

Arbeidsnotat

Hjelpetiltak – Innhold og kunnskapsgrunnlag i to retningslinjer

Heid Nøkleby

Lars Jørun Langøien

Innhold

Beskrivelse av leveransen	2
RETNINGSLINJE 1 – <i>CHILD ABUSE AND NEGLECT</i> (2017)	3
Kort beskrivelse av retningslinjen	3
Tidlig hjelp for familier som viser mulige tegn på overgrep mot barn eller neglekt	6
Støtte til familiene i en tidlig fase.....	6
Foreldreprogrammer	10
Hjemmebesøksprogrammer	13
Tverrsektorielle tiltak og støtte ved overgrep mot barn eller neglekt.....	18
Tverrsektorielle tiltak.....	19
Terapeutiske tiltak for barn, ungdom og familier etter overgrep eller neglekt	20
Barn under 5 år	21
Barn under 12 år.....	26
RETNINGSLINJE 2 – <i>CHILDREN'S ATTACHMENT</i> (2015)	30
Kort beskrivelse av retningslinjen	30
Tiltak ved tilknytningsvansker hos barn i risiko for omsorgsovertakelse.....	32
Barn i førskolealder med tilknytningsvansker eller som står i fare for å utvikle tilknytningsvansker.....	32
Barn i førskolealder som har vært utsatt for eller står i fare for mishandling	38
Tiltak ved tilknytningsvansker hos barn under hos fosterforeldre, som har verge eller som er adoptert.....	40
Tiltak ved tilknytningsvansker hos barn og ungdom i institusjon	41
Referanser	47

Beskrivelse av leveransen

Fagmiljø for velferdstjenesteforskning i område for helsetjenester, Folkehelseinstituttet (FHI), fikk i januar 2021 i oppdrag av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) å beskrive to retningslinjer utgitt av *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) i 2017 og 2015. De to retningslinjene var:

1. *Child abuse and neglect* (publisert i 2017), www.nice.org.uk/guidance/ng76
2. *Children's attachment: attachment in children and young people who are adopted from care, in care or at high risk of going into care* (publisert i 2015), <https://www.nice.org.uk/guidance/ng26>

Bufdir skal utarbeide en veileder angående håndtering av familier med små barn der det er bekymring for alvorlig omsorgssvikt. Direktoratet ønsket i den forbindelse besvart bl.a. følgende spørsmål: Hvilke hjelpetiltak har best effekt for familier med barn 0 til 6 år, der det er bekymring for alvorlig omsorgssvikt?

FHIs oppgave var å:

- A. Kort beskrive retningslinjen
- B. Vurdere *hvordan og i hvilken grad* spørsmålet «Hvilke hjelpetiltak har best effekt for familier med barn 0 til 6 år, der det er bekymring for alvorlig omsorgssvikt?» besvares
- C. For relevante anbefalinger beskrive hvordan retningslinjeforfatterne vurderer forskningsgrunnlaget

Vi skulle ikke vurdere det faglige innholdet i retningslinjen.

RETNINGSLINJE 1 – *CHILD ABUSE AND NEGLECT* (2017)

Kort beskrivelse av retningslinjen

Tema

Retningslinjen gir kunnskapsbaserte anbefalinger om hvordan oppdage og reagere på overgrep (abuse) og vanskjøtsel (neglect) av barn. Retningslinjen skal gi praktikere og tjenestene (commissioners) en pålitelig veiledning til hva som fungerer best og hva som er kostnadseffektivt, slik det fremkommer av best tilgjengelig kunnskap.

Målet med retningslinjen er altså å gi praktikere og tjenestene en pålitelig veiledning til hvordan personell skal handle ved mistanke om overgrep mot og vanskjøtsel av barn, vurdering og tiltak. Retningslinjen er svært omfattende og dekker prinsipper for arbeid med barn /unge og familier, risikofaktorer og tegn på overgrep, vurdering av risiko og behov, tidlig hjelp, tverrsektorielle tiltak, terapeutiske tiltak samt planlegging og gjennomføring av tjenesten.

Målgruppe

Retningslinjen skal/kan brukes av ansatte i helsevesen, sosialtjeneste/barnevern, utdanningssektor, frivillig sektor, politi, kriminalomsorg samt tjenester rettet mot voksne.

Aktuelle settinger er alle sammenhenger der tidlig hjelp, oppdagelse, vurdering og tiltak mht. overgrep mot og vanskjøtsel av barn foregår, inkludert (side 68):

- barnets eget hjem
- plasseringer av barnet, f.eks. hos slekt, fosterforeldre, institusjoner og fengsel
- helsevesenet, primærhelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten
- skoler og universiteter
- sikrede institusjoner for barn og unge, inkludert fengsel/institusjon for unge kriminelle
- barnehager
- politistasjoner
- frivillig sektor, som idrett og ungdomsklubber

Retningslinjen er bredt anlagt og skal/kan brukes av alle som på et eller annet vis kan komme i kontakt med barn (profesjonelt eller i engasjement på fritiden). Det gjør at målgruppen i seg selv er vanskelig å definere mer spesifikt, hvilket også kan være en potensiell hindring for implementering.

Innhold

Dette er en svært omfattende retningslinje med anbefalinger knyttet til hele 21 forskningsspørsmål, kategorisert under følgende åtte kapitler:

1. 1.1. Prinsipper for arbeid med barn, ungdom, foreldre og omsorgsgivere
2. 1.2. Faktorer som øker sårbarheten/utsattheten for overgrep mot og vanskjøtsel av barn
3. 1.3. Oppdage (*recognise*) overgrep mot og vanskjøtsel av barn
4. 1.4. Vurdering risiko og behov knyttet til overgrep mot og vanskjøtsel av barn
5. 1.5. Tidlig hjelp for familier som viser mulige tegn på overgrep mot og vanskjøtsel av barn
6. 1.6. Tverrsektoriell (*multi-agency*) reaksjon på overgrep mot og vanskjøtsel av barn
7. 1.7. Terapeutiske tiltak for barn, ungdom og familier etter overgrep mot og vanskjøtsel av barn
8. 1.8. Planlegging og gjennomføring av tiltak

Den kortfattede retningslinjen har først et innledningskapittel som inneholder mål, begrunnelse for retningslinjen, hva som dekkes og ikke dekkes, retningslinjens juridiske status, utvikling av retningslinjen, kunnskapsgrunnlag samt forholdet til andre retningslinjer på feltet. Deretter følger anbefalingene i åtte tematiske kapitler (se punktet under, Innhold i retningslinjen). Til slutt gis en ordliste, råd for implementering, anbefalinger om videre forskning samt informasjon om oppdateringer.

Den utvidede retningslinjen har også et kort innledende kapittel som omfatter konteksten, inkludert omfang av barnemishandling i England, barns juridiske rettigheter samt praksis i dag. De åtte kapitlene med anbefalinger er ikke mer utdypende enn i den korte versjonen; det er i hovedsak andre kapitler og vedlegg som tar plass. Forskningsanbefalingene er grundigere beskrevet (inkludert beskrivelse av PICO og foretrukket studiedesign), og det er et svært langt kapittel som beskriver kunnskapsgrunnlaget og utviklingen av dette:

- Side 60-483: alle forskningsspørsmål og forskningsgrunnlaget
- Side 484-512: tabell som kobler anbefaling og kunnskapsgrunnlag
- Side 513-579: tabell som kobler anbefaling med forskningsspørsmål, kunnskapsgrunnlag og kvalitet, økonomiske vurdering mm

Til slutt presenteres retningslinjegruppen (The guideline committee), det tekniske (metodiske) teamet fra NICE Collaborating Centre for Social Care samt mulige interessekonflikter. På retningslinjens nettside er det publisert alle tabeller med kunnskapsgrunnlaget knyttet til de ulike anbefalingene, økonomiske analyser, verktøy for opplæring/veiledning og implementering, samt ulike dokumenter fra arbeidet med retningslinjen (oppdragsbrev, gruppesammensetning, møtereferat og høringsuttalelser).

Tre av åtte underkapitler som omfatter anbefalingene – om tidlig hjelp til familier som viser mulige tegn på overgrep mot og neglekt av barn, tverrsektoriell (multi-agency) respons på overgrep mot og neglekt av barn, samt terapeutiske intervensjoner for barn, unge og familier etter overgrep mot og neglekt av barn – synes relevante for å besvare Bufdirs spørsmål «Hvilke hjelpetiltak har best effekt for familier med barn 0 til 6 år, der det er bekymring for alvorlig omsorgssvikt? De øvrige anbefalingene i retningslinjen kan være relevante for andre spørsmål i Bufdirs arbeid. Anbefalingene i retningslinjen er utarbeidet for britiske/engelske forhold, og retningslinjeforfatterne har tatt høyde for dette også i vurderingen av forskningen de har inkludert. Mye av forskningen er for eksempel utført i USA eller Australia, og dette har tidvis medført at studiene ikke har fått høyeste kvalitetsvurdering, ettersom forfatteren har vurdert den kulturelle konteksten såpass forskjellig at det ikke er direkte overførbarhet. Dette må tas med i betraktningen også når anbefalingene, og forskningsgrunnlaget, skal vurderes med tanke på en norsk kontekst. For noen av anbefalingene bør en også merke seg at alder ikke er spesifisert, slik at dette også bør tas med i betraktning med tanke på BUFDIRs tematiske interesser. Andre anbefalinger er rettet mot barn og unge i spesifikke aldre, som fra 5 år og opp til 17 år. I slike tilfeller er målgrupper bare delvis overlappende med gruppen 0-6 år, og bør dermed vurderes deretter.

Underkapitlene med anbefalinger om tiltak er understøttet av fire underkapitler (3.6-3.9) om vurderingen av kunnskapsgrunnlaget og hvordan dette ligger til grunn for anbefalingene. Disse kapitlene tar utgangspunkt i en rekke forskningsspørsmål som har ligget til grunn for søk etter relevant litteratur. Det er såkalte “evidence statements” basert på denne litteraturgjennomgang som er det forskningsbaserte kunnskapsgrunnlaget for retningslinjen. To av disse kapitlene (3.6 og 3.8) omhandler effektive tiltak for henholdsvis tidlig hjelp ved risiko for overgrep og neglekt og tiltak for barn, unge og familier som opplever eller har opplevd overgrep og/eller neglekt. De to andre delkapitlene 3.7 og 3.9 omhandler aspekter ved profesjonell praksis som kan støtte eller hindre henholdsvis tidlig hjelp ved risiko for eller adekvat respons ved overgrep eller neglekt. Et femte kapittel (3.10) omhandler organisatoriske faktorer ved adressering av overgrep på eller neglekt av barn.

Anbefalingene er kategorisert som følger:

1.5 TIDLIG HJELP FOR FAMILIER SOM FRAMVISER MULIG TEGN PÅ OVERGREP MOT BARN ELLER NEGLEKT (16 ANBEFALINGER)

Generelle faktorer (4 anbefalinger)

Kunnskap og ferdigheter for praktikere som gir tidlig hjelp (3 anbefalinger)

Foreldreprogrammer (6 anbefalinger)

Hjemmebesøk-programmer (4 anbefalinger)

1.6 TVERRSEKTORIELL RESPONS PÅ OVERGREP MOT ELLER NEGLEKT AV BARN (4 ANBEFALINGER)

Tverrsektorielt arbeid (1 anbefaling)

Støtte til barn og unge (1 anbefaling)

Barn og unge utsatt for vold i hjemme/nær relasjoner (domestic abuse) (1 anbefaling)

Trafficking av barn (1 anbefaling)

1.7 TERAPEUTISKE TILTAK FOR BARN, UNGE OG FAMILIER ETTER OVERGREP MOT ELLER NEGLEKT AV BARN (19 ANBEFALINGER)

(3 overordnede anbefalinger)

Terapeutiske tiltak i etterkant av fysiske eller emosjonelle overgrep mot barn, eller neglekt.

- Barn under 5 (6 anbefalinger)
 - Barn i alderen 12 år og yngre (4 anbefalinger)
 - Barn og unge i alderen 17 år og yngre (3 anbefalinger)
-

Terapeutiske tiltak for barn, unge og familier etter seksuelle overgrep (3 anbefalinger)

De relevante anbefalingene fra de tre delkapitlene er:

Tidlig hjelp for familier som viser mulige tegn på overgrep mot barn eller neglekt

Disse anbefalingene er for:

- Praktikere involvert i tidlig hjelp for familier som viser mulige tegn på overgrep mot barn og neglekt. Dette kan inkludere de som tar på seg den ledende profesjonelle rollen (inkludert en allmennpraktiker (GP), en som jobber med familiestøtte (family support worker), lærer, helsebesøkende (health visitor) eller en som koordinerer behov for spesialopplæring (special educational needs coordinator) eller de som gir tiltak for tidlig hjelp, slik som de som jobber med familiestøtte.
- Bestillere av tidlig hjelp-tjenester for barn, unge og familier.

Disse anbefalingene støtter kravene i *Working together to safeguard children* ved å belyse kunnskapsbaserte programmer som kan tilbys som en del av tidlig hjelp.

Støtte til familiene i en tidlig fase

1.5.1 Gi tidlig hjelp i tråd med lokale regler og «Working together to safeguard children», og basert på en vurdering av behovene til barn, unge og familier.

1.5.2 Diskuter tidlig hjelp med barn, unge og familier som ledd i å bygge gode arbeidsrelasjoner (close working relationships) med dem, og for å få deres samtykke (se seksjon 1.1 for prinsipper for å jobbe med barn, unge, foreldre og omsorgspersoner). Forklar hva støtten vil involvere og hvordan du tenker at den kan være til hjelp.

