanalysene. Effekten synes å være nokså lik uavhengig av den variasjonen som finnes i populasjon og tiltak i denne sammenhengen. Det samme gjelder for kvaliteten på studiene.

Polikliniske tiltak for familier med foreldre med alvorlig depresjon

En oversikt av Bee og medarbeidere fra 2014 (27) har sett på ulike tiltak gitt familier der en eller begge foreldrene lider av alvorlig psykisk lidelse. Oversiktsforfatterne skiller mellom alvorlig depresjon og andre alvorlige psykiske lidelser. Rapporten inkluderer 29 primærstudier, hvorav tre er studier av tiltak rettet mot familier der minst en forelder lider av alvorlig psykisk lidelse, mens 26 er studier av tiltak rettet mot familier med minst en forelder som lider av alvorlig depresjon. Analysene av tiltak gitt foreldre med alvorlig psykisk lidelse tas ikke med i vår rapport fordi barna i familiene er eldre enn seks år. Analysene av tiltak gitt foreldre med alvorlig depresjon inkluderer da barna i disse studiene treffer vår aldersgruppe. Vi tar her med subgruppeanalyser gjort på barnas alder 0-6 år, eller der barna i studiene som er 0-6 år gamle utgjør minst 75 % av deltakerne. Elleve av primærstudiene er utført i USA, fire i Australia, fire i Storbritannia, tre i Canada, og en i henholdsvis Frankrike, Pakistan, Chile og Sverige. Samtlige studier er randomiserte, kontrollerte studier.

Populasjonen består av familier der minst en av foreldrene lider av alvorlig depresjon. Tiltakene som evalueres er polikliniske psykologiske eller psykososiale tiltak for å bedre livskvaliteten til barna i disse familiene. Tiltakene inkluderer psykoedukative tiltak, psykoterapi, psykososiale tiltak og utvidet omsorg (extended care). Tiltakene varte fra 2-11 måneder. Tiltakene ble, avhengig av tiltaket, gitt av kliniske psykologer, psykiatere, sosialarbeidere, psykoterapeuter, spesialister i kognitiv atferdsterapi, helsearbeidere og sykepleiere. Tiltakene ble gitt individuelt eller i gruppe. Kontrollgruppene mottok standard tjenestetilbud der studien var utført eller sto på venteliste.

Utfallene som tas med i denne systematiske oversikten er: barnets emosjonelle helse (children's emotional well being), foreldrenes mentale helse og foreldre/barn-relasjonen. De ulike studiene brukte ulike måleinstrument og resultatene er derfor presentert som SMD.

Effekt av aktivt tiltak (poliklinisk psykologisk, psykoedukativt eller psykososialt tiltak) versus standard tjenestetilbud/venteliste

Syv studier i oversikten så på utfallet barnets emosjonelle helse. Vi har tatt med resultater fra en meta-analyse som inkluderer fem studier og seks sammenligninger. Tiltakene som ble gitt i disse studiene er psykoedukativt tiltak, interpersonlig terapi, mor/barn-terapi og kognitiv atferdsterapi gitt barnet (barna i denne studien er fra seks år og oppover). Kontrollgruppene mottok standard tjenestetilbud eller sto på venteliste. Tiltakene varte fra 8-12 uker. 19 studier i oversikten så på utfallet psykisk helse hos foreldrene. Vi tar med resultater fra en meta-analyse som inkluderer 17 studier, med til sammen 22 sammenligninger. Tyve av sammenligningene evaluerer et terapeutisk tiltak – 18 gitt foreldrene, og to gitt foreldre og barn. De to siste sammenligningene er av foreldreorientert psykoedukativt tiltak og foreldrebasert psykososialt tiltak. Kontrollgruppene mottok standard tjenestetilbud eller venteliste. Tiltakene varte fra 6 uker til 16 uker. Åtte studier i oversikten har sett på utfallet foreldre/barn-relasjonen. Vi tar med resultater fra en meta-analyse som inkluderer seks studier - og ni sammenligninger. Åtte av sammenligningene evaluerte et terapeutisk tiltak - seks av disse var rettet mot foreldre, og to var rettet mot foreldre og barn. Den siste sammenligningen var av et psykoedukativt tiltak. Kontrollgruppene mottok standard tjenestetilbud eller venteliste.

Tabell 4 viser resultatene for effekt av aktivt tiltak (poliklinisk psykologisk, psykoedukativt eller psykososialt tiltak) versus standard tjenestetilbud/venteliste, og våre GRADE-vurderinger for hvert av utfallsmålene. Vi vurderte kvaliteten på dokumentasjonen til å være middels, lav eller svært lav. Dette skyldes risiko for skjevhet knyttet til studiedesign og at studiene hadde få deltakere, heterogenitet i resultatene og konfidensintervallene var brede.

Tabell 4: Oppsummeringstabell og dokumentasjonsgrunnlag for effekt av aktivt tiltak (poliklinisk psykologisk, psykoedukativt eller psykososialt tiltak) versus standard tjenestetilbud/venteliste.

Populasjon: Foreldre med alvorlig depresjon Intervensjon: Poliklinisk psykologisk, psykoedukativt eller psykososialt tiltak Sammenligning: Standard tjenestetilbud/venteliste					
Utfall (Måleskala)	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall Deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)
	Standard tjenestetilbud/venteliste	Poliklinisk psykologisk eller psykososialt tiltak			
Barnets emosjonelle helse (Ulike måleinstrument) Oppfølging: 6 mnd.	Gjennomsnittlig skår i barnets emosjonelle helse i tiltaksgruppen var 0,06 standardavvik høyere (fra 0,2 lavere til 0,33 høyere).		SMD 0,06 (-0,2 - 0,33)	213 (5 studier)	⊕⊕○○ LAV 1,2
Foreldres psykiske helse (Ulike måleinstrument) Oppfølging: 6 mnd.	Gjennomsnittlig skår i foreldrenes psykiske helse i tiltaksgruppen var 0,73 standardavvik høyere (fra 0,51 høyere til 0,94 høyere).		SMD 0,73 (0,51 - 0,94)	1855 (17 studier)	⊕⊕⊕○ MIDDELS 1,3
Foreldre/barn-relasjonen (Ulike måleinstrument) Oppfølging: 6 mnd.	Gjennomsnittlig skår i foreldre/barn-relasjonen i tiltaksgruppen var 0,67 standardavvik høyere (fra 0,32 høyere til 1,02 høyere).		SMD 0,67 (0,32 - 1,02)	378 (6 studier)	⊕○○○ SVÆRT LAV 1,2,4

1. Risiko for skjevhet knyttet til studiedesign i samtlige studier (Mangelfull allokering og blinding eller mangelfullt rapportert om allokering, blinding og frafall)
 2. Studiene hadde få deltakere og brede konfidensintervaller
 3. Heterogenitet i resultatene ($I^2=68\%$), men heterogeniteten skyldes antakeligvis størrelsen i effekt. Vi har derfor ikke trukket for heterogenitet.
 4. Heterogenitet i resultatene ($I^2=50,8\%$)

KI: Konfidensintervall; SMD: Standardised Mean Difference; Ulike måleinstrument for utfall 1: Child Depression Inventory (CDI), Parent-child Early Relational Assessment Scale (PCERA); infant affect, Child CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale), CDI (Child Depression Inventory). Ulike måleinstrument for utfall 2: HRSD, Hamilton Rating Scale for Depression; BDI, Becks Depression Inventory; CES-D, Center for Epidemiologic Version Revised; MADRS, Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale; EPDS, Edinburgh Postnatal Depression Scale. Ulike måleinstrument for utfall 3: Maternal Attachment Inventory, Social Adjustment Scale, Parental bonding instrument, Parenting stress inventory (parent attachment), Positive Parenting Practices Scale, Maternal reported child relationship problems med fler.

Denne dokumentasjonen sammenligner poliklinisk psykologisk, psykoedukativt eller psykososialt tiltak med standard tjenestetilbud eller venteliste. Den viser at:

- Poliklinisk psykologisk, psykoedukativt eller psykososialt tiltak har muligens liten eller ingen effekt på barnets emosjonelle helse.
- Poliklinisk psykologisk, psykoedukativt eller psykososialt tiltak har trolig en positiv effekt på foreldres psykiske helse.
- Det er usikkert hvorvidt poliklinisk psykologisk, psykoedukativt eller psykososialt tiltak har effekt på foreldre/barn-relasjonen.

Uforklart heterogenitet

Forfatterne av den systematiske oversikten tematiserer den høye heterogeniteten i resultatene fra de ulike studiene vedrørende utfallet *foreldrenes psykiske helse*. De foretar subgruppeanalyser på både studiedesign, type tiltak og alder på barna. Gjennom dette undersøker de om heterogeniteten i resultatene endrer seg (og om effektstørrelsene endrer seg). I samtlige subgruppeanalyser (som treffer vår PICO²) av dette utfallsmålet er heterogeniteten mellom resultatene i studiene fortsatt høy (>50

² PICO står for Population, Intervention, Comparison, Outcome

%). Heterogeniteten forblir således uforklart, men vi har ikke trukket for dette i GRADE da heterogeniteten skyldes ulikhet i effektstørrelse og ikke hvorvidt det er en effekt eller ikke. Resultatene er i samtlige subgruppeanalyser fortsatt signifikante og i favør av tiltaksgruppen, bortsett fra i analysen av type tiltak der forfatterne skiller mellom psykoterapi og psykoedukative og psykososiale tiltak. Sistnevnte gruppe tiltak har lavere effektstørrelse enn førstnevnte, men fortsatt i favør av tiltaksgruppen, men resultatet er ikke signifikant.

Også for utfallsmålet *foreldre/barn-relasjonen* diskuterer oversiktsforfatterne den høye heterogeniteten i resultatene mellom studiene. De nevner ulikt studiedesign, få studier, ulike typer tiltak, ulik hensikt med tiltakene og ulike typer mottakere som mulige grunner til heterogene resultater. De undersøker om resultatene endres dersom de gjør subgruppeanalyser på studiene med sterke studiedesign versus studiene med svakere studiedesign. Resultatene viste at studiene med svakere studiedesign resulterte i sterkere positiv effekt av tiltak enn studiene med et sterkere design. Fordi meta-analysen kun består av seks studier valgte forfatterne å ikke foreta flere subgruppeanalyser for dette utfallsmålet, men de påpeker at det samlede resultatet må tolkes med forsiktighet.

Psykoterapi for foreldre og spedbarn

En oversikt av Barlow og kollegaer fra 2015 (28) ser på effekt av psykoterapi for foreldre og spedbarn. Oversikten inkluderer 8 primærstudier. Tiltaket er i samtlige studier rettet mot mødre (ikke mot fedre). Gjennomsnittlig alder på barna ved studiesstart er 24 måneder. Tre av studiene er gjennomført i USA, to i Storbritannia, og en i henholdsvis Canada, Sveits og Sverige. Samtlige studier er randomiserte, kontrollerte studier.

Populasjonen består av kvinner med litt ulike utfordringer: deprimerte mødre (to studier), mødre med barn med tilknytningsproblemer (to studier), mødre som blir betegnet som «maltreating parents» (en studie), mødre i fengsel (en studie), mødre med bekymringer knyttet til eget moderskap (en studie) og mødre med emosjonelle problemer, der man fryktet for barnets tilknytning (en studie). Det er en blandet populasjon, men vi har vurdert den som overførbar til norsk kontekst.

Tiltaket som gis i samtlige studier er psykoterapi for foreldre og spedbarn: Parent-infant Psychotherapy (PIP), etter modell av Selma Fraiberg (35, 36). PIP er et binært tiltak – det vil si at det har til hensikt å bedre interaksjonen mellom foreldre og barn, der både barn og foreldre deltar i terapi sammen. Terapeuten observerer samspillet mellom foreldre og barn, identifiserer foreldrenes bekymringer, hjelper foreldrene med å finne ulike måter å møte barnet på og hjelper foreldrene til å forstå barnets signaler og slik relatere bedre til barnets behov. Overordnet mål er å bedre samspill mellom foreldre og barn og således gi barnet en trygg tilknytning til foreldrene. En del av terapien går også ut på å identifisere foreldrenes ubevisste mønstre som kan henge sammen med egne oppveksterfaringer. Ved å bli bevisst disse kan det være

lettere for foreldrene å finne nye indre arbeidsmodeller for å møte barnet og barnets behov (36).

Tiltaket gis noe ulikt i de ulike studiene. Noen følger en strukturert terapiform, mens andre er åpne i formen. I alle studiene, bortsett fra en, gis terapitimen individuelt. Felles for alle studiene er at PIP blir gitt av en spesialist på psykoterapi for foreldre og barn, og at det er aktiv terapi. Tiltakene gis enten på klinikk, hos terapeuten eller hjemme hos mor, og intensiteten i tiltaket varierer fra åtte til 49 uker.

Fire av studiene sammenligner effekten av PIP mot en kontrollgruppe som mottok standard tjenestetilbud – slik som vanlig oppfølging av foreldre og barn eller anti-depressiva for mor dersom mor er deprimert. Fire av studiene sammenligner PIP med et annet psykologisk eller alternativt foreldretreningsprogram.

Utfallsmålene er mors psykiske helse, samspill mellom mor og barn, utfall knyttet til barnets utvikling og kognitiv utvikling hos barnet. Utfallene ble målt etter tiltakets slutt og i enkelte studier ble utfallene også målt med flere oppfølgingsmålinger. Oppfølgingsmålingene ble gjort fra 6 måneder etter tiltakets slutt til oppfølgingsmåling når barnet var blitt fem år. Det rapporteres ikke om negative utfall.

Effekt av psykoterapi for foreldre og spedbarn sammenlignet med standard tjenestetilbud

Syv studier i oversikten undersøkte effekten av PIP på *depresjon hos mor*. Tre av studiene i oversikten målte depresjon hos mor, presentert som dikotome data - dvs antall mødre med depresjon. Fire av studiene i oversikten målte depresjon hos mor, presentert som kontinuerlige data - dvs som graden av depresjon hos mor. Fire studier i oversikten målte *mors sensitivitet overfor barnet*, etter intervensjon. Utfallene rapporteres på en kontinuerlig skala - dvs som graden av sensitivitet hos mor overfor barnet. Tre av studiene i oversikten ser på *tilknytningsstil hos barnet*. To studier målte utfallet etter endt tiltak (tiltaket varte fra 46 til 60 uker) da barna var 26 til 36 måneder gamle. To studier foretok oppfølgingsmålinger: 12 måneder etter endt tiltak i en studie og med flere måletidspunkter i en annen studie da barna var 9 måneder gamle, 18 mnd gamle og 5 år gamle. To studier målte hvorvidt barna i studiene hadde endret tilknytningsstil fra før tiltak til etter tiltak, sammenlignet med kontrollgruppen. To studier i oversikten har sett på utfall knyttet til barns atferd og utvikling.

Tabell 5 viser resultatene for effekt av PIP sammenlignet med standard tjenestetilbud, og våre GRADE-vurderinger for hvert av utfallsmålene. Vi vurderte kvaliteten på dokumentasjonen til å være lav eller svært lav. Dette skyltes svakheter ved studie-design i enkelte av studiene, noe heterogenitet i resultatene og at studiene hadde få deltakere.

Tabell 5: Oppsummeringstabell og dokumentasjonsgrunnlag for effekt av PIP sammenlignet med standard tjenestetilbud.

Utfall (Måleskala)	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)
	Standard tjenestetilbud	PIP			
Depresjon hos mor Dikotome data (DIS-III-R, DSM-III-R, CES-D) Målt etter endt tiltak	468 per 1000	346 per 1000 (243 til 487)	RR 0,74 (0,52 - 1,04)	278 (3 studier)	⊕⊕○○ LAV 1,2
Depresjon hos mor Kontinuerlige data (CES-D, BDI, EPDS) Målt etter endt tiltak	Gjennomsnittlig skår for tiltaksgruppen var 0,22 standardavvik lavere (fra 0,02 høyere til 0,46 lavere).		SMD -0,22 (-0,46 - 0,02)	356 (4 studier)	⊕⊕○○ LAV 1,2
Mors sensitivitet overfor barnet (CIB; EAS) Oppfølging varierer fra 1 mnd til 5 år	Gjennomsnittlig skår i tiltaksgruppen var 0,13 standardavvik lavere (fra 0,38 høyere til 0,64 lavere).		SMD -0,13 (-0,64 - 0,38)	283 (4 studier)	⊕○○○ SVÆRT LAV 1,2,3
Barnets deltakelse i samspill med mor (CIB; EAS) Oppfølging varierer fra 1 mnd til 5 år	Gjennomsnittlig skår i tiltaksgruppen var 0,01 standardavvik lavere (fra 0,30 høyere til 0,32 lavere).		SMD -0,01 (-0,32 - 0,30)	163 (2 studier)	⊕⊕○○ LAV 1,2
Mors positive involvering i barnet (CIB; EAS) Oppfølging varierer fra 1 mnd til 5 år	Gjennomsnittlig skår i tiltaksgruppen var 0,16 standardavvik lavere (fra 0,15 høyere til 0,46 lavere).		SMD -0,16 (-0,46 - 0,15)	216 (3 studier)	⊕⊕○○ LAV 1,2
Trygg tilknytning (SSP) Målt etter endt tiltak	93 per 1000	827 per 1000 (116 til 1000)	RR 8,93 (1,25 til 63,70)	168 (2 studier)	⊕○○○ SVÆRT LAV 1, 2, 3
Trygg tilknytning (SSP) Oppfølgingsmålinger	146 per 1000	481 per 1000 (265 til 875)	RR 3,30 (1,82 til 6,00)	129 (2 studier)	⊕⊕○○ LAV 1, 2
Engstelig-ambivalent tilknytning (SSP) Oppfølgingsmålinger	83 per 1000	47 per 1000 (9 til 256)	RR 0,57 (0,11 til 3,07)	129 (2 studier)	⊕⊕○○ LAV 1, 2
Engstelig-unnvikende tilknytning (SSP) Oppfølgingsmålinger	427 per 1000	141 per 1000 (64 til 325)	RR 0,33 (0,15 til 0,76)	129 (2 studier)	⊕⊕○○ LAV 1, 2
Desorganisert tilknytning (SSP) Målt etter endt tiltak	593 per 1000	190 per 1000 (101 til 344)	RR 0,32 (0,17 til 0,58)	168 (2 studier)	⊕⊕○○ LAV 1, 2
Desorganisert tilknytning (SSP) Oppfølgingsmålinger	344 per 1000	275 per 1000 (100 til 753)	RR 0,80 (0,29 til 2,19)	129 (2 studier)	⊕○○○ SVÆRT LAV 1, 2, 4
Endret tilknytning: utrygg til trygg (SSP) Målt før og etter tiltak	46 per 1000	530 per 1000 (144 til 1000)	RR 11,45 (3,11 til 42,08)	168 (2 studier)	⊕⊕○○ LAV 1, 2

Endret tilknytning: Stabilt trygg (SSP) Målt før og etter tiltak	46 per 1000	106 per 1000 (19 til 581)	RR 2,28 (0,41 til 12,56)	168 (2 studier)	⊕⊕○○ LAV ^{1, 2}
Eksternaliserende vansker hos barnet (CBCL; BSQ) Ulike måletidspunkt	Gjennomsnittlig skår i tiltaksgruppen var 0,20 standardavvik høyere (fra 0,77 høyere til 0,34 lavere).		SMD 0,22 (-0,34 – 0,77)	131 (2 studier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1, 2, 4}
Kognitiv utvikling hos barnet (WPPSI; ASQ; SE) Målt etter endt tiltak	Gjennomsnittlig skår i tiltaksgruppen var 0,15 standardavvik lavere (fra 0,51 høyere til 0,82 lavere).		SMD -0,15 (-0,82 – 0,51)	172 (2 studier)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1, 2, 3}

1. Noe risiko for skjevhet grunnet studiedesign; randomisering og allokering, og vansker med å blinde personell og mottakere av tiltak
2. Studiene hadde få deltakere
3. Stor heterogenitet mellom studiene basert på I², i tillegg til noen ikke-overlappende konfidensintervaller
4. Moderat til stor heterogenitet mellom studiene basert på I²

KI: Konfidensintervall; RR: Relativ risiko; SMD: Standardised Mean Difference; DIS-III-R: Diagnostic Interview Schedule - Version III – Revised; DSM-III-R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Version III – Revised; CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; BDI: Becks Depression Inventory; EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale. CIB: Coding Interactive Behavior; EAS: Emotional Availability Scale. SSP: Ainsworth Strange Situation Procedure; CBCL: Child Behaviour Checklist (externalizing subscale); BSQ: Body Shape Questionnaire (modifisert utgave tilpasset aldersgruppen); WPPSI: Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence; ASQ: SE: Ages and Stages Questionnaires: Social-Emotional.

Denne dokumentasjonen sammenligner PIP med standard tjenestetilbud. Den viser at:

- PIP har muligens liten eller ingen effekt på depresjon hos mor.
- Det er usikkert om PIP har effekt på mors sensitivitet overfor barnet.
- PIP har muligens liten eller ingen effekt på barnets deltakelse i samspill med mor, og mors positive involvering i barnet.
- PIP har muligens en positiv effekt på tilknytningsstil hos barnet (trygg, engstelig-unnvikende, desorganisert, endret tilknytning – utrygg til trygg).
- Det er usikkert om PIP har effekt på barnets atferd og utvikling (eksternaliserende vansker og kognitiv utvikling).

Effekt av PIP sammenlignet med annet psykologisk eller alternativt foreldretiltak

Tabell 6 viser resultatene for effekt av PIP sammenlignet med annet tiltak, og våre GRADE-vurderinger for hvert av utfallsmålene. Vi vurderte kvaliteten på dokumentasjonen til å være lav eller svært lav. Dette skyldes svakheter ved studiedesign i studiene, stor heterogenitet mellom resultatene i noen av meta-analysene og at studiene hadde få deltakere.

Tabell 6: Oppsummeringstabell og dokumentasjonsgrunnlag for effekt av PIP sammenlignet med annet tiltak.

Populasjon: Ulike populasjoner: de fleste med psykiske/emosjonelle vansker og vansker knyttet til moderskapet					
Intervensjon: Psykoterapi for mor og barn (PIP)					
Sammenligning: Annet psykologisk eller alternativt foreldretiltak					
Utfall (Måleskala)	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall Deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)
	Annet tiltak	PIP			

Depresjon hos mor (BDI; EPDS) Målt etter endt tiltak	Gjennomsnittlig skår i PIP-gruppen var 0,23 standardavvik lavere (fra 0,49 høyere til 0,95 lavere).	SMD -0,23 (-0,95 til 0,49)	172 (2 studier)	⊕○○○ SVÆRT LAV 1, 2, 3
Depresjon hos mor (BDI; EPDS) Oppfølging varierer	Gjennomsnittlig skår i PIP-gruppen var 0,13 standardavvik høyere (fra 0,50 høyere til 0,23 lavere).	SMD 0,13 (-0,23 – 0,50)	160 (2 studier)	⊕○○○ SVÆRT LAV 1, 3
Mors sensitivitet overfor barnet (CARE-index, EAS, PCERA) Målt etter endt tiltak	Gjennomsnittlig skår i tiltaksgruppen var 0,20 standardavvik høyere (fra 0,66 høyere til 0,27 lavere).	SMD 0,20 (-0,27 – 0,66)	248 (3 studier)	⊕○○○ SVÆRT LAV 1, 2, 3
Mors sensitivitet overfor barnet Oppfølging: 6 mnd etter endt tiltak	Gjennomsnittlig skår i tiltaksgruppen var 0,05 standardavvik høyere (fra 0,80 høyere til 0,69 lavere).	SMD 0,05 (-0,69 – 0,80)	133 (2 studier)	⊕○○○ SVÆRT LAV 1, 2, 3
Trygg tilknytning (SSP) Oppfølgingsmålinger	363 per 1000 584 per 1000 (301 til 1000)	RR 1,61 (0,83 til 3,12)	136 (2 studier)	⊕⊕○○ LAV 1, 3
Engstelig- unnvikende tilknytning (SSP) Oppfølgingsmålinger	275 per 1000 209 per 1000 (96 til 450)	RR 0,76 (0,35 til 1,64)	136 (2 studier)	⊕⊕○○ LAV 1, 4
Engstelig-ambivalent tilknytning (SSP) Oppfølgingsmålinger	59 per 1000 87 per 1000 (19 til 411)	RR 1,48 (0,32 til 6,98)	136 (2 studier)	⊕⊕○○ LAV 1, 3
Desorganisert tilknytning (SSP) Oppfølgingsmålinger	304 per 1000 249 per 1000 (91 til 675)	RR 0,82 (0,30 til 2,22)	136 (2 studier)	⊕○○○ SVÆRT LAV 1, 3, 4
Endret tilknytning: utrygg til trygg (SSP) Målt før og etter tiltak	339 per 1000 163 per 1000 (20 til 1000)	RR 0,48 (0,06 til 4,10)	102 (2 studier)	⊕○○○ SVÆRT LAV 1, 2, 3
Endret tilknytning: Stabilt trygg (SSP) Målt før og etter tiltak	36 per 1000 57 per 1000 (17 til 319)	RR 1,59 (0,28 til 8,93)	88 (2 studier)	⊕⊕○○ LAV 1, 3
Eksternaliserende vansker hos barnet (BSID I; BSID MDI) Ulike måletidspunkt	Gjennomsnittlig skår i tiltaksgruppen var 0,05 standardavvik lavere (fra 0,28 høyere til 0,39 lavere).	SMD -0,05 (-0,39 – 0,28)	184 (3 studier)	⊕⊕○○ LAV 1, 3
Kognitiv utvikling hos barnet Målt etter endt tiltak	Gjennomsnittlig skår i tiltaksgruppen var 0,10 standardavvik høyere (fra 0,46 høyere til 0,25 lavere).	SMD 0,10 (-0,25 – 0,46)	162 (2 studier)	⊕⊕○○ LAV 1, 3

1. Risiko for skjevheter knyttet til studiedesign; randomisering og allokering og vanskelig å blinde personell og mottakere av tiltak
2. Stor heterogenitet mellom studiene basert på I²
3. Små studier
4. Små studier og brede konfidensintervaller

KI: Konfidensintervall; SMD: Standardised Mean Difference; RR: Relativ risiko; BDI: Becks Depression Inventory; EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale; CARE-index: metode for å måle samspill mellom spedbarn og foreldre; EAS: Emotional Availability Scale; PCERA: Parent-Child Early Relational Assessment; SSP: Ainsworth Strange Situation Procedure; BSID I: Bayley Scales of Infant Behaviour (kognitiv skala); BSID MDI: Bayley Scales of Infant Behavior Mental Developmental Index.

Denne dokumentasjonen sammenligner PIP med annet aktivt tiltak. Den viser at:

- Det er usikkert om PIP har bedre eller dårligere effekt på depresjon hos mor enn annet aktivt tiltak.
- Det er usikkert om PIP har bedre eller dårligere effekt på samspill mellom mor og barn enn annet aktivt tiltak.
- PIP har muligens like bra effekt på tilknytningsstil hos barnet (trygg, engstelig-unnvikende, engstelig-ambivalent, endret tilknytning: stabilt trygg) som annet psykologisk eller alternativt foreldretiltak.
- Det er usikkert om PIP har bedre eller dårligere effekt på tilknytningsstil hos barnet vedrørende utfallene desorganisert tilknytning og endret tilknytningsstil fra utrygg til trygg.
- PIP har muligens like bra effekt på barns atferd og utvikling (eksternaliserende vansker og kognitiv utvikling) som annet aktivt tiltak.

Foreldretiltak/trening/veiledning

To av de inkluderte oversiktene har sett på ulike foreldretiltak. Dette er ulike programmer/tiltak - rettet mot foreldre – som har til hensikt å veilede, trene eller gi opplæring i hvordan å håndtere rollen som forelder gitt de utfordringene/betingelsene de ulike familiene har.

I en oversikt av Fraser og medarbeidere fra 2013 (29) har forfatterne sett på ulike foreldretiltak rettet mot familier som er i kontakt med barnevernet pga mishandling/omsorgssvikt. Den andre oversikten, av Coren og medarbeidere fra 2010 (30), har sett på foreldreveiledningsprogrammer rettet mot foreldre med psykisk utviklingshemming.

Foreldretiltak for familier i kontakt med barnevernet pga mishandling/omsorgssvikt

I oversikten til Fraser og medarbeidere fra 2013 (29) har forfatterne sett på ulike foreldretiltak rettet mot familier som er i kontakt med barnevernet pga. mishandling/omsorgssvikt. Tiltakene er gitt enten biologiske foreldre/adoptivforeldre eller fosterforeldre. Oversikten inkluderer i alt 17 primærstudier, men syv av disse ser på traume-reducerende tiltak rettet mot barn eldre enn aldersgruppen som inkluderes i vår oversikt. Alderen på barna i oversikten er fra 0-14 år. I denne oversikten tar vi med resultater fra analyser av foreldretiltak rettet mot foreldre med barn 0-5 år. Dette innebærer sammenligninger fra ti primærstudier. Åtte av studiene er utført i USA og to i Canada. Samtlige er randomiserte, kontrollerte studier.

Populasjonen i studiene er familier som er i kontakt med barnevernet pga mishandling/omsorgssvikt. Tiltakene vi tar med i vår oversikt er ulike former for foreldre- og foreldre/barn-tiltak: Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC), Attachment-based Intervention (A-b I), Child-Parent Psychotherapy (CPP) og Incredible Years (IY). Felles for tiltakene er at de har til hensikt å gjøre foreldrene mer sensitive og

imøtekommende overfor barnets behov og signaler, og samtidig lære foreldrene positive teknikker for å håndtere utfordringer knyttet til barnets atferd osv. Tiltakene ble gitt ukentlig, 1-2 timer per uke. Foreldretiltakene (ABC, A-b I, IY) varte fra åtte til tolv uker. Foreldre/barn-tiltaket (CCP) varte i femti uker. Kontrollgruppene besto av aktiv eller passiv kontrollgruppe. De som inngikk i aktiv kontroll mottok et psyko-educativt tiltak, med fokus på barnets kognitive og språklige utvikling. Utfallene er barnets atferd og mentale helse, foreldre/barn-relasjon og barnets kognitive utvikling. I studiene er tiltakene gitt enten biologiske foreldre eller fosterforeldre. Derfor skiller vi mellom disse også i vår systematiske oversikt.

Effekt av foreldretiltak gitt biologiske foreldre

Fem studier i oversikten har sett på foreldretiltak gitt biologiske foreldre med utfall for barnet og foreldre/barn-relasjonen. Av disse tar vi med to sammenligninger med til sammen tre studier. To andre studier sammenligner foreldretiltak (A-b I og CPP) med standard tjenestetilbud. En studie sammenligner foreldretiltak (ABC) med annet aktivt tiltak –psykoeducativt tiltak med fokus på barnets kognitive og språklige utvikling.

Tabell 7 viser resultatene for effekt av foreldretiltak - gitt biologiske foreldre - sammenlignet med standard tjenestetilbud, og våre GRADE-vurderinger for utfallsmålene. Vi vurderte kvaliteten på dokumentasjonen til å være lav. Den lave kvaliteten skyldes noe uklarhet i studiedesign, at studiene hadde få deltakere samt at det mangler informasjon om effektstørrelser og konfidensintervaller.

Tabell 7: Oppsummeringstabell og dokumentasjonsgrunnlag for effekt av foreldretiltak - gitt biologiske - foreldre sammenlignet med standard tjenestetilbud.

Populasjon: Familier som er i kontakt med barnevernet pga mishandling/omsorgssvikt					
Intervensjon: Foreldretiltak					
Sammenligning: Standard tjenestetilbud					
Utfall (Måleskala)	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall Deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)
	Standard tjenestetilbud	Foreldretiltak (A-b I og CCP)			
Barnets atferd og mentale helse	Studien fant ingen forskjell mellom gruppene når det gjelder internaliserende eller eksternaliserende vansker hos barna.		-	79 (1 studie)	⊕⊕○○ LAV 1,2,3
Foreldre/barn-relasjon (Ainsworth Strange Situation)	Attachment based Intervention: Mødrene i tiltaksgruppen hadde større økning i sensitivitet overfor barnet enn mødrene i kontrollgruppen (d=0,47). Positive endringer i tilknytningsstil hos barna i tiltaksgruppen (r=0,36-0,37). CPP: Barna i tiltaksgruppen hadde større grad av trygg tilknytning og mindre grad av desorganisert tilknytning (h=0,64-1,39) CPP: Mentale representasjoner av tilknytning hos barnet gav blandede resultater.		-	220 (2 studier)	⊕⊕○○ LAV 1,2,4

1. Uklarheter i studiedesign (oversiktsforfatterne har gjort en samlet vurdering)
2. Liten studie
3. Mangler informasjon om effektstørrelser og konfidensintervaller
4. Mangler konfidensintervaller

KI: Konfidensintervall

Denne dokumentasjonen sammenligner foreldretiltak med standard tjenestetilbud. Den viser at:

- Foreldretiltak har muligens liten eller ingen effekt på barnets atferd og mentale helse.
- Foreldretiltak har muligens en positiv effekt på foreldre/barn-relasjonen.