1.5.3 Gi barn, unge og deres familier et utvalg av foreslåtte tiltak, om mulig. Anerkjenn at noen tiltak kanskje ikke passer den personen eller familien.

1.5.4 Tidlig hjelp bør inkludere:

- Praktisk støtte, for eksempel hjelp til å møte opp til avtaler og informasjon om andre instanser som kan hjelpe med mat, klær og leker.
- Emosjonell støtte, inkludert empati og aktiv lytting, samt hjelp til å utvikle mestringsstrategier.

1.5.5 Gi familien informasjon om lokale tjenester og ressurser, inkludert mulighet for at en ansatt blir med (advocacy), som kan være nyttig for familien.

1.5.6 De som bestiller tjenester og ledere burde sørge for at alle praktikere som jobber med tidlig hjelp:

- skal kjenne til typisk og atypisk utvikling hos barn
- være i stand til å skreddersy tiltak etter behovene til barnet eller ungdommen, foreldre eller omsorgspersoner, inkludert eventuelle funksjonshemninger eller lærevansker
- kjenne til foreldres sårbarhetsfaktorer knyttet til overgrep mot barn eller neglekt (se anbefaling 1.2.3 til 1.2.5)
- være bevisste på muligheter for økt risiko, særlig om familieforhold endres
- forstå hvordan jobbe med familier som en helhet for å bedre støtte barn og unge

Kvaliteten på kunnskapsgrunnlaget

Kunnskapsgrunnlaget for disse anbefalingene besto i hovedsak av kvalitative studier og tverrfaglige studier (*integrated studies*) om synspunktene til barn, unge, voksne som har vært utsatt for mishandling som barn, foreldre, omsorgspersoner og praktikere. Kvaliteten på kunnskapsgrunnlaget var blandet.

Kunnskapsgrunnlaget for å yte emosjonell støtte er hentet fra seks kvalitative studier om tjenestetilbyderes synspunkter: to studier fra Storbritannia, en moderat kvalitet og en lav

kvalitet, tre studier av moderat kvalitet fra USA om tjenestetilbyderes perspektiver, og en studie av lav kvalitet fra USA.

Kunnskapsgrunnet for å yte praktiske støtte er hentet fra seks kvalitative studier om tjenestetilbyderes synspunkter: to studier fra Storbritannia, en moderat kvalitet og en lav kvalitet, tre studier av moderat kvalitet fra USA om tjenestetilbyderes perspektiver, og en studie av lav kvalitet fra USA.

Økonomiske vurderinger

Selv om det ikke fantes noe kunnskapsgrunnlag om økonomi som kunne underbygge disse anbefalingene, var retningslinjegruppa bevisste på potensielle kostnader og ressursbruk når anbefalingene ble gitt. Retningslinjegruppa mente at praktisk støtte (omtalt i 1.4.11) kan innebære relativt lav kostnad, og at ressursbruken trolig vil være liten. De vektla fordelene med denne typen støtte for å hjelpe med tillitsbygging, så vel som støtte til familier.

Evidence statements

<p>ES4 (anbefaling 1.5.5)</p>	<p>ES4. Acceptability of home visiting services provided to families at risk of abuse and neglect There were 6 studies of moderate evidence quality. This evidence statement is based on a good amount of moderate quality evidence comprising 1 US RCT (Silovsky et al. 2011 +) and 5 US qualitative studies (Allen 2007 +, Domian et al. 2010 +, Krysik et al. 2008 +, Paris 2008 +, Stevens et al. 2005 +). This evidence suggested that caregivers and parents value home visiting services provided at the early help stage. One moderate quality US RCT (Silovsky et al. 2011 +) found significantly higher levels of satisfaction with services for parents allocated to a home visiting intervention compared to those allocated to standard community mental health services. The 5 qualitative studies (Allen 2007 +, Domian et al. 2010 +, Krysik et al. 2008 +, Paris 2008, Stevens et al. 2005 +), showed that caregivers and parents value: a positive and trusting relationship with the home visitor; the personal qualities of the home visitor, for example being 'caring' or 'a friend'; having a home visitor who is perceived as knowledgeable, in particular having had experience of having children; provision of practical support, such as provision of household support and making links to community services; and provision of support in the home, meaning that transportation is not required. Consideration was given to the applicability of US evidence. However, it was judged that factors affecting parental satisfaction were likely to be similar in the US and UK.</p>
<p>ES23 (anbefaling 1.5.4)</p>	<p>ES23. Provision of practical help to families at risk of abuse and neglect There is a good amount of predominantly moderate quality evidence from 6 qualitative studies of service users views: 2 UK studies, 1 of moderate quality and 1 poor quality (Barnes et al. 2008 +, Easton et al. 2013 -), 3 moderate-quality US studies gathering service user views (Krysik et al. 2008 +, Paris et al. 2008 +, Stevens et al. 2008 +) and 1 poor-quality Australian study (Fernandez 2004 -) to suggest that service users value practical help such as provision of material items such as food, toys, clothes and books and assistance with shopping and attending appointments. Consideration was given to the applicability of evidence from other countries. However, it was judged that factors affecting parental satisfaction were likely to be similar across jurisdictions.</p>
<p>ES24 (anbefaling 1.5.4)</p>	<p>ES24. Provision of emotional support to families at risk of abuse and neglect There is a moderate amount of mixed moderate and poor quality evidence from 2 moderate quality US qualitative studies of service users views (Paris et al. 2008 +, Stevens et al. 2008 +), 1 poor quality Australian study (Fernandez 2004 -), and 2 poor quality UK studies (Barnes et al. 2008 -, Easton et al. 2008 -) that service users value the provision of emotional support as part of early help. Consideration was given to the applicability of evidence from other countries. However, it was judged that factors affecting parental satisfaction were likely to be similar across jurisdictions</p>

<p>ES27 (anbefaling 1.5.6)</p>	<p>ES27. Awareness of risk at the early help stage There is a some moderate quality evidence from 2 syntheses of UK Serious Case Review/Case Management Review data (Brandon et al. 2008 +, Devaney et al. 2013 +) that practitioners working at the early help stage are not always alert to the possibility of escalation of risk in families, including recognition of risk factors or awareness of common causes of child death and injury, and from 2 moderate quality UK qualitative studies that information sharing is important for monitoring levels of risk in families, and escalating responses as appropriate (Devaney et al. 2013 +, Woodman et al. 2013 +).</p>
--	---

Andre vurderinger

Anbefaling 1.5.1 var en konsensusanbefaling i tråd med tilbakemeldinger fra den eksterne høringen. Tilbakemeldingene vektla behovet for å følge lokale retningslinjer og *Working Together* når det gjaldt å tilby tidlig hjelp.

Anbefalingene 1.5.2 og 1.5.3 ble lagt til etter tilbakemeldinger fra høringsrunden, som vektla at tidlig hjelp er frivillig, samt viktigheten av å bygge gode relasjoner til familier og å oppnå deres tillit. Disse anbefalingene ble tilpasset fra lignende anbefalinger 1.7.1 til 1.7.3 som hadde blitt utviklet tidligere av retningslinjegruppa.

Kunnskapsgrunnlaget som støtter anbefaling 1.5.4 var i overensstemmelse med den kliniske erfaringen til retningslinjegruppa, som viser at tjenestebrukere setter pris på både emosjonell og praktisk støtte som del av tiltakene. Anbefalingen om praktisk støtte bygget retningslinjegruppas vurdering av sosioøkonomiske faktorer og betydningen for overgrep og neglekt.

Anbefaling 1.5.5 var basert på ES24, og vektlegger roller praktikere som jobber på stadiet tidlig hjelp kan ha når de hjelper familier med å bruke universelle ressurser som er tilgjengelig for dem lokalt. Referanser til beslutningspåvirkning ble lagt til etter konsultasjonsrunden.

Retningslinjegruppas profesjonelle erfaring støttet også kunnskapsgrunnlaget som ligger til grunn for anbefaling 1.5.6, som ble hente fra sammenstilling av oversikter over data fra alvorlige saker. Retningslinjegruppa mente at det var viktig å understreke at de som gir tiltak for tidlig hjelp må ha en god forståelse av risikofaktorer og indikatorer for overgrep og neglekt for å være i stand til å løfte bekymringer i nødvendig grad. Retningslinjegruppas erfaring tilsier at det er viktig å ta relasjoner og dynamikker i hele familien i betraktning når en arbeider for å forebygge overgrep og neglekt. Retningslinjegruppa mente at dette ikke alltid er tilfelle i praksis. Henvisninger til typisk og atypisk adferd hos barn ble lagt til etter konsultasjon.

Foreldreprogrammer

1.5.7 Vurder foreldreprogrammer som varer minst 12 uker for foreldre eller omsorgspersoner som er i risiko for å begå overgrep på eller neglisjere barnet eller barna sine. Skreddersy foreldreprogrammer for foreldrenes/omsorgspersonenes og barns spesifikke behov (se anbefalingene 1.5.9 til 1.5.12).

1.5.8 Når foreldreprogram velges, tenk over om foreldre eller omsorgspersoner vil ha nytte av hjelp til å:

- Utvikle ferdigheter i positiv adferdshåndtering
- Endre negative forestillinger om barnet og egne foreldreferdigheter
- Håndtere vanskelige følelser, inkludert sinne

1.5.9 Vurder Forsterket Triple P – *Positive Parenting Programme* utformet for mestring av sinne og trening i å fortolke og forstå barnets intensjoner og reaksjonsmønster (*attribution retraining*) for mødre av små barn (opptil 7 år), som opplever vansker med sinnemestring.

1.5.10 Vurder foreldreprogram for sårbare mødre (f.eks. med lav utdanning/ inntekt eller under 18 år) med barn under skolealder. Det bør være basert på planlagte læringsaktiviteter og fokusere på å sette foreldre og omsorgspersoner i stand til å forebygge utfordrende adferd ved å:

- Planlegge og forklare aktiviteter
- Etablere regler og konsekvenser
- Ignorere utfordrende atferd av mindre alvorlig karakter og bruke positive samhandlingsferdigheter

1.5.11 Vurder *Parents Under Pressure*-programmet for mødre i metadonbehandling.

1.5.12 For foreldre og omsorgspersoner som har rusmiddelproblemer, inkluder innhold i foreldreprogrammet som hjelper dem med å se på misbruket i en foreldrekontekst, f.eks. foreldrerelatert stress som kan triggerusmiddelbruk.

Kvaliteten på kunnskapsgrunnlaget

Kunnskapsgrunnlaget for disse anbefalingene ble hentet fra gjennomgang av effekten av tidlige tiltak. Kunnskapsgrunnlaget besto av randomiserte kontrollerte studier (RCTer) og systematiske oversikter over RCTer. Majoriteten av de inkluderte studiene ble gitt moderat kvalitetsvurdering.

Kunnskapsgrunnlaget for effekten av foreldreprogrammene er basert på en systematisk oversikt over oversikter av moderat kvalitet og tre RCTer av moderat kvalitet (to fra USA og en fra Australia). Flere av studiene ble ikke gitt høyeste vurdering fordi de var utført i andre områder enn Storbritannia (i hovedsak USA og Australia). Imidlertid mente retningslinjegruppa at praksiskonteksten var lik nok til å gjøre anbefalinger på dette grunnlaget. Kunnskapsgrunnlaget for å skreddersy foreldreprogrammer ble hentet fra en kvalitativ studie fra USA av god kvalitet.

Økonomiske vurderinger

Det manglet et egnet kunnskapsgrunnlag om økonomiske forhold for å understøtte disse anbefalingene. Retningslinjegruppa baserte derfor sine anbefalinger på kunnskapsgrunnlaget for effekt, relatert til egne erfaringer. På tross av at mye av kunnskapsgrunnlaget for effekt kom fra andre steder enn Storbritannia, så ble konteksten vurdert som tilstrekkelig lik til å kunne overføre til Storbritannia. Retningslinjegruppa tok også med i vurderingen at foreldreprogrammer allerede tilbys mange steder.

Evidence statements

<p>ES6 (anbefaling 1.5.7-1.5.12)</p>	<p>ES6. Parenting programmes provided to families at risk of abuse and neglect – impact on incidence and risk of abuse and neglect There is some evidence of predominantly moderate quality comprising 1 moderate quality US RCT (Dawe and Harnett 2004 +), 1 moderate quality Australian RCT (Sanders et al. 2004 +) and 1 poor quality US RCT (Stover 2015 –) that parenting programmes reduce risk of abuse and neglect. One study (Stover 2015 –) found a significant difference, with medium effect size (d=0.5224) in favour of the intervention group in rates of intimate partner violence. However, it should be noted that this is a poor quality study with a small sample size, and did not measure maltreatment focused directly on children. Two RCTs found evidence that parents taking part in parenting programmes at the early help stage showed a reduction in child abuse risk as measured by the Child Abuse Potential Inventory (Dawe and Harnett 2004, p<0.01, no effect sizes reported, Sanders et al. 2004 +, d=0.51). Consideration was given to the applicability of US and Australian evidence. Study comparators were typically alternative interventions rather than services as usual. Relevant services were judged to be sufficiently similar for this evidence to be transferable to a UK context.</p>
<p>ES7 (anbefaling 1.5.7-1.5.12)</p>	<p>ES7. Parenting programmes provided to families at risk of abuse and neglect – impact on quality of parenting and parent-child relationships There was some evidence of mixed quality comprising 1 systematic review of reviews (Barlow et al. 2006 +), 1 moderate quality Australian RCT (Sanders et al. 2004 +) and 1 poor quality US RCT (Stover 2015 –) that parenting programmes provided at the early help stage have a positive impact on quality of parenting knowledge and behaviour. One poor quality US RCT examining the impact of a parenting programme for substance-misusing fathers (Stover 2015 –) found a significant impact of the intervention on measures of parenting quality including intrusiveness during play, with large effect size (d=1.3225) and on parenting consistency, with large effect size (d=0.970726). One moderate quality Australian RCT (Sanders et al. 2004 +) found both variants of a behavioural family intervention based on the Triple P Parenting Programme had a significant impact on 2 self-report measures of parenting (no effect sizes reported), although the improvement was not greater in the enhanced version of the programme. Consideration was given to the applicability of US and Australian evidence. Study comparators were typically alternative interventions rather than services as usual. Relevant services were judged to be sufficiently similar for this evidence to be transferable to a UK context.</p>

<p>ES8 (anbefaling 1.5.7-1.5.12)</p>	<p>ES8. Parenting programmes provided to families at risk of abuse and neglect - impact on child and caregiver/parent wellbeing There is a small amount of moderate quality evidence comprising one US RCT (Dawe and Harnett 2007 +) and 1 Australian RCT (Sanders et al. 2004 +) which provided equivocal evidence about the impact of parenting programmes provided at the early help stage on the wellbeing of children and caregivers/parents. One RCT (Sanders et al. 2004 +) found no evidence of impact on children's behaviour or parental wellbeing as measured by the Depression-Anxiety-Stress Scales and the Parent Problem Checklist (Sanders et al. 2004 +). One RCT found some evidence of a decrease in children's scores on the Strengths and Difficulties Scale ($p < 0.01$, no effect size reported) and parental methadone use ($p < 0.01$, no effect size reported), but no reduction in alcohol consumption (Dawe and Harnett 2007 +). Consideration was given to the applicability of US and Australian evidence. Study comparators were typically alternative interventions rather than services as usual. Relevant services were judged to be sufficiently similar for this evidence to be transferable to a UK context.</p>
<p>ES9 (anbefaling 1.5.7)</p>	<p>ES9. Need for cultural adaptations of parenting programmes provided to families at risk of abuse and neglect There is a small amount of moderate quality evidence from 1 US study of parenting programme providers (Self-Brown et al. 2011 +) that family engagement in parenting programmes is critical, ethnicity and language matching is useful but not essential and cultural adaptation of a programme is less important than tailoring it for individual families. Consideration was given to the applicability of US evidence. However, it was judged that factors affecting parental satisfaction were likely to be similar in the US and UK.</p>
<p>ES14 (anbefaling 1.5.7-1.5.12)</p>	<p>ES14. Multimodal interventions provided to families at risk of abuse and neglect – impact on risk of abuse and neglect and quality of parenting There was a good amount of evidence of mixed quality, comprising a systematic review of reviews (Barlow et al. 2006 +) and 3 US RCTs (Carta et al. 2013 +, DePanfilis et al. 2005 -, Lam et al. 2009 +). There was evidence in 1 RCT to suggest that a multimodal intervention combining a parenting intervention with ongoing mobile phone contact was effective in reducing risk of abuse and neglect as measured by parenting stress than a waitlist control, with small effect size ($d = 0.27$) (Carta et al. 2013 +). A second RCT (DePanfilis et al. 2005 -) found significant improvements in the higher dosage intervention group compared to lower dosage on caregiver depressive symptoms ($d = 0.3227$), but not for the Difficult Child and Parental Distress subscales of the Parenting Stress Index and measures of everyday stress. Both RCTs found evidence of improved parenting outcomes ($d = 0.46$ and $r > 0.3028$ respectively). A systematic review of reviews (Barlow et al. 2006 +) found mixed evidence of effectiveness of parenting programmes in relation to parenting behaviours. Consideration was given to the applicability of evidence from other countries. Study comparators were typically alternative interventions or waitlist rather than services as usual. Relevant services were judged to be sufficiently similar for this evidence to be transferable to a UK context.</p>
<p>ES15 (anbefaling 1.5.7-1.5.12)</p>	<p>ES15. Multimodal interventions provided to families at risk of abuse and neglect – impact on child and caregiver/parent wellbeing There was a small amount of mixed quality evidence, comprising 2 US RCTs (Carta et al. 2013 +, DePanfilis et al. 2005 -) which found mixed evidence of impact on child wellbeing, with significant impacts on some aspects of behaviour such as positive engagement ($d = 0.43$, Carta et al. 2013 +) and internalising behaviour ($d = 0.3429$, DePanfilis et al. 2005 -), but not others, such as externalising behaviour (Carta et al. 2013 +, DePanfilis et al. 2005 -). One RCT (Carta et al. 2013 +) found that parents taking part in a mobile-phone enhanced variant of the Planned Activities Training parenting intervention had significantly better depression scores than a wait list control, with a small to moderate effect size ($d = 0.31$). Consideration was given to the applicability of evidence from other countries. Relevant services were judged to be sufficiently similar for this evidence to be transferable to a UK context.</p>
<p>EcES3 (anbefaling 1.5.7-1.5.12)</p>	<p>EcES3. Cost effectiveness of parenting programmes The cost-effectiveness evidence is insufficiently comprehensive to inform UK practice in relation to parenting programmes for families at risk of abuse and neglect. This is based on the findings of 1 Australian RCT and economic evaluation based on a decision model provided to parents on methadone maintenance (Dalziel et al. 2015 +, $n = 64$).</p>

Andre vurderinger

Anbefaling 1.5.7 til 1.5.12 er basert på en gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget for en rekke foreldreprogrammer. Selv om majoriteten av studiene i kunnskapsgrunnlaget stammer fra andre

områder enn Storbritannia, var retningslinjegruppa tilfreds med at tjenestekonteksten var lik nok til at kunnskapsgrunnlaget var overførbart til en britisk kontekst. Kunnskapsgrunnlaget for kostnadseffektivitet på dette området var tvetydig. Retningslinjegruppa tok imidlertid inn viktigheten av tidlig intervensjon som et generelt prinsipp, samt potensialet til å redusere tjenestebruk i fremtiden. Retningslinjegruppa vurderte også tilgjengelighet til disse intervensjonene, og det ble understreket at foreldreprogrammer allerede tilbys mange steder. Retningslinjegruppa tenkte også at det var viktig å gjøre anbefalingene basert på kunnskapsgrunnlaget om effekt som en måte å spre god praksis basert på forskningsbasert kunnskap på.

På bakgrunn av kunnskapsgrunnlaget for effekt og egen profesjonell erfaring, bestemte retningslinjegruppa seg for å lage en overordnet 'vurder'-anbefaling om foreldreprogrammer, samt å anbefale tre spesifikke programmer (1.5.9, 1.5.10 og 1.5.11) som hadde vist effekt for spesifikke grupper. Den overordnede anbefalingen er rettet mot foreldre generelt (mødre og fedre). Selv om majoriteten av de inkluderte studiene involverte kvinnelige omsorgspersoner, vurderte retningslinjegruppa at det var mulig å overføre dette kunnskapsgrunnlaget til mannlige omsorgspersoner. Anbefalingen om varighet på 12 uker var basert på varigheten til tiltakene i de inkluderte studiene. Der informasjon om varighet var tilgjengelig i studiene, varte intervensjonene fra 8 til 16 sesjoner. En middelvei ble derfor valgt.

Beskrivelsen av hva foreldreprogrammer bør inneholde i anbefaling 1.5.8 er basert på en analyse av de oftest inkluderte elementene i de inkluderte tiltakene. Dette ble så syntetisert, og støttet av retningslinjegruppa. Anbefaling 1.5.12 om at foreldreprogrammer for foreldre med rusmiddelproblemer bør fokusere på disse utfordringene, ble hentet fra innholdet i flere av de studerte foreldreprogrammene. Studiene tydet på at det å være forelder kan gi god motivasjon til å ta tak i egen misproblematikk, men også at foreldre kan trenge støtte for å sikre at foreldrerelatert stress ikke medfører tilbakefall.

Hjemmebesøksprogrammer

1.5.13 For foreldre eller omsorgspersoner som er i risiko for å forgripe seg på eller neglisjere barnet eller barna sine, vurder et ukentlig hjemmebesøksprogram med varighet på minst 6 måneder, for eksempel *Healthy Families*-modellen. Dette bør være i tillegg til det allmenne hjemmebesøksprogrammet i regi av helsedepartementet, *Health's healthy child*.

1.5.14 Identifiser foreldre og omsorgspersoner som kan få støtte av hjemmebesøksprogrammer i løpet av svangerskapet eller kort tid etter fødsel, når mulig.

1.5.15 Forsikre deg om at hjemmebesøksprogrammet aksepteres av familiene og inkluderer:

- Støtte til å utvikle positive foreldre-barn-relasjoner, inkludert:
 - o Hjelp til foreldrene til å forstå barns adferd mer positivt
 - o Modellering av positiv foreldreadferd
 - o Observere og gi tilbakemeldinger på foreldre-barn-samhandling
- Hjelp til foreldre med å utvikle ferdigheter i problemløsning
- Støtte til foreldre i å se nærmere på betydningen av rusmiddelbruk, tidligere vold i hjemmet samt psykiske vansker, på deres foreldreadferd
- Støtte til tilgang til andre relevante tjenester, inkludert somatiske og psykiske helsetjenester, rusmiddelbehandling/rådgiving, «early years» (*ikke ytterligere beskrevet*), utdanningstjenester og andre lokale tilbud
- Henvisning til barnevern/sosialtjenesten der det er nødvendig, for eksempel hvis vold i hjemmet avdekkes (*current domestic abuse*)

1.5.16 Forsikre deg om at hjemmebesøksprogrammet blir gitt av en ansatt som har opplæring i det konkrete programmet.

Kvaliteten på kunnskapsgrunnlaget

Kunnskapsgrunnlaget for anbefalingene 1.5.13 til 1.5.16 ble hentet fra oversiktene om effekt av tidlige hjelpetiltak. Kunnskapsgrunnlaget som ble vurdert for dette spørsmålet besto av RCTer og systematiske oversikter over RCTer. Majoriteten av de inkluderte studiene ble vurdert til moderat kvalitet.

Kunnskapsgrunnlaget for effekten av hjemmebesøksprogram bygger på en systematisk oversikt over oversikter av moderat kvalitet, som refererte tre relevante oversikter (96 studier totalt), to systematiske oversikter av moderat kvalitet (20 studier totalt), en RCT fra Storbritannia av moderat kvalitet, en RCT fra Nederland av moderat kvalitet, seks RCTer fra USA av moderat kvalitet og en RCT fra USA av lav kvalitet. Kunnskapsgrunnlaget for kostnadseffektivitet inkluderte i tillegg en systematisk oversikt (12 studier) av god kvalitet. Kunnskapsgrunnlaget ble derfor vurdert som i hovedsak av moderat kvalitet. Flere av studiene ble ikke gitt høyeste vurdering fordi de var utført i andre land enn Storbritannia (i hovedsak USA og Australia). Retningslinjegruppa vurderte at de inkluderte studiene hadde vesentlig forskjellige praksiskontekster når det gjaldt tidlig hjelp. Mange studier oppgav relativt lite informasjon om innholdet i tiltakene. Som påpekt i den økonomiske analysen (nedenfor) var det også betydelige

variasjoner med hensyn til studiedesign og utvalg, noe som gjorde det vanskelig å sammenligne resultater.

Anbefaling 1.5.15 er også basert på en kunnskapsoversikt om hva som støtter og hindrer profesjonell praksis mht. tidlig hjelp. Kunnskapsgrunnlaget for dette spørsmålet omfatter stort sett kvalitative studier samt studier om perspektiver og erfaringer til barn, ungdom, voksne som er blitt utsatt for mishandling som barn, foreldre, omsorgspersoner og praktikere. Kvaliteten på kunnskapsgrunnlaget var blandet. Åtte av 19 studier ble vurdert til å ha lav kvalitet, mens resten ble vurdert til å ha moderat kvalitet. Kunnskapsgrunnlaget for familietilfredshet med hjemmebesøk var basert på to studier av moderat kvalitet (en fra Tyskland og en fra USA).

Økonomiske vurderinger

Flere økonomiske analyser ble foretatt på hjemmebesøktiltak. Det var imidlertid ikke mulig å foreta en full økonomisk analyse. Selv om kunnskapsgrunnlaget var stort, så var studiene for ulike med tanke på utvalg, tiltaks- og kontrollgrupper, oppfølgingstid og utfallsmål. Selv om de økonomiske analysene ikke var entydige, så mente retningslinjegruppen at hjemmebesøk var et hyppig brukt tiltak som ikke ville trenge store økonomiske investeringer. Den fullstendige rapporten er tilgjengelig i Appendix C3

(<https://www.nice.org.uk/guidance/ng76/evidence/appendix-c3-new-economic-modelling-pdf-4607478258>).