Tabell 8 viser resultatene for effekt av foreldretiltak - gitt biologiske foreldre - sammenlignet med psykoedukativt tiltak, og våre GRADE-vurderinger for hvert av utfallsmålene. Vi vurderte kvaliteten på dokumentasjonen til å være lav. Den lave kvaliteten skyldes noe uklarhet i studiedesign, at studiene hadde få deltakere og det mangler informasjon om effektstørrelser og konfidensintervaller.

Tabell 8: Oppsummeringstabell og dokumentasjonsgrunnlag for effekt av foreldretiltak - gitt biologiske foreldre - sammenlignet med psykoedukativt tiltak.

Populasjon: Familier som er i kontakt med barnevernet pga mishandling/omsorgssvikt Intervensjon: Foreldretiltak Sammenligning: Psykoedukativt tiltak					
Utfall (Måleskala)	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall Deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)
	Psykoedukativt tiltak	Foreldretiltak (ABC)			
Barnets atferd og mentale helse	Studien finner at barna i tiltaksgruppen hadde bedre kortisolregulering sammenlignet med barna i kontrollgruppen. Barna i tiltaksgruppen hadde også mindre negative emosjoner.		-	120 (1 studie)	⊕⊕○○ LAV 1,2,3
Foreldre/barn-relasjon (Ainsworth Strange Situation)	Studien finner positive endringer i tilknytningsstil. Økning i sikker tilknytning og nedgang i desorganisert tilknytning hos barna i tiltaksgruppen. Endringen er signifikant større i tiltaksgruppen enn i kontrollgruppen.		-	120 (1 studie)	⊕⊕○○ LAV 1,2,3

1. Uklarheter i studiedesign (oversiktsforfatterne har gjort en samlet vurdering)
2. Liten studie
3. Mangler informasjon om effektstørrelser og konfidensintervaller

KI: Konfidensintervall

Denne dokumentasjonen sammenligner foreldretiltak med psykoedukativt tiltak. Den viser at:

- Foreldretiltak har muligens en positiv effekt på barnets atferd og mentale helse, og muligens bedre effekt enn psykoedukativt tiltak.
- Foreldretiltak har muligens en positiv effekt på foreldre/barn-relasjonen, og muligens bedre effekt enn psykoedukativt tiltak.

Effekt av foreldretiltak gitt fosterforeldre

Fire studier i oversikten har sett på foreldretiltak gitt fosterforeldre med utfall på barnet og foreldre/barn-relasjonen. Av disse tar vi med to sammenligninger med til sammen tre studier. To studier sammenligner foreldre og foreldre/barn-tiltak (ABC og Incredible Years) med standard tjenestetilbud. En studie sammenligner foreldretiltak (ABC) med annet aktivt tiltak –psykoedukativ metode med fokus på barnets kognitive og språklige utvikling.

Tabell 9 viser resultatene for effekt av foreldretiltak sammenlignet med standard tjenestetilbud - gitt fosterforeldre - på barnets mentale helse og foreldre/barn-relasjonen og våre GRADE-vurderinger for utfallsmålene. Vi vurderte kvaliteten på dokumentasjonen til å være lav. Den lave kvaliteten skyldes noe uklarhet i studiedesign, at studiene hadde få deltakere samt at det mangler informasjon om effektstørrelser og konfidensintervaller.

Tabell 9: Oppsummeringstabell og dokumentasjonsgrunnlag for effekt av foreldretiltak – gitt fosterforeldre - sammenlignet med standard tjenestetilbud.

Utfall (Måleskala)	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall Deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)
	Standard tjenestetilbud/venteliste	Foreldretiltak (ABC og Incredible Years)			
Barnets atferd og mentale helse	En av studiene (ABC) fant at barna i tiltaksgruppen hadde mindre internaliserende og eksternaliserende vansker sammenlignet med barna i kontrollgruppen (medium effektstørrelser: partial eta-squared= 0,44 og 0,51) Den andre studien (Incredible Years) fant ingen forskjell mellom gruppene når det gjaldt atferdsproblemer hos barna.		-	122 (2 studier)	⊕⊕○○ LAV 1,2,3
Foreldre/barn-relasjon	Den ene studien (ABC) fant en reduksjon i stress knyttet til forelderrollen (selvrapportering) – tiltaksgruppen skåret bedre enn kontrollgruppen (medium effektstørrelse: partial eta-squared= 0,59). Den samme studien fant også en bedring i risikofaktorer for misbruk av barn (selvrapportering) –tiltaksgruppen skåret bedre enn kontrollgruppen (stor effektstørrelse: partial eta-squared= 0,79) Den andre studien (Incredible Years) fant at foreldrene i tiltaksgruppen hadde en signifikant forbedring i positive strategier overfor barnet (gi ros, komplimenter, ekstra privilegier osv) (d=0,40-0,59). Når det gjaldt strategier for grensesetting (time out, frata privilegier, diskutere en problemstilling) fant de ingen forskjell mellom gruppene. Men foreldrene i tiltaksgruppen skåret bedre enn kontrollgruppen på å kommunisere klare forventninger overfor barna (d=0,54). Når det kom til disiplinær foreldrestil (harsh disiplin) fant de ingen forskjell mellom gruppene. Men foreldrene i tiltaksgruppen skåret bedre enn kontrollgruppen på samarbeid med den andre foreldereren (d=0,48-0,52).		-	122 (2 studier)	⊕⊕○○ LAV 1,2,3

1. Uklarheter i studiedesign (oversiktsforfatterne har gjort en samlet vurdering)

2. Små studier

3. Mangler konfidensintervaller

KI: Konfidensintervall

Denne dokumentasjonen sammenligner foreldretiltak - gitt fosterforeldre - med standard tjenestetilbud. Den viser at:

- Foreldretiltak - gitt forsterforeldre - har muligens en positiv effekt på barnets atferd og mentale helse (ABC-studien).
- Foreldretiltak - gitt forsterforeldre - har muligens liten eller ingen effekt på barnets atferd og mentale helse (IY-studien).
- Foreldretiltak - gitt fosterforeldre - har muligens en positiv effekt på foreldre/barn-relasjonen (ABC-studien fant signifikante forskjeller i favør av tiltaksgruppen. IY-studien fant både forskjeller og ingen forskjeller mellom gruppene).

Tabell 10 viser resultatene for effekt av foreldretiltak gitt fosterforeldre sammenlignet med psykoeduktivt tiltak på barnets mentale helse, foreldre/barn-relasjonen og

barnets utvikling og våre GRADE-vurderinger for utfallsmålene. Vi vurderte kvaliteten på dokumentasjonen til å være lav. Den lave kvaliteten skyldes noe uklarhet i studiedesign, at studiene hadde få deltakere samt at det mangler informasjon om effektstørrelser og konfidensintervaller.

Tabell 10: Oppsummeringstabell og dokumentasjonsgrunnlag for effekt av foreldretiltak - gitt fosterforeldre - sammenlignet med psykoeduktivt tiltak.

Populasjon: Familier som er i kontakt med barnevernet pga mishandling/omsorgssvikt
Intervensjon: Foreldretiltak
Sammenligning: Psykoeduktivt tiltak

Utfall (Måleskala)	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall Deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)
	Psykoeduktivt tiltak	Foreldretiltak (ABC)			
Barnets atferd og mentale helse	Studien så på kortisolregulering hos barn. Effekten ble ikke adekvat rapportert. Studien så på eksternaliserende vansker hos barna og fant ingen forskjell mellom gruppene.		-	93 (1 studie)	⊕⊕○○ LAV 1,2,3
Foreldre/barn-relasjon (Ainsworth Strange Situation)	Studien fant en reduksjon i unnvikende tilknytningsstil hos barna i tiltaksgruppen.		-	93 (1 studie)	⊕⊕○○ LAV 1,2,3
Barnets utvikling	Studien fant en bedring i kognitiv fungering hos barna og effekten var større i tiltaksgruppen enn kontrollgruppen.		-	93 (1 studie)	⊕⊕○○ LAV 1,2,3

1. Uklarheter i studiedesign (oversiktsforfatterne har gjort en samlet vurdering)
 2. Liten studie
 3. Mangler informasjon om effektstørrelser og konfidensintervaller

KI: Konfidensintervall

Denne dokumentasjonen sammenligner foreldretiltak med psykoeduktivt tiltak - gitt fosterforeldre. Den viser at:

- Foreldretiltak - gitt fosterforeldre – har muligens ikke bedre effekt enn psykoeduktivt tiltak på barnets atferd og mentale helse.
- Foreldretiltak - gitt fosterforeldre – har muligens en positiv effekt på foreldre/barn-relasjonen, og tiltaket har muligens bedre effekt enn psykoeduktivt tiltak.
- Foreldretiltak - gitt fosterforeldre – har muligens en positiv effekt på barnets utvikling, og tiltaket har muligens bedre effekt enn psykoeduktivt tiltak.

Foreldretrening og veiledning for foreldre med psykisk utviklingshemming

I oversikten til Coren og medarbeidere fra 2010 (30) har forskerne sett på foreldretrening og veiledning for foreldre med psykisk utviklingshemming. Oversikten inkluderer tre primærstudier fra henholdsvis Canada, USA og Australia. Studiene er små og inkluderer til sammen 125 foreldre. Samtlige studier er randomiserte, kontrollerte studier. Fordi utfallsmålene i de ulike studiene var for ulike ble det ikke gjort meta-analyser. Populasjonen består av foreldre med psykisk utviklingshemming (*in-*

tellectual disability). Utviklingshemmingen er målt med intelligens-tester, blant annet Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS). To av studiene inkluderer mødre, mens en studie inkluderer både mødre og fedre. Foreldrene har barn i alderen 1-36 måneder.

Tiltakene som ble gitt var ulike former for foreldretrening og veiledning. I den ene studien ble tiltaket gitt hjemme hos mødrene av veiledere med kompetanse på spedbarn og psykologi. Tiltakene ble gitt ukentlig og varte til mødrene nådde et på forhånd gitt kompetansenivå. Tiltaket inneholdt verbale instruksjoner, spesialdesignede bildebøker og tilbakemeldinger på samhandling mellom mor og barn. I den andre studien ble tiltaket gitt i små grupper på tre eller fire mødre som møttes ukentlig med en familierådgiver. Tiltaket fokuserte på personlige ferdigheter, samt informasjon om ulike temaer og hvilke tjenester som er tilgjengelig i kommunen osv. Familierådgivere var tilgjengelig på telefon utenom møtetidspunktene. I den tredje studien ble tiltaket gitt hjemme hos foreldrene av en veileder med kompetanse på foreldretrening. Målet med programmet var å redusere sykdom og ulykker i hjemmet - å trene foreldrene til å se tegn på sykdom hos barnet eller se situasjoner som kan være farlige for barnet i hjemmet. Treningen foregikk ukentlig over ti til tolv uker. Foreldretreningen varte i de ulike studiene fra 7,7 til 12 uker.

Alle kontrollgruppene fikk standard tjenestetilbud og/eller sto på venteliste. Standard tjenestetilbud kunne innebære oppfølging på telefon eller informasjon og støtte på e-post. Den ene studien sammenlignet foreldretrening med kontrollgruppe som var på venteliste. Den andre studien sammenlignet foreldretrening med kontrollgruppe som mottok oppfølging på telefon i tolv måneder. Den tredje studien sammenlignet foreldretrening med to kontrollgrupper - en som mottok standard tjenestetilbud og en som mottok informasjon og støtte på e-post.

Utfallsmålene er samspill mellom foreldre og barn, barnets helse (foreldrenes kunnskap om og evne til å håndtere sykdom hos barnet) og sikkerhet i hjemmet (foreldrenes kunnskap om og evne til å oppfatte og avverge potensielle farer i hjemmet).

Effekt av foreldretrening og veiledning for foreldre med psykisk utviklingshemming

En studie i oversikten til Coren og medarbeidere har sett på samspill mellom foreldre og barn. En av studiene i oversikten til Coren og medarbeidere har sett på utfall knyttet til barnets helse. Utfallene måler foreldrenes forståelse av barnets helse og evne til å håndtere helsefarlige situasjoner eller sykdom hos barnet. Utfallene er målt med ulike subskalaer knyttet til det enkelte utfallsmålet. To studier i oversikten har sett på utfall knyttet til sikkerhet i hjemmet. Utfallene måler foreldrenes evne til å skape et fysisk trygt hjemmemiljø for barnet. Utfallene er målt med ulike subskalaer knyttet til det enkelte utfallsmålet.

Tabell 11 viser resultatene for effekt av foreldretrening/veiledning sammenlignet med standard tjenestetilbud, og vår GRADE-vurdering for hvert av utfallsmålene. Vi vurderte kvaliteten på dokumentasjonen til å være lav eller svært lav. Den lave kvaliteten skyldes uklare aspekter ved studiedesign, at studien hadde få deltakere, mangelfull informasjon om størrelsen på tiltaks- og kontrollgruppe, samt ikke oppgitt konfidensintervaller.

Tabell 11: Oppsummeringstabell og dokumentasjonsgrunnlag for effekt av foreldretrening/veiledning sammenlignet med standard tjenestetilbud på mor/barn-samspill.

Utfall (Måleskala)	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall Deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)
	Standard tjeneste	Foreldretrening			
Mor/barn-samspill (NCATS) Oppfølging 12 mnd	Gjennomsnitt i tiltaksgruppen var 51,7. Gjennomsnitt i kontrollgruppen var 50,3. Det rapporteres en signifikant økning i gjennomsnitt for tiltaksgruppen på 8,3, og en økning i kontrollgruppen på 0,4.		-	40 (1 studie)	⊕○○○ SVÆRT LAV 1, 2, 3
Helseforståelse Målt etter endt tiltak	Gjennomsnittlig skår i kontrollgruppen var 0	Gjennomsnittlig skår i tiltaksgruppen var 0,7 lavere (1,29 lavere til 0,11 lavere)	MD -0,7 (-1,29- -0,11)	30 (1 studie)	⊕⊕○○ LAV 1, 2
Kunnskap om sykdom og symptomer Målt etter endt tiltak	Gjennomsnittlig skår i kontrollgruppen var 0	Gjennomsnittlig skår i tiltaksgruppen var 2,15 høyere (0,17 lavere til 4,47 høyere)	MD 2,15 (-0,17-4,47)	30 (1 studie)	⊕⊕○○ LAV 1, 2
Farlige situasjoner Målt etter endt tiltak	Gjennomsnittlig skår i kontrollgruppen var 0	Gjennomsnittlig skår i tiltaksgruppen var 1,95 høyere (0,46 høyere til 3,44 høyere)	MD 1,95 (0,46- 3,44)	30 (1 studie)	⊕⊕○○ LAV 1, 2
Oppsøke lege Målt etter endt tiltak	Gjennomsnittlig skår i kontrollgruppen var 0	Gjennomsnittlig skår i tiltaksgruppen var 0,65 høyere (0,06 lavere til 1,36 høyere)	MD 0,65 (-0,06-1,36)	30 (1 studie)	⊕⊕○○ LAV 1, 2
Medisinbruk Målt etter endt tiltak	Gjennomsnittlig skår i kontrollgruppen var 0	Gjennomsnittlig skår i tiltaksgruppen var 1,15 høyere (0,51 høyere til 1,79 høyere)	MD 1,15 (0,51 til 1,79)	30 (1 studie)	⊕⊕○○ LAV 1, 2
Oppdage fare Oppfølging 3 mnd	Gjennomsnittlig skår i kontrollgruppen var 0	Gjennomsnittlig skår i tiltaksgruppen var 20,55 høyere (13,72 høyere til 27,38 høyere)	MD 20,55 (13,72- 27,38)	30 (1 studie)	⊕⊕○○ LAV 1, 2
Identifisere fare/sikkerhetsforhold (skala 0-104) Målt etter endt tiltak	Gjennomsnittlig skår i kontrollgruppen var 0	Gjennomsnittlig skår i tiltaksgruppen var 31,75 høyere (20,36 høyere til 43,14 høyere)	MD 31,75 (20,36- 43,14)	30 (1 studie)	⊕⊕○○ LAV 1, 2
Tilrettelegging for barnets sikkerhet i hjemmet (skala 0-114) Målt etter endt tiltak	Gjennomsnittlig skår i kontrollgruppen var 0	Gjennomsnittlig skår i tiltaksgruppen var 7,05 høyere (5,45 lavere til 19,55 høyere)	MD 7,05 (5,45-19,55)	30 (1 studie)	⊕⊕○○ LAV 1, 2

1. Uklarheter rundt allokering og vansker med å blinde personell og mottakere av tiltak
2. Studien hadde svært få deltakere
3. Oppgir ikke konfidensintervaller

KI: Konfidensintervall; RR: Relativ risiko; MD: Mean Difference= gjennomsnittlig forskjell; NCATS: Nursing Child Assessment Teaching Scales

Denne dokumentasjonen sammenligner foreldretrening/veiledning med standard tjenestetilbud. Den viser at:

- Det er usikkert om foreldretrening/veiledning har effekt på samspill mellom mor og barn.
- Foreldretrening/veiledning har muligens liten eller ingen effekt når det gjelder foreldrenes helseforståelse, kunnskap om sykdom og symptomer og når en bør oppsøke lege dersom barnet er sykt.
- Foreldretrening/veiledning har muligens en positiv effekt når det gjelder utfallene farlige situasjoner og medisinbruk.
- Foreldretrening har muligens en positiv effekt på utfallene 'oppdage fare' og 'identifisere fare/sikkerhetsforhold'.
- Foreldretrening har muligens liten eller ingen effekt på utfallet 'tilrettelegging for barnets sikkerhet i hjemmet'.

Hjemmebesøk

To av de inkluderte systematiske oversiktene har sett på effekt av hjemmebesøk til sårbare grupper. Den ene undersøkte effekten av hjemmebesøk gitt risikofamilier i bred forstand på omsorgssvikt og misbruk av barn, samt barns utvikling og helse (31). Den andre har sett på effekten av hjemmebesøk gitt mødre med rusmiddelproblemer på utfall hos mor og barn (32).

Hjemmebesøk gitt risikofamilier

Oversikten til Peacock og medarbeidere fra 2013 (31) har sett på effekt av hjemmebesøk gitt risikofamilier. Oversikten inkluderer 21 primærstudier, hvorav 13 fra USA, to fra Irland, og en fra henholdsvis Sør-Afrika, Bangladesh, Jamaica, Chile og Storbritannia. Samtlige av studiene er randomiserte, kontrollerte studier, og varierer i størrelse fra 52 til 1297 deltakere.

Populasjonen i åtte av studiene karakteriseres som risikofamilier ('at risk families'). Risikofamilier i denne sammenhengen referer til familier i risiko for omsorgssvikt og misbruk av barn (ikke definert ytterligere av oversiktsforfatterne). Andre populasjoner er mødre med rusmiddelproblemer, tenåringsmødre eller familier der barna viser tegn til underutvikling eller andre tegn på mangelfull eller negativ stimulering/omsorg. I samtlige studier har foreldrene barn mellom 0-6 år. Tiltakene som evalueres er ulike former for hjemmebesøk, som Child-Parent Enrichment Project, Healthy Start Model, Healty Families New York og Healthy Families Alaska. Tiltakene er nokså ulike i den forstand at noen leverer et hjemmebesøk uten tilleggskomponent, mens andre har spesifiserte tilleggskomponenter. Tiltakene ble gitt med ulikt antall besøk og varierte i tid fra seks måneder til tre-fem år. Det er noe uklart

hvor lenge hjemmebesøkene pågikk i flere av studiene, men oversiktsforfatterne rapporterer at de fleste pågikk i ett år, to år og tre år. Kontrollgruppene mottok standard tjenestetilbud der studien var utført, uten at oversikten gir nærmere spesifikasjoner av hva dette var. I samtlige studier var det halvprofesjonelle (*paraprofessionals*) som leverte tiltaket. Oppfølgingstiden er noe uklar, men halvparten av studiene gjorde oppfølgingsmålinger ett år eller mindre etter tiltak, mens en studie hadde oppfølging fire år etter endt tiltak.

Utfallsmålene i oversikten er omsorgssvikt og vold-og overgrep, kognitiv og psykomotorisk utvikling hos barnet, og helseutfall hos barnet. Det er uklart hvor lenge etter tiltak utfallene ble målt. Fordi utfallsmålene i de ulike studiene var for ulike foretok oversiktsforfatterne ikke meta-analyser. Resultatene oppsummeres narrativt. Vi har valgt å gi noen ekstra kommentarer til flere av utfallsmålene og har derfor presentert hvert utfallsmål i egen tabell.

Effekt av hjemmebesøk på mishandling og omsorgssvikt

Seks av de inkluderte studiene i oversikten til Peacock og medarbeidere har sett på utfall knyttet til mishandling og omsorgssvikt. I samtlige av disse studiene er populasjonen beskrevet som familier i risiko for mishandling og omsorgssvikt («families deemed at-risk for child abuse»). Tiltakene som gis i de ulike studiene er nokså ulike. Noen er enkle besøksprogram, med få eller ingen rapporterte tilleggskomponenter utover besøket. Andre er mer avanserte tiltak, med for eksempel tilleggskomponenter der man gir trening i kognitiv endring. Tiltakene ble gitt med ulikt antall besøk og varierte i tid fra seks måneder til tre-fem år.

Mishandling og omsorgssvikt ble i de fleste studiene målt ved hjelp av register fra barnevernet. I en studie ble mishandling målt ved å kartlegge hardhendt foreldrestil gjennom en Conflict Tactics Scale. En annen studie baserer seg kun på selvrappotering fra mødrene.

Tabell 12 viser resultatene for effekt av hjemmebesøk sammenlignet med standard tjenestetilbud på mishandling og omsorgssvikt, og våre GRADE-vurderinger for hvert av utfallsmålene. Vi vurderte kvaliteten på dokumentasjonen til å være lav. Den lave kvaliteten skyldes moderat til stort frafall i samtlige studier, samt at det mangler informasjon om effektstørrelser og konfidensintervaller.

Tabell 12: Oppsummeringstabell og dokumentasjonsgrunnlag for effekt av hjemmebesøk sammenlignet med standard tjenestetilbud på mishandling og omsorgssvikt.

Populasjon: Risikoforeldre					
Intervensjon: Hjemmebesøk					
Sammenligning: Standard tjenestetilbud					
Utfall (Måleskala)	Sammenligning av risiko i de to Gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall Deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)
	Standard tjenestetilbud	Hjemmebesøk			

Mishandling og omsorgssvikt (Ulike måleinstrument)	Tre av de seks studiene fant ingen signifikante forskjeller mellom gruppene (samlet n for disse studiene=834). Den ene studien (n=96) som fant signifikante forskjeller mellom gruppene rapporterte om mindre disiplinær foreldrestil (<i>harsh parenting</i>) og mindre fysisk mishandling i tiltaksgruppen. En annen studie (n=325) rapporterte om redusert grad av omsorgssvikt (<i>maltreatment</i>) i en subgruppe i tiltaksgruppen (ikke deprimerede foreldre med moderat til høy grad av angst). Den tredje studien (n=1297) fant en reduksjon i fysisk aggresjon og disiplinær foreldrestil i en subgruppe i tiltaksgruppen (førstegangstenåringsforeldre som mottok hjemmebesøk i minst 30 uker).	-	2552 (6 studier)	⊕⊕○○ LAV 1, 2,3
--	--	---	---------------------	--------------------

1. Moderat frafall i samtlige studier (>18 % <24 %)
2. Ingen informasjon om effektstørrelser eller konfidensintervaller
3. Fordi det mangler informasjon om effektstørrelser, konfidensintervaller og også retning på resultater i studiene som rapporterer om ikke-signifikante resultater, kan vi ikke vite om det er heterogenitet i resultatene. Vi har valgt å ikke trekke for heterogenitet.

KI: Konfidensintervall

Av de seks studiene i oversikten som har sett på utfall knyttet til mishandling og omsorgssvikt er det tre som finner signifikante forskjeller mellom gruppene. Av de utfallene som rapporteres som signifikante er samtlige, bortsett fra en subgruppeanalyse i den ene studien, i favør av tiltaksgruppen. Den ene studien som fant signifikante forskjeller sammenligner to ulike versjoner av hjemmebesøk (den ene gruppen mottok hjemmebesøk med en 'kognitiv endring'-komponent, den andre gruppen mottok hjemmebesøk uten tilleggskomponent), og finner at gruppen som mottok hjemmebesøk med 'kognitiv endring'-komponent, skårer bedre enn både kontrollgruppen og tiltaksgruppen uten tilleggskomponent. De to andre studiene som fant signifikante forskjeller fant disse i subgrupper av utvalget. Dette var subgruppeanalyser der graden av og varianter av psykiske helseutfordringer var moderatorer, eller egne analyser av tenåringsforeldre eller intensiteten på tiltaket. I de tre studiene som ikke fant forskjeller mellom gruppene legger oversiktsforfatterne vekt på selvrapporing i den ene studien, mens i de to andre studiene kommenterer forfatterne at det kan skyldes at ikke-profesjonelle er for lite trent til å håndtere høyrisiko-familier, ergo at utfallet kunne sett annerledes ut med profesjonelle som leverandør av tiltaket.

Denne dokumentasjonen sammenligner hjemmebesøk med standard tjenestetilbud. Den viser at:

- Hjemmebesøk kan muligens ha en positiv effekt på mishandling og omsorgssvikt. Den eventuelle effekten kan avhenge av totalbelastningen i familien, tilleggskomponenter i tiltaket og hvem som gir tiltaket.

Effekt av hjemmebesøk på kognitiv og psykomotorisk utvikling hos barnet

Ni av de inkluderte studiene i oversikten til Peacock og medarbeidere har sett på utfall knyttet til kognitiv og psykomotorisk utvikling hos barnet. Seks av studiene benytter en versjon av Bayley Scales of Infant Development (BSID) for å måle dette utfallet. En studie benyttet Griffiths Mental Development Scales med ulike subskalaer. Tiltakene som gis i de ulike studiene er nokså ulike. Noen er enkle besøksprogram,

med få eller ingen rapporterte tilleggskomponenter utover besøket. Andre er mer avanserte tiltak, med for eksempel tilleggskomponenter der man gir og/eller oppfordrer foreldrene til trening av kognitive eller motoriske ferdigheter hos barnet.

Tabell 13 viser resultatene for effekt av hjemmebesøk sammenlignet med standard tjenestetilbud på kognitiv og psykomotorisk utvikling hos barnet, og våre GRADE-vurderinger for hvert av utfallsmålene. Vi vurderte kvaliteten på dokumentasjonen til å være lav. Den lave kvaliteten skyldes risiko for skjevhet knyttet til studiedesign i to studier, moderat til stort frafall i to studier samt at det mangler informasjon om effektstørrelser og konfidensintervaller for samtlige studier.

Tabell 13: Oppsummeringstabell og dokumentasjonsgrunnlag for effekt av av hjemmebesøk sammenlignet med standard tjenestetilbud på kognitiv og psykomotorisk utvikling hos barnet.

Populasjon: Risikoforeldre Intervensjon: Hjemmebesøk Sammenligning: Standard tjenestetilbud					
Utfall (Måleskala)	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall Deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)
	Standard tjenestetilbud	Hjemmebesøk			
Kognitiv og psykomotorisk utvikling hos barnet (ulike måleinstrument)	Fire av de ni studiene fant ingen signifikant forskjell mellom gruppene (Smalet n for disse studiene=641). En av studiene (n=325) som fant signifikante forskjeller rapporterte om at tiltaksgruppen i større grad lå innenfor en normalskår på BSID enn kontrollgruppen. To andre studier (n=321 og n=262) fant en positiv effekt i tiltaksgruppen på kognitiv utvikling, men ingen forskjell på psykomotorisk utvikling. En fjerde studie (n=129) fant positive effekter for tiltaksgruppen på utvikling generelt, og også for subgruppeanalyser av lokomotorisk utvikling. Den femte studien (n= 161) rapporterte om høyere skår på psykomotorisk utvikling på BSID for tiltaksgruppen.		-	1839 (9 studier)	⊕⊕○○ LAV 1, 2,3
1. Noe risiko for skjevhet knyttet til studiedesign (rekruttering, datainnsamlig og blinding) i to av studiene, samt frafall >18 % i to av studiene 2. Ingen informasjon om effektstørrelser eller konfidensintervaller 3. Fordi det mangler informasjon om effektstørrelser, konfidensintervaller og også retning på resultater i studiene som rapporterer om ikke-signifikante resultater, kan vi ikke vite om det er heterogenitet i resultatene. Vi har valgt å ikke trekke for heterogenitet.					

KI: Konfidens intervall, Ulike måleinstrument: Bayley Scales of Infant Development (BSID); Griffiths Mental Development Scales

Av de ni studiene i oversikten som har sett på utfall knyttet til kognitiv og psykomotorisk utvikling hos barnet er det fem som fant signifikante forskjeller mellom gruppene - samtlige i favør av tiltaksgruppen. Det ble ikke rapportert om eventuelle negative utfall. I en av studiene (n=325) som rapporterer om positive resultater for tiltaksgruppen peker forfatterne på at den positive effekten kun gjelder for barna i de familiene som ikke er høyrisikofamilier. I en annen studie (n=129) som rapporterer om positive funn har tiltaksgruppen mottatt en tilleggskomponent til hjemmebesøket – en ukentlig ledet lekesesjon – der mor og barn deltok sammen. Lekesesjonen var designet for å stimulere barnets utvikling. En av studiene som konkluderte med at det ikke var målbare forskjeller mellom gruppene, fant likevel at det på subgruppenivå var forskjeller. I denne studien viste alle barna i studien en signifikant stagnasjon i kognitiv utvikling, bortsett fra de yngste barna i studien (alder <12 mnd vs 12-24 mnd). De yngste barna (<12 mnd) i tiltaksgruppen hadde mindre stagnasjon i kognitiv utvikling enn de yngste barna i kontrollgruppen.

Denne dokumentasjonen sammenligner hjemmebesøk med standard tjenestetilbud. Den viser at:

- Hjemmebesøk kan muligens ha en positiv effekt på barnets utvikling. Den eventuelle effekten kan avhenge av totalbelastningen i familien, tilleggskomponenter i tiltaket, hvem som gir tiltaket og alderen på barna.

Effekt av hjemmebesøk på barnets atferd

Tre av de inkluderte studiene i oversikten til Peacock og medarbeidere har sett på utfall knyttet til barnets atferd. Tiltakene som ble gitt var hjemmebesøk, uten spesifiserte tilleggskomponenter.

Tabell 14 viser resultatene for effekt av hjemmebesøk sammenlignet med standard tjenestetilbud på atferd hos barnet, og våre GRADE-vurderinger for utfallsmålet. Vi vurderte kvaliteten på dokumentasjonen til å være lav. Studiene hadde ingen rapportert risiko for skjevhet knyttet til studiedesign, men moderat frafall i en av studiene. I tillegg mangler det informasjon om effektstørrelser og konfidensintervaller for samtlige studier.

Tabell 14: Oppsummeringstabell og dokumentasjonsgrunnlag for effekt av hjemmebesøk sammenlignet med standard tjenestetilbud på atferd hos barnet.

Utfall (Måleskala)	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall Deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)
	Standard tjenestetilbud	Hjemmebesøk			
Atferd hos barnet (Ulike måleinstrument)	En av de tre studiene (n=78) fant ingen signifikante forskjeller mellom gruppene. En annen studie (n=325) fant at tiltaksgruppen skåret bedre enn kontrollgruppen på internaliserende/eksternaliserende vansker (målt med CBCL). Den tredje studien (n=321) fant at tiltaksgruppen gjorde det bedre på flere utfall knyttet til samarbeid, respons og emosjonell kommunikasjon i målesituasjonen.		-	724 (3 studier)	⊕⊕○○ LAV 1,2,3

1. Ingen informasjon om effektstørrelser eller konfidensintervaller
2. I en av studiene var det moderat frafall (>18%, <24%), i en annen studie er utfallet målt med ikke-standardisert måleverktøy.
3. Fordi det mangler informasjon om effektstørrelser, konfidensintervaller og også retning på resultater i studiene som rapporterer om ikke-signifikante resultater, kan vi ikke vite om det er heterogenitet i resultatene. Vi har valgt å ikke trekke for heterogenitet.

KI: Konfidensintervall, Ulike måleinstrument: Bayley Scales of Infant Development (BSID); Child Behaviour Check List (CBCL).

Av de tre studiene i oversikten som har sett på utfall knyttet til barnets atferd var det to som fant signifikante forskjeller mellom gruppene. Av de studiene som rapporterte om signifikante forskjeller mellom gruppene var samtlige i favør av tiltaksgruppen. Oversiktsforfatterne rapporterte ikke om eventuelle negative utfall.