Evidence statements

<p>ES1 (anbefaling 1.5.13-1.5.16)</p>	<p>ES1. Home visiting provided to families at risk of abuse and neglect – impact on incidence of abuse and neglect</p> <p>This evidence statement is based on a good amount of predominantly moderate quality evidence. This comprised findings from one moderate quality review of reviews (Barlow et al. 2006 +), two moderate quality systematic reviews (Nelson et al. 2013 +; Peacock et al. 2013 +), one moderate quality UK RCT (Robling et al. 2015 +), one moderate quality Dutch RCT (Mejdoubi et al. 2015 +) six moderate quality US RCTs (Dishion et al. 2015 +, DuMont et al. 2011 +; Guterman et al. 2013 +; LeCroy and Krysik 2011 +; Silovsky et al. 2011 +; Zielinski et al. 2009 +) and one poor quality US RCT (Green et al. 2014 -).</p> <p>There was equivocal evidence regarding the impact of home visiting interventions on incidence of abuse and neglect, with some studies finding evidence of effectiveness on 1 or some measures (Bilukha et al. 2005 cited in Barlow et al. 2006 +; Dishion et al. 2015 +, DuMont et al. 2011 +; LeCroy et aland Krysik. 2011 +, Mejdoubi et al. 2015 +). However, 2 systematic reviews showed no impact on incidence of abuse and neglect in most or all studies (Nelson et al. 2013 +; Peacock et al. 2013 +) and 3 RCTs (Guterman et al. 2013 +, Silovsky et al. 2011 +, Zielinski et al. 2009 +) found no impact on any measures of incidence of overall maltreatment. One UK RCT (Robling et al. 2015 +) found that rates of safeguarding processes were significantly higher amongst those in the home visiting group compared to the control (Family Nurse Partnership) group (AOR 1.85, CI 95% 1.02 to 2.85). Surveillance bias was a limitation of all studies. The majority of evidence came from the US. Considerations was given to the applicability of this US evidence, particularly given that ‘Services as usual’ in the UK include a universal health visiting offer (until 2.5 years). US studies with, which is not available in the US ‘service as usual’ comparators could therefore potentially over-estimate effect sizes when transferred to UK (risk of</p>
---	--

	inflation). However, this evidence was judged to be applicable given that universal health visiting is of relatively low intensity, and only available in infancy and early childhood.
ES1a (anbefaling 1.5.13-1.5.16)	ES1a Home visiting provided to families at risk of abuse and neglect – impact on incidence of abuse and neglect amongst specific subgroups There was a small amount of moderate quality evidence from 1 US RCT (Zielinski et al. 2009 +) that home visiting may have greater effectiveness on incidence of neglect than other types of abuse. There was a small amount of moderate quality evidence from 2 US RCTs (DuMont et al. 2011 +, p<0.01, no effect size reported; Zielinski et al. 2009 +, p=0.07, no effect size reported) studies provided a small amount of evidence that home visiting provided at the early help stage has greater impact on incidence of abuse and neglect for families with higher levels of risk. Consideration was given to the applicability of the US evidence (see ES1). This evidence was judged to be applicable to a UK context
ES2 (anbefaling 1.5.13-1.5.16)	ES2. Home visiting provided to families at risk of abuse and neglect – impact on risk of abuse and neglect and quality of parenting There is a good amount of predominantly moderate quality evidence ²¹ that early help home visiting interventions decrease parental risk of abuse and neglect and improve parenting. Two systematic reviews (Elkan et al. 2000 and Geeraert et al. 2004 cited in Barlow et al. 2006 +) found evidence for impact on various outcomes associated with abuse and neglect including parenting skills, parental risk reduction (ES=0.33) and family functioning (ES=0.33). Three studies (Guterman et al. 2013 +, Mejdoubi et al. 2015 +, Silovsky et al. 2011 +) found no difference between intervention and control on a range of parenting measures. One study (Green et al. 2014 –) found a marginally significant (p=0.057) impact of home visiting on parenting stress (effect size not reported). Three studies (Dishion et al. 2015 +, Green et al. 2014 –, LeCroy et al. 2011 +) found a significant impact of home visiting intervention on parental engagement (Dishion et al. 2015 +, no effect sizes reported) developmentally supportive behaviours (Green et al. 2014 –, d=2.9622) reduced oppression of child’s independence (LeCroy et al. 2011 +, d=0.2823) and safety practices (LeCroy et al. 2011 +, d=0.31) and parental role strain (Robling et al. 2015 +) d=-0.16, 95% CI -0.35 to 0.03). Consideration was given to the applicability of the US evidence (see ES1). This evidence was judged to be applicable to a UK context.
ES3 (anbefaling 1.5.13-1.5.16)	ES3. Home visiting provided to families at risk of abuse and neglect – impact on child and caregiver/parent wellbeing There were 7 studies of moderate evidence quality. This evidence statement is based on a good amount of predominantly moderate quality evidence: 2 systematic reviews (Nelson et al. 2013 +, Peacock et al. 2013 +), 1 moderate quality UK RCT (Robling et al. 2015 +), 1 moderate quality Dutch RCT (Mejdoubi et al. 2015 +) and 3 US RCTs, 2 moderate (DuMont et al. 2011 +, LeCroy et al. 2011 +) and 1 poor quality US RCT (Green et al. 2014 –). These studies found equivocal evidence of the impact of home visiting interventions targeted at the early help stage on children’s or caregiver/parents’ health and wellbeing. One study found a significant impact on internalising (RR 0.56; 95% CI 0.24 to 0.94) but externalising behaviours (Mejdoubi et al. 2015 +). Across the 2 systematic reviews, the majority of trials showed no impact on measures of child health and wellbeing relating to hospitalisation, and an additional RCT found higher rates of hospitalisation in the intervention group (Robling et al. 2015 +, AOR 1.32, 97.5% CI 0.99-1.76). There was equivocal evidence regarding compliance with immunisations, with 2 studies finding nonsignificant impact and 2 finding significant impact (El-Mohandes et al. 2003 cited in Nelson et al. 2013 +, effect size not reported; Johnson et al. 1993, effect size not reported), and on developmental delay, with 3 studies showing no impact ((Black et al. 1995, Cupples et al. 2011, Kartin et al. 2002, cited in Peacock et al. 2013 +) and 5 studies showing impact (Caldera et al. 2007, Johnson et al. 1993, Kartin et al. 2002, Nair et al. 2003, cited in Peacock et al. 2013 +, no effect sizes reported; Green et al. 2014 –, OR=1.72, Robling et al. 2015 +, AOR 0.62, 95% CI 0.40 to 0.90). Consideration was given to the applicability of the US evidence (see ES1). This evidence was judged to be applicable to a UK context.
ES3a (anbefaling 1.5.13-1.5.16)	ES3a. Home visiting provided to families at risk of abuse and neglect – impact on caregiver/parent wellbeing There is some predominantly moderate quality evidence that early help home visiting has mixed impact on caregiver/parent health and wellbeing. One moderate quality UK RCT (Robling et al. 2015 +) found no impact on the majority of parental wellbeing outcomes, with the exception of self-efficacy with small to medium effect size (adjusted mean difference 0.44 95% CI 0.10 to 0.78). One poor quality US RCT (Green et al. 2014 –) found that home visiting had no impact on parenting outcomes in terms of depressive symptomatology, but 1 moderate quality US RCT (LeCroy et al. 2011 +) found that there was significant impact on factors such as alcohol use and maternal engagement in education or training. Consideration was given to the applicability of the US evidence (see ES1). This evidence was judged to be applicable to a UK context.

<p>ES4 (anbefaling 1.5.13-1.5.16)</p>	<p>ES4. Acceptability of home visiting services provided to families at risk of abuse and neglect There were 6 studies of moderate evidence quality. This evidence statement is based on a good amount of moderate quality evidence comprising 1 US RCT (Silovsky et al. 2011 +) and 5 US qualitative studies (Allen 2007 +, Domian et al. 2010 +, Krysik et al. 2008 +, Paris 2008 +, Stevens et al. 2005 +). This evidence suggested that caregivers and parents value home visiting services provided at the early help stage. One moderate quality US RCT (Silovsky et al. 2011 +) found significantly higher levels of satisfaction with services for parents allocated to a home visiting intervention compared to those allocated to standard community mental health services. The 5 qualitative studies (Allen 2007 +, Domian et al. 2010 +, Krysik et al. 2008 +, Paris 2008, Stevens et al. 2005 +), showed that caregivers and parents value: a positive and trusting relationship with the home visitor; the personal qualities of the home visitor, for example being 'caring' or 'a friend'; having a home visitor who is perceived as knowledgeable, in particular having had experience of having children; provision of practical support, such as provision of household support and making links to community services; and provision of support in the home, meaning that transportation is not required. Consideration was given to the applicability of US evidence. However, it was judged that factors affecting parental satisfaction were likely to be similar in the US and UK.</p>
<p>ES5 (anbefaling 1.5.13-1.5.16)</p>	<p>ES5. Barriers to accessing home visiting services for families at risk of abuse and neglect There is a good amount of moderate quality evidence, comprising 5 moderate quality US qualitative studies (Allen 2007 +, Domian et al. 2010 +, Krysik et al. 2008, Paris 2008 +, Stevens et al. 2005 +) that barriers to families accessing and engaging in home visiting services provided at the early help stage include: concerns that this will lead to child protection services involvement; perceptions that the service is intrusive and/or that home visitors are insufficiently knowledgeable; and difficulty making a transition to new home visitors. Consideration was given to the applicability of US evidence. However, it was judged that factors affecting parental satisfaction were likely to be similar in the US and UK.</p>
<p>ES22 (anbefaling 1.5.15)</p>	<p>ES22. Focusing on parenting issues in home visiting intervention provided to families at risk of abuse and neglect There is a small amount of moderate quality evidence from 2 studies, 1 correlational study from Germany (Brand and Jungmann 2014 +) and 1 qualitative study from the US (Allen 2007 +), that a focus on parenting issues in home visiting interventions delivered to families identified as at risk of abuse and neglect is associated with parental satisfaction with services, as measured by attrition rates and through qualitative interviews. However, it should be noted that the differing designs of these 2 studies makes it difficult to draw strong conclusions. Consideration was given to the applicability of evidence from other countries. However, it was judged that factors affecting parental satisfaction were likely to be similar across jurisdictions.</p>
<p>EcES1 (anbefaling 1.5.13-1.5.16)</p>	<p>The short, medium, and long-term cost-effectiveness evidence is insufficient to inform UK practice in relation to home visiting interventions This is based on findings from 3 RCTs, 1 focusing on first time, pregnant women, aged 19 and younger (Barlow et al. 2007 +, DuMont et al. 2011 ++, Robling et al. 2015 +) and on evidence from 1 RCT focusing on mothers with 1 prior substantiated child protective services report (as a non-victim) (DuMont et al. 2011 ++), and mothers with infants less than 3 months old (DuMont et al. 2011 ++). This is also based on evidence from 1 systematic review (Stamuli et al. 2015 ++) focusing on vulnerable pregnant women.</p> <p>The short-term cost-effectiveness evidence from the UK shows mixed effects for different outcomes (Barlow et al. 2007 +, Robling et al. 2015 +). The medium-to-long-term cost-effectiveness evidence for home visiting programmes in the UK is not clear and further research is needed which includes a longer time horizon.</p> <p>The medium-term cost-effectiveness evidence from the USA indicate that the intervention is cost-effective for child's education outcomes (when measured at the child's seventh birthday) for the whole sample of women with infants younger than 3 months and for a subgroup of mothers with a previous report to child protective services (Dumont et al. 2011 ++). The cost-effectiveness of the intervention does not seem to be clear for both these groups in relation to abuse and neglect, using various outcome measures.</p>

Andre vurderinger

Kunnskapsgrunnet for effekt av hjemmebesøk var blandet. Noen studier fant at tiltaket hadde en effekt på interessante utfall (inkluderte primærutfallene overgrep og neglekt), og noen

studier fant ingen effekt. Det var ikke mulig å påvise klare sammenhenger mellom elementer i tiltaket og effekten. Gitt at mange studier viste at tiltaket hadde effekt, bestemte imidlertid retningslinjegruppa å gi en svakere 'vurder'-anbefaling for disse tiltakene. Kunnskapsgrunnlaget for kostnadseffektivitet var også tvetydig. Retningslinjegruppa tok imidlertid med i vurderingen viktigheten av tidlig intervensjon som et generelt prinsipp, samt potensialet for å redusere tjenestebruk i framtiden. Med tanke på ressursbruk, så mente retningslinjegruppas at hjemmebesøk var et hyppig brukt tiltak som ikke ville trenge store tilleggsinvesteringer. Den fullstendige rapporten er tilgjengelig i Appendix C3.

Retningslinjegruppa tenkte også at det var viktig å gi anbefalingene basert på kunnskapsgrunnlaget om effekt som en måte å spre god praksis basert på forskningsbasert kunnskapsgrunnlag på.

Vurderingen av at hjemmebesøksprogrammer bør gis i tillegg til *Healthy Child*-programmet (anbefaling 1.5.13) ble lagt til av retningslinjegruppa etter høringsrunden. Anbefalingene om lengde på besøksprogrammet (se anbefaling 1.5.13) var basert på at kun ett av de inkluderte tiltakene varte under 6 måneder. De andre varte fra 6 til 63 måneder, men det var ingen klare sammenhenger mellom tiltakenes lengde og effekt. Identifisering av familier under svangerskap og etter fødsel (se anbefaling 1.5.14) var et element ved majoriteten av effektive tiltak.

Anbefalingene om innholdet i tiltaket (se anbefaling 1.5.15) var basert på en analyse av de elementene som oftest var med i de inkluderte tiltakene. Støtte til amming, som var et element i en rekke av de inkluderte tiltakene, ble ikke anbefalt av retningslinjegruppa ettersom det var gruppas syn at dette ikke hadde klare koblinger til overgrep og neglekt. I de to studiene av foreldres erfaringer med hjemmebesøk, ble det også anbefalt å ha fokus på foreldreatferd.

Anbefaling 1.5.16 var basert på funnet om at foreldre-barn samhandlingsterapi i en tidlig fase skulle gjennomføres av enten profesjonelt utdannede ansatte eller ikke-utdannede (*paraprofessionals*) som hadde fått opplæring. Dette synspunktet ble også støttet av retningslinjegruppa.