Denne dokumentasjonen sammenligner hjemmebesøk med standard tjenestetilbud. Den viser at:

- Hjemmebesøk kan muligens ha en positiv effekt på atferd hos barnet. Den eventuelle effekten kan avhenge av totalbelastningen i familien, tilleggskomponenter i tiltaket, hvem som gir tiltaket og alderen på barna.

Effekt av hjemmebesøk på språkutvikling hos barnet

Fem av de inkluderte studiene i oversikten ser på språkutvikling hos barna. Utfallet ble målt med ulike måleinstrument (se undertekst i tabell). Tiltakene som gis er hjemmebesøk, uten spesifiserte tilleggskomponenter.

Tabell 15 viser resultatene for effekt av hjemmebesøk sammenlignet med standard tjenestetilbud på språkutvikling hos barnet, og våre GRADE-vurderinger for utfalls-målet. Vi vurderte kvaliteten på dokumentasjonen til å være lav. Den lave kvaliteten skyldes risiko for skjevhet knyttet til studiedesign i en studie, ikke-adekvate statistiske metoder i en annen, moderat til stort frafall i to av studiene, samt at det mangler informasjon om effektstørrelser og konfidensintervaller for samtlige studier.

Tabell 15: Oppsummeringstabell og dokumentasjonsgrunnlag for effekt av hjemmebesøk sammenlignet med standard tjenestetilbud på språkutvikling hos barnet.

Populasjon: Risikoforeldre Intervensjon: Hjemmebesøk Sammenligning: Standard tjenestetilbud					
Utfall (Måleskala)	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall Deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)
	Standard tjenestetilbud	Hjemmebesøk			
Språkutvikling hos barnet (ulike måleinstrument)	Tre av de fem studiene fant ingen signifikante forskjeller mellom gruppene (Samlet n for disse studiene=764). En av studiene (n=130) som fant signifikante forskjeller rapporterte at tiltaksgruppen hadde mindre nedgang i språkforståelse og evne til å uttrykke seg (<i>receptive and expressive language skills</i>) enn kontrollgruppen. Den andre studien (n=52) fant at tiltaksgruppen hadde bedre evne til å uttrykke seg (<i>expressive language skills</i>), enn kontrollgruppen, men fant ingen tiltakseffekt for språkforståelse (<i>receptive literacy skills</i>).		-	946 (5 studier)	⊕⊕○○ LAV 1, 2, 3
1. To av studiene hadde moderat til stort frafall > 18 %, en av studiene hadde risiko for skjevhet knyttet til studiedesign og en av studiene benyttet ikke adekvate statistiske metoder i sine analyser 2. Ingen informasjon om effektstørrelser eller konfidensintervaller for noen av studiene 3. Fordi det mangler informasjon om effektstørrelser, konfidensintervaller og også retning på resultater i studiene som rapporterer om ikke-signifikante resultater, kan vi ikke vite om det er heterogenitet i resultatene. Vi har valgt å ikke trekke for heterogenitet.					

KI: Konfidens intervall, Ulike måleinstrument: Receptive/Expressive Emergent Scale; Peabody Picture Vocabulary test; Expressive One-word Picture Vocabulary Test-revised; Developing Skills Checklist

Av de fem studiene i oversikten som har sett på språkutvikling hos barnet var det to som fant signifikante forskjeller mellom gruppene. Av de studiene der det ble rapport om signifikante forskjeller mellom gruppene var samtlige i favør av tiltaksgruppen. Det ble ikke rapportert om eventuelle negative utfall. Men tre av studiene, med en betydelig andel flere deltakere fant ingen forskjeller mellom gruppene.

Denne dokumentasjonen sammenligner hjemmebesøk med standard tjenestetilbud. Den viser at:

- Hjemmebesøk kan muligens ha en positiv effekt på språkutvikling hos barnet. Men det kan også muligens ha liten eller ingen effekt. Den eventuelle effekten kan avhenge av totalbelastningen i familien, tilleggskomponenter i tiltaket, hvem som gir tiltaket og alderen på barna.

Effekt av hjemmebesøk på helse/sykdom/skader hos barnet

Seks av de inkluderte studiene i oversikten til Peacock og medarbeidere har sett på helse/sykdom/skader hos barnet. Utfallene ble målt med en helseskala, rapportering fra mødrene eller registrerte besøk/innleggelses fra sykehus eller lignende. Tiltakene var hjemmebesøk uten spesifisert tilleggskomponent i fem av seks studier. En studie evaluerte hjemmebesøk med en tilleggskomponent.

Tabell 16 viser resultatene for effekt av hjemmebesøk sammenlignet med standard tjenestetilbud på sykdom/skade hos barnet, og våre GRADE-vurderinger for utfallsmålet. Vi vurderte kvaliteten på dokumentasjonen til å være lav. Den lave kvaliteten skyldes moderat til stort frafall i tre av studiene, ikke-adekvate statistiske metoder i en studie, samt at det mangler informasjon om effektstørrelser og konfidensintervaller for samtlige studier.

Tabell 16: Oppsummeringstabell og dokumentasjonsgrunnlag for effekt av hjemmebesøk sammenlignet med standard tjenestetilbud på sykdom/skade hos barnet.

Populasjon: Risikoforeldre Intervensjon: Hjemmebesøk Sammenligning: Standard tjenestetilbud					
Utfall (Måleskala)	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall Deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)
	Standard tjenestetilbud	Hjemmebesøk			
Sykdom/skade hos barnet	Fire av de seks studiene fant ingen signifikante forskjeller mellom gruppene. En studie (n=96) som rapporterte om signifikante forskjeller fant at tiltaksgruppen skåret bedre på helseutfall enn kontrollgruppen. Den andre studien (n=101) fant at barna i tiltaksgruppen hadde mindre sjanse for å utvikle helseproblemer.	-	1517 (6 studier)	⊕⊕○○ LAV 1, 2,3	
1. I tre av studiene var det moderat til stort frafall (>18 %) og en av studiene benyttet ikke adekvate statistiske metoder i sine analyser 2. Ingen informasjon om effektstørrelser eller konfidensintervaller for noen av studiene 3. Fordi det mangler informasjon om effektstørrelser, konfidensintervaller og også retning på resultater i studiene som rapporterer om ikke-signifikante resultater, kan vi ikke vite om det er heterogenitet i resultatene. Vi har valgt å ikke trekke for heterogenitet.					

KI: Konfidensintervall

Av de seks studiene i oversikten som har sett på helse/sykdom/skader hos barna er det to som finner signifikante forskjeller mellom gruppene. I de to studiene som finner signifikante forskjeller er disse i favør av tiltaksgruppen. Det rapporteres ikke om negative utfall. Den ene studien som finner signifikante forskjeller (n=96) har et trearmet design, og sammenligner to ulike typer hjemmebesøk (en med en 'kognitiv forandring'-komponent og en uten denne tilleggskomponenten) med en kontrollgruppe. Forskerne finner at begge tiltaksgruppene skårer bedre enn kontrollgruppen, men at gruppen som får hjemmebesøk med tilleggskomponent skårer best. Den

andre studien som finner signifikante forskjeller (n=101) finner at barna i tiltaksgruppen hadde mindre rapporterte helseproblemer enn barna i kontrollgruppen, men på andre utfall knyttet til barnas helse var det ingen signifikante forskjeller.

Denne dokumentasjonen sammenligner hjemmebesøk med standard tjenestetilbud. Den viser at:

- Hjemmebesøk har muligens ingen effekt på sykdom/skade hos barnet.

Hjemmebesøk gitt mødre med rusmiddelproblemer

Oversikten til Turnbull og Osborn fra 2012 (32) har sett på effekt av hjemmebesøk gitt mødre med rusmiddelproblemer. Oversikten inkluderer syv primærstudier. Fire av studiene er utført i USA, to av studiene er utført i Australia, mens det er uklart hvor den siste studien er utført. Samtlige studier er randomiserte, kontrollerte studier.

Populasjonen består av kvinner med rusmiddelproblemer som har små barn. Rusmisbruket innebærer misbruk av rusmidler som kokain, heroin, opiater, alkohol, og i flere av studiene rapporteres det om blandingsmisbruk. Vi har vurdert populasjonen til å være overførbart til norsk kontekst, men samspillet av variabler i for eksempel amerikansk kontekst kan være annerledes. Oppdragsgiver kjenner populasjonen i Norge og kan ta en overordnet vurdering basert på dette.

Tiltaket som ble gitt i samtlige studier er hjemmebesøk. Hjemmebesøkene ble gitt av sykepleiere med eller uten spesialkompetanse på spedbarn, jordmødre, spesialkonsulenter innen rus og afro-amerikanske kvinner (likemenn) uten helse- eller sosialfaglig utdanning, men med opplæring i å gi denne typen tiltak til denne gruppen. Tiltaket ble i mange av studiene gitt ukentlig, med nedtrapping etter hvert, til for eksempel en gang i måneden. I noen av studiene ble tiltaket gitt i et halvt år, mens i andre studier varte tiltaket i to og tre år, men med lengre intervaller mellom hvert hjemmebesøk. Innholdet i hjemmebesøket varierte mellom studiene, men gjennomgående i tiltaket var støtte til mor – emosjonelt og praktisk, samt støtte til å få til et godt samspill med barnet. Videre var et mål med tiltakene å få mor til å benytte seg av helseordninger og rusmiddelbehandling. I tillegg ga noen hjelp til stressreduksjon og ulike former for foreldretrening.

Studiene sammenlignet utfall for kvinner som mottok hjemmebesøk versus kvinner som ikke mottok hjemmebesøk, men som i de fleste tilfeller mottok standard tjenestetilbud der studiene var utført. Dette kunne være standard helsetjenester, noen få hjemmebesøk eller telefonoppringning. Flere av kvinnene mottok også rusbehandling. Utfallsmålene er rusrelaterte utfall hos mor, utfall knyttet til morsansvaret, utfall hos barnet og utfall knyttet til mishandling/omsorgssvikt og barnevernstiltak.

Effekt av hjemmebesøk gitt mødre med rusmiddelproblemer

Fire av studiene i oversikten har sett på rusrelaterte utfall hos mor. To studier i oversikten til Turnbull og medarbeidere har sett på utfall knyttet til morsansvaret. Tre studier i oversikten har sett på utfall hos barnet. Fire studier i oversikten til Turnbull og medarbeidere har sett på utfall knyttet til mishandling/omsorgssvikt og barnevernstiltak.

Tabell 17 viser resultatene for effekt av hjemmebesøk sammenlignet med standard tjenestetilbud, og våre GRADE-vurderinger for hvert av utfallsmålene. Vi vurderte kvaliteten på dokumentasjonen til å være henholdsvis svært lav, lav eller moderat. Dette skyldes stort frafall i flere av studiene, at studiene hadde få deltakere, noe risiko for skjevhet knyttet til studiedesign og at det er heterogenitet mellom resultatene i enkelte av meta-analysene.

Tabell 17: Oppsummeringstabell og dokumentasjonsgrunnlag for effekt av hjemmebesøk sammenlignet med standard tjenestetilbud.

Utfall (Måleskala)	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall Deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)
	Standard tjenestetilbud	Hjemmebesøk			
Fortsatt bruk av illegale rusmidler Oppfølgingsmålinger: 6-36 mnd	569 per 1000	598 per 1000 (507 til 706)	RR 1,05 (0,89 til 1,24)	384 (3 studier)	⊕○○○ SVÆRT LAV 1, 2, 3
Fortsatt alkoholmisbruk Oppfølgingsmålinger: 6-36 mnd	435 per 1000	513 per 1000 (417 til 635)	RR 1,18 (0,96 til 1,46)	379 (3 studier)	⊕⊕○○ LAV 1, 3
Ikke oppstart i rusbehandling Målt etter endt tiltak	613 per 1000	276 per 1000 (61 til 1000)	RR 0,45 (0,10 til 1,94)	211 (2 studier)	⊕⊕○○ LAV 3, 4, 5
Ikke fortsatt rusbehandling ved 90 dager	654 per 1000	608 per 1000 (451 til 817)	RR 0,93 (0,69 til 1,25)	103 (1 studie)	⊕⊕○○ LAV 3,6
Ikke fortsatt rusbehandling ved seneste måletidspunkt Oppfølgingsmålinger: 6 til 36 mnd	352 per 1000	285 per 1000 (211 til 387)	RR 0,81 (0,60 til 1,10)	255 (2 studier)	⊕⊕○○ LAV 1,2,3
Ammer ikke ved 6 mnd	772 per 1000	733 per 1000 (640 til 849)	RR 0,95 (0,83 til 1,10)	260 (2 studier)	⊕⊕⊕○ MIDDELS 3,8
Ikke fulgt vaksinasjonsprogram ved seneste måletidspunkt Oppfølgingsmålinger: 6-12 mnd	512 per 1000	588 per 1000 (466 til 676)	RR 1,09 (0,91 til 1,32)	260 (2 studier)	⊕⊕⊕○ MIDDELS 3,8

Forsinket kognitiv utvikling (Bayley MDI) Målt når barna var 3 år	160 per 1000	218 per 1000 (66 til 712)	RR 1,36 (0,41 til 4,45)	48 (1 studie)	⊕○○○ SVÆRT LAV 1, 3, 7
Forsinket psykomotorisk utvikling (Bayley PDI) Målt når barna var 3 år	120 per 1000	391 per 1000 (120 til 1000)	RR 3,26 (1,00 til 10,59)	48 (1 studie)	⊕○○○ SVÆRT LAV 1,3,4,7
Kognitiv utvikling ved seneste måletidspunkt (Bayley MDI) Oppfølging 18-36 mnd	Gjennomsnittlig skår for kognitiv utvikling i kontrollgruppen var 0	Gjennomsnittlig skår for kognitiv utvikling for tiltaksgruppen var 3,92 høyere (fra 8,41 høyere til 0,56 lavere)	MD 3,92 (-0,56 – 8,41)	156 (2 studier)	⊕○○○ SVÆRT LAV 1,3,4,7
Psykomotorisk utvikling ved seneste måletidspunkt (Bayley PDI) Oppfølging 18-36 mnd	Gjennomsnittlig skår for psykomotorisk utvikling i kontrollgruppen var 0	Gjennomsnittlig skår for psykomotorisk utvikling for tiltaksgruppen var 3,22 høyere (fra 6,44 høyere til 0,01 lavere)	MD 3,22 (-0,01 – 6,44)	156 (2 studier)	⊕○○○ SVÆRT LAV 1,3,4,7
Atferdsproblemer (CBCL) Oppfølging 36 mnd	314 per 1000	144 per 1000 (66 til 317)	RR 0,46 (0,21 til 1,01)	100 (1 studie)	⊕⊕○○ LAV 3,4,7
Child Behaviour Checklist total score Oppfølging 36 mnd	Gjennomsnittlig skår for kontrollgruppen var 0	Gjennomsnittlig skår for tiltaksgruppen var 3,1 lavere (7,26 lavere til 1,06 høyere)	MD -3,1 (-7,26-1,06)	100 (1 studie)	⊕⊕○○ LAV 3,4,7
Biologisk mor har ikke omsorg for barnet Oppfølging 12-36 mnd	186 per 1000	154 per 1000 (93 til 259)	RR 0,83 (0,50 til 1,39)	253 (2 studier)	⊕⊕○○ LAV 3,4,5
Skade som følge av mishandling eller omsorgssvikt Oppfølging 12 mnd	14 per 1000	5 per 1000 (0 til 124)	RR 0,36 (0,02 til 8,77)	136 (1 studie)	⊕⊕○○ LAV 3,7
Skade som følge av mishandling eller omsorgssvikt eller tvungen fosterhjemsplassering Oppfølging 12 mnd	99 per 1000	16 per 1000 (2 til 121)	RR 0,16 (0,02 til 1,23)	136 (1 studie)	⊕⊕○○ LAV 3,7
Mottar tiltak fra barnevernet Oppfølging 18 mnd	310 per 1000	118 per 1000 (62 til 230)	RR 0,38 (0,20 til 0,74)	171 (1 studie)	⊕⊕○○ LAV 1,3
Død (infant death) Oppfølging 6-12 mnd	20 per 1000	14 per 1000 (2 til 85)	RR 0,70 (0,12 til 4,16)	288 (2 studier)	⊕⊕○○ LAV 1,3,7

1. Risiko for skjvhet knyttet til studiedesign (uklarheter rundt randomisering, allokering, blinding)
2. Moderat til høy heterogenitet i resultatene basert på $I^2 > 50\%$
3. Studien(e) hadde få deltakere
4. Stort frafall i den ene studien
5. Høy heterogenitet mellom resultatene i studiene basert på I^2
6. Moderat til stort frafall i studien
7. Brede konfidensintervaller/bredt konfidensintervall

KI: Konfidensintervall; RR: Relativ risiko; MD: Mean Difference; Bayley MDI: Mental development Index ≥ 2 standardavvik under gjennomsnittet; Bayley PDI: Psychomotor Development Index ≥ 2 standardavvik under gjennomsnittet; CBCL: Child Behaviour Checklist

Denne dokumentasjonen sammenligner hjemmebesøk med standard tjenestetilbud.
Den viser at:

- Det er usikkert om hjemmebesøk har effekt på fortsatt bruk av illegale rusmidler.
- Hjemmebesøk har muligens ingen effekt på rusmisbruk eller deltakelse i rusbehandling.
- Hjemmebesøk har trolig ingen effekt på amming og vaksinerings av barnet.
- Det er usikkert om hjemmebesøk har effekt på barnets kognitive og psykomotoriske utvikling.
- Hjemmebesøk har muligens ingen effekt på atferdsproblemer hos barnet.
- Hjemmebesøk har muligens ingen effekt på utfall knyttet til mishandling/omsorgssvikt og barnevernstiltak.
- Hjemmebesøk har muligens en effekt på utfallet 'mottar tiltak fra barnevernet'.

Økonomiske tiltak

En oversikt av Lukas og medarbeidere fra 2008 (33) har sett på effekten av økonomisk tilskudd gitt familier med lav sosioøkonomisk status på utfall hos barna. Oversikten inkluderer ni primærstudier med til sammen 25 000 deltakere. Åtte av studiene ble utført i USA og en i Canada. Samtlige studier er randomiserte, kontrollerte studier. Populasjonen består av foreldre med lav inntekt og/eller vanskeligstilte familier som mottar støtte fra det offentlige. Barna i familiene er mellom 5 måneder og 18 år gamle. De fleste var imidlertid mellom 3 og 10 år ved randomisering. Vi har i denne oversikten tatt med subgruppeanalyser på utfall hos barn mellom 0-5 år. I tillegg har vi tatt med et par andre utfall, der barna som inngår i analysene stor sett er mellom tre og ti år.

Tiltakene som ble evaluert er ulike velferdstiltak der økonomisk støtte er selve tiltaket eller en viktig del av tiltaket. Den økonomiske støtten varierte i størrelse. I tre av studiene var støtten på under 50 dollar i måneden, mens i seks av studiene var støtten på under 100 dollar i måneden. Begge deler må sies å være et nokså lite bidrag til en familiehusholdning. Åtte av ni studier så på tiltak som kombinerte økonomisk støtte med en form for hjelp i arbeidslivet/hjelp til å komme ut i arbeid. Oppfølgingstiden varierte fra ett til seks år. Seks av studiene hadde oppfølgingstid tre år eller lenger - etter randomisering.

Utfallene som rapporteres i oversikten til Lukas og medarbeidere er mange. Vi har i vår systematiske oversikt tatt med utfallene: barnets fysiske helse, barnets atferd og barnets psykomotoriske og kognitive utvikling.

Effekt av økonomisk støtte

En studie i oversikten til Lukas og medarbeidere har sett på utfallet 'rapportert fysisk skade på barnet'. Utfallet er målt ved selvrappotering der foreldrene har rapportert om hvorvidt barnet har vært inne på akutt avdeling eller legevakt pga ulykke eller skade. Barna i familiene i denne studien er fra 1-18 år, de fleste (ikke videre

spesifisert i oversikten) var mellom ett og ti år ved randomisering. Fire studier i oversikten til Lukas og medarbeidere har sett på mental helse og atferd hos barnet gjennom å måle positiv atferd. Utfallet ble målt enten ved positive behaviour scale eller foreldrerapportering. Alderen på barna er i en av studiene mellom ett og fire år, i en annen mellom ett og ti år, og den tredje mellom fire og atten, men de fleste barna i denne studien er mellom tre og ti år. Tre studier i oversikten til Lukas og medarbeidere har sett på kognitiv og psykomotorisk utvikling hos barnet. Disse har gjort subgruppeanalyser av barn i aldersgruppen 0-5 år. Resultatene er noe mangelfullt rapportert i primærstudiene og oversiktsforfatterne har ikke foretatt en meta-analyse, men oppsummert resultatene narrativt.

Tabell 18 viser resultatene for effekt av økonomisk tilskudd sammenlignet med standard tjenestetilbud, og våre GRADE-vurderinger for hvert av utfallsmålene. Vi vurderte kvaliteten på dokumentasjonen til å være middels eller lav. Dette skyldes noe uklarhet i studiedesign, noe frafall og utfall målt ved selvrappotering.

Tabell 18: Oppsummeringstabell og dokumentasjonsgrunnlag for effekt av økonomisk tilskudd sammenlignet med standard tjenestetilbud.

Utfall (Måleskala)	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall Deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)
	Standard tjenestetilbud	Økonomisk tilskudd			
Rapportert fysisk skade på barnet Oppfølging: 36-72 mnd.	125 per 1000	131 per 1000 (104 til 161))	OR 1,06 (0,82 til 1,35))	2271 (1 studie)	⊕⊕⊕○ MIDDELS 1,5
Positiv atferd hos barnet Oppfølging: 24-72 mnd	183 per 1000	177 per 1000 (150 til 208)	OR:0,96 (0,79 til 1,17)	4536 (4 studier)	⊕⊕○○ LAV 2,3,5
Psykomotorisk og kognitiv utvikling hos barnet Ulike måleskalaer Oppfølging: 24 til 72 mnd.	En studie (n=283) måler språkutvikling hos barna og finner en signifikant positiv effekt for tiltaksgruppen. En annen studie (n=816) måler utvikling hos barnet og finner at tiltaksgruppen skårer bedre enn kontrollgruppen, men resultatene er ikke signifikante. Den siste studien (n=1536) har målt språkutvikling hos barnet og rapporterer funn for både 1-2-åringene og 3-4-åringene. I begge subgruppene skårer tiltaksgruppen bedre enn kontrollgruppen, men resultatene er ikke signifikante.		-	2564 (3 studier)	⊕⊕○○ LAV 2, 3, 4, 5

1. Uklarheter rundt allokering og selvrappotering av utfall
2. Uklarheter rundt allokering i to av studiene, uklarheter rundt randomisering i en studie og selvrappotering i tre av studiene.
3. En del frafall i studiene: 15-20 %
4. Mangler effektstørrelser og konfidensintervaller
5. Populasjonen i studiene kan være tyngre belastet enn tilsvarende grupper i Norge, men vi har ikke negrert kvaliteten på dokumentasjonen pga dette.

KI: Konfidensintervall; OR: Odds Ratio; Ulike måleskalaer: The MacArthur Communication Development Inventory; The Woodstock-Johnson Achievement Test; The Peabody Picture Vocabulary Scale (revised).

Denne dokumentasjonen sammenligner økonomisk tilskudd med standard tjenestetilbud. Den viser at:

- Økonomisk tilskudd har trolig liten eller ingen effekt på hvorvidt barn utsettes for fysisk skade.
- Økonomisk tilskudd har muligens liten eller ingen effekt på positiv atferd hos barnet.
- Økonomisk tilskudd har muligens liten eller ingen effekt på psykomotorisk og kognitiv utvikling hos barnet.

Mor-og barn-enheter

En oversikt av Irving og medarbeidere fra 2007 (34) har sett på mor-og barn-enheter for mødre med schizofreni og deres barn. De ønsket å oppsummere forskning om effekt av mor-og barn-enheter for mødre med schizofreni og barnet deres det første året etter fødsel, sammenlignet med standard tjenestetilbud som ikke innebar mor-og barn-enhet. Irving og medarbeidere søkte etter randomiserte, kontrollerte studier, men ingen studier møtte inklusjonskriteriene. Det finnes derfor ingen resultater å rapportere fra denne systematiske oversikten.

Diskusjon

Denne rapporten oppsummerer resultater fra ni systematiske oversikter. Populasjonen i enkelte av de systematiske oversiktene er overlappende, mens de i andre er nokså ulike, men de har det til felles at de på ulike måter er sårbare familier med små barn. Tiltakene som er undersøkt i de inkluderte systematiske oversiktene i denne rapporten er delvis overlappende og delvis ulike. Vi grupperte tiltakene i fem kategorier.

- Psykologiske, psykoedukative og psykososiale tiltak (3 oversikter)
- Foreldretiltak/trening/veiledning (2 oversikter)
- Hjemmebesøk (2 oversikter)
- Økonomiske tiltak (1 oversikt)
- Mor-barn-enheter (1 oversikt)

I det følgende diskuterer vi de fem kategoriene tiltak med utgangspunkt i hvordan vi kan forstå resultatene og med hensyn til slike tiltak gitt i en norsk kontekst.

Psykologiske, psykoedukative og psykososiale tiltak

Foreldre med depresjon

To oversikter har sett på tiltak gitt familier/foreldre med depresjon. I oversikten til Cuijpers og medarbeidere (26) så de på ulike typer psykoterapi for mødre med depresjon. Vi vurderte at psykoterapi for mødre med depresjon muligens har en positiv effekt på psykisk helse hos barnet. I oversikten til Bee og medarbeidere (27) så de på polikliniske tiltak gitt familier der minst en av foreldrene lider av alvorlig depresjon. Vi vurderte at disse tiltakene muligens ikke har effekt på barnets psykiske helse.

Det er flere mulige årsaker til at de to oversiktene finner ulike resultater. Bee og kollegaer har inkludert flere studier av foreldre med langvarig, alvorlig depresjon enn det som inngår i Cuijpers oversikt - som har en hovedtyngde på mødre med fødselsdepresjon. Populasjonen i oversikten til Bee og medarbeidere kan således ha vært en tyngre gruppe å behandle enn populasjonen i Cuijpers oversikt. Videre har de i begge oversiktene undersøkt effekten av psykoterapi, men Bee og medarbeidere har i tillegg inkludert psykoedukative og psykososiale tiltak i sine analyser. Når Cuijpers og medarbeidere finner en effekt av tiltakene på barnets psykiske helse, mens Bee og

medarbeidere ikke finner dette, kan det også tenkes at sammenblandingen av psykologiske, psykoedukative og psykososiale tiltak påvirker effekten. Det ble imidlertid ikke foretatt subgruppeanalyser for type tiltak på utfall hos barnet.

Når det gjelder psykisk helse hos foreldrene finner både Cuijpers og Bee en signifikant positiv effekt av tiltakene, men vi er mer usikre på hvorvidt vi kan stole på resultatene i rapporten til Bee og medarbeidere. Det kan likevel være verdt å merke seg at når Bee og kollegaer foretar subgruppeanalyser på type tiltak for psykisk helse hos foreldrene så er resultatene fortsatt signifikant positive for gruppene som mottok psykoterapi, mens effekten ikke lenger er signifikant for gruppene som mottok psykoedukative eller psykososiale tiltak. Dette kan indikere at psykoterapi har bedre effekt for foreldre med depresjon enn psykoedukative og psykososiale tiltak – for utfall både hos foreldre og barn.

Det er godt dokumentert at ulike psykoterapeutiske tiltak har effekt på voksne med depresjon (37). En systematisk oversikt viser at ulike typer psykoterapi har en positiv effekt på depresjon, men sammenlignet med antidepressiva er ikke effekten bedre. Både psykoterapi og medisinsk behandling av depresjon har effekt på depresjonssymptomene hos den som mottar tiltaket (38). At Cuijpers og medarbeidere finner en signifikant positiv effekt av psykoterapi for foreldre for utfall også hos barna er lovende. De stiller spørsmål i sin oversikt om effekten på utfall hos barna dersom foreldre med depresjon mottar psykoterapi versus antidepressiva. Er det fraværet av depressive symptomer hos foreldre som bedrer omsorgsevnen og den psykiske helsen hos barnet? Eller kan foreldre gjennom terapi lære å være en 'bedre forelder' selv om de depressive symptomene er til stede? De etterlyser en randomisert, kontrollert studie som ser på dette.

Med hensyn til overføringsverdien av disse resultatene til norsk kontekst ser vi ingen tydelige faktorer som gjør dette vanskelig. Foreldrene i studiene sliter med ulik grad av depresjon, og tiltakene er innrettet mot å lette depresjonssymptomer og således bedre kommunikasjon med - og omsorgen for - barna. Det kan likevel være verdt å merke seg at majoriteten av de inkluderte studiene i begge oversiktene er utført i USA og Storbritannia, og det kan være økonomiske og sosiale tilleggsutfordringer i studiedeltakernes liv som i norsk kontekst kan være mindre utfordrende pga. for eksempel velferdsstatsordninger.

Psykoterapi for foreldre og spebarn

Barlow og medarbeidere (28) så på effekten av psykoterapi for foreldre og spebarn. Vi vurderte at psykoterapi for foreldre og spebarn muligens ikke har noen effekt på mors depresjon. Men tiltaket bedrer muligens samspillet mellom mor og barn, mors evne til positiv involvering i barnet og tilknytningsstil hos barnet.

Tilknytningen mellom mor og barn er viktig, og tilknytningsstil hos barnet er et viktig utfallsmål med tanke på barnets fremtidige psykiske og emosjonelle helse, samt

evne til å inngå i sunne relasjoner (39). Det kan synes som om PIP muligens er et lovende tiltak for tilknytningsstil hos barnet – sammenlignet med standard tjenestetilbud er resultatene signifikant bedre. Men sammenlignet med annet aktivt tiltak forsvinner effekten. Det kan synes som om både PIP og andre aktive foreldretiltak muligens har positiv effekt på tilknytning mellom mor og barn.

Det er interessant å merke seg at mødrene i studiene i oversikten til Barlow og medarbeidere ikke opplevde effekt av tiltaket på egen depresjon. Likevel viser studiene at de fikk til et bedre samspill med barnet og at barnet fikk en tryggere tilknytning til mor. Kanskje kan dette indikere noe med tanke på spørsmålet Cuijpers og kollegaer stilte (ref forrige delkapittel) om forskjellen på psykologisk og medisinsk behandling av depresjon hos foreldrene på utfall hos barna. I oversikten til Barlow og medarbeidere var det ikke fraværet av depressive symptomer hos mor som utgjorde effekten på barnet, men måten mødrene tilnærmet seg barnet på. Men det understrekes at mødrene i disse studiene ikke hadde depresjon som hovedutfordring, men mer sammensatte problemer knyttet til psykisk helse og rollen som mor. Slik sett kan det være vanskelig å sammenligne populasjonen i denne systematiske oversikten med de deprimerte foreldrene i de to foregående oversiktene. Men i en studie av Campbell og medarbeidere fra 2004 (40) som så på prediktorer for psykisk uhelse hos barn fant de at utfall hos barna ikke nødvendigvis hadde sammenheng med mors depresjon, men heller i hvilken grad depresjonen påvirket mors evne til å være sensitiv overfor barnet.

Vi gjør oppmerksom på at populasjonen som mottok PIP er noe heterogen. En av studiene fra USA er for eksempel gjort på mødre som sitter i fengsel, og deres nyfødte barn. Mens to av studiene hadde deltakere der spebarna allerede viste tydelige tegn på «infant problems». Disse kan ha hatt et vanskeligere utgangspunkt enn foreldrene og spebarna i de andre studiene. Intensiteten på tiltaket varierte fra åtte sesjoner i en studie til 49 ukers terapi i en annen studie. Både ulikhetene i populasjon og tiltak kan ha påvirket resultatene. Populasjonen med et vanskeligere utgangspunkt kan ha trukket ned effekten av tiltaket, det samme gjelder de som mottok få terapitimer.

Med hensyn til overføringsverdien av disse resultatene til norsk kontekst ser vi ingen tydelige faktorer som gjør dette vanskelig. Mødrene som deltok i studiene er på ulike måter sårbare med tanke på egen emosjonell helse og i rollen som mor, og tiltaket som gis fokuserer på det relasjonelle aspektet i morsrollen. Det kan likevel være aspekter ved kulturen eller miljøet mødrene i studiene lever sine liv innenfor som kan påvirke i hvilken grad de er i stand til å nyttegjøre seg tiltaket. Kanskje vil en tilsvarende populasjon i Norge kunne dra større nytte av tiltaket fordi andre utfordringer i livet – knyttet til sosioøkonomiske utfordringer – er mindre.

Foreldretiltak for familier som er i kontakt med barnevernet pga mishandling og omsorgssvikt

Det er utviklet en rekke foreldretreningsprogrammer de siste tiårene, med ulik teoretisk forankring, ulik form og ulikt innhold. I Norge er tiltak som De utrolige årene (the Incredible Years) og PMTO (Parent Management Training–Oregon) implementert i flere deler av hjelpeapparatet. Dette er programmer der det foreligger en rekke studier som viser effekt av tiltakene (41, 42). Tiltakene retter seg hovedsakelig mot foreldre som har barn med atferdsproblemer. I oversikten til Fraser og kollegaer (29) inkluderte de kun studier av foreldretiltak gitt familier som var i kontakt med barnevernet på grunn av mishandling og omsorgssvikt. Familier med barn med atferdsproblemer er en heterogen gruppe - og årsaken til atferdsproblemene kan skyldes faktorer som ikke handler om omsorgssvikt. Fraser og kollegaer ønsket nettopp å ta vekk støyen i resultatene som kunne kommet av dette, da det var familier der barn var blitt utsatt for mishandling og omsorgssvikt de ønsket å nå. Det er således muligens en noe annerledes populasjon å jobbe med enn den som inngår i mange av de foreliggende studiene av foreldreprogrammer som er implementert her til lands.

Samtlige tiltak som evalueres i oversikten til Fraser og medarbeidere (29) viser blandede resultater, men tiltaket ABC ser ut til å ha gjennomgående bedre resultater enn de andre tiltakene. Tiltaket ABC er utviklet spesielt med tanke på barn som har opplevd tidlig mishandling og omsorgssvikt og deres biologiske foreldre eller fosterforeldre. For disse barna trengs en ekstra sensitiv omsorgsperson som kan møte barnets atferd på en måte som relærer barnet nærhet og trygghet i relasjon til sin omsorgsperson. Dette er fokus i tiltaket ABC (43). At tiltaket viser noe effekt for denne gruppen, om enn med en del usikkerhet knyttet til evidensgrunnlaget, må sies å være lovende. Men vi understreker at resultatene er basert på enkeltstudier og at de er heterogene for enkelte utfallsmål. Dessuten vet vi lite om familiene som inngår i disse studiene, annet enn deres tilknytning til barnevernet pga mangelfull foreldrekompetanse. Vi vet ikke noe om eventuelt rusmiddelmissbruk, psykiske plager, sosioøkonomiske ressurser osv. Det bør foretas flere kontrollerte studier der en ser på effekten av foreldretiltak gitt de mest sårbare familiene, og det kan tenkes at det kan være nødvendig å kartlegge risikofaktorer i familienes liv, som eventuelt rus eller psykisk uhelse, for bedre å kunne skille effekten eller manglende effekt av tiltaket fra spesifikke risikofaktorer.

Med hensyn til overføring av resultatene til norsk kontekst er det viktig å understreke at de fleste studiene er utført i USA og et par i Canada. Sammensetninger i livsbetingelser for familiene i disse landene kan være mer belastende enn i norsk kontekst, noe som kan påvirke resultatene. Kulturforskjeller kan spille inn på form og innhold i slike programmer, noe man bør oversette til norske koder dersom tiltakene skal tas i bruk i Norge.

Foreldretraining for foreldre med psykisk utviklingshemming

Det foreligger få studier av tiltak for foreldre med psykisk utviklingshemming (44). I oversikten til Coren og medarbeidere (30) søkte de etter randomiserte, kontrollerte studier og inkluderte kun tre studier. Men det gjøres oppmerksom på at denne oversikten er gjennomført i 2010 og det kan ha kommet nyere studier siden den gang. Foreldreprogrammene evaluert av Coren og medarbeidere viste ikke effekt på de fleste av utfallene knyttet til kunnskap om og forståelse av helse og medisinske tilfeller hos barna. Imidlertid viste tiltaket effekt ved livstruende tilfeller.

Slik det fremgår fra informasjonen gitt i den systematiske oversikten til Coren og medarbeidere er ikke tiltakene som evalueres teoretisk forankrede programmer tilpasset psykisk utviklingshemmede foreldre. I to av studiene har man satt sammen elementer av veiledning for foreldre med små barn og tilpasset opplæringen til denne gruppen (for eksempel ved å bruke billedbøker i undervisningen). I den siste studien har de testet et universelt foreldreveiledningsprogram (Home Learning Program) på foreldre med psykisk utviklingshemming. Et spørsmål man kan stille seg er om tiltakene ville hatt bedre effekt dersom de i større grad var tilpasset denne gruppen, ikke bare praktisk – gjennom bruk av enkle hjelpemidler – men også teoretisk, ved å legge til grunn sammensetningen av utfordringer denne gruppen møter i foreldrerollen. På den annen side er mange av utfallsmålene fra disse studiene fokusert på nettopp innlæring av spesifikk kunnskap, mer enn annen type foreldrekompetanse. Det er verdt å merke seg at for utfall knyttet til mor/barn-samspill fant Coren og medarbeidere signifikante positive resultater for tiltaksgruppen. Og i en ikke-eksperimentell studie der de testet et populært foreldreprogram kalt Group Triple P ('Positive Parenting Program'), modifisert for foreldre med psykisk utviklingshemming, fant de en bedring i foreldrekompetanse og atferdsproblemer hos barna (45). Dette er lovende for foreldreprogrammer gitt denne gruppen.

Ifølge den Bufdir-initierte rapporten «Foreldre med kognitive vansker i møte med barnevernet» (44) eksisterer det ingen tilpassede tiltak for denne gruppen i Norge. Det betyr ikke at tiltak ikke tilpasses ulike gruppers behov - dette gjøres hele tiden. Men det eksisterer ikke teoretisk forankrede program spesifikt for denne gruppen her til lands. Det australsk-utviklede foreldreveiledningsprogrammet PYC (Parenting Young Children) har et program som er tilpasset foreldre med kognitive funksjonsnedsettelse - utviklet av Robyn Mildon ved Parenting Research Centre i Australia. Tiltaket er implementert i Sverige, og det foreligger en evaluering som viser positive effekter av tiltaket (46). Ved høyskolen i Telemark har man startet et prosjekt - Utviklingshemming og foreldreskap - der PYC skal oversettes til norsk språk og kultur og testes på utvalgte familier i samarbeid med kommunene (47).

Med hensyn til overføring av resultatene til norsk kontekst ser vi ingen tydelige faktorer som gjør dette vanskelig. Men dersom programmer beskrevet her skal prøves ut i Norge må innholdet tilpasses til norske forhold.

Hjemmebesøksprogram

Hjemmebesøk gitt av ikke-profesjonelle til risikofamilier

Vi vurderte at hjemmebesøk muligens har en liten positiv effekt eller muligens ingen effekt på samtlige utfall presenter i oversikten til Peacock og medarbeide (31). At vi vurderer tiltakenes effekt på denne måten skyldes at resultatene ikke er slått sammen i meta-analyser, men presenteres narrativt og at det er heterogenitet i resultatene.

Det er flere mulige årsaker til at studiene finner ulike resultater. Noen av hjemmebesøksprogrammene som evalueres her er omfattende programmer der flere velprøvde metoder/komponenter inngår. Innholdet i disse er tilgjengelig via programmenes hjemmesider. Enkelte andre tiltak er mer uklare med hensyn til omfang og innhold. I tillegg er populasjonene nokså ulike, med tanke på totalbelastning i familiene, og i hvilken grad familiene er 'at risk'. Både programmenes innhold og graden av risikofaktorer i familiene kan påvirke i hvilken grad tiltakene har effekt.

De fleste resultatene viste at vi ikke kan si at hjemmebesøksprogrammene har bedre effekt enn standard tjenestetilbud. I enkelte av disse studiene ble det påpekt at totalbelastningen i familien muligens var for kompleks til å håndteres med et hjemmebesøksprogram. I tillegg var dette hjemmebesøksprogram levert av ikke-profesjonelle, og utfordringene kan ha vært for komplekse for en ikke-profesjonell. I studiene som rapporterte en signifikant positiv effekt av hjemmebesøksprogram viste det seg at dette hang sammen med nettopp hvor hardt rammet familiene var, hvor lenge tiltaket varte, alderen på barna, hvor god opplæring leverandørene av tiltaket hadde og tiltakets fokus. Studiene viste større effekt av hjemmebesøksprogrammene der tiltaket ble gitt over lang tid, der tiltakene startet før barnet var født, der leverandørene av tiltaket var godt trent på å møte den utvalgte populasjonen, og der tiltaket fokuserte på noen få utvalgte utfordringer eller problemområder i familiene heller enn å skulle nå et bredt spekter av utfordringer.

Med hensyn til overføringsverdien av disse resultatene er det viktig å understreke at studiene er utført i land som har langt større sosioøkonomiske utfordringer enn det Norge har. De fleste studiene var utført i USA, mens andre var utført i land som Sør-Afrika, Bangladesh, Jamaica, Chile, Irland og Storbritannia. Risikofaktorene i familiene som inngår i studiene kan ha vært mer komplekse pga livsbetingelsene for de inkluderte deltakerne.

Hjemmebesøk gitt mødre med rusmiddelproblemer

Vi vurderte at hjemmebesøk muligens ikke har effekt på mødrenes rusmisbruk eller deltakelse i rusbehandling, atferdsproblemer hos barna eller utfall knyttet til mishandling/omsorgssvikt. Vi vurderte videre at hjemmebesøk trolig ikke har effekt på amming og vaksinerings av barna.

Det kan synes som om hjemmebesøk ikke er et lovende tiltak for mødre med rusmiddelproblemer. Meta-analysene viste ingen signifikant effekt av tiltakene. Men det var relativt stor heterogenitet i resultatene studiene imellom. Dette kan skyldes at tiltakene varierte i innhold og intensitet, i tillegg til at det var stor variasjon i hvem som leverte tiltaket. Samtidig kan mødrene som inngår i studiene ha ulik grad av avhengighet - dette vet vi lite om. Disse faktorene kan alle være med på å gi ulike resultater. Men det er likevel interessant å se at resultatene så gjennomgående viser at tiltaket ikke er effektivt for mødre med rusmiddelproblemer. Det kan tenkes at populasjonen i disse studiene ikke vil kunne nyttegjøre seg veiledningen osv som blir levert gjennom hjemmebesøket fordi problemene knyttet til rusmiddelmisbruket er for stort. I tillegg vet vi lite om eventuelle andre utfordringer mødrene måtte ha. Rusmiddelbehandling og eliminering av andre utfordringer kan i første omgang være en forutsetning for at mødrene vil kunne dra nytte av komponentene som flere av hjemmebesøkene inneholdt. Og til tross for at det i flere av tiltakene ble gitt støtte og veiledning til nettopp å delta i rusmiddelbehandling førte dette ikke til at flere av mødrene tok del i eller ble værende i rusmiddelbehandling.

Det kan tenkes at vi kan trekke litt på diskusjonen fra forrige delkapittel, der forfatterne av oversikten vi diskuterte der pekte på flere punkter som syntes å påvirke til bedre effekt av hjemmebesøk: Studiene viste større effekt av hjemmebesøksprogrammene der tiltaket ble gitt over lang tid, der tiltakene startet før barnet var født, der leverandørene av tiltaket var godt trent på å møte den utvalgte populasjonen, og der tiltaket fokuserte på noen få utvalgte utfordringer eller problemområder i familiene heller enn å skulle nå et bredt spekter av utfordringer.

Med hensyn til overførbarhet til norsk kontekst gjør vi oppmerksom på at studiene er utført i USA og Australia. Sammensetninger i livsbetingelser for familiene kan være mer belastende enn i norsk kontekst, noe som kan påvirke resultatene.

Økonomiske tiltak

Oversikten av Lukas og medarbeidere fra 2008 (33) så på effekten av økonomisk tilskudd gitt lavinntektsfamilier. Vi vurderte at økonomisk tilskudd trolig ikke har effekt på hvorvidt barn utsettes for fysisk skade eller utvikler atferdsproblemer.

Ideen bak å gi lavinntektsfamilier økonomisk tilskudd med tanke på barneutfall er at ved å styrke familieøkonomien kan stress i familiene reduseres, og i tillegg til å

kunne gi bedre omsorg kan foreldrene også i større grad gi barna nødvendig mat, klær, utstyr, helsehjelp osv. Når studiene ikke finner en effekt av tiltakene på utfall hos barna kan dette ha flere årsaker. Vi har ikke informasjon om familiene utover at de er lavinntektsfamilier. Populasjonen kan således være svært heterogen, med noen familier som har mange belastninger og få ressurser, mens andre kan ha mindre belastninger og større ressurser (andre enn økonomiske). Dette kan påvirke resultatene. En annen mulig årsak til at tiltaket ikke viser effekt kan være at beløpet familiene fikk utbetalt var lite, og antakelig utgjorde det ikke en vesentlig endring i de økonomiske utfordringene i familiene – og stresset knyttet til dette. Dette er noe Lukas og medarbeidere også løfter frem som et viktig poeng for tolkningen av resultatene i rapporten. Vi vet ikke hvordan effekten hadde vært dersom beløpet familiene fikk utbetalt hadde vært større. I tillegg så man i en av studiene i oversikten en interessant mekanisme. Forskerne så at husholdningens inntekt hos mange av familiene gikk ned etter en stund med tiltak. Forfatterne mener at dette hang sammen med at mødrene tidligere hadde vært avhengig av en mann eller far i husholdningen, men pga det økonomiske tilskuddet klarte de seg i større grad alene - noe som resulterte i enda svakere familieøkonomi.

I 2013 var det over 50.000 barn i Norge som levde i såkalte fattige familier, eller lavinntektsfamilier. Dette utgjorde 5,5 % av alle barn i Norge (48). Tallene har vært økende de siste årene. Økonomisk tilskudd til lavinntektsfamilier er et av de mest brukte tiltakene hos Barne-, ungdoms- og familieetaten. Og i en ny rapport om barnevernets hjelpetiltak i Norge fremkommer det at økonomiske hjelpetiltak var et av tiltakene familiene selv opplevde som mest nyttig (49). Sett i sammenheng med forskning som finner at økonomisk knapphet er en av de mest gjennomgående risikofaktorene for fysisk barnemishandling og omsorgssvikt (8), er det gode grunner til å opprettholde økonomiske tiltak som hjelpetiltak for familier der økonomisk knapphet er en betydelig utfordring.

Vi ønsker å understreke at en av studiene i oversikten til Lucas og medarbeidere fant en signifikant positiv effekt på språkutvikling hos barn under to år i familier som hadde mottatt økonomisk støtte. Det er lett å tenke seg at dersom økonomiske bekymringer minimeres er det lettere å være en forelder som møter barnet sitt på en god måte. Og med hensyn til overføringsverdien av disse resultatene er det viktig å understreke at de fleste studiene var utført i USA - et land med enorme klasseforskjeller og stor fattigdom relativt sett. Stressfaktorene i familiene som inngår i studiene kan ha vært mer komplekse pga livsbetingelsene for de inkluderte deltakerne, enn hva tilfellet er for norske familier som lever i en velferdsstat. Kanskje vil norske familier i større grad få ro til å fokusere på familien når et element - økonomi - bedres.

Styrker og begrensninger ved den metodiske tilnærmingen

Denne rapporten er en oversikt over systematiske oversikter. Det vil si at vi har søkt etter, hentet inn, kritisk vurdert og oppsummert resultater fra eksisterende systematiske oversikter. Kunnskapssenteret utarbeider oversikter over systematiske oversikter når det finnes flere mulige tiltak for samme populasjon, eller når det er flere populasjoner som kan ha nytte av samme tiltak og vi ønsker å vite om tiltaket er effektivt i de forskjellige populasjonene. I forkant av dette prosjektet hadde Kunnskapssenteret levert et systematisk litteratursøk med påfølgende sortering som viste at det fantes flere mulige relevante forskningsoversikter på området. Da disse ikke var vurdert i fulltekst kunne vi ikke på forhånd vite om de ville treffe alle inklusjonskriteriene våre, men vi hadde en visshet om at det var gjort en del oppsummeringer av forskning på feltet. Søket etter litteratur ble samordnet med prosjektet «Effekt av tilpassede tiltak for helsestasjonstjenesten». Vi valgte å søke bredt og vurderte et stort antall titler og sammendrag. De systematiske og uavhengige vurderingene gir høy sannsynlighet for at alle relevante oversikter har blitt fanget opp. Men metoden er ikke hundre prosent vanntett, og det er mulig at vi har gått glipp av relevante systematiske oversikter, for eksempel dersom populasjon ikke er nevnt i tittel eller sammendrag.

Fordelen med en oversikt over systematiske oversikter er at vi kan dekke et større temaområde i en rapport. Men oversikter over systematiske oversikter gir ikke uttømmende oversikt over kunnskapen på området. En begrensning er at det kan ha blitt publisert ny forskning på området siden den eventuelle systematiske oversikten ble laget. Av den grunn ser vi etter de nyeste systematiske oversiktene på et område, og vi er opptatt av når litteratursøket for rapporten ble avsluttet. En annen viktig begrensning er at vi er prisgitt hvilke problemstillinger andre forskere har oppsummert forskning om. Alt annet kan vi ikke si noe om. Vi er også begrenset av hvordan oversiktforfatterne har definert populasjonen, tiltak og utfall, hvilken informasjon de gir om studiene, og hvilke resultater de har analysert og sammenfattet.

Kvaliteten på dokumentasjonen

Vi inkluderte kun systematiske oversikter av høy metodisk kvalitet i denne oversikten over systematiske oversikter. Selv om en oversikt er metodisk godt gjennomført, kan de inkluderte primærstudiene i oversikten være av varierende kvalitet. En systematisk oversikt av høy kvalitet skal ha funnet alle relevante studier, kvalitetsvurdert disse og sammenstilt utfyllende informasjon om styrker og svakheter ved hver enkelt studie. Denne informasjonen brukes i GRADE-vurderingene. Målet med våre GRADE-vurderinger er å evaluere hvor stor tillit vi har til effektestimaterne.

Gjennomgående hadde vi oftest lav til svært lav tillit til effektestimaterne. Enkelte ganger hadde vi middels tillit. Den lave tilliten til resultatene skyldes oftest at studiene var små og at det var uklare aspekter ved gjennomføringen av studiene. Men det var også usikkerhet knyttet til resultatene pga stort frafall fra enkelte studier, selvrapportering eller stor heterogenitet i resultatene mellom studier. Vi valgte å ikke nedgradere for overførbarhet selv om mange av studiene er utført i land som USA og Storbritannia. Oppdragsgiver kjenner sine populasjoner bedre enn vi gjør, og må selv vurdere i hvilken grad overførbarhet er mulig. Vi har i alle tilfeller opplyst om hvor studiene er utført, sånn at en slik vurdering er mulig.

Det er viktig å presisere at selv om vi har liten tillit til resultatene i de fleste analysene betyr ikke dette at tiltakene ikke har effekt. Tiltaket kan ha effekt, men vi har ikke nok grunnlag for å si noe sikkert om en eventuell effekt eller ikke.

Konklusjon

Vi fant ni systematiske oversikter av høy metodisk kvalitet som traff våre inklusjonskriterier. Disse dekker delvis overlappende populasjoner og delvis ulike populasjoner. Fellesnevneren er at de er sårbare familier med små barn. Tiltakene grupperte vi i fem kategorier. Av disse viste tre hovedkategorier av tiltak muligens effekt på minst ett utfallsmål: Psykologiske, psykoedukative og psykososiale tiltak, foreldretiltak og hjemmebesøk. Økonomiske tiltak har trolig ingen effekt, mens oversikten som så på mor-og barn-enheter ikke fant noen studier å inkludere i oversikten. Resultatene av oppsummeringen viser at:

- Psykoterapi - gitt mødre med depresjon - fører muligens til bedre samspill mellom mor og barn og bedre psykisk helse hos både mor og barn. Psykoterapi for mor og barn har muligens en positiv effekt på tilknytningsstil hos barnet. Men foreldretiltak kan muligens ha like god effekt.
- Foreldretiltak - gitt foreldre som strever med foreldrerollen - har muligens en positiv effekt på foreldre-barn-relasjonen. Foreldretiltak - gitt foreldre med psykisk utviklingshemming – har muligens ingen effekt på utfall knyttet til foreldrenes helseforståelse. Tiltaket har imidlertid muligens en effekt på utfall knyttet til livstruende tilfeller.
- Hjemmebesøk - gitt foreldre som strever med foreldrerollen - viser blandede resultater for samtlige rapporterte utfall. Hjemmebesøk - gitt mødre med rusmiddelproblemer - har muligens ingen effekt på mors rusmisbruk, atferdsproblemer hos barnet eller utfall knyttet til mishandling/omsorgssvikt. Tiltaket har trolig ingen effekt på hvorvidt mor ammer barnet eller følger vaksinasjonsprogram for barnet.
- Små økonomiske tiltak har trolig ingen effekt på hvorvidt barn utsettes for fysisk skade i familien. Tiltakene har trolig heller ingen effekt på barnets atferd. Økonomiske tiltak har muligens ingen effekt på psykomotorisk eller kognitiv utvikling hos barnet.

Vi vil spesielt peke på at det kan se ut som om - både psykoterapi gitt mor, psykoterapi gitt mor og spedbarn, og foreldretiltak - alle er tiltak som kan bedre samspill og tilknytning mellom mor og barn. Foreldretiltak som er godt tilpasset gruppen som mottar tiltaket ser ut til å ha bedre effekt enn mer generelle foreldretiltak. Det kan synes som om hjemmebesøk ikke er et lovende tiltak for mødre med rusmiddelproblemer, mens tiltaket kan ha effekt for mindre belastede grupper. Hjemmebesøk ser

ut til å kunne ha bedre effekt dersom det settes inn tidlig (med tanke på barnets alder), den som leverer tiltaket er godt trent på å møte utfordringene i de aktuelle familiene, tiltaket leveres over en viss tid og fokuserer på få utfordringer heller enn et spekter av utfordringer. Økonomiske tiltak virker lite lovende, men den økonomiske støtten som ble gitt i studiene i den systematiske oversikten var såpass liten at den antakelig ikke utgjorde noen vesentlig forskjell i familienes økonomi. Et større tilskudd kunne kanskje hatt bedre effekt.

På grunn av svakheter i gjennomføringen av studiene samt at studiene hadde få deltakere har vi generelt lav tillit til dokumentasjonen. Det betyr ikke at tiltakene er uten effekt, men at datagrunnlaget er svakt når det gjelder å si noe om hvor store eventuelle effekter er eller hvor sikre vi kan være på de eventuelle effektene.

Veien videre

- Denne systematiske oversikten viser at det mangler kunnskap om effekt av mor-og barn-enheter; både for mødre med schizofreni og for mødre med for eksempel andre psykiske lidelser eller rusmisbruk. Oversikten til Irving og medarbeidere er fra 2007, og det kan ha blitt gjennomført randomiserte, kontrollerte studier som treffer populasjonen og tiltaket siden den gang. Men vi vet ikke om det foreligger robuste studier av effekt av mor-og barn-enheter for andre populasjoner. Fordi Bufdir spesielt er interessert i kunnskap om dette tiltaket kan et systematisk søk etter studier som ser på effekt av slike tiltak være hensiktsmessig.
- Når det kommer til foreldretiltak gitt foreldre som strever med omsorgen for barna er vi såpass usikre på resultatene fra den foreliggende oversikten at det bør gjøres flere randomiserte, kontrollerte studier av slike tiltak. Dette gjelder både for foreldre som strever generelt - her kan det være nødvendig å kartlegge årsakene til redusert foreldrekompetanse, og det gjelder for psykisk utviklingshemmede foreldre spesielt. Dette viser seg å være en populasjon barnevernet møter nokså hyppig (14). Det trengs robuste studier av tilpassede programmer for denne gruppen.
- Videre kan det være hensiktsmessig å studere effekten av hjemmebesøk til sårbare grupper der en i større grad skreddersyr og følger opp noen utvalgte problemområder i familiene.
- Fordi økonomisk tilskudd er et hyppig brukt tiltak hos Bufetat kunne det være interessant å se på effekten av dette tiltaket - gitt så det monner - der man kontrollerer for andre inngripende problemer i familienens liv - eventuelt følger opp også disse med eget tiltak.

Referanser

1. Kakad M. The effect of early intervention programmes for families at risk, on the psychiatric outcomes of small children aged 3 and under. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2006. (Rapport fra Kunnskapssenteret nr 4–2006).
2. Hammerstrøm KT, Johansen S, Wollscheid S, Munthe-Kaas HM. Tiltak for risikofamilier med barn mellom 0-3 år. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2012. (Notat fra Kunnskapssenteret).
3. Mosdøl A, Blaasvær N, Vist G. Effekt av tilpassede tiltak for helsestasjonstjenesten. Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten; 2014.
4. Clausen SE, Valset K. Spedbarn og småbarn med tiltak fra barnevernet 1995 - 2008: Utbredelse av om-sorgssvikt og risikofaktorer. Tidsskrift for norsk psykologforening 2012;643-648.
5. Schultz Jørgensen P. Omsorgssvikt. I Anne von der Lippe & Simon R. Wilkinson (red.). Risikoutvikling. Tilknytning, omsorgssvikt og forebygging. . Nova rapport 2005;2005.
6. Brennan PA, Hammen C, Andersen MJ, Bor W, Najman JM, Williams GM. Chronicity, severity, and timing of maternal depressive symptoms: Relationships with child outcomes at age 5. Developmental Psychology 2000;36(6):759-766.
7. Torvik FA, Rognmo, K. Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser. Rapport 2011:4. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt; 2011.
8. Berger LM. Income, family characteristics, and physical violence toward children. Child Abuse Negl 2005;29(2):107-133.
9. Mossige SK. Vold og overgrep mot barn og unge. Oslo: Nova-rapport 2007; 20.
10. Mossige S Dg. Voldsutsatte barn og unge i Oslo. Forekomst og innsatsområder for forebygging. Nova-rapport 2009;22.
11. Ofre for anmeldte lovbrudd, 2013. Statistisk sentralbyrå. [Oppdatert 26. september 2014; Lest 20.10.2015]. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/statistikker/lovbruddo/aar/2014-09-26>.

12. Rossow I MI, Natvig H. Nære pårørende av alkoholmisbrukere - hvor mange er de og hvordan berøres de? Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning; 2009.
13. Hansen M JH. Sped- og småbarn i risiko: En kunnskapsstatus. Oslo: Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion øst og sør; 2008.
14. Barnevernet i Norge. Tilstandsvurderinger, nye perspektiver og forslag til reformer. 2000. (NOU 2000: 12).
15. Barnevern 2014. Statistisk sentralbyrå. Lest 07.12.2015. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/statistikker/barneverng/aar/2015-07-09#content>
16. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 3.2. reviderte utg. Oslo: 2013.
17. Bilukha O, Hahn RA, Crosby A, Fullilove MT, Liberman A, Moscicki E, et al. The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine* 2005;28(2:Suppl:1):Suppl-39.
18. Fraser C, James EL, Anderson K, Lloyd D, Judd F. Intervention programs for children of parents with a mental illness: a critical review (DARE structured abstract). *International Journal of Mental Health Promotion* 2006;8:9-20.
19. Johnson M, Stone S, Lou C, Ling J, Claassen J, Austin MJ. Assessing parent education programs for families involved with child welfare services: evidence and implications. *Journal of Evidence-Based Social Work* 2008;5(1-2):191-236.
20. MacLeod J, Nelson G. Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. *Child Abuse and Neglect* 2000;24(9):1127-1149.
21. Piquero AR, Farrington DP, Welsh BC, Tremblay R, Jennings WG. Effects of early family/parent training programs on antisocial behavior and delinquency. *Journal of Experimental Criminology* 2009;5(2):83-120.
22. Selph SS, Bougatsos C, Blazina I, Nelson HD. Behavioral interventions and counseling to prevent child abuse and neglect: a systematic review to update the US Preventive services task force recommendation. *Annals of Internal Medicine* 2013;158(3):179-190.
23. Niccols A, Milligan K, Smith A, Sword W, Thabane L, Henderson J. Integrated programs for mothers with substance abuse issues and their children: a systematic review of studies reporting on child outcomes. *Child Abuse and Neglect* 2012;36(4):308-322.
24. Niccols A, Milligan K, Sword W, Thabane L, Henderson J, Smith A. Integrated programs for mothers with substance abuse issues: A systematic review of studies reporting on parenting outcomes. *Harm Reduction Journal* 2012;9.
25. Wilson S, McKenzie K, Quayle E, Murray G. A systematic review of interventions to promote social support and parenting skills in parents with an intellectual disability. *Child Care Health Dev* 2014;40(1):7-19.

26. Cuijpers P, Weitz E, Karyotaki E, Garber J, Andersson G. The effects of psychological treatment of maternal depression on children and parental functioning: a meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015;24(2):237-245.
27. Community-based interventions for maintaining or improving quality of life in children and adolescents of parents with serious mental illness: An evidence synthesis (Project record). *Health Technology Assessment Database* 2011.
28. Barlow J, Bennett C, Midgley N, Larkin SK, Wei Y. Parent-infant psychotherapy for improving parental and infant mental health. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;1:CD010534.
29. Fraser JG, Lloyd S, Murphy R, Crowson M, Zolotor AJ, Coker-Schwimmer E, et al. A comparative effectiveness review of parenting and trauma-focused interventions for children exposed to maltreatment. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* Vol34(5), Jun 2013, pp353-368 2013(5):Jun-368.
30. Coren E, Hutchfield J, Thomae M, Gustafsson C. Parent training support for intellectually disabled parents. *Cochrane database of systematic reviews (Online)* 2010;6:CD007987.
31. Peacock S, Konrad S, Watson E, Nickel D, Muhajarine N. Effectiveness of home visiting programs on child outcomes: a systematic review. *BMC Public Health* 2013;13:17.
32. Turnbull C, Osborn DA. Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012;1:CD004456.
33. Lucas PJ, McIntosh K, Petticrew M, Roberts H, Shiell A. Financial benefits for child health and well-being in low income or socially disadvantaged families in developed world countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008(2):CD006358.
34. Irving CB, Saylan M. Mother and baby units for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009(4).
35. Fraiberg S AE, Shapiro V. Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Child Psychiat* 1975;14:397-421.
36. S F. *Clinical studies in Infant Mental Health*. New York: Basic Books; 1980.
37. Huntley AL, Araya R, Salisbury C. Group psychological therapies for depression in the community: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 2012;200(3):184-190.
38. Berg R HB. Effectiveness of psychotherapy for adults with depression: a systematic review of the best available evidence. *Procedia Social and behavioural science* 2010;5:2194- 2200.
39. Killen K. Barns tilknytning. *Psyke og logos* 2003;24:573-587.
40. Campbell SB, Brownell CA, Hungerford A, Spieker SI, Mohan R, Blessing JS. The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as

- predictors of attachment security at 36 months. *Development & Psychopathology* 2004;16(2):231-252.
41. Webster-Stratton CH, Reid MJ, Beauchaine T. Combining parent and child training for young children with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2011;40(2):191-203.
 42. Webster-Stratton C. Randomized trial of two parent-training programs for families with conduct-disordered children. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 1984;52(4):666-678.
 43. Dozier M. ABC Intervention.[Lest 22.10.2015]. Tilgjengelig fra: <http://www.abcintervention.com/>
 44. Berg B TJ, Paulsen V, Midjo T. Foreldre med kognitive vansker i møte med barnevernet. Trondheim: NTNU; 2014. (978-82-7570-383-3).
 45. Glazemakers I, Deboutte D. Modifying the 'Positive Parenting Program' for parents with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research* 2013;57(7):616-626.
 46. Starke M, Wade C, Feldman MA, Mildon R. Parenting with disabilities: experiences from implementing a parenting support programme in Sweden. *Journal of Intellectual Disabilities* 2013;17(2):145-156.
 47. Thronsen A. Normalization at any cost? A study of the parent education programme Parenting Young Children (PYC) as a model of preventive intervention in Norway. I: Crabtree SA, red. *Diversity and the Process of Marginalisation and Otherness: giving voice to hidden themes – a European perspective*. London: Whiting & Birch; 2014. s.
 48. Andel og antall barn med vedvarende lavinntekt. Barn med og uten innvandrerbakgrunn. To ulike lavinntektsdefinisjoner. 2006-2013. Statistisk sentralbyrå. [Oppdatert 23.10.2015]. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/flere-okonomisk-utsatte-barn?tabell=217201>.
 49. Christensen Ø mf. *Forskningskunnskap om barnevernets hjelpetiltak*. Bergen: Uni Research Helse, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU Vest); 2015.
 50. Næss Ø RM, Strand BH. *Sosial ulikhet i helse. En faktarapport*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2007. (2007:1).
 51. Kirkeberg MI EJ, Normann TM, . *Økonomi og levekår for ulike lavinntektsgrupper 2011*. Statistisk sentralbyrå; 2012. (8/2012).