Tverrsektorielle tiltak og støtte ved overgrep mot barn eller neglekt

Disse anbefalingene er for praktikere som arbeider med barn, unge og foreldre eller omsorgspersoner hvor et barn/ungdom har vært utsatt for overgrep eller neglekt, inkludert de

som er vurdert som 'trengende', og sannsynligvis kan lide betydelig skade eller lider betydelig skade.

Praktikere skal følge 'Process for managing individual cases' i 'Working together to safeguard children'. Disse anbefalingene utfyller lovpålagte instruksjoner ved å legge til og vektlegge detaljer som kunnskapsgrunnlaget har vist å være særlig viktige og som ikke per i dag gjennomføres i praksis.

Tverrsektorielle tiltak

1.6.1 Praktikere som jobber med barn og unge som har blitt vurdert til å ha store behov, eller lider (eller trolig lider) betydelig skade knyttet til overgrep eller neglekt bør:

- bygge relasjoner med andre praktikere som jobber med den aktuelle familien
- organisere overføring av kunnskap dersom nye ansatte fra deres tjeneste blir involvert
- sikre at handlinger som iverksettes i 'barn i nød' eller barnevernplanen blir fullført

Kvaliteten på kunnskapsgrunnlaget

Anbefaling 1.6.1 bygger på kunnskapsgrunnlaget om organisatoriske faktorer som støtter tverrsektorielt arbeid. Kunnskapsgrunnlaget omfattet kvalitative studier og sammenstillinger av data fra oversikter over alvorlige saker. Disse var i hovedsak av god eller moderat kvalitet. Kunnskapsgrunnlaget om innledende tiltak ble hentet fra en kvalitativ studie av god kvalitet fra Storbritannia, en kvalitativ studie av moderat kvalitet fra Storbritannia, en kvalitativ studie av lav kvalitet fra Storbritannia og to sammenstillinger av alvorlige saker fra Storbritannia av moderat kvalitet.

Økonomiske vurderinger

Selv om det ikke var tilgjengelig kunnskapsgrunnlag om økonomiske forhold til å understøtte disse anbefalingene, var retningslinjegruppa bevisste på potensielle kostnader og ressursbruk når anbefalingene ble gjort. Deltagelse i lovpålagte barnevernsprosesser er allerede forventet praksis, og derfor ble påvirkningen på ressursbruk vurdert som liten av retningslinjegruppa.

Evidence statements

ES181 (anbefaling 1.6.1)	ES181. Organisational factors that help and hinder effective multiagency work and professional judgement – organisational culture There is a moderate amount of mixed quality evidence. One good quality UK qualitative study (Crockett et al. 2013 ++), 1 moderate quality UK qualitative study (Taylor et al. 2013 +), and 1 poor quality UK qualitative study (Smeaton 2013-) found that practitioners report organisational cultures as influencing multi-agency working. Cultural factors reported to hinder multi-agency include differing cultures across agencies. Two moderate quality UK serious case review syntheses (Brandon et al. 2013 +, Vincent and
--------------------------------	--

Petch 2012 +) report that a feature of serious case reviews included a culture in which safeguarding was not taken seriously and actions were not followed up following things up, and of practice being 'procedure driven'.
--

Andre vurderinger

Anbefaling 1.6.1 er basert på ES181 og støttet av retningslinjegruppas erfaringer om vanlige barrierer for å melde inn bekymringer om barn og unge, samt det å få til innledende tiltak. Grappa var opptatt av å understreke ansvaret henviseren har for å følge opp henvisninger til barnevernet (*children's social care*).

Terapeutiske tiltak for barn, ungdom og familier etter overgrep eller neglekt

Disse anbefalingene er for:

- Sosialarbeidere og andre som koordinerer støtte til barn og unge, for å hjelpe dem med å velge hvilke tjenester de skal henvise barn og unge til
- Ansatte innen psykisk helsevern for barn og ungdom (psykologer, psykoterapeuter, psykiatere) og ansatte i spesialiserte team for familietiltak (f.eks. sosialarbeidere) og personer fra frivillig sektor
- De som bestiller tjenester for barn og unge som har blitt utsatt for overgrep eller neglekt

Der tiltak blir anbefalt til spesifikke grupper gjenfinnes det i kunnskapsgrunlaget for dette tiltaket.

1.7.1 Diskuter i detalj med barn, unge, foreldre og omsorgspersoner alle tiltak som tilbys dem, forklar hva tiltaket vil innebære og hvordan du tenker at det vil hjelpe (se seksjon 1.1 for prinsipper for å arbeide med barn, unge, foreldre og omsorgspersoner).

1.7.2 Gi barn, unge, foreldre og omsorgspersoner mulighet for å velge blant foreslåtte tiltak om mulig. Anerkjenn at noen tiltak, selv om de har vist effekt, ikke nødvendigvis passer den personen eller familien.

1.7.3 Valget av intervensjon bør være basert på en detaljert evaluering av barnet eller den unge personen.

Kvaliteten på kunnskapsgrunlaget

Ikke noe kunnskapsgrunnlag – basert på konsensus i retningslinjegrappa.

Økonomiske vurderinger

Retningslinjegruppa var oppmerksomme på ressursbehovet, spesielt når det gjelder å gi valgmuligheter mht. tiltak.

Evidence statements

Konsensus i retningslinjegruppa.

Andre vurderinger

Anbefaling 1.7.1 og 1.7.2 ble utviklet gjennom konsensus i retningslinjegruppa, hvor de brukte sine profesjonelle erfaringer samt kommentarene til barna og de unge i ekspertreferansegruppa. Barna og de unge kommenterte at noen av tiltakene som det forskningsbaserte kunnskapsgrunnlaget impliserte at hadde effekt, ikke hadde vært hjelpsomme for dem personlig, og i noen tilfeller hadde medført retraumatisering. Retningslinjegruppa mente at dette potensielt kunne unngås i praksis ved å tydelig forklare til barn og unge (og i forlengelse av det, til foreldre og omsorgspersoner) innholdet i et tiltak, slik at de kan gjøre informerte valg.

Anbefaling 1.7.3 var en konsensusanbefaling som reflekterte forskningen på barn og unge i ulike aldre.

Anbefalingene 1.7.4-1.7.16 omhandler terapeutiske tiltak etter fysiske overgrep, følelsesmessige overgrep eller neglekt og er inndelt etter alder. Her presenteres også en tabell som knytter ulike typer tiltak til ulike aldre og hvem som er omsorgsperson (se side 36 i kortversjonen av retningslinjen). Denne delen av anbefalingen gir en rekke valgmuligheter for tiltak til barn og unge som har vært utsatt for fysisk overgrep, følelsesmessige overgrep eller neglekt. Noen tiltak involverer foreldrene eller omsorgspersonen som har stått bak overgrep eller neglekt av barnet, mens andre tiltak involverer alternative omsorgspersoner slik som fosterhjem eller adoptivforeldre.

Barn under 5 år

1.7.4 Tilby et tilknytningsbasert tiltak, for eksempel *Attachement* og *Biobehavioural Catch-up*, til foreldre som har neglisjert eller begått fysisk overgrep mot et barn under 5 år.

1.7.5 Gi det tilknytningsbaserte tiltaket i foreldrenes eller omsorgspersonenes hjem, om mulig, og gi minst 10 sesjoner. Sikt mot å:

- Forbedre hvordan de gir omsorg til barnet sitt, inkludert når barnet er uinteressert

- Forbedre deres forståelse av hva barnets atferd betyr
- Hjelp dem med å respondere positivt på signaler (*cues*) på og uttrykk for barnets følelser
- Forbedre hvordan de håndterer egne følelser når de tar vare på barnet sitt

1.7.6 Vurder barn-foreldre-psykoterapi for foreldre eller omsorgspersoner og deres barn under 5 år om foreldrene eller omsorgspersonen har fysisk eller emosjonelt foregripet seg på eller neglisjert barnet, eller om barnet har vært eksponert for vold i hjemmet.

1.7.7 Sikre at barn-foreldre-psykoterapi:

- er basert Cicchetti og Toth-modellen
- består av ukentlige sessioner (45-60 minutters varighet) over 1 år
- blir gitt i foreldrenes hjem om mulig, av en terapeut som er opplært i tiltak.
- omfatter direkte observasjon av barnet og foreldre-barn-samhandling
- utforsker foreldrenes forståelse av barnet atferd
- utforsker relasjonen mellom de emosjonelle reaksjonene til foreldrene og deres oppfatning av barnet på den ene siden, og foreldrenes egne barndomserfaringer på den andre

[Denne anbefalingen er tilpasset fra NICE-retningslinjen om barns tilknytning.]

1.7.8 Tilby et tilknytningsbasert tiltak til fosterforeldre som tar vare på barn under 5 år som har vært utsatt for overgrep eller neglekt. Ta sikte på å hjelpe fosterforeldre til å:

- Forbedre hvordan de gir omsorg til barnet sitt, inkludert når barnet er uinteressert
- Forbedre deres forståelse av hva barnets atferd betyr
- Hjelp dem med å respondere positivt på signaler (*cues*) på og uttrykk for barnets følelser
- Oppføre seg på måter som ikke er skremmende for barnet
- Forbedre hvordan de håndterer egne følelser når de tar vare på barnet sitt

[Denne anbefalingen er tilpasset fra NICE-retningslinjen om barns tilknytning.]

1.7.9 Vurder det tilknytningsbaserte tiltaket i anbefaling 1.7.8 for adoptivforeldre og de som tilbyr omsorg over lenger tid (inkludert verger, fosterhjem eller slektninger som er omsorgspersoner) til barn under 5 år som har blitt utsatt for overgrep eller neglekt.

[Denne anbefalingen er tilpasset fra NICE-retningslinjen om barns tilknytning.]

Kvaliteten på kunnskapsgrunnlaget

Kunnskapsgrunnlaget for disse anbefalingene er hentet fra oversikten over effekt av tiltak ved overgrep av barn og neglekt. Kunnskapsgrunnlaget omfatter RCTer og systematiske oversikter over RCTer. Overordnet ble det inkluderte studier som stort sett var vurdert som av moderat kvalitet, men med en vesentlig andel vurdert som av lav kvalitet.

Kunnskapsgrunnlaget for tilknytningsbaserte tiltak for foreldre ble hentet fra en systematisk oversikt av moderat kvalitet som inkluderte blant annet to relevante RCTer fra USA og en oversikt fra USA av lav kvalitet.

Kunnskapsgrunnlaget for barn-foreldre-psykoterapi ble hentet fra en systematisk oversikt fra USA som refererte til to relevante RCTer, og en RCT fra USA av moderat kvalitet.

Kunnskapsgrunnlaget for tilknytningsbaserte tiltak for fosterforeldre ble hentet fra en systematisk oversikt av moderat kvalitet som refererte til to relevante RCTer fra USA.

Økonomiske vurderinger

Det ble ikke funnet noe økonomisk forskningsbasert kunnskapsgrunnlag for disse anbefalingene. Gruppen vurderte imidlertid ressursimplikasjonene for anbefalingene og vurderte at de kunne rettferdiggjøre å inkludere dem. Det ble også bemerket at tiltak med biologiske foreldre og omsorgspersoner som potensielt kan forhindre at barn og unge må tas ut av hjemme resulterer i kostnadsbesparelser.

Evidence statements

ES31 (anbefaling 1.7.4 og 1.7.5)	ES31. Attachment and Biobehavioural Catch-Up delivered to parents of maltreated children – impact on quality of parenting and parentchild relationships There was a small amount of moderate-quality evidence from 1 moderate-quality systematic review (Goldman Fraser et al. 2013 +) citing 1 US RCT, rated as medium risk of bias by the authors, that providing Attachment and Biobehavioural Catch-Up (ABC) to parents of maltreated children results in improved parenting quality. The study showed improved attachment behaviour, including decreased proportions of disorganised attachment, and increased proportion of organised attachment (Bernard et al. 2012, cited in Goldman Fraser et al. 2013 +, effect sizes not reported). Consideration was given to the applicability of US evidence. Service configurations for the relevant populations were considered sufficiently similar to support use of this evidence in a UK context.
ES32 (anbefaling 1.7.4 og 1.7.5)	ES32. Attachment and Biobehavioural Catch-up or a related intervention delivered to parents of maltreated children – impact on children’s health and wellbeing There was a small amount evidence of mixed moderate and poor quality, comprising 1 moderate-quality systematic review citing 1 US RCT rated as medium risk of bias (Bernard et al. 2012, cited Goldman Fraser et al. 2013 +) and 1 poor-quality US RCT (Lind et al. 2014 -) which found that provision of Attachment and Biobehavioural Catch-up to parents of maltreated children has a positive impact on