Vedlegg

Vedlegg 1: Søkestrategi

Database: Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R) 1946 to Present
Dato: 30.10.2013 (oppdatert 02.03.2015)
Antall treff: 2559

#	Searches	Results
1	exp Socioeconomic Factors/	354047
2	health status disparities/	8689
3	Social Class/	32927
4	Hierarchy, Social/	1845
5	Vulnerable Populations/	6432
6	Social Conditions/	8629
7	Poverty/	27867
8	Health literacy/	2153
9	(socioeconomic* or socio-economic*).tw.	78242
10	(indigen* or unemployed or un-employed or unemployment or un-employment or low* income* or deprived or deprivation or disadvantaged or poverty or underprivileg* or under-privileg* or poor or (health adj2 (litera* or illitera*))).tw.	512487
11	or/1-10	852008
12	Minority Groups/	10786
13	Minority Health/	473
14	exp Ethnic Groups/	116694
15	"Emigrants and Immigrants"/	6683
16	Human Migration/	285

17	Refugees/	6950
18	(refugee* or immigrant* or foreign* or (asylum adj2 seek*) or ((ethnic* or racial) adj2 (group* or minorit* or difference or diversi* or disparit*))).tw.	126765
19	or/12-18	230822
20	risk factors/	604010
21	exp Mental Disorders/	994196
22	exp Substance-Related Disorders/	234323
23	Dangerous Behavior/	3219
24	exp Social Problems/	231033
25	Stress, Psychological/	91915
26	Mentally Ill Persons/	4381
27	or/20-26	1775976
28	exp Domestic Violence/	36566
29	Violence/	25361
30	exp Aggression/	29766
31	Battered Women/	2347
32	Battered Child Syndrome/	630
33	((domest* or home) adj2 (violence or violent or violat*)) or battering or battered or abuse or abusive or abused).tw.	102055
34	or/28-33	162544
35	11 or 19 or 27 or 34	2627082
36	exp Parents/	76674
37	Parenting/	11299
38	maternal behavior/	9506
39	paternal behavior/	1487
40	exp Child Rearing/	5779
41	(parent or parents or parental* or parenting or family or famili* or mother* or father* or mum* or dad* or step-father* or stepfather* or step-mother* or stepmother* or step-parent* or stepparent* or step-famil* or stepfamil* or (child* adj1 rear*) or (foster adj (famil* or carer))).tw.	1259979
42	or/36-41	1284774
43	Child, Preschool/	775140

44	exp Infant/	964841
45	((small or young) adj1 child*).tw.	42700
46	(age adj2 ("1" or "2" or "3" or "4" or "5" or "6" or "0" or one or two or three or four or five or six)).tw.	115407
47	(age adj2 (week* or month* or day*)).tw.	90643
48	(aged adj1 ("1" or "2" or "3" or "4" or "5" or "6" or "0" or one or two or three or four or five or six)).tw.	54149
49	(baby or babies or toddler* or infant* or newborn* or neonate*).tw.	479915
50	or/43-49	1621232
51	exp Child Development/	47772
52	Child Welfare/	19698
53	exp Parent-Child Relations/	47611
54	or/51-53	108805
55	Community Health Centers/	6097
56	Community Mental Health Centers/	2665
57	Community Health Services/	27495
58	Community Mental Health Services/	16875
59	Child Health Services/	17875
60	Child Guidance Clinics/	268
61	Maternal-Child Health Centers/	2196
62	Community Health Nursing/	18590
63	Public Health Nursing/	9679
64	Community Networks/	5754
65	exp Primary Health Care/	84375
66	general practice/	4824
67	family practice/	60381
68	Primary Prevention/	14800
69	Counseling/	28860
70	Directive Counseling/	1514
71	Child Guidance/	790
72	Health Communication/	788

73	Health Promotion/	56208
74	Healthy People Programs/	976
75	health education/	53101
76	consumer health information/	2118
77	health education, dental/	5744
78	patient education as topic/	72594
79	(Health adj2 (clinic* or station* or centre* or center*)).tw.	46258
80	(health visitor* or public health nurs* or home nurs* or home visit* or (general adj2 practi*) or GP).tw.	106243
81	((community or district or neighbo?rhood) adj2 nurs*).tw.	7224
82	(counsel* or guidance or advice*).tw.	173303
83	or/55-82	663260
84	35 and 42 and 50	82514
85	35 and 54	49996
86	35 and 42 and 83	38328
87	35 and 50 and 83	23724
88	or/84-87	153089
89	((systematic* adj2 (review* or search*)) or meta-analys*).tw. or (medline or pubmed or embase or cochrane or cinahl or psycinfo).ab. or meta-analysis.pt. or (review.pt. and exp Clinical trials as topic/)	270666
90	88 and 89	2559

Database: Embase 1974 to 2013 October 29 via Ovid

Dato: 30.10.2013 (oppdatert 03.03.2015)

Antall treff: 3567

#	Searches	Results
1	exp socioeconomic/	194718
2	health disparity/	9339
3	lowest income group/	17082

4	social class/	27419
5	social dominance/	5645
6	vulnerable population/	8379
7	social status/	57150
8	health literacy/	3749
9	poverty/	33069
10	(socioeconomic* or socio-economic*).tw.	93608
11	(indigen\$ or unemployed or un-employed or unemployment or un-employment or low\$ income\$ or deprived or deprivation or disadvantaged or poverty or underprivileg\$ or under-privileg\$ or poor or (health adj2 (litera* or illitera*))).tw.	668962
12	or/1-11	909327
13	minority group/	11947
14	minority health/	421
15	"ethnic and racial groups"/	7447
16	exp ethnic group/	83564
17	ethnic difference/	25929
18	ethnicity/	38674
19	migration/	34147
20	immigration/	4744
21	refugee/	7980
22	(refugee* or immigrant* or foreign* or (asylum adj2 seek*) or ((ethnic* or racial) adj2 (group* or minorit* or difference or diversi* or disparit*))).tw.	148387
23	or/13-22	296323
24	risk factor/	687500
25	high risk behavior/	17883
26	high risk population/	83161

27	exp mental disease/	1666032
28	exp addiction/	238769
29	exp social problem/	747525
30	mental stress/	62626
31	mental patient/	20332
32	or/24-31	2726467
33	exp domestic violence/	44914
34	violence/	37268
35	aggression/	44715
36	battering/	380
37	battered child syndrome/	1053
38	verbal hostility/	1050
39	((domest* or home) adj2 (violence or violent or violat*)) or battering or battered or abuse or abusive or abused).tw.	130424
40	or/33-39	216852
41	12 or 23 or 32 or 40	3648582
42	exp parent/	175651
43	exp child parent relation/	69931
44	parental behavior/	8864
45	child rearing/	6564
46	exp family attitude/	8523
47	(parent or parents or parental* or parenting or family or famili* or mother* or father* or mum* or dad* or step-father* or stepfather* or step-mother* or stepmother* or step-parent* or stepparent* or step-famil* or stepfamil* or (child* adj1 rear*) or (foster adj (famil* or carer))).tw.	1788624
48	or/42-47	1846942
49	preschool child/	506501

50	newborn/	491035
51	exp infant/	906247
52	toddler/	1975
53	((small or young) adj1 child*).tw.	52506
54	(age adj2 ("1" or "2" or "3" or "4" or "5" or "6" or "0" or one or two or three or four or five or six)).tw.	162944
55	(age adj2 (week* or month* or day*)).tw.	111702
56	(aged adj1 ("1" or "2" or "3" or "4" or "5" or "6" or "0" or one or two or three or four or five or six)).tw.	68640
57	(baby or babies or toddler* or infant* or newborn* or neonate*).tw.	574634
58	or/49-57	1617371
59	child development/	39529
60	postnatal development/	17845
61	child welfare/	16195
62	child parent relation/	41806
63	father child relation/	3261
64	mother child relation/	20020
65	or/59-64	128401
66	health center/	24414
67	community care/	49863
68	mental health service/	46479
69	child health care/	32399
70	community mental health center/	2961
71	exp community health nursing/	25795
72	exp primary health care/	117474
73	general practice/	72692

74	primary prevention/	29974
75	counseling/	44603
76	directive counseling/	683
77	family counseling/	5941
78	parent counseling/	3667
79	medical information/	55156
80	health promotion/	74971
81	health education/	82613
82	breast feeding education/	1514
83	dental health education/	5409
84	nutrition education/	2830
85	parenting education/	747
86	patient education/	91302
87	consumer health information/	2650
88	(Health adj2 (clinic* or station* or centre* or center*)).tw.	57247
89	(health visitor* or public health nurs* or home nurs* or home visit* or (general adj2 practi*) or GP).tw.	135456
90	((community or district or neighbo?rhood) adj2 nurs*).tw.	7926
91	(counsel* or guidance or advice*).tw.	236798
92	or/66-91	957992
93	41 and 48 and 58	92890
94	41 and 65	56373
95	41 and 48 and 92	59236
96	41 and 58 and 92	27121
97	or/93-96	186162

98	((systematic* adj2 (review* or search*)) or meta-analys*).tw. or (medline or pubmed or embase or cochrane or cinahl or psycinfo).ab. or systematic review/ or meta analysis/	267548
99	97 and 98	3567

Database: PsycINFO 1806 to October Week 4 2013 via Ovid
Dato: 30.10.2013 (oppdatert 04.03.2015)
Antall treff: 2275

#	Searches	Results
1	exp socioeconomic status/	40899
2	exp socioeconomic class attitudes/	806
3	health disparities/	4241
4	dominance hierarchy/	1964
5	social structure/	5361
6	disadvantaged/	6469
7	health literacy/	1427
8	poverty/	6806
9	(socioeconomic* or socio-economic*).tw.	45555
10	(indigen* or unemployed or un-employed or unemployment or un-employment or low* income* or deprived or deprivation or disadvantaged or poverty or underprivileg* or under-privileg* or poor or (health adj2 (litera* or illitera*))).tw.	154103
11	or/1-10	214982
12	minority groups/	11462
13	exp "racial and ethnic groups"/	101178
14	ethnic identity/	12474
15	"racial and ethnic differences"/	28319
16	immigration/	16080

17	human migration/	4852
18	refugees/	3871
19	(refugee* or immigrant* or foreign* or (asylum adj2 seek*) or ((ethnic* or racial) adj2 (group* or minorit* or difference or diversi* or disparit*))).tw.	67688
20	or/12-19	171624
21	risk factors/	53957
22	at risk populations/	31896
23	exp mental disorders/	471503
24	behavior disorders/	8497
25	exp drug abuse/	92814
26	addiction/	7194
27	alcoholism/	26010
28	drug addiction/	9880
29	exp social issues/	143308
30	psychological stress/	7811
31	or/21-30	736808
32	violence/	24247
33	domestic violence/	9382
34	intimate partner violence/	4630
35	exposure to violence/	318
36	partner abuse/	4477
37	battered females/	2932
38	exp child abuse/	24122
39	emotional abuse/	2092
40	physical abuse/	5174

41	verbal abuse/	388
42	aggressive behavior/	21439
43	((domest* or home) adj2 (violence or violent or violat*)) or battering or battered or abuse or abusive or abused).tw.	114184
44	or/32-43	158920
45	11 or 20 or 31 or 44	1053502
46	exp parents/	75435
47	exp parenting/	78194
48	childrearing attitudes/	1729
49	exp parental characteristics/	32442
50	parental investment/	1081
51	(parent or parents or parental* or parenting or family or famili* or mother* or father* or mum* or dad* or step-father* or stepfather* or step-mother* or stepmother* or step-parent* or stepparent* or step-famil* or stepfamil* or (child* adj1 rear*) or (foster adj (famil* or carer))).tw.	538920
52	or/46-51	544076
53	("100" or "120" or "140" or "160").ag.	439084
54	((small or young) adj1 child*).tw.	32896
55	(age adj2 ("1" or "2" or "3" or "4" or "5" or "6" or "0" or one or two or three or four or five or six)).tw.	30056
56	(age adj2 (week* or month* or day*)).tw.	11256
57	(aged adj1 ("1" or "2" or "3" or "4" or "5" or "6" or "0" or one or two or three or four or five or six)).tw.	24640
58	(baby or babies or toddler* or infant* or newborn* or neonate*).tw.	87263
59	or/53-58	507950
60	exp childhood development/	78442
61	exp child welfare/	6844

62	parent child relations/	24098
63	father child relations/	4173
64	mother child relations/	18687
65	or/60-64	123858
66	exp community services/	27029
67	community mental health centers/	2571
68	exp community mental health services/	6764
69	child guidance clinics/	676
70	public health service nurses/	533
71	primary health care/	13595
72	general practitioners/	5008
73	family medicine/	1077
74	family physicians/	1410
75	primary mental health prevention/	2241
76	exp counseling/	68767
77	child guidance/	354
78	health promotion/	17184
79	exp health education/	15210
80	health knowledge/	5978
81	client education/	3211
82	family life education/	252
83	(Health adj2 (clinic* or station* or centre* or center*)).tw.	17129
84	(health visitor* or public health nurs* or home nurs* or home visit* or (general adj2 practi*) or GP).tw.	18079
85	((community or district or neighbo?rhood) adj2 nurs*).tw.	1743

86	(counsel* or guidance or advice*).tw.	142550
87	or/66-86	269891
88	45 and 52 and 59	70336
89	45 and 65	38350
90	45 and 52 and 87	26685
91	45 and 59 and 87	11654
92	or/88-91	112456
93	((systematic* adj2 (review* or search*)) or meta-analys* or search*).tw. or (medline or pubmed or embase or cochrane or cinahl).ab.	93796
94	meta analysis/	3685
95	(systematic review or meta analysis).md.	23389
96	or/93-95	96410
97	92 and 96	2275

Database: Cinahl via EBSCOhost
Dato: 30.10.2013 (oppdater 04.03.2015)
Antall treff: 1520

#	Query	Results
S1	(MH "Socioeconomic Factors+")	182,935
S2	(MH "Health Status Disparities")	1,666
S3	(MH "Social Dominance")	244
S4	(MH "Special Populations")	2,702
S5	(MH "Poverty+")	14,019
S6	TI ((socioeconomic* or socio-economic*)) OR AB ((socioeconomic* or socio-economic*))	16,835
S7	TI ((indigen* or unemployed or un-employed or unemployment or un-employment or low* income* or deprived or deprivation or disadvantaged or poverty or underprivileg* or under-priv-	73,199

	ileg* or poor or (health N2 (litera* or illitera*))) OR AB ((indigen* or unemployed or un-employed or unemployment or un-employment or low* income* or deprived or deprivation or disadvantaged or poverty or underprivileg* or under-privileg* or poor or (health N2 (litera* or illitera*))))	
S8	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7	244,587
S9	(MH "Minority Groups")	6,639
S10	(MH "Ethnic Groups+")	75,691
S11	(MH "Emigration and Immigration")	3,556
S12	(MH "Immigrants+")	7,627
S13	(MH "Refugees")	3,281
S14	TI ((refugee* or immigrant* or foreign* or (asylum N2 seek*) or ((ethnic* or racial) N2 (group* or minorit* or difference or diversi* or disparit*)))) OR AB ((refugee* or immigrant* or foreign* or (asylum N2 seek*) or ((ethnic* or racial) N2 (group* or minorit* or difference or diversi* or disparit*))))	23,154
S15	S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14	96,529
S16	(MH "Risk Factors")	66,442
S17	(MH "Mental Disorders+")	261,373
S18	(MH "Substance Use Disorders+")	77,427
S19	(MH "Risk Taking Behavior")	10,655
S20	(MH "Social Problems+")	148,845
S21	(MH "Stress, Psychological+")	39,668
S22	(MH "Psychiatric Patients")	7,367
S23	S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22	447,300
S24	(MH "Domestic Violence+")	23,498
S25	(MH "Violence")	9,127
S26	(MH "Aggression+")	41,351
S27	(MH "Battered Women")	2,615

S28	TI ((((domest* or home) N2 (violence or violent or violat*)) or battering or battered or abuse or abusive or abused) OR AB ((((domest* or home) N2 (violence or violent or violat*)) or battering or battered or abuse or abusive or abused))	30,483
S29	S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28	58,033
S30	S8 OR S15 OR S23 OR S29	687,855
S31	(MH "Parents+")	45,083
S32	(MH "Parenting")	7,720
S33	(MH "Maternal Behavior")	1,454
S34	(MH "Paternal Behavior")	132
S35	(MH "Parental Behavior")	570
S36	(MH "Child Rearing+")	3,683
S37	(MH "Family Attitudes+")	13,463
S38	TI ((parent or parents or parental* or parenting or family or famili* or mother* or father* or mum* or dad* or step-father* or stepfather* or step-mother* or stepmother* or step-parent* or stepparent* or step-famil* or stepfamil* or (child* N1 rear*) or (foster N1 (famil* or carer)))) OR AB ((parent or parents or parental* or parenting or family or famili* or mother* or father* or mum* or dad* or step-father* or stepfather* or step-mother* or stepmother* or step-parent* or stepparent* or step-famil* or stepfamil* or (child* N1 rear*) or (foster N1 (famil* or carer))))	173,863
S39	S31 OR S32 OR S33 OR S34 OR S35 OR S36 OR S37 OR S38	196,699
S40	(MH "Child, Preschool")	95,817
S41	(MH "Infant+")	124,344
S42	TI (((small or young) N1 child*)) OR AB (((small or young) N1 child*))	11,044
S43	TI ((age N2 ("1" or "2" or "3" or "4" or "5" or "6" or "0" or one or two or three or four or five or six))) OR AB ((age N2 ("1" or "2" or "3" or "4" or "5" or "6" or "0" or one or two or three or four or five or six)))	22,760
S44	TI ((age N2 (week* or month* or day*))) OR AB ((age N2 (week* or month* or day*)))	8,509
S45	TI ((aged N1 ("1" or "2" or "3" or "4" or "5" or "6" or "0" or one or two or three or four or five or six))) OR AB ((aged N1 ("1" or "2" or "3" or "4" or "5" or "6" or "0" or one or two or three or four or five or six)))	9,684

S46	TI ((baby or babies or toddler* or infant* or newborn* or neonate*)) OR AB ((baby or babies or toddler* or infant* or newborn* or neonate*))	65,779
S47	S40 OR S41 OR S42 OR S43 OR S44 OR S45 OR S46	212,427
S48	(MH "Child Development")	10,164
S49	(MH "Child Welfare")	9,270
S50	(MH "Parent-Child Relations+")	15,299
S51	S48 OR S49 OR S50	32,985
S52	(MH "Community Health Centers")	2,896
S53	(MH "Community Health Services")	11,586
S54	(MH "Community Mental Health Services")	6,143
S55	(MH "Child Health Services")	4,970
S56	(MH "Community Health Nursing+")	22,305
S57	(MH "Community Networks")	1,358
S58	(MH "Primary Health Care")	31,214
S59	(MH "Family Practice")	10,756
S60	(MH "Counseling")	14,211
S61	(MH "Health Promotion+")	33,504
S62	(MH "Health Education")	14,275
S63	(MH "Consumer Health Information")	8,370
S64	(MH "Dental Health Education")	287
S65	(MH "Parenting Education")	1,758
S66	(MH "Patient Education")	40,004
S67	TI ((Health N2 (clinic* or station* or centre* or center*))) OR AB ((Health N2 (clinic* or station* or centre* or center*)))	15,942
S68	TI ((health visitor* or public health nurs* or home nurs* or home visit* or (general N2 practi* or GP)) OR AB ((health visitor* or public health nurs* or home nurs* or home visit* or (general N2 practi* or GP))	37,337

S69	TI (((community or district or neighbo#rhood) N2 nurs*)) OR AB (((community or district or neighbo#rhood) N2 nurs*))	9,245
S70	TI ((counsel* or guidance or advice*)) OR AB ((counsel* or guidance or advice*))	50,425
S71	S52 OR S53 OR S54 OR S55 OR S56 OR S57 OR S58 OR S59 OR S60 OR S61 OR S62 OR S63 OR S64 OR S65 OR S66 OR S67 OR S68 OR S69 OR S70	254,713
S72	S30 AND S39 AND S47	22,178
S73	S30 AND S51	16,070
S74	S30 AND S39 AND S71	14,777
S75	S30 AND S47 AND S71	7,312
S76	S72 OR S73 OR S74 OR S75	46,689
S77	(MH "Meta Analysis")	16,175
S78	(MH "Systematic Review")	22,865
S79	TI ((systematic N2 review* or systematic N2 search* or meta-analys* or metanalys* or metaanalys* or review*)) OR AB ((systematic N2 review* or systematic N2 search* or meta-analys* or metanalys* or metaanalys*))	102,060
S80	S77 OR S78 OR S79	111,643
S81	S76 AND S80	1,520

Database: Cochrane Reviews (Reviews and Protocols), Other Reviews and Technology Assessments via The Cochrane Library

Dato: 30.10.2013 (oppdatert 04.03.2015)

Antall treff: 449

ID	Search	Hits
#1	MeSH descriptor: [Socioeconomic Factors] explode all trees	6837
#2	MeSH descriptor: [Health Status Disparities] this term only	86
#3	MeSH descriptor: [Social Class] this term only	491
#4	MeSH descriptor: [Hierarchy, Social] this term only	11
#5	MeSH descriptor: [Vulnerable Populations] this term only	148
#6	MeSH descriptor: [Social Conditions] this term only	19
#7	MeSH descriptor: [Health Literacy] this term only	121
#8	MeSH descriptor: [Poverty] this term only	872

#9	(socioeconomic* or socio-economic*):ti,ab,kw	4199
#10	(indigen* or unemployed or un-employed or unemployment or un-employment or low* next income* or deprived or deprivation or disadvantaged or poverty or underprivileg* or under-privileg* or poor or (health near/2 (litera* or illitera*))) :ti,ab,kw	23634
#11	#1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10	30106
#12	MeSH descriptor: [Minority Groups] this term only	271
#13	MeSH descriptor: [Minority Health] this term only	11
#14	MeSH descriptor: [Ethnic Groups] explode all trees	3011
#15	MeSH descriptor: [Emigrants and Immigrants] this term only	97
#16	MeSH descriptor: [Human Migration] this term only	0
#17	MeSH descriptor: [Refugees] this term only	73
#18	(refugee* or immigrant* or foreign* or (asylum near/2 seek*) or ((ethnic* or racial) near/2 (group* or minorit* or difference or diversi* or disparit*))) :ti,ab,kw	3826
#19	#12 or #13 or #14 or #15 or #16 or #17 or #18	5961
#20	MeSH descriptor: [Risk Factors] this term only	20426
#21	MeSH descriptor: [Mental Disorders] explode all trees	44926
#22	MeSH descriptor: [Substance-Related Disorders] explode all trees	9755
#23	MeSH descriptor: [Dangerous Behavior] this term only	38
#24	MeSH descriptor: [Social Problems] explode all trees	3490
#25	MeSH descriptor: [Stress, Psychological] this term only	3684
#26	MeSH descriptor: [Mentally Ill Persons] this term only	38
#27	#20 or #21 or #22 or #23 or #24 or #25 or #26	68944
#28	MeSH descriptor: [Domestic Violence] explode all trees	708
#29	MeSH descriptor: [Violence] this term only	411
#30	MeSH descriptor: [Aggression] explode all trees	882
#31	MeSH descriptor: [Battered Women] this term only	62
#32	MeSH descriptor: [Battered Child Syndrome] this term only	0
#33	((domest* or home) near/2 (violence or violent or violat*)) or battering or battered or abuse or abusive or abused):ti,ab,kw	6042
#34	#28 or #29 or #30 or #31 or #32 or #33	7108
#35	#11 or #19 or #27 or #34	99669
#36	MeSH descriptor: [Maternal Behavior] this term only	210
#37	MeSH descriptor: [Paternal Behavior] this term only	21
#38	MeSH descriptor: [Child Rearing] explode all trees	101
#39	MeSH descriptor: [Parents] explode all trees	2783
#40	MeSH descriptor: [Parenting] this term only	688

#41	(parent or parents or parental* or parenting or family or famili* or mother* or father* or mum* or dad* or step-father* or stepfather* or step-mother* or stepmother* or step-parent* or stepparent* or step-famil* or stepfamil* or (child* near/1 rear*) or (foster next (famil* or carer))):ti,ab,kw	36439
#42	#36 or #37 or #38 or #39 or #40 or #41	36484
#43	MeSH descriptor: [Child, Preschool] this term only	67
#44	MeSH descriptor: [Infant] explode all trees	13422
#45	((small or young) near/1 child*):ti,ab,kw	2960
#46	(age near/2 (1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 0 or one or two or three or four or five or six)):ti,ab,kw	18810
#47	(age near/2 (week* or month* or day*)):ti,ab,kw	5042
#48	(aged near/1 (1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 0 or one or two or three or four or five or six)):ti,ab,kw	8575
#49	(baby or babies or toddler* or infant* or newborn* or neonate*):ti,ab,kw	43228
#50	#43 or #44 or #45 or #46 or #47 or #48 or #49	66352
#51	MeSH descriptor: [Child Development] explode all trees	1723
#52	MeSH descriptor: [Child Welfare] this term only	318
#53	MeSH descriptor: [Parent-Child Relations] explode all trees	1327
#54	#51 or #52 or #53	3158
#55	MeSH descriptor: [Community Health Centers] this term only	162
#56	MeSH descriptor: [Community Mental Health Centers] this term only	94
#57	MeSH descriptor: [Community Health Services] this term only	882
#58	MeSH descriptor: [Community Mental Health Services] this term only	659
#59	MeSH descriptor: [Child Health Services] this term only	337
#60	MeSH descriptor: [Child Guidance Clinics] this term only	1
#61	MeSH descriptor: [Maternal-Child Health Centers] this term only	44
#62	MeSH descriptor: [Community Health Nursing] this term only	375
#63	MeSH descriptor: [Public Health Nursing] this term only	72
#64	MeSH descriptor: [Community Networks] this term only	133
#65	MeSH descriptor: [Primary Health Care] explode all trees	3990
#66	MeSH descriptor: [General Practice] this term only	202
#67	MeSH descriptor: [Family Practice] this term only	2136
#68	MeSH descriptor: [Primary Prevention] this term only	849
#69	MeSH descriptor: [Counseling] this term only	3009
#70	MeSH descriptor: [Directive Counseling] this term only	275
#71	MeSH descriptor: [Child Guidance] this term only	9
#72	MeSH descriptor: [Health Communication] this term only	49
#73	MeSH descriptor: [Health Promotion] this term only	3992
#74	MeSH descriptor: [Healthy People Programs] this term only	16

#75	MeSH descriptor: [Health Education] this term only	3044
#76	MeSH descriptor: [Consumer Health Information] this term only	81
#77	MeSH descriptor: [Health Education, Dental] this term only	232
#78	MeSH descriptor: [Patient Education as Topic] this term only	6723
#79	(Health near/2 (clinic* or station* or centre* or center*)):ti,ab,kw	4035
#80	(health next visitor* or public next health next nurs* or home next nurs* or home next visit* or (general near/2 practi*) or GP):ti,ab,kw	9833
#81	((community or district or neighbo*hood) near/2 nurs*):ti,ab,kw	711
#82	(counsel* or guidance or advice*):ti,ab,kw	15282
#83	#55 or #56 or #57 or #58 or #59 or #60 or #61 or #62 or #63 or #64 or #65 or #66 or #67 or #68 or #69 or #70 or #71 or #72 or #73 or #74 or #75 or #76 or #77 or #78 or #79 or #80 or #81 or #82	42405
#84	#35 and #42 and #50	2935
#85	#35 and #54	1426
#86	#35 and #42 and #83	3326
#87	35 and #50 and #83	1426
#88	#84 or #85 or #86 or #87 in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols), Other Reviews and Technology Assessments	449

Database: Science Citation Index Expanded (SCI-EXPANDED) --1975-present;
Social Sciences Citation Index (SSCI) --1975-present

Dato: 30.10.2013 (opdatert 04.03.2015)

Antall treff: 2089

Nr.	Search	Hits
#1	TS=((socioeconomic* OR socio-economic*) OR (indigen* OR unemployed OR un-employed OR unemployment OR un-employment OR low* income* OR deprived OR deprivation OR disadvantaged OR poverty OR underprivileg* OR under-privileg* OR poor OR (health NEAR/2 (litera* OR illitera*))))	810,278
#2	TS=(refugee* OR immigrant* OR foreign* OR (asylum NEAR/2 seek*) OR ((ethnic* OR racial) NEAR/2 (group* OR minorit* OR difference OR diversi* OR disparit*)))	215,311
#3	TS=(risk* OR vulnerable OR ((mental* OR psychiatric* OR psycholog* OR substance* OR drug*) NEAR/2 (disorder* OR problem* OR disease* OR diagnos*)))	1,860,600
#4	TS=(((domest* OR home) NEAR/2 (violence OR violent OR violat*)) OR battering OR battered OR abuse OR abusive OR abused OR agressi*)	139,065
#5	#1 OR #2 OR #3 OR #4	2,763,613

#6	TS=(parent OR parents OR parental* OR parenting OR family OR famili* OR mother* OR father* OR mum* OR dad* OR step-father* OR stepfather* OR step-mother* OR stepmother* OR step-parent* OR stepparent* OR step-famil* OR stepfamil* OR (child* NEAR/1 rear*) OR (foster NEAR/1 (famil* OR carer)))	1,563,176
#7	TS=((small OR young) NEAR/1 child*) OR (age NEAR/2 ("1" OR "2" OR "3" OR "4" OR "5" OR "6" OR "0" OR one OR two OR three OR four OR five OR six)) OR (age NEAR/2 (week* OR month* OR day*)) OR (aged NEAR/1 ("1" OR "2" OR "3" OR "4" OR "5" OR "6" OR "0" OR one OR two OR three OR four OR five OR six)) OR (baby OR babies OR toddler* OR infant* OR newborn* OR neonate*))	882,704
#8	TS=((health NEAR/2 (clinic* OR station* OR centre* OR center*)) OR (health visitor* OR public health nurs* OR home nurs* OR home visit* OR (general NEAR/2 practi*) OR GP) OR ((community OR district OR neighbo*) NEAR/2 nurs*) OR (counsel* OR guidance OR advice*))	355,775
#9	#5 AND #6 AND #7	60,135
#10	#5 AND #6 AND #8	22,267
#11	#5 AND #7 AND #8	13,246
#12	#9 OR #10 OR #11	83,296
#13	TS=("systematic review*" OR "systematically review*" OR medline OR pubmed OR psycinfo OR cinahl OR "meta-analys*" OR "meta analys*" OR hta OR "technology assessment*")	169,774
#14	#12 AND #13	2,089

Vedlegg 2: Sjekkliste for vurdering av metodisk kvalitet

Table a: Checklist for reviewing the methodological quality of systematic reviews

Sjekkliste for systematiske oversikter*		Ja	Uklart	Nei
1	Beskriver forfatterne klart hvilke metoder de brukte for å finne primærstudiene?			
Kommentar				
2	Ble det utført et tilfredsstillende litteratursøk? (bruk hjelpespørsmål på neste side for å besvare dette spørsmålet)			
Kommentar				
3	Beskriver forfatterne hvilke kriterier som ble brukt for å bestemme hvilke studier som skulle inkluderes (studiedesign, deltakere, tiltak, ev. endepunkter)?			
Kommentar				
4	Ble det sikret mot systematiske skjevheter (bias) ved seleksjon av studier (eksplisitte seleksjonskriterier brukt, vurdering gjort av flere personer uavhengig av hverandre)?			
Kommentar				
5	Er det klart beskrevet et sett av kriterier for å vurdere intern validitet?			
Kommentar				
6	Er validiteten til studiene vurdert (enten ved inklusjon av primærstudier eller i analysen av primærstudier) ved bruk av relevante kriterier?			
Kommentar				
7	Er metodene som ble brukt da resultatene ble sammenfattet, klart beskrevet?			
Kommentar				
8	Ble resultatene fra studiene sammenfattet på forsvarlig måte?			
Kommentar				
9	Er forfatternes konklusjoner støttet av data og/eller analysen som er rapportert i oversikten?			
Kommentar				
10	Hvordan vil du rangere den vitenskapelige kvaliteten i denne oversikten?			
Kommentar				

*Basert på EPOC Checklist for Refereeing Protocols for Reviews. EPOC, Effective Practice and Organisation of Care group, Guide for review authors. www.epoc.cochrane.org

Table b: Authors' judgment of the methodological quality items for each of the systematic reviews considered for final inclusion (n=18).

Study First author	Question (number) from checklist									10: Quality
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Barlow 2015	+	+	+	+	+	+	+	+	+	High
Bee 2014	+	+	+	+	+	+	+	+	+	High
Bilukha 2005	+	+	?	÷	?	÷	?	+	+	Deficient
Coren 2010	+	+	+	+	+	+	+	+	+	High
Cuijpers 2015	+	+	+	?	+	+	+	+	+	High
Fraser 2006	÷	÷	+	?	+	+	÷	?	+	Deficient
Fraser 2013	+	+	+	+	+	+	+	+	+	High
Irving 2007 ³	+	+	+	+	+	+	+	+	+	High
Johnson 2008	+	+	+	?	÷	÷	?	+	+	Deficient
Lucas 2008	+	+	+	+	+	+	+	+	+	High
MacLeod 2000	+	+	+	?	÷	÷	?	?	+	Deficient
Niccols 2012a	+	+	+	?	+	+	÷	?	+	Medium
Niccols 2012b	+	+	+	?	+	+	÷	+	+	Medium
Peacock 2013	+	+	+	+	+	+	+	+	+	High
Piquero 2008	+	+	+	?	÷	÷	+	+	+	Deficient
Selph 2013	+	÷	+	?	+	?	+	+	+	Medium
Turnbull 2012	+	+	+	+	+	+	+	+	+	High
Wilson 2013	+	+	+	?	+	+	÷	?	+	Medium

+ Yes
 ? Unclear
 ÷ No

³ Irving and colleagues did not find any studies that meet the inclusion criteria.

Vedlegg 3: GRADE-tabeller

List of tables:

Table 3: GRADE evidence profiles from the systematic review by Cuijpers et al. 2015

(Psychotherapy for depressed mothers)

Table 3a: Mental health of the children

Table 3b: Depression in mothers

Table 3c: Mother-child relationship

Table 3d: Parenting/marital distress

Table 4: GRADE evidence profiles from the systematic review by Bee et al. 2014.

(Psychological, psychoeducational, psychosocial interventions for parents with severe mental illness)

Table 4a: Children's emotional well-being, Parental mental health, Quality of parent-child interactions

Table 5: GRADE evidence profiles from the systematic review by Barlow et al. 2015 (Parent-infant psychotherapy)

Table 5a: Parent mental health: depression

Table 5b: Parent mental health and Parent-infant interaction

Table 5c: Parent-infant interaction

Table 5d: Infant attachment categories (control: Standard care)

Table 5e: Infant behavior and development (control: Standard care)

Table 5f: Infant attachment categories (control: other intervention)


Table 5g: Infant behavior and development (control: other intervention)

Table 6: GRADE evidence profiles from the systematic review by Fraser 2013 (Parenting interventions)

Table 6a: Childs behaviour and mental health, child-caregiver relationship
Table 6b: Childs behaviour and mental health, child-caregiver relationship
Table 6c: Childs behaviour and mental health, child-caregiver relationship (fosterparents)
Table 6d: Childs behaviour and mental health, child-caregiver relationship (fosterparents)
Table 7: GRADE evidence profiles from the systematic review by Coren et al. 2010 (Parenting interventions)
Table 7a: maternal-child interaction
Table 7b: Health comprehension
Table 7c: Recognising dangers
Table 8: GRADE evidence profiles from the systematic review by Peacock et al. 2013 (Home visits)
Table 8a: Child abuse and neglect
Table 8b: Psychomotor and Cognitive Development
Table 8c: Child behaviour
Table 8d: Language Development
Table 8e: Hospitalizations, illness or injuries
Table 9: GRADE evidence profiles from the systematic review by Turnbull et al. 2012 (Home visits)
Table 9a: Continued use of drug/alcohol
Table 9b: Breatfeeding/vaccination
Table 9c: Child outcomes
Table 9d: Outcomes related to neglect

Table 3a

Systematic review: Cuijpers 2015


Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Psychotherapy	control	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Mental health of the children (assessed with: Different scales)												
5	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious	serious ²	none	249	146	-	SMD 0.4 more (0.22 more to 0.59 more)	 LOW ¹²	

MD – mean difference, RR – relative risk

1. Stor risiko for skjevhet pga studiedeign (randomiseringsprosefyrer, allokering og binding) i to av studiene. Moderat risiko for skjevhet pga studiedesign i to andre studier (randomiseringsprosedyrer og allokering)
2. Små studier og brede konfidensintervaller

Table 3b

Systematic review: Cuijpers 2015

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Psychotherapy	control	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Depression in mothers												
9	randomised trials	serious ¹²	not serious ³	not serious	serious ⁴	none	329	224	-	SMD 0.66 more (0.46 more to 0.87 more)	 LOW ¹²³⁴	


MD – mean difference, RR – relative risk

1. Some risk of bias due to limitations in studydesign i all but two studies
2. No explanation was provided

- 3. Medium heterogeneity based in I2 (35%)
- 4. Small studies

Table 3c

Systematic review: Cuijpers 2015


Quality assessment							№ of patients		Effect		Quality	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Psychotherapy	control	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Mother-child relationship												
5	randomised trials	serious ^{1,2}	not serious	not serious	serious ¹	none	130	83	-	SMD 0.35 more (0.17 more to 0.52 more)	 LOW ^{1,2,3}	

MD – mean difference, RR – relative risk

- 1. Four of five studies had limitations to studydesign
- 2. No explanation was provided
- 3. Small studies

Table 3d

Systematic review: Cuijpers 2015

Quality assessment							№ of patients		Effect		Quality	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Psychotherapy	control	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Parenting/marital distress												
5	randomised trials	serious ¹	serious ²	not serious	serious ¹	none	132	87	-	SMD 0.67 more (0.3 more to 1.04 more)	 VERY LOW ^{1,2,3}	

MD – mean difference, RR – relative risk

1. Risk of bias due to study design in four of five studies
2. Heterogeneity in results (I²=51%)
3. Small studies

Table 4a

Systematic review: Bee 2014



Quality assessment							№ of patients		Effect		Quality	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	psychological or psykosocial interventions	standard care	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Children's emotional well-being (follow up: 6 months)												
6	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious	serious ²	none			-	SMD 0.06 more (0.2 fewer to 0.33 more)	⊕⊕○○ LOW ^{1,2}	
Parental mental health (follow up: 6 months; assessed with: Different scales)												
17	randomised trials	serious ³	serious ⁴	not serious	serious ²	none			-	SMD 0.73 more (0.51 more to 0.94 more)	⊕○○○ VERY LOW ^{2,3,4}	
Quality of parent-child interactions (follow up: 6 months; assessed with: Different scales)												
6	randomised trials	serious ⁵	serious ⁶	not serious	serious ²	none			-	SMD 0.67 more (0.32 more to 1.02 more)	⊕○○○ VERY LOW ^{2,5,6}	

MD – mean difference, RR – relative risk

1. All studies had risk of bias. Five studies had risk of bias due to not reporting or lack of allocation, blinding and attrition. One study had risk of bias due to unclarity of blinding and attrition
2. Small studies and some large confidence intervals
3. All studies, but one, had risk of bias due to study design. Thirteen studies had unclear risk of bias, and three studies had high risk of bias due to study design.
4. Heterogeneity in results. I²=67,8%
5. Two studies had high risk of bias due to study design, four had unclear risk of bias.
6. Heterogeneity in results. I²=50

Table 5a

Systematic review: Barlow 2015



Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Parent-infant psychotherapy (PIP)	control	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Parent mental health: depression (dichotomous data) (follow up: range 1-60 months to; assessed with: Ulike målemetoder, bla Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS))												
3	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious	serious ²	none	41/122 (33.6%)	73/156 (46.8%)	RR 0.74 (0.52 to 1.04)	122 fewer per 1000 (from 19 more to 225 fewer)	 LOW ^{1,2}	
Parent mental health: depression (continuous data) (follow up: range 1-60 months to; assessed with: Ulike målemetoder, bla EPDS)												
4	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious	serious ²	none	163	193	-	SMD 0.22 fewer (0.46 fewer to 0.02 more)	 LOW ^{1,2}	

MD – mean difference, RR – relative risk

1. Noe risiko for skjevhet grunnet studiedesign: randomisering og allokering og vansker med å blinde personell og mottaker av tiltak

Table 5b

Systematic review: Barlow 2015

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Parent-infant psychotherapy	other (psychoeducational or alternative) parenting intervention (non-PIP)	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Parent mental health: depression: post intervention (assessed with: Beck Depression Inventory (BDI))												
2	randomised trials	serious ¹	serious ²	not serious	serious ³	none	53	119	-	SMD 0.23 more (0.49 fewer to 0.95 more)	 VERY LOW ^{1,2,3}	
Parent mental health: depression: follow up (follow up: 6-60 months; assessed with: BDI)												
2	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious	serious ³	none	50	110	-	SMD 0.13 more (0.23 fewer to 0.5 more)	 LOW ^{1,3}	

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Parent-infant psychotherapy	other (psychoeducational or alternative) parenting intervention (non-PIP)	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Parent-infant interaction: maternal sensitivity: post intervention (assessed with: Different scales: CARE-index, EAS, PCERA)												
3	randomised trials	serious ⁴	serious ²	not serious	serious ¹	none	97	151	-	SMD 0.2 more (0.27 fewer to 0.66 more)	⊕○○○ VERY LOW ^{2,3,4}	
Parent-infant interaction: maternal sensitivity: follow up (follow up: mean 6 months)												
2	randomised trials	serious ⁴	serious ²	not serious	serious ¹	none	73	60	-	SMD 0.05 more (0.69 fewer to 0.8 more)	⊕○○○ VERY LOW ^{2,3,4}	

MD – mean difference, RR – relative risk

1. Risiko for skjevhet knyttet til studiedesign: randomisering, allokering og vansker med å blinde personell eller mottakere av tiltak og kontroll.
2. Stor heterogenitet mellom resultatene i studiene basert på I2
3. Små studier
4. Risiko for skjevhet knyttet til studiedesign: randomisering, allokering og vansker med å blinde personell eller mottakere av tiltak og kontroll. I tillegg var det noe uklarhet rundt rapportering av data i den ene studien

Tabell 5c

Systematic review: Barlow 2015

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Parent-infant psychotherapy	control	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Parent-infant interaction: maternal sensitivity (follow up: range 1-60 months to)												
4	randomised trials	not serious	serious ¹	not serious	serious ²	none	140	143	-	SMD 0.13 fewer (0.64 fewer to 0.38 more)	⊕⊕○○ LOW ^{1,2}	
Parent-infant interaction: child involvement (follow up: range 2-6 months to)												
2	randomised trials	not serious	not serious	not serious	serious ²	none	89	74	-	SMD 0.01 fewer (0.32 fewer to 0.3 more)	⊕⊕⊕○ MODERATE ²	
Parent-infant interaction: parent positive engagement (follow up: range 1-6 months to)												

Quality assessment							Nø of patients		Effect		Quality	Importance
Nø of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Parent-infant psychotherapy	control	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
3	randomised trials	not serious	not serious	not serious	serious ¹	none	119	97	-	SMD 0.16 fewer (0.46 fewer to 0.15 more)	⊕⊕⊕○ MODERATE ²	

MD – mean difference, RR – relative risk

1. Stor heterogenitet; I²=77% i tillegg til noen ikke-overlappende konfidensintervaller
2. Små studier

Tabell 5d

Systematic review: Barlow 2015

Quality assessment							Nø of patients		Effect		Quality	Importance
Nø of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Parent-infant psychotherapy	control	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Infant attachment categories: secure attachment -Post intervention (assessed with: Ainsworth Strange Situation Procedure (SSP))												
2	randomised trials	serious ¹	serious ²	not serious	serious ³	none	39/60 (65.0%)	10/108 (9.3%)	RR 8.93 (1.25 to 63.70)	734 more per 1000 (from 23 more to 1000 more)	⊕○○○ VERY LOW ^{1,2,3}	
Infant attachment categories: secure attachment -Follow up (follow up: range 1-5 years to; assessed with: SSP)												
2	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious	serious ³	none	16/33 (48.5%)	14/96 (14.6%)	RR 3.30 (1.82 to 6.00)	335 more per 1000 (from 120 more to 729 more)	⊕⊕○○ LOW ^{1,3}	
Infant attachment categories: Resistant attachment -Follow up (follow up: range 1-5 years to; assessed with: SSP)												
2	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious	serious ³	none	1/33 (3.0%)	8/96 (8.3%)	RR 0.57 (0.11 to 3.07)	36 fewer per 1000 (from 74 fewer to 173 more)	⊕⊕○○ LOW ^{1,3}	
Infant attachment categories: Avoidant attachment -Follow up (follow up: range 1-5 years to; assessed with: SSP)												
2	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious	serious ⁴	none	5/33 (15.2%)	41/96 (42.7%)	RR 0.33 (0.15 to 0.76)	286 fewer per 1000 (from 103 fewer to 363 fewer)	⊕⊕○○ LOW ^{1,4}	
Infant attachment categories: Disorganised attachment - Follow up (follow up: range 1-5 years to; assessed with: SSP)												

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Parent-infant psychotherapy	control	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
2	randomised trials	serious ¹	serious ²	not serious	serious ³	none	8/33 (24.2%)	33/96 (34.4%)	RR 0.80 (0.29 to 2.19)	69 fewer per 1000 (from 244 fewer to 409 more)	⊕○○○ VERY LOW ^{1,2,3}	
Infant attachment change: Insecure to secure -Pre to post intervention (assessed with: SSP)												
2	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious	serious ³	none	33/60 (55.0%)	5/108 (4.6%)	RR 11.45 (3.11 to 42.08)	484 more per 1000 (from 98 more to 1000 more)	⊕⊕○○ LOW ^{1,3}	
Infant attachment change: Stable secure - pre to post intervention (follow up: range 1-5 years to; assessed with: SSP)												
2	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious	serious ³	none	7/60 (11.7%)	5/108 (4.6%)	RR 2.28 (0.41 to 12.56)	59 more per 1000 (from 27 fewer to 535 more)	⊕⊕○○ LOW ^{1,3}	

MD – mean difference, RR – relative risk

1. Risiko for skjevheter knyttet til studiedesign; randomisering og allokering og vanskelig å blinde personell og mottakere av tiltak
2. Stor heterogenitet mellom studiene basert på I²=73%
3. Små studier og brede konfidensintervaller
4. Små studier
5. Moderat til stor heterogenitet mellom studiene basert på I²=51%

Tabell 5e

Systematic review: Barlow 2015

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Parent-infant psychotherapy	control	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Infant problem behaviour: Angry or externalising behaviours: follow up (follow up: range 1-5 years to)												
2	randomised trials	serious ¹	serious ²	not serious	serious ³	none	34	97	-	SMD 0.22 more (0.34 fewer to 0.77 more)	⊕○○○ VERY LOW ^{1,2,3}	
Infant cognitive development: post intervention												

Quality assessment							№ of patients		Effect		Quality	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Parent-infant psychotherapy	control	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
2	randomised trials	serious ¹	serious ⁴	not serious	serious ³	none	81	91	-	SMD 0.15 fewer (0.82 fewer to 0.51 more)	⊕○○○ VERY LOW ^{1,2,4}	

MD – mean difference, RR – relative risk

1. Risiko for skjevhet knyttet til studiedesign: randomisering, allokering og vansker med å blinde personell og mottakere av tiltak
2. Moderat til stor heterogenitet mellom resultatene i studiene basert på I²=48%
3. Små studier
4. Stor heterogenitet mellom resultatene basert på I²=79%

Tabell 5f

Systematic review: Barlow 2015

Quality assessment							№ of patients		Effect		Quality	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Parent-infant psychotherapy	other (psychoeducational or alternative) parenting intervention (non-PIP)	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Infant attachment: secure (follow up: range 36-60 months to; assessed with: SSP)												
2	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious	serious ²	none	18/34 (52.9%)	37/102 (36.3%)	RR 1.61 (0.83 to 3.12)	221 more per 1000 (from 62 fewer to 769 more)	⊕⊕○○ LOW ^{1,2}	
Infant attachment: avoidant (follow up: range 36-60 months to; assessed with: SSP)												
2	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious	serious ²	none	6/34 (17.6%)	28/102 (27.5%)	RR 0.76 (0.35 to 1.64)	66 fewer per 1000 (from 176 more to 178 fewer)	⊕⊕○○ LOW ^{1,2}	
Infant attachment: resistant (follow up: 3-5 years; assessed with: SSP)												
2	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious	serious ³	none	3/34 (8.8%)	6/102 (5.9%)	RR 1.48 (0.32 to 6.98)	28 more per 1000 (from 40 fewer to 352 more)	⊕⊕○○ LOW ^{1,2}	
Infant attachment: disorganized (follow up: range 3-5 years to; assessed with: SSP)												

Quality assessment							№ of patients		Effect		Quality	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	In-directness	Imprecision	Other considerations	Parent-infant psychot-herapy	other (psychoeducational or alternative) parenting inter-vention (non-PIP)	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
2	randomised trials	serious ¹	serious ⁴	not serious	serious ²	none	10/34 (29.4%)	31/102 (30.4%)	RR 0.82 (0.30 to 2.22)	55 fewer per 1000 (from 213 fewer to 371 more)	⊕○○○ VERY LOW ^{1,2,4}	
Infant attachment change: Insecure to secure -Pre to post intervention (assessed with: SSP)												
2	randomised trials	serious ¹	serious ⁴	not serious	serious ²	none	9/46 (19.6%)	19/56 (33.9%)	RR 0.48 (0.06 to 4.10)	176 fewer per 1000 (from 319 fewer to 1000 more)	⊕○○○ VERY LOW ^{1,2,4}	
Infant attachment change: Stable secure -Pre to post intervention (assessed with: SSP)												
2	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious	serious ²	none	3/46 (6.5%)	2/56 (3.6%)	RR 1.59 (0.28 to 8.93)	21 more per 1000 (from 26 fewer to 283 more)	⊕⊕○○ LOW ^{1,2}	

MD – mean difference, RR – relative risk

1. Risiko for skjevhet knyttet til studiedesign; randomisering, allokering og vansker med å blinde personell og mottakere av tiltak og kontroll
2. Små studier
3. Små studier og brede konfidensintervaller
4. Moderat til stor heterogenitet mellom resultatene i studiene basert på I²

Tabell 5g

Systematic review: Barlow 2015

Quality assessment							№ of patients		Effect		Quality	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	In-directness	Imprecision	Other considerations	Parent-infant psychot-herapy	other (psychoeducational or alternative) parenting inter-vention	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Infant problem behaviours (follow up: range 0,5-5 years to)												
3	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious	serious ²	none	58	126	-	SMD 0.05 fewer (0.39 fewer to 0.28 more)	⊕⊕○○ LOW ^{1,2}	
Infant cognitive development (follow up: 0,5-5 years)												

Quality assessment							№ of patients		Effect		Quality	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Parent-infant psychotherapy	other (psychoeducational or alternative) parenting intervention	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
2	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious	serious ²	none	52	110	-	SMD 0.1 more (0.25 fewer to 0.46 more)	⊕⊕○○ LOW ¹²	

MD – mean difference, RR – relative risk

1. Some risk of bias due to study design; randomisation, allocation, blinding.
2. Small studies

Table 6a

Systematic review: Fraser 2013

Quality assessment							Impact	Quality	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations			
Childrens behaviour and mental health									
1	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious	serious ^{2,3}	none	Improved cortisol regulation i favour of intervention group. Less negative emotionality	⊕⊕○○ LOW ^{1,2,3}	
Caregiver-child relationship (assessed with: Answort strange situation)									
1	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious	serious ^{2,3}	none	Positive changes in attachment classification (increased proption with secure attachment and decreased proportion with disorganized attachment).	⊕⊕○○ LOW ^{1,2,3}	

MD – mean difference, RR – relative risk

1. Uklarheter i studiedesign
2. Small study
3. No information about effect sizes or confidence intervals

Table 6b

Systematic review: Fraser 2013

Quality assessment							Impact	Quality	Importance
No of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations			
Childs behavior and mental health									
1	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious	serious ²	none	-Internalizing problems: no difference. -Externalising problems: no difference	⊕⊕○○ LOW ^{1,2}	
Caregiver-child relationship (assessed with: Ainsworth Strange situation)									
2	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious	serious ¹	none	Attachment-based Intervention: Increased maternal sensitivity: small effect size (d=0,47). Positive changes in attachment classification: medium effect size (r=0,36-0,37) CPP: Higher rates of secure and lower rates of disorganized attachment: medium to large effect size (h=0,64-1,39). Child mental representations of attachment -mixed results.	⊕⊕○○ LOW ^{1,2}	

MD – mean difference, RR – relative risk

1. Some risk of bias due to study design
2. Small study and lack of information about effect size and confidence interval
3. Small studies and lack of effect sizes in some results, and lack of confidens intervals in all results

Table 6c

Systematic review: Fraser 2013

Quality assessment							Impact	Quality	Importance
No of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations			
Childs behavior and mental health									
2	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious	serious ^{2,3}	none	-Cortisol regulation: NR. -Externalizing problems: no differences	⊕⊕○○ LOW ^{1,2,3}	
Caregiver-child relationship (assessed with: Ainsworth Strange Situation)									
2	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious	serious ^{2,3}	none	Reduction in avoident attachment behavior per caregiver report: effect size NR	⊕⊕○○ LOW ^{1,2,3}	
Barnets utvikling									

Quality assessment							Impact	Quality	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations			
2	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious	serious ^{2,3}	none	Improvement in cognitive functioning. Effect size NR.	⊕⊕○○ LOW ^{1,2,3}	

MD – mean difference, RR – relative risk

1. Risk of bias due to studydesign
2. Small studies
3. No information about effect sizes or konfidence intervals

Table 6d

Systematic review: Fraser 2013

Quality assessment							Impact	Quality	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations			
Childs behavior and mental health									
2	randomised trials	serious ¹	serious ²	not serious	serious ³	none	-ABC: Fewer internalizing problems (partial etasquared= 0,436). -Fewe externalizing problems (partial etasquared= 0,511). -Incredible Years: Behavior problems: No difference.	⊕○○○ VERY LOW ^{1,2,3}	
Caregiver-child relationship									
	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious	serious ⁴	none	ABC: Improvement in self-reported caregiver stress (medium effect size. partial eta-squared= 0,59) -Improvement in self-reported risk factors for child abuse (large effect size. Partial eta-squared= 0,791). Incredible Years: Increased endorsement of positive discipline strategies: small to medium es (d=0,40-0,59). Appropriate discipline strategies: No difference. Increased use of clear expectations: medium es (d=0,54). Harsh discipline: No difference. Increased col-laborative co-parenting: small to medium es (d=0,48-0,52)	⊕⊕○○ LOW ^{1,4}	

MD – mean difference, RR – relative risk

1. Risk of bias due to studydesign
2. Heterogenity in results
3. Small studies and lack of inforamtion about effect size in one study and confidence intervals i both
4. Small studies and lack of confidence intervals.

Table 7a

Systematic review: Coren 2010

Quality assessment							Impact	Quality	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations			
maternal-child interaction (follow up: 12 months)									
6	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious	serious ^{1,2,3}	none	Three of the studies reported no significant difference between the groups. One study (n=96) reported that enhanced intervention group had less harsh parenting and physical abuse compared to other groups. Another study (n=643) reported decreased rate of substantiated child maltreatment within a subset of intervention mothers (non-depressed with moderate to high anxiety). The third study (n=1297) reported reduction in reported minor physical aggression and harsh parenting within a subset of intervention mothers (first time mothers less than 19 yrs of age, enrolled in less than 30 wks gestation).	⊕⊕○○ LOW ^{1,2,3}	

MD – mean difference, RR – relative risk

1. Risk of bias due to attrition and randomisation
2. No information about the size of the samples
3. No effect sizes or confidence intervals

Table 7b

Systematic review: Coren 2010

Quality assessment							№ of patients		Effect		Quality	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Parent training support	control	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Health comprehension (follow up: 3 months; assessed with: Health comprehension subscale)												
1	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious	serious ²	none	10	20	-	MD 0.7 fewer (1.29 fewer to 0.11 fewer)	⊕⊕○○ LOW ^{1,2}	
Symptom recognition (follow up: 3 months; assessed with: Illness and symptom recognition subscale)												
1	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious	serious ²	none	10	20	-	MD 2.15 more (0.17 fewer to 4.47 more)	⊕⊕○○ LOW ^{1,2}	

Quality assessment							№ of patients		Effect		Quality	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Parent training support	control	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Life threatening emergency (follow up: 3 months; assessed with: Life-threatening emergencies subscale)												
1	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious	serious ²	none	10	20	-	MD 1.95 more (0.46 more to 3.44 more)	⊕⊕○○ LOW ^{1,2}	
Visiting the doctor (follow up: 3 months; assessed with: Going to the doctor subscale)												
1	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious	serious ²	none	10	20	-	MD 0.65 more (0.06 fewer to 1.36 more)	⊕⊕○○ LOW ^{1,2}	
Using medicines (follow up: 3 months; assessed with: Using medicines subscale)												
1	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious	serious ²	none	10	20	-	MD 1.15 more (0.51 more to 1.79 more)	⊕⊕○○ LOW ^{1,2}	
New outcome												
									not estimable			

MD – mean difference, RR – relative risk

1. Uklarheter rundt allokering og vansker med å blinde personell og mottakere av tiltak
2. Veldig liten studie

Table 7c

Systematic review: Coren 2010

Quality assessment							№ of patients		Effect		Quality	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Parent training support	control	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Recognising dangers (follow up: 3 months; assessed with: Recognising dangers subscale)												
1	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious	serious ²	none	10	20	-	MD 20.55 more (13.72 more to 27.38 more)	⊕⊕○○ LOW ^{1,2}	

Quality assessment							N ^o of patients		Effect		Quality	Importance
N ^o of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Parent training support	control	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Identifying precautions (follow up: 3 months; assessed with: Identifying precautions subscale)												
1	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious	serious ²	none	10	20	-	MD 31.75 more (20.36 more to 43.14 more)	⊕⊕○○ LOW ^{1,2}	
Home precautions (follow up: 3 months; assessed with: Home precautions subscale)												
1	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious	serious ²	none	10	20	-	MD 7.05 more (5.45 fewer to 19.55 more)	⊕⊕○○ LOW ^{1,2}	
Child care and safety (post intervention) (assessed with: Child care and safety checklist)												
1	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious	very serious ^{2,4}	none	11	11	-	0 (0 to 0)	⊕○○○ VERY LOW ^{2,3,4}	

MD – mean difference, RR – relative risk

1. Uklarheter ved allokering og vansker med å blinde personell og mottakere av tiltak
2. Veldig liten studie
3. Uklarheter rundt randomisering, allokering og blinding
4. Oppgir ikke konfidensintervaller

Table 8a

Systematic review: Peacock 2013

Quality assessment							Impact	Quality	Importance
N ^o of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations			
Child abuse and neglect									
6	randomised trials	serious ¹	serious ²	not serious	serious ¹	none	Three studies reports no significant effect between the groups. One study (n=96) reports less harsh parenting and physical abuse in the intervention group. Another study reports decreased rate of substantiated child maltreatment within a subgroup of the intervention mothers (non-depressed with moderate to high anxiety). Another study reported a reduction in reported minor physical aggression and harsh parenting within a subset of intervention mothers (first time mothers less than 19 yrs of age, enrolled in at less than 30 wks gestation).	⊕○○○ VERY LOW ^{1,2,3}	

MD – mean difference, RR – relative risk

1. More than 18 % attrition
2. Heterogeneity in results
3. No information about confidence intervals or effect estimates

Table 8b

Systematic review: Peacock 2013

Quality assessment							Impact	Quality	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations			
Psychomotor and Cognitive Development									
9	randomised trials	serious ¹	serious ²	not serious	serious ¹	none	4 of the 9 studies reported no significant difference between the groups. One study (n=325) reported that intervention group were more likely to score within normal range of the BSID than control group. Another study (n=321) reported positive effect on intervention group on mental development, but no difference on motor development. The third study (n=129) reported intervention effects on development quotient and subscales of locomotion, hand, eye coordination, hearing and speech, and performance. The fourth study (n=262) reported intervention effects on developmental stimulation, but no motor development games. The fifth study (n=161) reported higher scores on psychomotor development index of the BSID for the intervention group.	⊕○○○ VERY LOW ^{1,2,3}	

MD – mean difference, RR – relative risk

1. Some of the studies had risk of bias due to attrition, data collection, and blinding of data assessors
2. Heterogeneity in results
3. No effect estimates and no confidence intervals

Table 8c

Systematic review: Peacock 2013

Quality assessment							Impact	Quality	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations			
Child behaviour									

Quality assessment							Impact	Quality	Importance
Nº of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations			
3	randomised trials	not serious	serious ¹	not serious	serious ²	none	One of the three studies reported no significant difference between the groups. Another study (n=325) reported that intervention group scored better on the internalizing/externalizing scale of the CBCL than control group. The third study (n=321) reported that the intervention group benefited on cooperation, response-to-examiner, emotional tone and vocalizations.	⊕⊕○○ LOW ^{1,2}	

MD – mean difference, RR – relative risk

1. Heterogenity in results
2. No effect estimates or confidence intervals

Table 8d

Systematic review: Peacock 2013


Quality assessment							Impact	Quality	Importance
Nº of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations			
Language Development									
5	randomised trials	serious ¹	serious ²	not serious	serious ¹	none	Three of the five studies found no significant difference between the groups. One study (n=130) reported that intervention group showed less decline in receptive and expressive language compared to the control group. The other study (n=52) reported intervention effect for expressive language skills, but not receptive or emergent literacy skills.	⊕○○○ VERY LOW ^{1,2,3}	

MD – mean difference, RR – relative risk

1. Three of the studies had risk of bias due to attrition and lack of blinding of data assessors and inadequancies in data collection
2. Heterogenity in results
3. No effect estimates or confidence intervals

Table 8e

Systematic review: Peacock 2013




Quality assessment							Impact	Quality	Importance
No of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations			
Hospitalizations, illness or injuries									
6	randomised trials	serious ¹	serious ²	not serious	serious ³	none	Four of the six studies reported no significant difference between the groups. One study (n=96) reported that enhanced intervention group had best health out comes, followed by the un-enhanced and control group. The other study (n=101) reported that interventions group were less likely to experience health problems.	 VERY LOW ^{1,2,3}	

MD – mean difference, RR – relative risk

1. Three of the studies had risk of bias due to attrition or not using multivariate statistics
2. Heterogeneity in results
3. No effect estimates or confidence intervals

Table 9a

Systematic review: Turnbull 2012

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Home visits during pregnancy and after birth	no home visits	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Continued use of illegal drugs (follow up: range 6-36 months to)												
3	randomised trials	serious ¹	serious ²	not serious	serious ³	none	117/196 (59.7%)	107/188 (56.9%)	RR 1.05 (0.89 to 1.24)	28 more per 1000 (from 63 fewer to 137 more)	 VERY LOW ^{1,2,3}	
Continued alcohol abuse (follow up: range 6-36 months to)												
3	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious	serious ³	none	101/195 (51.8%)	80/184 (43.5%)	RR 1.18 (0.96 to 1.46)	78 more per 1000 (from 17 fewer to 200 more)	 LOW ^{1,3}	
Failure to enrol in drug treatment program -Post intervention												
2	randomised trials	not serious ⁴	serious ⁵	not serious	serious ³	none	37/105 (35.2%)	65/106 (61.3%)	RR 0.45 (0.10 to 1.94)	337 fewer per 1000 (from 552 fewer to 576 more)	 LOW ^{3,4,5}	

Quality assessment							N ^o of patients		Effect		Quality	Importance
N ^o of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Home visits during pregnancy and after birth	no home visits	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Failure to remain in drug treatment at 4 weeks												
1	randomised trials	not serious	not serious	not serious	serious ¹	none	17/51 (33.3%)	32/52 (61.5%)	RR 0.54 (0.35 to 0.84)	283 fewer per 1000 (from 98 fewer to 400 fewer)	⊕⊕⊕○ MODERATE ²	
Failure to remain in drug treatment at 90 days												
1	randomised trials	not serious	not serious	not serious	serious ¹	none	31/51 (60.8%)	34/52 (65.4%)	RR 0.93 (0.69 to 1.25)	46 fewer per 1000 (from 163 more to 203 fewer)	⊕⊕⊕○ MODERATE ²	
Failure of retention in program at latest time measured (follow up: range 6-36 months to)												
2	randomised trials	not serious ⁴	serious ²	not serious	serious ¹	none	36/127 (28.3%)	45/128 (35.2%)	RR 0.81 (0.60 to 1.10)	67 fewer per 1000 (from 35 more to 141 fewer)	⊕⊕○○ LOW ^{2,3,5}	

MD – mean difference, RR – relative risk

1. Stort frafall i to av studiene og ulikheter i baseline i en av studiene
2. Moderat til høy heterogenitet i resultatene basert på I2
3. Små studier
4. Stort frafall i den ene studien
5. Høy heterogenitet mellom resultatene i studiene basert på I2, samt ikke-overlappende konfidensintervaller
6. Risiko for skjevheter i den ene studien knyttet til blinding ut utfall og ulikheter i gruppene ved opp