	negative emotional expression by children ($d=0.42$, Lind et al. 2014 -, no effect size reported; Dozier et al. 2008, cited in Goldman Fraser et al. 2013 +). However, the scoring manual for this measure is unpublished, meaning that the validity of this measure is unclear. Consideration was given to the applicability of US evidence. Services were considered sufficiently similar to support use of this evidence in a UK context.
ES33 (anbefaling 1.7.8 og 1.7.9)	ES33. Attachment and Biobehavioural Catch-up delivered to foster carers of maltreated children There is a small amount of moderate quality evidence from 1 systematic review citing 1 US RCT, rated as medium risk of bias by the authors (Sprang et al. 2009, Goldman Fraser et al. 2013 +) that provision of an Attachment and Biobehavioural Catch-Up intervention to foster carers of maltreated children has a positive impact on risk of abuse and neglect by those carers, with large effect size (partial eta-squared=0.791). However, it should be noted that risk of abuse was measured in foster parents, rather than the parents who had initially maltreated the child. Consideration was given to the applicability of US evidence. Service configurations for the relevant populations were considered sufficiently similar to support use of this evidence in a UK context.
ES34 (anbefaling 1.7.8 og 1.7.9)	ES34. Attachment and Biobehavioural Catch-up delivered to foster carers of maltreated children – impact on quality of parenting and parent-child relationships There is a small amount of moderate quality evidence, from 1 systematic review citing a US RCT rated as medium risk of bias by the authors (Dozier et al. 2009, cited in Goldman Fraser et al. 2013 +) that provision of an Attachment and Biobehavioural Catch-Up intervention to foster carers of maltreated children has a positive impact on avoidant attachment behaviour (no effect sizes reported), although no impact on secure attachment behaviour. Consideration was given to the applicability of US evidence. Relevant services in the US and UK were judged to be sufficiently similar for this evidence to be transferable to a UK context.
ES35 (anbefaling 1.7.8 og 1.7.9)	ES35. Attachment and Biobehavioural Catch-up delivered to foster carers of maltreated children – impact on children’s health and wellbeing There is a small amount of moderate quality evidence from 1 systematic review (Goldman Fraser et al. 2013 +, which reports 2 US RCTs rated as medium risk of bias (RCT1 reported in Dozier et al. 2006, 2008, 2009, Lewis-Moriarty et al. 2012; RCT 2 reported in Sprang et al. 2009). There was an overall trend towards impact of Attachment and Biobehavioural Catch-up delivered to foster carers on measures of children’s health and wellbeing. RCT1 found significant impact on cortisol levels and a theory of mind task (Dozier et al. 2006, Lewis-Moriarty et al. in press, cited in Goldman Fraser et al. 2013 +), but not on parent daily report (Dozier et al. 2006 cited in Goldman Fraser et al. 2013 +). RCT2 found significant impact with large effect size on both internalising and externalising behaviour (partial eta squared=0.436; 0.511 respectively) (Sprang et al. 2009, cited in Goldman Fraser et al. 2013 +). Consideration was given to the applicability of US evidence. Relevant services in the US and UK were judged to be sufficiently similar for this evidence to be transferable to a UK context.
ES36 (anbefaling 1.7.8 og 1.7.9)	ES36. Attachment and Biobehavioural Catch-up delivered to foster carers of maltreated children – impact on parents’ health and wellbeing There was a small amount of moderate quality evidence from 1 systematic review citing a US RCT rated as medium risk of bias by the authors (Sprang et al. 2009, cited in Goldman Fraser et al. 2013 +) that Attachment and Biobehavioural Catch-up has a positive impact on foster carer stress levels, with large effect size (partial eta-squared=0.59). Consideration was given to the applicability of US evidence. Service configurations for the relevant populations were considered sufficiently similar to support use of this evidence in a UK context.
ES37 (anbefaling 1.7.6 og 1.7.7)	ES37. Child-Parent Psychotherapy (CPP) – impact on parenting and parent-child relationships There was a small amount of moderate quality evidence from 2 US RCTs. RCT1 is cited in a moderate-quality systematic review, and rated medium risk of bias (Cicchetti et al. 2006 cited in Goldman Fraser et al. 2013 +) and reported in a subsequent paper (Stronach et al. 2006 +) rated as moderate quality. RCT2 is cited in a moderate-quality systematic review, and rated medium risk of bias (Toth et al. 2002 cited in Goldman Fraser et al. 2013 +). The RCTs provide equivocal evidence of impact of CPP on parenting and parent/child relationships. RCT1 found that providing CPP to maltreating families resulted in a significant positive impact compared to usual care on rates of secure attachment immediately post-intervention, with large effect size ($h=1.16$ to 1.39) and at 12-month follow up with small effect size ($ES=0.28$), rates of disorganised attachment post-intervention, with large effect size (Cohen’s $h=0.83$) (but not at 12 month follow-up ($ES=0.17$) and rates of becoming securely attached immediately post treatment, with large effect size (Cohen’s $h=1.34$). However, RCT2 found no impact on 3 out of 4 measures of negative self-representations (Toth et al. 2002, cited in Goldman Fraser et al. 2013 +, no effect sizes given). Consideration was given to the applicability of US evidence. Relevant services in the US and UK were judged to be sufficiently similar for this evidence to be transferable to a UK context.

<p>ES38 (anbefaling 1.7.6 og 1.7.7)</p>	<p>ES38. Child-Parent Psychotherapy – impact on children’s health and wellbeing There was some moderate quality evidence from 2 US RCTs. RCT1 is cited in a moderate-quality systematic review, and rated medium risk of bias (Cicchetti et al. 2006 cited in Goldman Fraser et al. 2013 +) and reported in a subsequent paper (Stronach et al. 2006 +) rated as moderate quality. RCT 2 reported is a moderate-quality US RCT reported in Lieberman (2005 +, 2006 +) and Ghosh et al. (2011 +). The RCTs provide equivocal evidence of impact of CPP on children’s health and wellbeing. RCT 1 found no significant impact of the intervention on behaviour problems as measured by the Child Behaviour Checklist at 12 month follow-up (no effect size reported) (Stronach et al. 2006 +). However, RCT2 found significant impact on PTSD symptoms, with medium effect size (d=0.63) and on rates of PTSD diagnosis, with medium effect size (phi=0.37) (Lieberman et al. 2005 +). RCT2 also found evidence that this intervention was more effective for children with higher levels of trauma (Ghosh et al. 2011 +). Consideration was given to the applicability of US evidence. Relevant services in the US and UK were judged to be sufficiently similar for this evidence to be transferable to a UK context.</p>
<p>ES39 (anbefaling 1.7.6 og 1.7.7)</p>	<p>ES39. Child-Parent Psychotherapy (CPP) – impact on parents’ health and wellbeing There was a small amount of moderate quality evidence from 1 moderatequality US RCT reported in 3 papers (Lieberman et al. 2005 +, 2006 +, Ghosh et al. 2011 +) and a second US RCT (Toth et al. 2015 +) focusing on a subsample of neglecting mothers from a previous RCT (Cicchetti et al. 2006), of equivocal evidence of impact of Child-Parent Psychotherapy on parents’ health and wellbeing. Toth et al. (2015 +) found that mothers receiving the CPP intervention showed a significantly greater improvement compared to a service as usual control on child-related psychological stress (d=2.29) but not parent-related psychological stress. Performance of CPP in relation to the active control group (psychoeducational parenting intervention) was unclear. Lieberman et al. (2005 +, 2006 + and Ghosh et al. 2011 + found a marginally significant impact of the intervention compared to an active control on the avoidance subscale of the clinicianadministered PTSD scale, with medium effect size (d=0.5), and on maternal functioning immediately post-treatment, with small to medium effect size (d=0.37) (Lieberman et al. 2005 +). However, there was no overall impact of the intervention on rates of maternal PTSD diagnosis, although a difference was observed for mothers of children with higher levels of trauma (Ghosh et al. 2011 +). There was also no significant difference and a very small effect size for the re-experiencing and hyperarousal subscales of the clinician-administered PTSD measure (d=0.29; d=0.19). Consideration was given to the applicability of US evidence. Relevant services in the US and UK were judged to be sufficiently similar for this evidence to be transferable to a UK context.</p>
<p>ES91 (anbefaling 1.7.4 og 1.7.5)</p>	<p>ES91. Attachment-based intervention – impact on quality of parenting and parent-child relationships There is a small amount of moderate quality evidence from 1 systematic review (Goldman Fraser et al. 2013 +) citing 1 US RCT rated as medium risk of bias by the authors (Moss et al. 2011 cited in Goldman Fraser et al. 2013 +), that providing an attachment-based home visiting intervention to parents of maltreated children results in improved parenting quality. The study showed improved maternal sensitivity, with small to medium effect size (d=0.47), higher rates of progression from disorganised to organised attachments, with medium effect size (r=0.37) and from insecure to secure attachment, with medium effect size (r=0.36) (Moss et al. 2011, cited in Goldman Fraser et al. 2013 +). Consideration was given to the applicability of the US evidence (see ES1). This evidence was judged to be applicable to a UK context.</p>
<p>ES92 (anbefaling 1.7.4 og 1.7.5)</p>	<p>ES92. Attachment-based intervention – impact on children’s health and wellbeing There is a small amount of moderate quality evidence from 1 systematic review citing 1 US RCT rated as medium risk of bias (Moss et al. 2011, cited Goldman Fraser et al. 2013 +) that providing an attachment-based home visiting intervention to parents of maltreated children has no impact on internalising or externalising behaviour in children (effect sizes not reported). Consideration was given to the applicability of the US evidence (see ES1). This evidence was judged to be applicable to a UK context.</p>

Andre vurderinger

Anbefaling 1.7.4 til 1.7.7 presenterer et førstevalg og alternative tiltak for foreldre som har neglisjert eller gjort fysiske overgrep på barn under 5 år. Retningslinjegruppa vurderte at tilknytningstiltak hadde sterke kunnskapsgrunnlag og de ble derfor anbefalt som førstevalg. Dette er også i tråd med anbefalinger i NICE-retningslinjen om barns tilknytning.

Anbefaling 1.7.4 og 1.7.5 ble basert på ES31, 32, 91 og 92. Disse studiene ble også vurdert i NICE-retningslinjen om barns tilknytning (anbefaling 1.4.1 og 1.4.2). Retningslinjegruppa baserte derfor sin beskrivelse av tiltaket, inkludert en anbefaling om 10 sesjoner, på beskrivelsen i anbefalingene 1.4.1 og 1.4.2 i retningslinjen om barns tilknytning. Retningslinjegruppa valgte imidlertid å beskrive dette som et 'tilknytningsbasert' tiltak heller enn et videofeedback-program ettersom dette ble vurdert som en bedre beskrivelse av de grunnleggende elementene i tiltaket.

Anbefaling 1.7.6 og 1.7.7 var basert på ES37 til 39. De samme studiene ble også gjennomgått som en del av NICE-retningslinjen om barns tilknytning (anbefaling 1.4.9 og 1.4.10).

Retningslinjegruppa brukte den samme beskrivelsen av tiltaket, inkludert anbefalt intensitet og varighet.

Anbefaling 1.7.8 og 1.7.9 ble basert på ES33 til 36. Beskrivelsen av intervensjonen ble basert på beskrivelsen i NICE-retningslinjen for barns tilknytning (anbefaling 1.5.1) som tok i bruk av de samme studiene. Retningslinjegruppa valgte imidlertid å ikke fokusere på videoveiledningsaspektene ved tiltaket, men vektla heller utfallene intervensjonen tok sikte på. Studiene som ble gjennomgått var med fosterforeldre. Gruppa mente imidlertid at det var riktig å overføre dette kunnskapsgrunnlaget til en svakere anbefaling for adoptivforeldre og andre alternative omsorgspersoner som tilbyr mer stabilitet for barn under 5 år (anbefaling 1.7.9).

For anbefaling 1.7.4-1.7.9 gjelder følgende. Det ble ikke funnet noe kunnskapsgrunnlag om kostnadseffektivitet relatert til disse tiltakene. Retningslinjegruppa valgte imidlertid å gjøre dette til en 'tilby'-anbefaling, basert på styrken av kunnskapsgrunnlaget om effekt for disse tiltakene, og også for samsvar med anbefalingene i retningslinjen om barns tilknytning.

Retningslinjegruppa diskuterte tilgangen til disse typene tiltak, og anerkjente at det kan være ressursproblemer knyttet til å sikre stabil tilgang på personell for å tilby slike tiltak rundt om i landet. Gruppa mente imidlertid at det var viktig å gi denne anbefalingen for å belyse hva det forskningsbaserte kunnskapsgrunnlaget tilsier har mest effekt for disse gruppe. Det var gruppas håp at denne anbefalingen ville påvirke bestillinger av tiltak, og dermed oppfordre til et mer likeartet tilbud.

Barn under 12 år

1.7.10 Vurder et omfattende foreldretiltak, for eksempel *SafeCare*, for foreldre og barn under 12 år om forelderen eller omsorgspersonen har foretatt seg fysisk eller emosjonelt på eller

neglisjert barnet. Tiltaket bør gis av personell som er opplært i det spesifikke tiltaket og bestå av ukentlige hjemmebesøk over minst 6 måneder, og som inneholder:

- Foreldre-barn-samhandling
- Familienstrukturen og foreldrerutiner
- Foreldrestress
- Trygghet i hjemmet
- Andre forhold som gjorde at familien kom i kontakt med tjenesteapparatet

Som en del av tiltaket bør familien få hjelp til å komme i kontakt med andre tjenester som kan være nyttige for dem.

1.7.11 Vurder foreldre-barn-samhandlingsterapi for foreldre eller omsorgspersoner og barn under 12 år om forelderen eller omsorgspersonen har utført fysiske overgrep eller neglisjert barnet. Kombiner gruppesesjoner for disse foreldrene med individuelle barn-foreldre-sesjoner som fokuserer på å utvikle barnesentrert samhandling og effektive disiplineringserferdigheter.

Kvaliteten på kunnskapsgrunnlaget

Kunnskapsgrunnlaget for disse anbefalingene bygger på oversikten over effekt av tiltak som respons på overgrep mot barn og neglekt. Kunnskapsgrunnlaget som ble vurdert for dette spørsmålet besto av RCTer og systematiske oversikter over RCTer. Overordnet for spørsmålet ble inkluderte studier for meste vurderte som av moderat kvalitet, men med en betydelig andel vurdert som av lav kvalitet.