Table 9b

Systematic review: Turnbull 2012

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Home visits during pregnancy and after birth	no home visits	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Not breastfeeding at 6 months (follow up: 6-12 months)												
2	randomised trials	not serious ¹	not serious	not serious	serious ²	none	98/133 (73.7%)	98/127 (77.2%)	RR 0.95 (0.83 to 1.10)	39 fewer per 1000 (from 77 more to 131 fewer)	⊕⊕⊕○ MODERATE ^{1,2}	
Incomplete infant vaccination schedule at latest time measured (follow up: 6-12 months)												
2	randomised trials	not serious ¹	not serious	not serious	serious ²	none	76/133 (57.1%)	65/127 (51.2%)	RR 1.09 (0.91 to 1.32)	46 more per 1000 (from 46 fewer to 164 more)	⊕⊕⊕○ MODERATE ^{1,2}	
Failure to keep scheduled appointments (infant primary care)												
0									not estimable			

MD – mean difference, RR – relative risk

1. Uklarheter ved blinding i begge studiene og forskjeller i baseline i den ene studien
2. Små studier

Table 9c

Systematic review: Turnbull 2012

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Home visits during pregnancy and after birth	no home visits	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Significant cognitive delay (follow up: 36 months; assessed with: Bayley MDI >= 2sd below population mean)												
1	randomised trials	very serious ¹	not serious	not serious	very serious ²	none	5/23 (21.7%)	4/25 (16.0%)	RR 1.36 (0.41 to 4.45)	58 more per 1000 (from 94 fewer to 552 more)	⊕○○○ VERY LOW ^{1,2}	
Significant psychomotor delay (follow up: 36 months; assessed with: Bayley PDI >= 2sd below population mean)												

Quality assessment							№ of patients		Effect		Quality	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Home visits during pregnancy and after birth	no home visits	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
1	randomised trials	very serious ¹	not serious	not serious	very serious ²	none	9/23 (39.1%)	3/25 (12.0%)	RR 3.26 (1.00 to 10.59)	271 more per 1000 (from 0 fewer to 1000 more)	⊕○○○ VERY LOW ¹²	
Cognitive development at latest time measured (follow up: 18-36 months; assessed with: Bayley MDI)												
2	randomised trials	very serious ^{1,3}	not serious	not serious	serious ²	none	77	79	-	MD 3.92 more (0.56 fewer to 8.41 more)	⊕○○○ VERY LOW ^{1,2,3}	
Psychomotor development at latest time measured (follow up: range 18-36 months to; assessed with: Bayley PDI)												
2	randomised trials	very serious ^{1,3}	serious ⁴	not serious	serious ²	none	77	79	-	MD 3.22 more (0.01 fewer to 6.44 more)	⊕○○○ VERY LOW ^{1,2,3,4}	
Behaviour problems (follow up: 36 months)												
1	randomised trials	serious ⁵	not serious	not serious	serious ²	none	7/49 (14.3%)	16/51 (31.4%)	RR 0.46 (0.21 to 1.01)	169 fewer per 1000 (from 3 more to 248 fewer)	⊕⊕○○ LOW ^{2,5}	
Child Behaviour Checklist total score (follow up: 36 months)												
1	randomised trials	serious ⁵	not serious	not serious	serious ²	none	49	51	-	MD 3.1 fewer (7.26 fewer to 1.06 more)	⊕⊕○○ LOW ^{2,5}	
Infant death (follow up: range 6-12 months to)												
2	randomised trials	not serious ⁶	not serious	not serious	very serious ²	none	2/141 (1.4%)	3/147 (2.0%)	RR 0.70 (0.12 to 4.16)	6 fewer per 1000 (from 18 fewer to 64 more)	⊕⊕○○ LOW ^{2,6}	

MD – mean difference, RR – relative risk

1. Høy risiko for skjevheter knyttet til studiedesign, både randomiseringsprosedyrer, allokering og blinding
2. Små studier med få hendelser og brede konfidensintervaller
3. Stort frafall i studien
4. Høy hererogenitet i resultatene basert på I2
5. Stort frafall i studien
6. Uklarheter ved blinding i begge studiene og forskjeller i baseline i den ene studien

Table 9d

Systematic review: Turnbull 2012

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Home visits during pregnancy and after birth	no home visit	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Infant not in care of biological mother (follow up: range 12-36 months to)												
2	randomised trials	not serious ¹	serious ²	not serious	serious ³	none	20/124 (16.1%)	24/129 (18.6%)	RR 0.83 (0.50 to 1.39)	32 fewer per 1000 (from 73 more to 93 fewer)	⊕⊕○○ LOW ^{1,2,3}	
Child abuse or neglect: non-accidental injury (follow up: 12 months)												
1	randomised trials	not serious	not serious	not serious	very serious ⁴	none	0/65 (0.0%)	1/71 (1.4%)	RR 0.36 (0.02 to 8.77)	9 fewer per 1000 (from 14 fewer to 109 more)	⊕⊕○○ LOW ⁴	
Non-accidental injury and non-voluntary foster care (follow up: 12 months)												
1	randomised trials	not serious	not serious	not serious	very serious ⁴	none	1/65 (1.5%)	7/71 (9.9%)	RR 0.16 (0.02 to 1.23)	83 fewer per 1000 (from 23 more to 97 fewer)	⊕⊕○○ LOW ⁴	
Involvement with child protection services (follow up: 18 months)												
1	randomised trials	serious ⁵	not serious	not serious	serious ⁶	none	10/84 (11.9%)	27/87 (31.0%)	RR 0.38 (0.20 to 0.74)	192 fewer per 1000 (from 81 fewer to 248 fewer)	⊕⊕○○ LOW ^{5,6}	

MD – mean difference, RR – relative risk

1. Stort frafall i den ene studien
2. Høy heterogenitet i resultatene basert på I2
3. Små studier med få hendelser og bredt konfidensintervall
4. Liten studie med få hendelser og bredt konfidensintervall
5. Uklare aspekter ved studiedesign, spesielt randomiseringsprosedyrer, og stort frafall i studien
6. Liten studie med få hendelse

Vedlegg 4: Ekskluderte publikasjoner

Excluded publications	Cause for exclusion of study
Ager A, Zimmerman C, Unlu K, Rinehart R, Nyberg B, Zeanah C, et al. What strategies are appropriate for monitoring children outside of family care and evaluating the impact of the programs intended to serve them? <i>Child Abuse and Neglect</i> . 2012;36(10):732-42.	Not a systematic review
Akister J. Abstracts. <i>Journal of Family Therapy</i> Vol28 (2), May 2006, pp221-225. 2006(2):May-225.	Not a systematic review
Al CMW, Stams GJ, Bek MS, Damen EM, Asscher JJ, van der Laan PH. A meta-analysis of intensive family preservation programs: Placement prevention and improvement of family functioning. <i>Children and Youth Services Review</i> Vol34(8), Aug 2012, pp1472-1479. 2012(8): Aug-1479.	The population did not meet our inclusion criteria
Ashley OS, Marsden ME, Brady TM. Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: A review. <i>The American Journal of Drug and Alcohol Abuse</i> . 2003. Vol. 29, no. 1 (19-53)	Not a systematic review (No risk of bias assessment)
Avellar SA, Supplee LH. Effectiveness of home visiting in improving child health and reducing child maltreatment. <i>Pediatrics</i> 2013;132 Suppl 2: S90-99.	The population did not meet our inclusion criteria
Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH, Juffer F. Disorganized infant attachment and preventive interventions: A review and meta-analysis. <i>Infant Mental Health Journal</i> . 2005;26(3):191-216.	Not a systematic review
Barlow J, Johnston I, Kendrick D, Polnay L, Stewart-Brown S. Individual and group-based parenting programmes for the treatment of physical child abuse and neglect. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2006(3):CD005463.	The population did not meet our inclusion criteria
Barlow J, Stewart-Brown S. Behavior problems and group-based parent education programs. <i>Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics</i> . 2000;21(5):356-70.	Wrong The population did not meet our inclusion criteria
Barlow J, Smailagic N, Huband N, Roloff V, Bennett C. Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health (review). <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2014	The PICO did not meet our inclusion criteria Childrens age unclear and intervention given a general population not at specific risk.
Betancourt TS, Meyers-Ohki SE, Charrow AP, Tol WA. Interventions for children affected by war: An ecological perspective on psychosocial support and mental health care. <i>Harvard Review of Psychiatry</i> Vol21(2), Mar-Apr 2013, pp70-91. 2013(2):Mar-Apr.	Not a systematic review
Black AP, Brimblecombe J, Eyles H, Morris P, Vally H, Dea O. Food subsidy programs and the health and nutritional status of disadvantaged families in high income	The population did not meet our inclusion criteria

countries: a systematic review. <i>BMC Public Health</i> . 2012;12:1099.	
Blankley G, Galbally M, Snellen M. Borderline personality disorder and the perinatal period: Models of care and child outcomes. <i>Archives of Women's Mental Health</i> 2013;16:S52.	The PICO did not meet our inclusion criteria
Boothby N, Wessells M, Williamson J, Huebner G, Canter K, Rolland EG, et al. What are the most effective early response strategies and interventions to assess and address the immediate needs of children outside of family care? <i>Child Abuse and Neglect</i> . 2012;36(10):711-21.	The population did not meet our inclusion criteria
Bowie BH. Interventions to improve interactions between drug abusing mothers and their drug-exposed infants: a review of the research literature. <i>Journal of Addictions Nursing</i> . 2004;15(4):153-61, insert.	Not a systematic review
Broning S, Kumpfer K, Kruse K, Sack PM, Schaunig-Busch I, Ruths S, et al. Selective prevention programs for children from substance-affected families: a comprehensive systematic review. <i>Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy</i> . 2012;7:23.	The intervention did not meet our inclusion criteria
Buchanan A. Review of Safeguarding children from emotional maltreatment. What works. <i>Child Abuse Review</i> Vol22(1), Jan-Feb 2013, pp71-72. 2013(1):Jan-Feb.	The population did not meet our inclusion criteria
Carr A. The effectiveness of family therapy and systemic interventions for adult-focused problems. <i>Journal of Family Therapy</i> Vol31(1), Feb 2009, pp46-74. 2009(1):Feb-74.	Not a systematic review
Carter YH, Bannon MJ, Limbert C, Docherty A, Barlow J. Improving child protection: a systematic review of training and procedural interventions. <i>Archives of Disease in Childhood</i> . 2006;91(9):740-3.	The outcomes did not meet our inclusion criteria Parenting outcomes only
Casto G, White K. The efficacy of early intervention programs with environmentally at-risk infants. <i>Journal of Children in Contemporary Society</i> Vol17(1), Fal 1984, pp37-50. 1984(1):Fal-50.	Not a systematic review
Casto G, Mastropieri MA. The efficacy of early intervention programs: a meta-analysis. <i>Exceptional Children</i> . 1986;52(5):417-24.	The population did not meet our inclusion criteria
Cavaleri MA, Olin SS, Kim A, Hoagwood KE, Burns BJ. Family support in prevention programs for children at risk for emotional/behavioral problems. <i>Clinical Child and Family Psychology Review</i> Vol14(4), Dec 2011, pp399-412. 2011(4):Dec-412.	Not a systematic review
Chaffin M. "Is it time to rethink Healthy Start/Healthy Families?": Response to Letters. <i>Child Abuse & Neglect</i> Vol29(3), Mar 2005, pp241-249. 2005(3):Mar-249.	Not a systematic review
Chand A, Thoburn J. Research review: child protection referrals and minority ethnic children and families. <i>Child & Family Social Work</i> . 2006;11(4):368-77.	Not a systematic review
Coakley JF, Berrick JD. Research review: in a rush to permanency: preventing adoption disruption. <i>Child & Family Social Work</i> . 2008;13(1):101-12.	Not a systematic review
Corcoran J. Treatment outcome research with the non-offending parents of sexually abused children: A critical	Not a systematic review

review. <i>Journal of Child Sexual Abuse</i> . 2004;13(2):59-84.	
Corcoran J. Treatment approaches for child welfare mothers with addiction problems: an empirical review to guide practice. <i>Journal of Social Work Practice in the Addictions</i> . 2001;1(4):5-24.	Not a systematic review
Craig EA. Parenting programs for women with mental illness who have young children: a review. <i>Australian and New Zealand Journal of Psychiatry</i> . 2004;38(11-12):923-8.	Not a systematic review
Crane PA, Constantino R. Is email interaction feasible for intervention with women and children exposed to domestic violence? A literature review. <i>Topics in Advanced Practice Nursing</i> . 2003;3(3):7p.	Not a systematic review
Christofferson MN, Corcoran J, Depanfilis D, Daining C. Cognitive-behavioural therapy for parents who have physically abused their children. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2008(3).	Not a systematic review
Coren E, Hossain R, Pardo JP, Veras MM, Chakraborty K, Harris H, et al. Interventions for promoting reintegration and reducing harmful behaviour and lifestyles in street-connected children and young people. <i>Evidence-Based Child Health</i> . 2013;8(4):1140-272.	The population did not meet our inclusion criteria
Cross TP, Finkelhor D, Ormrod R. Police involvement in Child Protective Services investigations: literature review and secondary data analysis. <i>Child Maltreatment</i> . 2005;10(3):224-44.	Not a systematic review
Cross TP, Mathews B, Tonmyr L, Scott D, Ouimet C. Child welfare policy and practice on children's exposure to domestic violence. <i>Child Abuse & Neglect</i> Vol36(3), Mar 2012, pp210-216. 2012(3):Mar-216.	The population did not meet our inclusion criteria The children are older than 6 years
Coufopoulos A, McDowell G, Roe B, Maden M. Interventions to improve nutrition and nutrition related health amongst homeless mothers and their children: A systematic review. <i>Proceedings of the Nutrition Society</i> . 2012;Conference: Summer Meeting of the Nutrition Society Hosted by the Irish Section 2012 Belfast United Kingdom. Conference Start: 20120716 Conference End: 20120719. Conference Publication:(var.pagings).	The population did not meet our inclusion criteria
Craven PA, Lee RE. Therapeutic interventions for foster children: a systematic research synthesis. <i>Research on Social Work Practice</i> . 2006;16(3):287-304.	The population did not meet our inclusion criteria
Dagenais C, Begin J, Bouchard C, Fortin D. Impact of intensive family support programs: A synthesis of evaluation studies. <i>Children and Youth Services Review</i> Vol26(3), Mar 2004, pp249-263. 2004(3):Mar-263.	Not a systematic review
Dalziel K, Segal L. Home visiting programmes for the prevention of child maltreatment: cost-effectiveness of 33 programmes. <i>Archives of Disease in Childhood</i> . 2012;97(9):787-98.	The population did not meet our inclusion criteria
Daro DA, McCurdy KP. Interventions to prevent child maltreatment. Doll, Lynda S [Ed]; Bonzo, Sandra E [Ed]; Mercy, James A [Ed]; Sleet, David A [Ed](2007)Handbook of injury and violence prevention(pp137-155)xviii,	Not a systematic review

596 ppNew York, NY, US: Springer Science + Business Media; US. 2007(2007):596.	
de Graaf I, Speetjens P, Smit F, de WM, Tavecchio L. Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on behavioral problems in children: a meta-analysis. Behavior Modification. 2008;32(5):714-35.	Not a systematic review
Dekovic M, Slagt MI, Asscher JJ, Boendermaker L, Eichelsheim VI, Prinzie P. Effects of early prevention programs on adult criminal offending: A meta-analysis. Clinical Psychology ReviewVol31(4), Jun 2011, pp532-544. 2011(4):Jun-544.	Not a systematic review
Depanfillis D. Social isolation of neglectful families: a review of social support assessment and intervention models. Child Maltreatment. 1996;1(1):37-52.	Not a systematic review
Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS, Bennett M, Dickerson D, Goldberg RW, et al. The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. Schizophrenia Bulletin. 2010;36(1):48-70.	Not a systematic review
Doggett C, Burrett S, Osborn DA. Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2005(4):CD004456.	Withdrawn
Donohue B, Azrin N, Allen DN, Romero V, Hill HH, Tracy K, et al. Family behavior therapy for substance abuse and other associated problems: a review of its intervention components and applicability. Behavior Modification. 2009;33(5):495-519.	Not a systematic review
Doucet S, Jones I, Letourneau N, Dennis CL, Blackmore ER. Interventions for the prevention and treatment of postpartum psychosis: a systematic review. Archives of Women's Mental Health. 2011;14(2):89-98.	The population did not meet our inclusion criteria
Doucet SA. Postpartum psychosis: Support needs of mothers and fathers. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and EngineeringVol73(11-B(E)),2013, ppNo Pagination Specified. 2013(11-B(E)):2013, pp.	The PICO did not meet our inclusion criteria
Dunst CJ, Trivette CM, Hamby DW. Meta-analysis of family-centered helping practices research. Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews. 2007;13(4):370-8.	Not a systematic review
Edgeworth J, Carr A. Child abuse. Carr, Alan [Ed](2000)What works with children and adolescents?: A critical review of psychological interventions with children, adolescents and their families(pp17-48)xii, 364 ppFlorence, KY, US: Taylor & Frances/Routledge; US. 2000(2000):adolescents-48.	The population did not meet our inclusion criteria
Elias TI. Beyond mom: Promoting a public health perspective on meeting the needs of "neglected" children. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and EngineeringVol74(1-B(E)),2013, ppNo Pagination Specified. 2013(1-B(E)):2013, pp.	The population did not meet our inclusion criteria
Essali A, Alabed S, Guul A, Essali N. Preventive interventions for postnatal psychosis. CochraneDatabaseof SystematicReviews. 2013.	The PICO did not meet our inclusion criteria

Everson-Hock ES, Jones R, Guillaume L, Clapton J, Goyder E, Chilcott J, et al. The effectiveness of training and support for carers and other professionals on the physical and emotional health and well-being of looked-after children and young people: a systematic review. <i>Child: Care, Health and Development</i> . 2012;38(2):162-74.	The population did not meet our inclusion criteria
Feldman MA. Parenting education for parents with intellectual disabilities: a review of outcome studies. <i>Research in Developmental Disabilities</i> . 1994;15(4):299-332.	Not a systematic review
Flynn RJ, Bouchard D. Randomized and quasi-experimental evaluations of program impact in child welfare in Canada: A review. <i>The Canadian Journal of Program Evaluation</i> . 2005. Vol. 20, nr. 3 (65-100)	Not a systematic review
Fonseca A, Lopes C, Loureiro M, Colaco A, Pereira A, Eusebio J, et al. How resilience really works: A review of evidence-based programs. <i>Atencion Primaria</i> . 2013;Conference: 1st World Congress of Children and Youth Health Behaviors / 4th National Congress on Health Education Viseu Portugal. Conference Start: 20130523 Conference End: 20130525. Conference Publication:(var.pagings):17.	The intervention did not meet our inclusion criteria Treatment of children
Gardner F, Bjornstad GJ, Ramchandani P, Tao X, Montgomery P. Family therapy for children who have been physically abused. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2009(2).	Not a systematic review Protocol
Gearing RE, Alonzo D, Marinelli C. Maternal schizophrenia: psychosocial treatment for mothers and their children. <i>Clinical Schizophrenia and Related Psychoses</i> . 2012;6(1):27-33.	Not a systematic review
Geeraert L, Van den Noortgate W, Grietens H, Onghena P. The effects of early prevention programs for families with young children at risk for physical child abuse and neglect: a meta-analysis. <i>Child Maltreatment</i> . 2004;9(3):277-91.	Not a systematic review (No risk of bias assessment)
Gonzalez A, Macmillan HL. Preventing child maltreatment: an evidence-based update. <i>Journal of Postgraduate Medicine</i> . 2008;54(4):280-6.	Not a systematic review
Guterman NB. Enrollment strategies in early home visitation to prevent physical child abuse and neglect and the "universal versus targeted" debate: a meta-analysis of population-based and screening-based programs. <i>Child Abuse and Neglect</i> . 1999;23(9):863-90.	Not a systematic review
Hahn RA, Bilukha O, Lowy J, Crosby A, Fullilove MT, Liberman A, et al. The Effectiveness of Therapeutic Foster Care for the Prevention of Violence: A Systematic Review. <i>American Journal of Preventive Medicine</i> Vol28(2,Suppl1), Feb 2005, pp72-90. 2005(2,Suppl1):Feb-90.	Not a systematic review
Hahn RA, Bilukha OO, Crosby A, Fullilove MT, Liberman A, Moscicki EK, et al. First reports evaluating the effectiveness of strategies for preventing violence: early childhood home visitation. Findings from the Task Force on Community Preventive Services. <i>Morbidity and Mortality Weekly Report</i> . 2003;52(RR-14):1-9.	Not a systematic review

Heneghan AM, Horwitz SM, Leventhal JM. Evaluating intensive family preservation programs: a methodological review. <i>Pediatrics</i> . 1996;97(4):535-42.	The population did not meet our inclusion criteria
Hetzel-Riggan MD, Brausch AM, Montgomery BS. A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: an exploratory study. <i>Child Abuse and Neglect</i> . 2007;31(2):125-41.	The population did not meet our inclusion criteria
Hoagwood KE. Family-based services in children's mental health: a research review and synthesis. <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines</i> . 2005;46(7):690-713.	Not a systematic review
Howard LM. Partner violence in pregnancy and postpartum. <i>Archives of Women's Mental Health</i> 2013;16:S5.	Review of reviews
James S, Alemi Q, Zepeda V. Effectiveness and implementation of evidence-based practices in residential care settings. <i>Children and Youth Services Review</i> Vol35(4), Apr 2013, pp642-656. 2013(4):Apr-656.	The population did not meet our inclusion criteria The children are older than 6 years
Keller GA, Gottlieb DT. Reducing major depression in children at high risk: Opportunities for prevention. <i>International Journal of Psychiatry in Medicine</i> Vol44(3), 2012, pp271-290. 2012(3):2012, pp-,290.	Not a systematic review
Kerr L, Cossar J. Attachment Interventions with foster and Adoptive Parents: A systematic Review	The population did not meet our inclusion criteria The children are older than 6 years
Klevens J, Whitaker DJ. Primary prevention of child physical abuse and neglect: Gaps and promising directions. <i>Child Maltreatment</i> . 2007;12(4):364-77.	Not a systematic review
Knerr W, Gardner F, Cluver L. Improving positive parenting skills and reducing harsh and abusive parenting in low- and middle-income countries: a systematic review (Provisional abstract). <i>Database of Abstracts of Reviews of Effects</i> . 2013:Epub.	The population did not meet our inclusion criteria
Kumpfer KL, Alvarado R, Whiteside HO. Family-Based Interventions for Substance Use and Misuse Prevention. <i>Substance Use & Misuse</i> Vol38(11-13), 2003, pp1759-1787. 2003(11-13):2003, pp-20031787.	Not a systematic review
Lagerberg D. Secondary prevention in child health: effects of psychological intervention, particularly home visitation, on children's development and other outcome variables. <i>Acta Paediatrica</i> . 2000;89:43-52.	Not a systematic review
Landsverk JA, Burns BJ, Stambaugh LF, Rolls Reutz JA. Psychosocial interventions for children and adolescents in foster care: review of research literature. <i>Child Welfare</i> . 2009;88(1):49-69.	Not a systematic review
Leve LD, Harold GT, Chamberlain P, Landsverk JA, Fisher PA, Vostanis P. Practitioner review: Children in foster care--vulnerabilities and evidence-based interventions that promote resilience processes. <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines</i> . 2012;53(12):1197-211.	Not a systematic review
Liel C. Parenting programs for mothers who are at risk or indicated for child abuse and neglect-A systematic review of the international research literature. <i>Psychologie</i>	Review of reviews

in Erziehung und UnterrichtVol60(1), 2013, pp11-25. 2013(1):2013, pp-25.	
Lomonaco S, Scheidlinger S, Aronson S. Five decades of children's group treatment: An overview. <i>Journal of Child & Adolescent Group Therapy</i> Vol10(2), Jun 2000, pp77-96. 2000(2):Jun-96.	Not a systematic review
Lundahl BW, Nimer J, Parsons B. Preventing child abuse: A meta-analysis of parent training programs. <i>Research on Social Work Practice</i> . 2006;16(3):251-62.	Review og reviews
Macdonald G, Higgins JP, Ramchandani P, Valentine JC, Bronger LP, Klein P, et al. Cognitive-behavioural interventions for children who have been sexually abused. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2012;5:CD001930.	The population did not meet our inclusion criteria The children are older than 6 years
Macdonald GM, Turner W. Treatment foster care for improving outcomes in children and young people. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2008(1):CD005649.	The population did not meet our inclusion criteria The children are older than 6 years
MacLeod J, Nelson G. Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. <i>Child Abuse and Neglect</i> . 2000;24(9):1127-49.	The population did not meet our inclusion criteria The children are older than 6 years
MacLeod, 2000: Progremas for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment	The population did not meet our inclusion criteria The children are older than 6 years
MacMillian et al. Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. <i>The Lancet</i> . 2009; 373 (250-66)	Not a systematic review
Macmillan HL, Canadian Task Force on Preventive Health C. Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. <i>CMAJ Canadian Medical Association Journal</i> . 2000;163(11):1451-8.	The intervention did not meet our inclusion criteria
Macmillan HL, MacMillan JH, Offord DR, Griffith L, MacMillan A. Primary prevention of child physical abuse and neglect: a critical review. Part I. <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines</i> . 1994;35(5):835-56.	The intervention did not meet our inclusion criteria
Macmillan HL, MacMillan JH, Offord DR, Griffith L, MacMillan A. Primary prevention of child sexual abuse: a critical review. Part II. <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines</i> . 1994;35(5):857-76.	The intervention did not meet our inclusion criteria
MacMillian HL, MacMillian J, Offord D, Griffith I, MacMillian A: Primary prevention of Child Sexual Abuse: A Critical Review. Part 2	The intervention did not meet our inclusion criteria
Mahoney G, Boyce G, Fewell RR, Spiker D, Wheeden CA. The relationship of parent-child interaction to the effectiveness of early intervention services for at-risk children and children with disabilities. <i>Topics in Early Childhood Special Education</i> Vol18(1), Spr 1998, pp5-17. 1998(1):Spr-17.	Not a systematic review
Manson SM. One small step for science, one giant leap for prevention. <i>American Journal of Community Psychology</i> Vol25(2), Apr 1997, pp215-219. 1997(2):Apr-219.	Not a systematic review

Midgley N, Bennett C, Barlow J. Parent-Infant Psychotherapy for Improving Parental and Infant Mental Health: Protocol for a Systematic Review. 2013.	Not a systematic review Protocol
Mikton C, Butchart A. Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews. <i>Bulletin of the World Health Organization</i> . 2009;87(5):353-61.	Review of reviews
Miller MG. "The effects of early prevention programs for families with young children at risk for physical child abuse and neglect: a meta-analysis" by Liesl Geeraert and coworkers. <i>Child Maltreatment</i> . 1998;11(1):95-7.	Not a systematic review
Moyer VA, Force USPST. Primary care interventions to prevent child maltreatment: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. <i>Annals of Internal Medicine</i> . 2013;159(4):289-95.	Not a systematic review
Milligan et al. Birth outcomes for infants born to women participating in integrated substance abuse treatment programs: A meta-analytic review. Informa UK LTD. 2011; 19(6): 542-555	The population did not meet our inclusion criteria The children are older than 6 years
Morrison J, Pikhart H, Ruiz M, Goldblatt P. Systematic review of parenting interventions in European countries aiming to reduce social inequalities in children's health and development. <i>BMC Public Health</i> 2014;14:1040.	Not a systematic review (No risk of bias assessment)
Mortensen J, Mastergeorge A. A met-analytic review of relationship-based interventions for low-income families with infant and toddlers: Facilitating supportive parent-child interactions. <i>Infant mental health journal</i> 2014, vol. 35 (4), 336-353	Not a systematic review
Moyer VA, Force USPST. Primary care interventions to prevent child maltreatment: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. <i>Annals of Internal Medicine</i> . 2013;159(4):289-95.	The population did not meet our inclusion criteria The children are older than 6 years
Nelson et al. A review of programs to promote family wellness and prevent the maltreatment of children. <i>Canadian journal of behavioural science</i> . 2001, 33, 1:1-13	Not a systematic review
Newbigging K, Thomas N. Good Practice in Social Care for Refugee and Asylum-seeking Children. <i>Child Abuse Review</i> . 2011;20(5):374-90.	Not a systematic review
Newman C, Fowler C, Cashin A. The development of a parenting program for incarcerated mothers in Australia: A review of prison-based parenting programs. <i>Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession</i> . 2011;39(1):2-11.	Not a systematic review
Niccols A, Milligan K, Sword W, Thabane L, Henderson J, Smith A, et al. Maternal Mental Health and Integrated Programs for Mothers With Substance Abuse Issues. <i>Psychology of Addictive Behaviors</i> . 2010;24(3):466-74.	Not a systematic review
Nygren P, Nelson HD, Klein J. Screening children for family violence: a review of the evidence for the US Preventive Services Task Force. <i>Annals of Family Medicine</i> . 2004;2(2):161-9.	Not a systematic review
Oates RK, Bross DC. What have we learned about treating child physical abuse: a literature review of the last	Not a systematic review

decade (DARE structured abstract). <i>Child Abuse and Neglect</i> . 1995;19:463-73.	
Olds DL, Sadler L, Kitzman H. Programs for parents of infants and toddlers: Recent evidence from randomized trials. <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry</i> . 2007;48:355-391.	Not a systematic review (No risk of bias assessment)
Orwin et al. Effectiveness of women's substance abuse treatment programs: A meta-analysis. <i>NEDS analytic summary</i> , 2001, nr. 21	Unclear information
Osterling KL, Austin MJ. Substance abuse interventions for parents involved in the child welfare system: evidence and implications (DARE structured abstract). <i>Journal of Evidence-Based Social Work</i> . 2008;5:157-89.	Not a systematic review
Oyserman D, Mowbray CT, Zemencuk JK. Resources and supports for mothers with severe mental illness. <i>Health and Social Work</i> . 1994;19(2):132-42.	Not a systematic review
Paavilainen E, Flinck A. National clinical nursing guideline for identifying and intervening in child maltreatment within the family in Finland. <i>Child Abuse Review</i> Vol22(3), May-Jun 2013, pp209-220. 2013(3):May-Jun.	Not a systematic review
Passarela CDM, Mendes DD, De Jesus MJ. A systematic review to study the efficacy of cognitive behavioral therapy for sexually abused children and adolescents with posttraumatic stress disorder. <i>Revista de Psiquiatria Clinica</i> . 2010;37(2):63-73.	The population did not meet our inclusion criteria
Paulsell et al. Home visiting evidence of effectiveness review: executive summary. Office of planning, research and evaluation, the administration for children and families, U.S. Department of Health and Human Services. 2011	The population did not meet our inclusion criteria
Pelcovitz D. Review: home visitation by nurses beginning prenatally and extending through infancy prevents child abuse and neglect. <i>Evidence Based Mental Health</i> . 2001;4(3):81-.	Not a systematic review
Phillips SD, Gleeson JP, Waites-Garrett M. Substance-abusing parents in the criminal justice system: Does substance abuse treatment improve their children's outcomes? <i>Journal of Offender Rehabilitation</i> Vol48(2), Feb 2009, pp120-138. 2009(2):Feb-138.	Not a systematic review
Ray KL, Hodnett ED. Caregiver support for postpartum depression. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2000(2):CD000946.	Withdrawn
Reynolds AJ, Mathieson LC, Topitzes JW. Do early childhood interventions prevent child maltreatment? A review of research. <i>Child Maltreatment</i> . 2009; 14:182-206.	The intervention did not meet our inclusion criteria (Treatment of parents with outcomes on parents only)
Rizo CF, Macy RJ, Ermentrout DM, Johns NB. A review of family interventions for intimate partner violence with a child focus or child component. <i>Aggression and Violent Behavior</i> . 2011;16(2):144-66.	The population did not meet our inclusion criteria
Romeiro J, Lourenco M. Nursing interventions for preventing child maltreatment: A systematic literature review. <i>Atencion Primaria</i> . 2013;Conference: 1st World Congress of Children and Youth Health Behaviors / 4th	The population did not meet our inclusion criteria