Kunnskapsgrunnlaget for foreldretiltaket (*SafeCare*) ble hentet fra en systematisk oversikt av moderat kvalitet som refererte til en stor RCT. Kunnskapsgrunnlaget for foreldre-barn samhandlingsterapi ble hentet fra en systematisk oversikt av moderat kvalitet som refererte til tre RCTer (to fra USA og en fra ukjent land).

Økonomiske vurderinger

Økonomene foretok økonomisk modellering knyttet til anbefaling 1.7.10. Hele analysen er presentert i Appendix C3 (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng76/evidence/appendix-c3-new-economic-modelling-pdf-4607478258>). Gitt de potensielt store ressursmessige implikasjonene av å implementere tiltaket, etterspurte NICE at scenarioanalyser ble utført, og å estimere QALY gevinst- og/eller kostnadsforskyvning (offsets) som er nødvendige for at *SafeCare*-tiltaket skal være kostnadseffektivt. Grappa mente imidlertid at *SafeCare* ville være

mer kostnadseffektivt en beskrevet, ettersom de de trodde at kostnadsforskyvningene var for lave. For flere detaljer om scenarioanalysen, så kan disse dokumentene etterspørres hos NICE.

For de andre anbefalingene var retningslinjegruppa bevisste på potensielle kostnader og ressursbruk selv om det ikke var noe kunnskapsgrunnlag for økonomiske vurderinger. Det ble bemerket at fosterforeldre vanligvis får en eller annen form for økonomisk støtte; disse anbefalingene kunne derfor hjelpe bestillere å velge de mest effektive typene.

Evidence statements

<p>ES40 (anbefaling 1.7.11)</p>	<p>ES40. Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) – impact on recurrence of abuse and neglect There is a small amount of moderate quality evidence from 1 systematic review, citing 2 US RCTs, 1 rated medium and 1 low risk of bias (Chaffin et al. 2004, 2011 cited in Goldman Fraser et al. 2013 +) that providing PCIT to parents reduces recurrence of abuse as measured by reports to the child welfare system. One study found a hazard ratio of 0.20 in favour of the intervention group (Chaffin et al. 2011 cited in Goldman Fraser et al. 2013 +), 1 did not report effect sizes or hazard ratios (Chaffin et al. 2004 cited in Goldman Fraser et al. 2013 +). Consideration was given to the applicability of US evidence. Relevant services in the US and UK were judged to be sufficiently similar for this evidence to be transferable to a UK context.</p>
<p>ES41 (anbefaling 1.7.11)</p>	<p>ES41. Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) – impact on risk of abuse and neglect There is a small amount of moderate-quality evidence from a moderate-quality systematic review, citing 2 RCTs (1 US, 1 country not stated) risk of bias unclear (Chaffin et al. 2004, Terao 1999 cited in Barlow et al. 2006 +) showing equivocal evidence of the impact of PCIT on risk of abuse and neglect. One study found no impact of PCIT on CAPI scores compared to the comparison group (SMD=0.03 [-0.42 to 0.48], Chaffin et al. 2004, cited in Barlow et al. 2006 +). One study found a significant difference in CAPI scores favouring the intervention group, with large effect size (SMD=-0.99, [95% CI 1.71 to -0.27]) (Terao 1999 cited in Barlow et al. 2006 +). Consideration was given to the applicability of evidence from other countries. Relevant services were judged to be sufficiently similar for this evidence to be transferable to a UK context.</p>
<p>ES42 (anbefaling 1.7.11)</p>	<p>ES42. Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) – impact on quality of parenting and children’s health and wellbeing There is a small amount of moderate-quality evidence from a moderate-quality systematic review, citing 1 US RCT risk of bias unclear (Chaffin et al. 2004, cited in Barlow et al. 2006 +) that provision of PCIT to caregivers of physically abused children aged 4 to 12 results in improved parenting behaviours, (SMD=0.50 [95% CI 0.04 to 0.95]), reduced parental rigidity (SMD=0.41, 95% CI -0.04 to 0.86) and problems with children (SMD=0.39 95% CI -0.06 to 0.85). There is evidence of no impact on measures of externalising problems (SMD=0.06, [95% CI -0.39 to 0.51]) or internalising problems (SMD=-0.02, [95% CI -0.47 to 0.43]). Consideration was given to the applicability of US evidence. Relevant services were judged to be sufficiently similar for this evidence to be transferable to a UK context.</p>
<p>ES62 (anbefaling 1.7.10)</p>	<p>ES62. Impact of SafeCare provided to families where abuse/neglect is occurring or has occurred There is a small amount of moderate quality evidence from 1 systematic review, citing 1 particularly large US RCT rated by the review as low risk of bias (Chaffin et al. 2012, cited in Goldman Fraser et al. 2013 +) that provision of a SafeCare intervention to maltreating parents involved with Child Protective Services significantly reduces risk of further reports to Child Protective Services compared to services as usual (hazard ratio=0.83, 95% CI 0.70 to 0.98), with even greater effectiveness amongst preschool age children (hazard ratio=0.74, 95% CI 0.58 to 0.95). Consideration was given to the applicability of US evidence. Relevant services were judged to be su</p>

Andre vurderinger

Anbefaling 1.7.10 og 1.7.11 inneholder et førstevalg og et alternativt tiltak for foreldre som har fysisk forgrepet seg på eller neglisjert sitt eget barn på under 12 år. Førstevalget hadde sterkere kunnskapsgrunnlag (studie med stort utvalg n=2175).

Anbefaling 1.7.10 var basert på ES62 (*SafeCare*) og modelleringen ble utført av økonomer. Retningslinjegruppa mente at kunnskapsgrunnlaget fra USA kunne overføres til en britisk kontekst for denne anbefalingen. Anbefalingen beskriver tiltakets karakteristika, og gir det spesifikke *SafeCare*-tiltaket som et eksempel. Den anbefalte varigheten er basert på varigheten i denne studien. Ifølge den økonomiske vurderingen kunne tiltaket være kostnadseffektivt på (mht QALY), basert på antagelsene som ble gjort i scenarioanalysen, i tillegg til kunnskapsgrunnlaget for kostnadseffektivitet. Retningslinjegruppa diskuterte også tilgjengeligheten av slike tiltak, og tilgang på fagpersoner som kunne tilby dem. Vurderingen til gruppa var at tiltaket var en relativt vanlig måte å jobbe på, og kunne leveres av teams slik som *Family Intervention Teams* eller lignende, avhengig av organisering av tjenesten på det enkelte sted. Dette ble gjort til en 'vurder'-anbefaling for å gi rom for lokal tilpasning.

Anbefaling 1.7.11 om foreldre-barn samhandlingsterapi var basert på ES40 til 42. Selv om dette tiltaket også hadde et godt kunnskapsgrunnlag, så var det svakere enn kunnskapsgrunnlaget for 1.7.10 (blant annet var det basert på mindre utvalgsstørrelser). Retningslinjegruppa mente at kunnskapsgrunnlaget fra USA kunne overføres til en britisk kontekst. Det var ikke noe kunnskapsgrunnlag om kostnadseffektivitet for dette tiltaket. Gruppa mente det var viktig å gi denne anbefalingen for å belyse hva kunnskapsgrunnlaget anslår er beste praksis, gitt at, det etter gruppas syn, finnes relativt lite kunnskap tilgjengelig for praktikere i feltet. Retningslinjegruppa vurderte ressursbruk og særlig sannsynlighet for varierende tilgang til tiltaket rundt om i landet. Håpet til gruppa var at denne anbefalingen kunne være til hjelp for å påvirke bestilling av tiltaket og på denne måten fremme mer enhetlig tilbud.

RETNINGSLINJE 2 – CHILDREN'S ATTACHMENT (2015)

Vi beskriver nedenfor A) kort om retningslinjen, B) hvordan og i hvilken grad Bufdirs spørsmål besvares og C) forskningsgrunnlaget for relevante anbefalinger.

Kort beskrivelse av retningslinjen

Tema

Retningslinjen dekker identifisering, vurdering og behandling av tilknytningsvansker hos barn og unge under 18 år som er adoptert («*from care*», på bakgrunn av omsorgssvikt), har «verge», er under offentlig omsorg (i institusjon eller fosterhjem) eller er i risiko for dette.

Tilknytningsvansker omfatter utrygg tilknytning (unnvikende eller ambivalent), desorganisert tilknytning eller diagnostiserte tilknytningsforstyrrelser (reaktiv/RAD eller udiskriminerende).

Målgruppe

Retningslinjen er ment for å tas i bruk av:

- Ansatte i helse- og sosialtjeneste
- Ansatte skoler og andre utdanningsinstitusjoner
- Alle helse- eller sosialarbeidere som jobber i første-, annen- eller tredjelinjetjeneste (inkludert fosterhjem, institusjoner) som har kontakt med barn eller unge som er adoptert, har verge, under offentlig omsorg eller i risiko for dette
- Alle ansatte i skoler og andre utdanningsinstitusjoner (inkl. tidlig alder) som har kontakt med barn eller unge som er adoptert, har verge, under offentlig omsorg eller i risiko for dette
- Barn og unge med tilknytningsvansker og deres familier/omsorgsgivere

Begreper

Begreper vi bruker i dette arbeidsnotatet:

- **Maltreatment** er her oversatt til «mishandling» som er et overordnet begrep og defineres som «physical, sexual or emotional abuse or neglect» (det vi på norsk ofte omtaler som «omsorgssvikt»)
- **On the edge of care** er her oversatt til «risiko for omsorgsovertakelse»
- **In special guardianship** er her oversatt til «verge». I retningslinjen vises til lovtekst: «Children Act 1989, amended by the Adoption and Children Act 2002, special guardianship is a legally secure placement for children and young people who cannot live with their birth parents that confers parental responsibility on the special guardian»

Innhold

Den korte versjonen av retningslinjen (44 sider) inneholder en kort beskrivelse av noen prinsipper for implementering av retningslinjen i tillegg til alle de 62 anbefalingene:

1. Prinsipper for omsorg: 20 anbefalinger
2. Støtte til barn og unge med tilknytningsvansker i skole/utdanning: 7 anbefalinger
3. Vurdering av tilknytning sosial/helsetjeneste: 8 anbefalinger
4. Tiltak ved tilknytningsvansker hos barn og unge i risiko for omsorgsovertakelse: 13 anbefalinger
5. Tiltak ved tilknytningsvansker hos barn og unge under offentlig omsorg, i form av fosterhjem eller verge: 11 anbefalinger
6. Tiltak ved tilknytningsvansker hos barn og unge i institusjon: 3 anbefalinger

Den lange versjonen av retningslinjen (496 sider) har en lengre innledning om retningslinjer generelt og om tilknytning og tilknytningsvansker hos barn og unge. Deretter følger en grundig redegjørelse for metoden som er brukt i utviklingen av retningslinjen. De neste kapitlene beskriver tematisk bakgrunnen for alle anbefalingene, hvilke forskningsspørsmål som er stilt, hvilken kunnskap som foreligger, økonomiske vurderinger, selve anbefalingene samt anbefalinger om videre forskning.

Retningslinjens hjemmeside <https://www.nice.org.uk/guidance/ng26> inneholder i tillegg støtte og verktøy for implementering og en rekke vedlegg og dokumenter som viser prosessen og vurderinger som er gjort.

Denne retningslinjen omfatter tiltak rettet mot foreldre (biologiske foreldre, adoptivforeldre, fosterforeldre og institusjonsansatte) med hensikt å bedre barns tilknytning. Det er i alt 16 anbefalinger som er relevante for Bufdirs spørsmål, men i all hovedsak handler det om barnets tilknytningsevne. Andre deler av foreldrenes atferd eller sider ved barnet er i liten grad omtalt.

Vi har vurdert hvordan spørsmålet «Hvilke hjelpetiltak har best effekt for familier med barn 0 til 6 år, der det er bekymring for alvorlig omsorgssvikt?» besvares.

Tre kapitler i retningslinjen er relevante for Bufdirs spørsmål, med totalt 16 anbefalinger rettet mot familier med barn i førskolealder:

- 1) Tiltak ved tilknytningsvansker hos barn i risiko for omsorgsovertakelse (11 anbefalinger)
 - a. Barn med tilknytningsvansker eller som står i fare for å utvikle tilknytningsvansker
 - b. Barn som har vært utsatt for eller står i fare for mishandling

- 2) Tiltak ved tilknytningsvansker hos barn under offentlig omsorg, i form av fosterhjem eller verge (3 anbefalinger)
- 3) Tiltak ved tilknytningsvansker hos barn i institusjon (2 anbefalinger)

Nedenfor følger en gjengivelse av de relevante anbefalingene (nummerert slik de er nummerert i den korte retningslinjen) med et sammendrag av retningslinjeforfatternes vurdering av kunnskapsgrunnlaget (evidensen).

Tiltak ved tilknytningsvansker hos barn i risiko for omsorgsovertakelse

Barn i førskolealder med tilknytningsvansker eller som står i fare for å utvikle tilknytningsvansker

1.4.1 Helse- og sosialarbeidere bør tilby et video-feedback-program til foreldre av barn i førskolealder i risiko for omsorgsovertakelse for å hjelpe dem i å:

- forbedre hvordan de oppdrar (*nurture*) barnet, inkludert når barnet er svært lei seg
- forbedre deres forståelse av hva barnets atferd betyr
- respondere positivt på tegn og uttrykk for barnets følelser
- opptre på måter som ikke er skremmende for barnet
- forbedre hvordan de håndterer sine egne følelser når de oppdrar barnet

1.4.2 Pass på at video-feedback-programmet blir gitt i foreldrenes hjem av en opplært helse- eller sosialarbeider som har erfaring med å jobbe med barn og unge samt:

- består av 10 leksjoner (á minimum 60 min) over 3-4 måneder
- innebærer filming av foreldrenes samspill med barnet i 10-20 minutter i hver leksjon
- innebærer at helse- eller sosialarbeideren ser videoen sammen med foreldrene for å:
 - o belyse foreldrenes sensitivitet, mottakelighet (*responsiveness*) og kommunikasjon
 - o belyse foreldrenes sterke sider
 - o legge merke til og bekrefte positive endringer i samspillet mellom foreldre og barn

1.4.3 Hvis det er lite forbedring med hensyn til foreldrenes sensitivitet eller barnets tilknytning etter 10 leksjoner av et video-feedback-program for foreldre av førskolebarn i risiko for omsorgsovertakelse, bør det organiseres en tverrsektoriell gjennomgang (*multi-agency review*) før man går videre med flere leksjoner eller andre tiltak.