National Congress on Health Education Viseu Portugal. Conference Start: 20130523 Conference End: 20130525. Conference Publication:(var.pagings):98.	
Seeman MV. Clinical interventions for women with schizophrenia: pregnancy. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i> . 2013;127(1):12-22.	Not a systematic review
Segal L, Sara OR, Dalziel K. Theory! The missing link in understanding the performance of neonate/infant home-visiting programs to prevent child maltreatment: a systematic review. <i>Milbank Quarterly</i> . 2012;90(1):47-106.	The PICO did not meet our inclusion criteria
Sharps PW, Campbell J, Baty ML, Walker KS, Bair-Merritt MH. Current evidence on perinatal home visiting and intimate partner violence. <i>JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing</i> . 2008;37(4):480-90.	Not a systematic review
Shaw E, Levitt C, Wong S, Kaczorowski J, McMaster University Postpartum Research G. Systematic review of the literature on postpartum care: effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health. <i>Birth</i> . 2006;33(3):210-20.	The population did not meet our inclusion criteria The children are older than 6 years
Siegenthaler E, Munder T, Egger M. Effect of preventive interventions in mentally ill parents on the mental health of the offspring: systematic review and meta-analysis. <i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> . 2012;51(1):8-17.	The population did not meet our inclusion criteria
Skeen S, Tomlinson M. A public health approach to preventing child abuse in low- and middle-income countries: a call for action. <i>International Journal of Psychology</i> . 2013;48(2):108-16.	Not a systematic review
Skowron E, Reinemann DHS. Effectiveness of psychological interventions for child maltreatment: A meta-analysis. <i>Psychotherapy</i> . 2005;42(1):52-71.	The population did not meet our inclusion criteria
Smith T, Duggan A, Bair-Merritt M, Cox G. Systematic Review of Fathers' Involvement in Programmes for the Primary Prevention of Child Maltreatment. <i>Child Abuse Review</i> . 2012;21(4):237-54.	Not a systematic review
Speirs V, Johnson M, Jirojwong S. A systematic review of interventions for homeless women. <i>Journal of Clinical Nursing</i> . 2013;22(7-8):1080-93.	The population did not meet our inclusion criteria
Sprenkle DH. Effectiveness research in marriage and family therapy. (2002)Effectiveness research in marriage and family therapy370 ppAlexandria, VA, US: American Association for Marriage and Family Therapy; US. 2002(2002):VA, US.	Not a systematic review
Sprenkle DH. Intervention research in couple and family therapy: A methodological and substantive review and an introduction to the special issue. <i>Journal of Marital and Family Therapy</i> Vol38(1), Jan 2012, pp3-29. 2012(1):Jan-29.	Not a systematic review
St AA, Bard DE, Silovsky JF. Meta-analysis of treatment for child sexual behavior problems: practice elements and outcomes. <i>Child Maltreatment</i> . 2008;13(2):145-66.	The PICO did not meet our inclusion criteria
Stalker K, McArthur K. Child abuse, child protection and disabled children: a review of recent research. <i>Child Abuse Review</i> . 2012;21(1):24-40.	Not a systematic review

Stanton MD, Shadish WR. Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: a meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. <i>Psychological Bulletin</i> . 1997;122(2):170-91.	The population did not meet our inclusion criteria The children are older than 6 years
Staton-Tindall M, Sprang G, Clark J, Walker R, Craig CD. Caregiver substance use and child outcomes: A systematic review. <i>Journal of Social Work Practice in the Addictions</i> Vol13(1), Jan 2013, pp6-31. 2013(1):Jan-31.	The PICO did not meet our inclusion criteria
Statham J. Effective services to support children in special circumstances. <i>Child: Care, Health and Development</i> . 2004;30(6):589-98.	Not a systematic review
Sweet ma, Applebaum mi. Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. <i>PubMed</i> 2004, <i>Child dev</i> . 75(5):1435-56.	Not a systematic review (No risk of bias assessment)
Sword W et al. Integrated programs for women with substance use issues and their children: a qualitative meta-synthesis of processes and outcomes. <i>BioMed Central Ltd</i> . 2009, 6:32	The PICO did not meet our inclusion criteria
Tanaka M, Jamieson E, Wathen N, MacMillan HL. Methodological standards for randomised controlled trials of interventions for preventing recurrence of child physical abuse and neglect. <i>Child Abuse Review</i> Vol19(1), Jan-Feb 2010, pp21-38. 2010(1):Jan-Feb.	Not a systematic review
Taubner S, Munder T, Unger A, Wolter S. Effectiveness of early intervention in Germany: A narrative review. <i>Kindheit und Entwicklung</i> Vol22(4), 2013, pp232-243. 2013(4):2013, pp-243.	The PICO did not meet our inclusion criteria
Taylor TK, Biglan A. Behavioral family interventions for improving child-rearing: a review of the literature for clinicians and policy makers. <i>Clinical Child and Family Psychology Review</i> . 1998;1(1):41-60.	Not a systematic review
Taylor J, Daniel B, Scott J. Noticing and helping the neglected child: towards an international research agenda. <i>Child & Family Social Work</i> . 2012;17(4):416-26.	The PICO did not meet our inclusion criteria
Tilbury C, Osmond J. Permanency planning in foster care: a research review and guidelines for practitioners. <i>Australian Social Work</i> . 2006;59(3):265-80.	Not a systematic review
Van den Noortgate W, Geeraert L, Grietens H, Onghena P. The Effects of Early Prevention Programs for Families with Young Children at Risk for Physical Child Abuse and Neglect: A Reply on the Comments of Miller. <i>Child Maltreatment</i> Vol11(1), Feb 2006, pp98-101. 2006(1):Feb-101.	Not a systematic review
Troia N. Prevention of child abuse and neglect (POCAN) Final Evaluation Report. Department of Health and Family Services Office of Strategic Finance. 2003	Not a systematic review
Turner W, Macdonald G. Treatment Foster Care for Improving Outcomes in Children and Young People: A Systematic Review. <i>Research on Social Work Practice</i> . 2011;21(5):501-27.	Not a systematic review (No risk of bias assessment)
Turner W, Macdonald GM, Dennis JA. Behavioural and cognitive behavioural training interventions for assisting foster carers in the management of difficult behaviour. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2007(1).	The PICO did not meet our inclusion criteria

Turner W, Macdonald GM, Dennis JA. Cognitive-behavioural training interventions for assisting foster carers in the management of difficult behaviour. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2007(1):CD003760.	The population did not meet our inclusion criteria The children are older than 6 years
Van den Noortgate W, Geeraert L, Grietens H, Onghena P. The Effects of Early Prevention Programs for Families with Young Children at Risk for Physical Child Abuse and Neglect: A Reply on the Comments of Miller. <i>Child Maltreatment</i> Vol11(1), Feb 2006, pp98-101. 2006(1):Feb-101.	Not a systematic review
von Sydow K, Beher S, Schweitzer-Rothers J, Retzlaff R. Systemic family therapy with children and adolescents as index patients. A meta-content analysis of 47 randomized controlled outcome studies. <i>Psychotherapeut</i> -Vol51(2), Mar 2006, pp107-143. 2006(2):Mar-143.	The PICO did not meet our inclusion criteria
Waddell C, Hua JM, Garland OM, Peters RD, McEwan K. Preventing mental disorders in children: a systematic review to inform policy-making. <i>Canadian Journal of Public Health</i> . 2007;98(3):166-73.	The PICO did not meet our inclusion criteria
Wade C, Llewellyn G, Matthews J. Review of parent training interventions for parents with intellectual disability. <i>Journal of applied research in intellectual disabilities</i> 2008; 21:351-66.	Not a systematic review (No risk of Bias assessment)
Webb RT, Howard L, Abel KM. Antipsychotic drugs for non-affective psychosis during pregnancy and postpartum. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2004(2):CD004411.	The PICO did not meet our inclusion criteria
Winokur M, Holtan A, Valentine D. Kinship care for the safety, permanency, and well-being of children removed from the home for maltreatment. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2009(1):CD006546.	The PICO did not meet our inclusion criteria
Winokur M, Holtan A, Batcheleider KE. Kinship care for the safety, permanency, and well-being of children removed from the home for maltreatment (review). <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2014	The PICO did not meet our inclusion criteria The children older than 6 years
Yoshikawa H. Long-term effects of early childhood programs on social outcomes and delinquency. <i>The Future of Children</i> Vol5(3), Win 1995, pp51-75. 1995(3):Win-75.	The population did not meet our inclusion criteria The children are older than 6 years
Zeuthen K, Hagelskjaer M. Prevention of child sexual abuse: analysis and discussion of the field. <i>Journal of Child Sexual Abuse</i> . 2013;22(6):742-60.	Not a systematic review
Ziviani J, Feeney R, Cuskelly M, Meredith P, Hunt K. Effectiveness of support services for children and young people with challenging behaviours related to or secondary to disability, who are in out-of-home care: A systematic review. <i>Children and Youth Services Review</i> . 2012;34(4):758-70.	The population did not meet our inclusion criteria The children are older than 6 years
Zlotnick C, Tam T, Zerger S. Common needs but divergent interventions for U.S. Homeless and foster care children: Results from a systematic review. <i>Health and Social Care in the Community</i> . 2012;20(5):449-76.	The PICO did not meet our inclusion criteria

Vedlegg 5: Beskrivelse av inkluderte systematiske oversikter

Barlow J, Bennett C, Midgley N, Larkin SK, Wei Y. Parent-infant psychotherapy for improving parental and infant mental health. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015.	
Population	Parent-infant dyads in which the parent was experiencing mental health problems, domestic abuse or substance dependency, with or without the infant showing signs of attachment or dysregulation problems, or both attachment and dysregulation problems.
Intervention(s)	Parent-infant psychotherapy
Comparisons	Comparison 1. Parent-infant psychotherapy versus control. Comparison 2. Parent-infant psychotherapy versus alternative (non-parent-infant psychotherapy) intervention.
Latest search	13 January 2014
Study designs	Randomised controlled trials (RCTs) and quasi-randomised controlled trials (quasi-RCTs)
Included trials	Eight studies with 846 randomised participants. Three studies were conducted in the USA two in the UK, and one each in Canada, Switzerland and Sweden.
Outcomes	The included studies reported a range of outcomes relating to parental mental health, parent-infant interactions and infant development (i.e. attachment, behaviour, cognitive, and mental development).
Authors conclusions	Although the findings of the current review suggest that PIP is a promising model in terms of improving infant attachment security in high-risk families, there were no significant differences compared with no treatment or treatment-as-usual for other parent-based or relationship-based outcomes, and no evidence that PIP is more effective than other methods of working with parents and infants. Further rigorous research is needed to establish the impact of PIP on potentially important mediating factors such as parental mental health, reflective functioning, and parent-infant interaction.

Bee P, Bower P, Byford S, Churchill R, Calan R, Stallard P et al. The clinical effectiveness, cost-effectiveness and acceptability of community-based interventions aimed at improving or maintaining quality of life in children of parents with serious mental illness: a systematic review. Health Technology Assess 2014, 18 (8).	
Population	Families where at least one of the parents suffer from serious mental illness
Intervention(s)	Any non-residential psychotherapeutic, psychoeducational or psychosocial interventions involving professionals or paraprofessionals for the purposes of changing parent's and/or childrens knowledge, attitudes, beliefs, emotions, skills or health behaviours.
Comparisons	Standard care
Latest search	May 2012
Study designs	RCT, quasi-RCT, controlled observational studies (e.g. case-control studies).

Included trials	Twenty-six trials (parents with severe depression)
Outcomes	Child mental health Child physical well-being Child social well-being, Child self-esteem, Family functioning
Authors conclusions	Evidence for community-based interventions to enhance QoL in children of SMI parents is lacking. The capacity to recommend evidence-based approaches is limited. Rigorous development work is needed to establish feasible and acceptable child-and family-based interventions, prior to evaluating clinical effectiveness and cost-effectiveness via a randomised controlled trial (RCT). A substantial programme of pilot work is recommended to underpin the development of feasible and acceptable interventions for this population. Evaluations should incorporate validated, child-centred QoL outcome measures, high-quality cost data and nested, in-depth acceptability studies. New age-appropriate instruments that better reflect the life priorities and unique challenges faced by children of parents with SMI may need to be developed.

Coren E, Hutchfield J, Thomae M, Gustafsson C. Parent training support for intellectually disabled parents. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010.	
Population	Mothers with intellectual disabilities
Intervention(s)	Parenting interventions
Inclusion criteria	Parent training interventions with any theoretical background designed to improve parenting skills and knowledge, whether individual or group based, and whether instructor led or using a selftaught structured format.
Comparisons	Standard care
Latest search	April 2009
Study designs	RCTs and quasi randomised studies
Inclusion criteria	RCT s and quasi randomised studies
Included trials	3 RCTs from USA, Australia and Canada. The trials includes 125 participants.
Outcomes	Health comprehension: health related vocabulary and knowledge of body parts. Illness and symptom recognition: knowledge about symptoms of illness and common child health problems and practical tasks such as taking a child's temperature. Life threatening emergencies: knowledge about life threatening emergencies including causes, prevention and response. Going to the doctor: knowledge about when to go to the doctor including what to tell/ask them and following directions. Using medicines safely: knowledge of how to use medicines including prescription medicines including reading and following information on labels.

	<p>Threemeasures of home safety (designed to assess parental knowledge of dangers and the safety of the home environment).</p> <p>Home illustrations - Dangers: Parents asked to identify dangers in pictures of six areas of the home. Scores represent total number of dangers correctly identified out of a possible 104.</p> <p>Home illustrations - Precautions: Parents asked to identify precautions for dangers depicted in series of six pictures. Scores represent total number of precautions identified.</p> <p>Home precautions: Home observation checklist completed by assessor with parent identifying dangers in parents home and precautions taken by parent. Scores represent total number of precautions taken to deal with total of 114 possible dangers e.g., edibles, suffocation, sharp objects etc.</p>
Authors conclusions	<p>The results of this review offer some encouraging evidence in relation to the potential of parenting interventions designed for parents with intellectual disabilities to support and improve parenting knowledge and skills in some such parents. However, the studies included are small with risk of bias, and some of the results equivocal, so relevance to local populations should always be assessed before implementing interventions based on this review with the included data as it stands.</p> <p>Implications for research</p> <p>Much more evidence of effectiveness is needed in this area. The evidence base would benefit from larger possibly multi-centre randomized controlled trials with more detailed inclusion information with which to assess generalisability. From the evidence at hand it is not clear what elements of the interventions produce the effect e.g., the manner of delivery, whether home or centre based, whether group or individual, and what frequency or duration might be optimal. As such, the evidence base would benefit from the conduct of process evaluations in order to unpack the different elements of effectiveness more specifically.</p>

Cuijpers, P, Weitz E, Karyotaki E, Garber J, Anderson G. The effectiveness of psychological treatment of maternal depression on children and parental functioning: a meta-analysis. Eur Child Adolesc Psychiatry 2015, 24: 237-245	
Population	Mothers with depression
Intervention(s)	Psychological treatment
Comparisons	Standard care
Latest search	January 2013
Study designs	RCT
Included trials	9 trials (RCTs)
Outcomes	Childrens mental health Mother-child interactions Parenting outcomes
Authors conclusions	We found that psychotherapy leads to decreased levels of depression in depressed mothers and also found indications that psychotherapy may have a positive effect on the mental health of their children and parenting/marital distress. However, more high.quality research is needed before a definite answer can be given.

Fraser JG, Lloyd S, Murphy R, Crowson M, Zolotor A et al. A comparative effectiveness review of parenting and trauma-focused interventions for children exposed to maltreatment. J Dev Behav Pediatr 2013, 34 (353-368)	
Population	Families with children exposed to maltreatment
Intervention(s)	Parenting interventions
Comparisons	Standard care/other intervention
Latest search	Unclear, but probably in 2013
Study designs	RCTs and Non-randomized, controlled trials
Included trials	17 trials (ten on parenting interventions, 7 on trauma focused interventions given children older than the criteria to be included in our review)
Outcomes	Child behavior and development Parent-child-relationship
Authors conclusions	Our review suggest that several intervtenions shov promising child well-being comparative benefit. However, our central findig was that comparative research remains relatively nascent in the child maltreatment arena, with striking substantive and methodological gaps in the literature. These gaps reflect the relatively brief history of clinical trials focused on child maltreatment and the Herculean demands on researchers involved in conducting high quality clinical studies with this highly vulnerable population. A multisite research network is a powerful platform that could facilitate the conduct of large, methodologically rigorous comparative efficacy and effectiveness trials needed to move the field forward. More broadly, a paradigm shift is required on the part of researchers and funders alike to galvanize the commitment and resources necessary for conducting colaborative clinical trials with these particulary vulnerable children and families.

Irving CB, Saylan M, Mother and baby units for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007.	
Population	Mothers with schizophrenia, irrespective of criteria used for diagnosis, assessed as needing admission along with their child, in the first year after child-birth.
Intervention(s)	Mother and baby units for schizophrenia
Comparisons	Standard care or other care than mother and baby units
Latest search	Juni 2006
Study designs	RCT
Included trials	No trials met the inclusion criteria
Outcomes	
Authors conclusions	Mother and bay units are reportedly common in the UK but less common in other countries and rare or non-existent in the developing world. However, there does not appear to be any trial-based evidence for the effectiveness of these units. This lack of data is of concern as descriptive studies have found poor outcomes such as anxious attachment and poor development for children of mothers with schizophrenia and a greater risk of the children being placed under supervised or foster care. Effective care of both mothers and babies during this critical time may be crucial to prevent poor clinical and parenting outcomes. Good, relevant research is urgently needed.

Lucas P, McIntoch K, Petticrew M, Roberts HM, Shiell A. Financial benefits for child health and well-being in low income or socially disadvantaged families in developed world countries. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2008	
Population	Socially disadvantaged families/ low-income families
Intervention(s)	Financial benefits
Comparisons	No financial benefits
Latest search	June 2006
Study designs	RCT or quasi-RCT
Included trials	Nine trials with more than 25,000 participants
Outcomes	Child behavior, child development, family violence, child abuse
Authors conclusions	The review set out to examine the potential of financial support to poor families to improve circumstances for children. However, on the basis of current evidence we cannot state unequivocally whether financial benefits delivered as an intervention are effective at improving child health or well-being in the short term. Our conclusions are limited by the fact that most of the studies had small effects on total household income and that, while no conditions were attached to how money was spent, all studies included strict conditions for receipt of payments. We note particular concerns by some authors that sanctions and conditions (such as working hours) placed on families may increase family stress.

Peacock S, Konrad S, Watson E, Nickel D, Muhajarine N. Effectiveness of home visiting programs on child outcomes: a systematic review. BMC Public Health 2013, 13 (17)	
Population	Disadvantaged families/ At risk families (low income, substance abuse etc)
Intervention(s)	Home visits
Comparisons	Standard care/No home visits
Latest search	May 2012
Study designs	RCT
Included trials	21 trials (RCTs) from USA (14), Ireland (2), United Kingdom, South Africa, Bangladesh, Jamaica, Chile
Outcomes	Child abuse and neglect Child development: cognitive; psychomotor; language Child behavior, Child health.
Authors conclusions	This systematic review begins to address a current gap in the research literature by evaluating the effectiveness of paraprofessional HV programs. While this systematic review has shown that HV programs that utilize paraprofessionals often do not have significant effects on disadvantaged families, it does show that young children in these programs show modest improvements in some circumstances. The included studies found that HV intervention programs were associated with decreases in harsh parenting, improved cognition and language development in young children, reductions in low birth weight, weight-for-age in young children, and reduction in child health problems. However, findings that were not statistically significant were

	much more common than significant ones. As discussed, addressing the dose of interventions, approaching women prenatally, focusing programs on improving specific outcomes, making sure paraprofessionals receive adequate training and support, and improving the retention of families all may improve the impacts of HV programs.
--	--

Turnbull c, Osborn DA. Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012.	
Population	Pregnant or postpartum women with a drug or alcohol problem.
Intervention(s)	Home visits (mostly after birth) Visitors included: community health nurses, paediatric nurses, trained counsellors, paraprofessional advocates, midwives and lay African-American women.
Comparisons	Standard care/ no home visits
Latest search	November 2011
Study designs	RCTs and quasi randomised studies
Included trials	Seven studies, 803 mother-infant pairs
Outcomes	Outcomes relatetd to drug use, breastfeeding, vaccination, mother-infant interaction, child development and child behavior.
Authors conclusions	There is insufficient evidence to recommend the routine use of home visits for pregnant or postpartum women with a drug or alcohol problem. Further large, high-quality trials are needed.

Vedlegg 6: Begrepsforklaringer

Begrep	Beskrivelse eller forklaring
Allokering	Fordeling av deltakere i et forsøk til tiltaks- og kontrollgruppe. Skjult allokering betyr at det er gjort grep for å skjule allokeringen til gruppene fra dem som er ansvarlig for å vurdere deltakere når de inngår i studien. Dette sikres ved robuste randomiseringsprosedyrer. Åpen allokering betyr at fordelingen til tiltaks- og kontrollgruppe ikke er skjult for dem som vurderer deltakere når de inngår i studien.
Assosiasjon	Sammenhengen mellom to karakteristika, slik at når én endres, vil den andre også endres på en forutsigbar måte.
Baseline data	Verdier av demografiske, kliniske eller andre variabler som blir innhentet fra hver deltaker ved oppstarten av et forsøk, før tiltaket blir gitt.

Blinding	I et kontrollert forsøk: prosessen som hindrer at de som er involvert i forsøket, vet hvilken gruppe én deltaker tilhører. Risikoen for skjevhet blir redusert når så få personer som mulig vet hvem som mottar et eksperimentelt tiltak og hvem som er i kontrollgruppen. Deltakere, helsepersonell, forsker (utfallsmåler) og den som gjør analysene, er alle kandidater for blinding. Blinding av enkelte grupper er ikke alltid mulig, f.eks. for kirurger i kirurgiske forsøk. Begrepene enkelt-blind, dobbeltblind og trippel-blind blir ofte brukt, men blir ikke brukt konsistent og er tvetydige dersom det ikke oppgis hvilke personer som er blindet.
Data	Råmateriale fra forskning som ennå ikke er organisert til informasjon.
Effekt	Den observerte sammenheng mellom et tiltak eller en eksposisjon og et utfall som blir uttrykt i et effektmål.
Effektmål	Mål for effekt, f.eks. gjennomsnitt, frekvens, prosent, relativ risiko, odds ratio, «numbers needed to treat to benefit,» standardisert gjennomsnittlig forskjell eller vektet gjennomsnittlig forskjell.
Eksklusjonskriterier	Karakteristika ved potensielle deltakere i en studie (eller studier i en systematisk oversikt) som gjør at de ikke kan delta i studien (eller inkluderes i oversikten).
Estimat	Et anslag, dvs. en tallfesting med en viss usikkerhet. Nesten all måling har noe usikkerhet. Vi bruker ordet estimat når målingen er grov, og usikkerheten derfor større enn det vi forbinder med målinger.
Frafall	Bortfall av deltakere underveis i en studie. Deltakere som blir borte eller ikke blir gjort rede for kalles ofte dropouts.
Fødselsdepresjon	Kalles også barselsdepresjon. Medisinsk term er postpartum depresjon. En depresjon som inntreffer etter fødselen. Depresjonen kan variere i alvorlighetsgrad, fra en lettere til en mer uttalt depresjon. For at tilstanden skal kunne kalles en depresjon i medisinsk forstand, må den oppfylle diagnosen for klinisk depresjon etter kriteriene i International classification of diseases (ICD-10). Kilde: Folkehelseinstituttet. URL (lest 30.juli 2014): http://www.fhi.no/tema/svangerskap-fodsels-og-spedbarns-helse/fodselsdepresjon
Gjennomsnitt	Kalkuleres ved å summere individuelle verdier i et sett av målinger og så dele summen på antall målinger.

Heterogen/ heterogenitet	Ulik, uensartet. Populasjoner eller studier er heterogene når gir et uensartet eller ulikt uttrykk, noe som betyr at de er forskjellige fra hverandre.
I²	I ² : I-square Statistisk test for heterogenitet. I en metaanalyse er den totale variasjonen summen av variasjonen innenfor studiene pluss variasjonen mellom studiene. I ² er et mål for hvor mange prosent variasjonen mellom studiene utgjør av totalvariasjonen. I en GRADE-vurdering inngår I ² i vurderingen av konsistens mellom studiene. I ² under 40 % er lav, 30-60 % er moderat, 50-90 % er betydelig, og 75-100 % omfattende. Kilde I ² i GRADE-vurdering: Guyatt et al. J Clin Epidemiol 2011;(64):1294-1302.
Inklusjonskriterier	Karakteristika ved/krav som stilles til potensielle deltakere i en studie eller studier i en systematisk oversikt som gjør at de kan delta i studien eller inkluderes i oversikten.
Konfidensintervall (KI)	Statistisk uttrykk for feilmargin fra frekvensstatistikk. Det angir intervallet som med en spesifisert sannsynlighet (vanligvis 95 %) inneholder den "sanne" verdien av variabelen man har målt. Presisjonen på resultatet angis som ytterpunktene for et intervall, f.eks. når man skriver 10,5 ± 0,5 (95 % KI), så betyr dette at målingen var 10,5, og at konfidensintervallet strekker seg fra 10,0 til 11,0. Jo smalere intervall, desto større presisjon.
Kontekst	Et begrepet for omstendighetene omkring en hendelse eller en tilstand (f.eks. geografisk beliggenhet, tidspunkt, type helseforetak). Konteksten virker inn på hvordan man tolker denne hendelsen eller tilstanden, og den kan også virke inn på hvordan hendelsen forløper.
Kontrollgruppe	En gruppe som brukes som sammenligning for en tiltaksgruppe. Den har lignende karakteristika som tiltaksgruppen, men mottar et alternativt tiltak eller ingen tiltak.
Kvalitet på dokumentasjon	En rangering av kvaliteten på kunnskapsgrunnlaget som uttrykker i hvilken grad en kan stole på dokumentasjonen av effekt. Instrumentet GRADE brukes ofte for dette formålet.
Kvalitet på rapportering	En rangering av i hvilken grad den metodiske kvaliteten av en studie redegjøres for i rapporteringen av studien.
Lav sosioøkonomisk status	I norsk kontekst kartlegges sosioøkonomisk status i relasjon til helseparametere ofte ut fra variablene utdanningslengde,

	<p>inntekt og, til en viss grad, yrke og bostedskarakteristika (50). Lav inntekt kan defineres relativ til inntektsmål i befolkningen, og SSBs levekårsundersøkelser bruker to slike mål (51):” Den ene tar utgangspunkt i beløpet som utgjør 50 prosent av medianinntekten for alle personer, etter at husholdningsinntektene er regnet om til forbruksenheter ved hjelp av OECDskalaen. Alle personer med en inntekt per forbruksenhet lavere enn dette, regnes da som tilhørende lavinntektsgruppen. Den andre definisjonen tar utgangspunkt i den som i dag benyttes av EU, det vil si at lavinntektsgrensen settes lik 60 prosent av medianinntekten for alle personer, etter å ha korrigert for ulikheter i husholdningsstørrelse ved hjelp av EU-skalaen” (50).</p>
Meta-analyse	<p>Statistiske teknikker i en systematisk oversikt for å integrere resultatene av inkluderte studier. Begrepet er noen ganger feilaktig brukt som synonym for systematiske oversikter som inkluderer en metaanalyse.</p>
Metodisk kvalitet	<p>Vurdering av den helhetlige kvaliteten av en studie eller en systematisk oversikt. Dette gjøres ved å vurdere design, gjennomføring, resultater osv. Sjekklistene benyttes ofte til dette formålet.</p>
Odds	<p>En måte å uttrykke sannsynligheten for en hendelse. Beregnes slik: man deler antall individer i et utvalg som opplever hendelsen, på antallet som ikke opplever den.</p>
Odds ratio	<p>OR: Odds ratio Ratioen mellom odds for en hendelse i en gruppe og odds for en hendelse i en annen gruppe. I studier av behandlingseffekt er oddsen i behandlingsgruppen vanligvis delt på odds i kontrollgruppen. En odds ratio på 1 indikerer at det ikke er forskjell mellom gruppene. For uheldige utfall indikerer en odds ratio som er mindre enn 1, at tiltaket var effektivt for å redusere risikoen for utfallet.</p>
Oversikt over systematiske oversikter	<p>En systematisk oversikt der den forskningen som blir innsamlet, vurdert og analysert er systematiske oversikter, ikke primærstudier.</p>
Populasjon	<p>I forskning: gruppen av personer som studeres, vanligvis dannet ved at det trekkes et utvalg fra populasjonen. Populasjoner kan bli definert ut fra enhver egenskap, f.eks. geografi, aldersgruppe, bestemte sykdommer.</p>
Primærstudie	<p>Original forskning hvor data er samlet inn.</p>

Primærutfall	Det viktigste utfallet i en studie.
Randomisering	Den prosess som tilfeldig fordeler deltakere til en av armene i en kontrollert studie. Det er to komponenter i randomisering: generering av en tilfeldig sekvens, og dens implementering, ideelt på en måte slik at de som inkluderer deltakere i en studie, ikke er klar over sekvensen (skjult allokering).
Randomisert kontrollert studie	Et studiedesign hvor deltakerne er randomisert (tilfeldig fordelt) til en tiltaks- og kontrollgruppe. Resultatene blir vurdert ved å sammenlikne utfall i behandlings-/tiltaksgruppen og kontrollgruppen. En fordel ved en RCT er at den tilfeldige fordeling av deltakere til de to (eller flere) gruppene i teorien sikrer at gruppene er like med hensyn til demografiske og sykdomsspesifikke variabler samt konfunder-variabler.
Relativ risiko	RR: Relative risk Forholdet mellom risikoen i to grupper. I tiltaksstudier er dette risikoen i tiltaksgruppen delt på risikoen i kontrollgruppen. En relativ risiko på 1 indikerer at det ikke er forskjell på de to gruppene. For uønskede utfall indikerer en relativ risiko < 1 at tiltaket er effektivt for å redusere risikoen for dette utfallet. Motsatt for ønskede utfall.
Risikofamilier	Risikofamilier defineres i rapporten "Sped- og småbarn i risiko. En kunnskapsstatus" (13) som: <i>"Familier hvor flere risikofaktorer er til stede, som oftest både hos foreldre og barn, og hvor disse faktorene er av tilstrekkelig varighet, og av en slik art, at det sannsynlige utviklingsmessige utfallet hos barnet overstiger baseraten av psykiske vansker/forstyrrelser i barnebefolkningen. Risikofamilier kjennetegnes ved at antallet risikofaktorer overgår antall beskyttende faktorer og hvor det er lite som tyder på at risikofaktorene vil reduseres dersom tiltak ikke settes inn."</i> Videre defineres risikofaktorer som: <i>"Forhold som kjennetegner individer og/eller miljøer, og som kan resultere i økt sannsynlighet for barns senere skjevutvikling eller forstyrrelse"</i> , som for eksempel: <ul style="list-style-type: none"> • atypiske egenskaper hos barnet (genetiske, nevrologiske, reguleringsrelaterte) • vansker hos omsorgspersonen (psykiske og psykososiale problemer som rusmisbruk og psykisk sykdom, traumatiske opplevelser)

	<ul style="list-style-type: none"> • uheldige forhold i det omliggende miljøet (lav sosioøkonomisk status, svakt sosialt nettverk, belastet nabolag etc.)
Skjult allokering	En prosess for å sikre at den personen som beslutter å inkludere en deltaker i en randomisert kontrollert studie, ikke vet hvilken gruppe deltakeren vil bli allokert til. Dette atskiller seg fra blinding, og målet er å forebygge seleksjonsskjevhet. Noen metoder for skjult allokering er mer utsatt for manipulasjon enn andre, og metoden brukt for å skjule allokering benyttes som et element ved vurdering av en studies kvalitet.
Standardavvik	Standardavviket for utvalgsfordelingen av et statistisk mål. Målinger foretatt på et utvalg av en populasjon vil variere fra utvalg til utvalg. Standardfeilen er et mål på variasjonen i det statistiske målet på tvers av alle mulige utvalg på samme størrelse. Standardfeilen avtar når utvalgsstørrelsen øker.
Standardisert gjennomsnittlig forskjell	SMD: Standardised mean difference Forskjellen mellom to estimerte gjennomsnitt delt på et estimat for standardavviket. Det brukes for å kombinere resultater fra studier som bruker ulike måter å måle det samme begrepet på, f.eks. mental helse. Ved å uttrykke effektene som en standardisert verdi, kan resultatene kombineres da de ikke refererer til en bestemt skala. Standardisert gjennomsnittlig forskjell er noen ganger referert til som en d-indeks.
Statistisk signifikant	Et resultat som det er usannsynlig er fremkommet ved tilfældigheter. Den sedvanlige grense for denne vurderingen er at resultatet, eller mer ekstreme resultater, ville forekomme med en sannsynlighet mindre enn 5 % hvis nullhypotesen var sann. Statistiske tester gir en p-verdi som brukes for å vurdere dette.
Studiedesign	Hvordan en studie er planlagt for å besvare det aktuelle spørsmålet eller den aktuelle problemstillingen.
Subgruppeanalyse	En analyse hvor tiltakseffekten er evaluert i en definert delmengde av deltakerne i en studie, eller i komplementære delmengder, f.eks. fordelt på kjønn eller aldersgrupper.
Systematisk oversikt	En systematisk oversikt er en oversikt over flere artikler om samme emne med et klart definert forskningsspørsmål. Systematiske oversikter bruker systematiske og eksplisitte metoder for å identifisere, utvelge og kritisk vurdere relevant forskning, samt for å innsamle og analysere data fra studiene som er inkludert i oversikten. Tre kriterier må være oppfylt for at en