Kunnskapsgrunnlag for video-feedback-program

UTFALL. Retningslinjegruppen vurderte tilknytning og mødres sensitivitet/mottakelighet som de viktigste utfallene å vurdere. Andre, men mindre viktige utfall var barnets emosjonelle/atferdsmessige fungering, barnets utviklingsstatus og foreldres holdning til å være foreldre. Utfall for foreldre ble vurdert som ikke aktuelle.

STUDIER & KVALITET. Det var inkludert 11 RCT'er (N=1058) publisert 1992-2014; ti studier som sammenlignet video-feedback med en kontrollgruppe og én studie som sammenlignet med rådgiving. De fleste utfallene (resultatene) ble vurdert med GRADE som moderat eller lav kvalitet, med en stor andel med moderat kvalitet og kun ett utfall ble vurdert til å ha svært lav kvalitet. Nedgraderingen ble gjort for utfall der det var risiko for systematiske skjevheter, ikke-validert måling av tilknytning, lite presise resultater eller høy heterogenitet.

VURDERING. Video-feedback kan forbedre sensitivitet/ mottakelighet hos foreldre, samt øke trygg tilknytning og redusere utrygg tilknytning hos barn. Video-feedback kan redusere desorganisert tilknytning, men tilliten til dokumentasjonen av svært lav. Effekten på sensitivitet/ mottakelighet vedvarte ved oppfølging, mens effekten på trygg tilknytning på oppfølgingspunktet var mer usikker. Det var ingen måling av utrygg tilknytning ved oppfølging. Ingen studier viste noen skade som følge av programmet. Antallet leksjoner og varighet i programmet ble hentet fra inkluderte studier, men tilpasset den nasjonale konteksten av retningslinjegruppen. Retningslinjegruppen la vekt på at foreldre som ikke fikk nytte av programmet eller ikke ønsket å delta skulle få mulighet til å prøve et annet tiltak (sensitivitets- og atferdstrening) eller forsøke video-feedback på nytt. Det var ingen forskning om effekten av å ta video-feedback-programmet flere ganger, derfor bestemte retningslinjegruppen med konsensus at dette i så fall skulle drøftes i en tverrsektoriell gruppe.

KOST-NYTTTE. Videofeedback er det mest kostnadseffektive valget sammenlignet med sensitivitets- og atferdstrening for foreldre, hjembesøk, foreldre-barn-psykoterapi og standard omsorg for barn i risiko for omsorgsovertakelse.

Clinical evidence statements

9.2.4.1 Video feedback versus control

▮ Low to moderate-quality evidence from up to 5 studies showed that video feedback is more effective than control in improving sensitivity/responsiveness (k = 5; N = 442) and secure attachment (k = 3; N = 286), and reducing insecure attachment (k = 3; N = 286), at the end of treatment.

▮ Very low-quality evidence from 3 studies (N = 286), showed that video feedback is more effective than control in reducing disorganised attachment at the end of treatment, but there was some uncertainty.

<p>▫ Low-quality evidence from 1 study (N = 67) is inconclusive as to the effectiveness of video feedback in improving externalising and internalising behaviour when compared with control at the end of treatment.</p> <p>▫ Low-quality evidence from 4 studies (N = 203), showed that video feedback is more effective than control in improving sensitivity/responsiveness at 1 to 6-month follow-up.</p> <p>▫ Moderate-quality evidence from 1 study (N = 71), showed that video feedback is more effective than control in improving secure attachment (as assessed by continuous measures), at 6-month follow-up, but there was some uncertainty.</p> <p>▫ Low-quality evidence from 1 study (N = 81), is inconclusive as to the effectiveness of video feedback in improving secure attachment (as assessed by dichotomous measures) at 3-month follow-up.</p> <p>▫ Low-quality evidence from 1 study (N = 71) is inconclusive as to the effectiveness of video feedback in improving externalising and internalising behaviour when compared with control at 6-month follow-up.</p> <p>▫ Moderate-quality evidence from 1 study (N = 58) showed that video feedback is more effective than control in improving secure attachment at 56-month follow-up, but this estimate was imprecise.</p> <p>▫ Low-quality evidence from 1 study (N = 58) is inconclusive as to the effectiveness of video feedback compared with control in improving externalising behaviour at 56-month follow-up.</p> <p>▫ Low-quality evidence from 1 study (N = 58) showed that control is more effective than video feedback in improving internalising behaviour at 56-month follow-up.</p> <p>9.2.4.2 Video feedback versus counselling</p> <p>▫ Moderate-quality evidence from 1 study (N = 77), showed that video feedback is more effective than counselling in reducing insensitivity at the end of treatment.</p>

Lenke til GRADE-tabeller for video-feedback (se tabellene 2.1-2.4)

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng26/evidence/appendix-n-pdf-2180188197>

1.4.4 Hvis foreldrene ikke ønsker å delta i video-feedback-programmet, tilby sensitivitets- og atferdstrening for foreldre for å hjelpe dem til å:

- forstå sitt barns atferd
- forbedre foreldrenes mottakelighet for barnets behov
- håndtere vanskelig atferd

1.4.5 Pass på at sensitivitets- og atferdstrening for foreldre:

- først består av én enkelt leksjon med foreldrene, deretter minst fem (og opptil 15) leksjoner med foreldre og barn, ukentlig eller annenhver uke (minimum 60 minutter) over en periode på seks måneder
- gis av en opplært helse- eller sosialarbeider
- omfatter:
 - veiledning av foreldrene i å håndtere atferd (ikke aktuelt for barn 0-18 mnd) og grensesetting
 - forsterkning av sensitiv mottakelighet
 - måter å forbedre kvaliteten på omsorgsatferden
 - hjemmelekser for å øve på nye ferdigheter

1.4.6 Hvis foreldrene ikke ønsker å delta i video-feedback-program eller sensitivitets- og atferdstrening for foreldre, eller hvis det er lite forbedring med hensyn til foreldrenes sensitivitet eller barnets tilknytning etter noen av tiltakene, og det fremdeles finnes

bekymringer, bør det organiseres en tverrsektoriell gjennomgang før man går videre med flere tiltak.

Kunnskapsgrunnlag for sensitivitets- og atferdstrening

UTFALL. (Vurderingene med hensyn til utfall er de samme som beskrevet ovenfor, under video-feedback.)

STUDIER & KVALITET. Det var inkludert 9 RCT'er (N=1355), publisert 1994-2013. Utvalget i studiene som gjorde barna i risiko for omsorgsovertakelse var: mødre med depresjon og sosiale belastninger (én studie), mødre som misbrukte rusmidler (én studie), familier med sosiale belastninger (to studier), mødre med depresjon (to studier) og barn som har blitt mishandlet (tre studier).

Utfallene (resultatene) ble vurdert med GRADE som moderat eller lav kvalitet, og majoriteten av utfallene var av moderat kvalitet. Noen utfall ble nedgradert på grunn av risiko for systematiske skjevheter, mens de fleste ble nedgradert for lite presise resultater.

VURDERING. Sensivitets- og atferdstrening for foreldre kan forbedre sensitivitet/mottakelighet hos mor. Evidensen var usikker for internaliserende atferd hos barnet og foreldres holdninger. Én studie målte ved oppfølging fem måneder og fant at sensitivitets- og atferdstrening viste økning for trygg tilknytning og en trend i retning av mindre utrygg tilknytning. Evidensen var usikker når det gjaldt desorganisert tilknytning ved oppfølging. Ingen studier viste noen skade som følge av programmet. Retningslinjegruppen diskuterte også at så lenge det er vanskelig å få unge mennesker til å gå i terapi, så vil tiltak som er rettet mot foreldrene og måten de håndterer barna på, slik som sensitivitets- og atferdstrening, kunne gi bedre resultater. Retningslinjegruppen la vekt på at foreldre som ikke fikk nytte av verken video-feedback eller sensitivitets- og atferdstrening eller ikke ønsket å delta, skulle få en tverrsektoriell gjennomgang før et annet tiltak ble satt i gang. På grunn av mangel på forskning var dette en anbefaling basert på konsensus i retningslinjegruppen.

Selv om det var usikker evidens for effekt av sensitivitets- og atferdstrening for foreldre på desorganisering tilknytning hos barn, så henviser retningslinjegruppen til en gjennomgang i retningslinjens kapittel 7, som viste at mødres sensitivitet på et tidspunkt i barnets utvikling var assosiert med risikoen for at barnet utvikler desorganisert tilknytning 5-24 måneder senere. Det er derfor viktig at mødres sensitivitet forbedres der det er behov, for å forebygge utvikling av desorganisert tilknytning hos barn.

Retningslinjegruppa vurderte at barn i familier med sosiale belastninger og foreldre med helseproblemer var grupper som trengte spesiell oppmerksomhet, fordi dette er faktorer som gir økt risiko for omsorgsovertakelse.

KOST-NYTTE. Videofeedback er det mest kostnadseffektive valget for barn i risiko for omsorgsovertakelse. Retningslinjegruppa bemerker imidlertid at det er et svært begrenset behandlingstilbud til denne gruppen, og dersom foreldre ikke ønsker video-feedback, så bør sensitivitets- og atferdstrening være et alternativ. Ifølge retningslinjens økonomiske analyser lå også kostnadene for programmet under NICE' øvre grense for pris per QALY (*quality-adjusted life year*).

Clinical evidence statements

9.2.4.5 Parental sensitivity and behaviour training versus control

- ▣ Low to moderate-quality evidence from up to 9 studies, showed that parental sensitivity and behaviour training is more effective than control in improving sensitivity/responsiveness (k = 9; N = 1080), and in reducing externalising behaviour (k = 2; N = 224), at the end of treatment.
- ▣ Low to moderate-quality evidence from up to 2 studies, is inconclusive as to the effectiveness of parental sensitivity and behaviour training compared with control in reducing internalising behaviour (k = 2; N = 224) and improving parenting attitudes (k = 2; N = 226), at the end of treatment.
- ▣ Moderate-quality evidence from 1 study (N = 318), showed that parental sensitivity and behaviour training is more effective than control in improving sensitivity/responsiveness and secure attachment, at 5-month follow-up.
- ▣ Moderate-quality evidence from 1 study (N = 318), showed that parental sensitivity and behaviour training is more effective than control in reducing insecure attachment at 5-month follow-up, but there was some uncertainty.
- ▣ Moderate-quality evidence from 1 study (N = 318), is inconclusive as to the effectiveness of parental sensitivity and behaviour training compared with control in reducing disorganised attachment at 5-month follow-up.

Lenke til GRADE-tabeller for sensitivitets- og atferdstrening (se tabellene 2.9-2.10)

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng26/evidence/appendix-n-pdf-2180188197>

1.4.7 Hvis den tverrsektorielle gjennomgangen konkluderer med at videre tiltak bør gis, bør det vurderes et hjembesøksprogram for å forbedre foreldreferdigheter gitt av en opplært ikke-profesjonell (lek) hjembesøksperson eller en helsearbeider, f.eks. en sykepleier.

1.4.8 Pass på at hjembesøksprogrammet:

- består av 12 ukentlige eller månedlige leksjoner (å 30-90 minutter) over en periode på 18 måneder
- omfatter observasjon av barnet sammen med foreldrene (uten bruk av video)
- gir foreldrene råd om hvordan de kan forbedre kommunikasjonen med og relasjonen til barnet ved å:
 - støtte positivt samspill foreldre-barn ved å bruke rollemodeller

- forsterke positivt samspill og foreldres empati
- omfatter opplæring og veiledning av foreldrene om barns utvikling

Kunnskapsgrunnlag for hjembesøksprogram

UTFALL. (Vurderingene med hensyn til utfall er de samme som beskrevet ovenfor, under video-feedback.)

STUDIER & KVALITET. Det var inkludert 23 RCTer (N=13 183) publisert 1987-2013; 22 studier som sammenlignet hjembesøk og kontrollgruppe og én studie som sammenlignet med foreldre-barn-psykoterapi. Utvalget i studiene som gjorde barna i risiko for omsorgsovertakelse var: familier med sosiale belastninger (16 studier), tenåringsmødre med indiansk-amerikansk bakgrunn (to studier), mødre med stor grad av angst (én studie), mødre som misbrukte rusmidler (én studie) og barn i fare for å bli mishandlet (tre studier).

De fleste utfallene (resultatene) ble vurdert med GRADE som lav til moderat kvalitet, kun ett utfall ble vurdert til å ha svært lav kvalitet. Nedgraderingen ble gjort for utfall der det var risiko for systematiske skjevheter, ikke-validert måling av tilknytning, lite presise resultater eller høy heterogenitet.

VURDERING. Retningslinjegruppa utformet en konsensusbasert anbefaling om at foreldre som ikke får nytte av video-feedback eller ikke sensitivitets- og atferdstrening eller ikke ønsket å delta, skal få en vurdering i en tverrsektoriell gruppe. Hvis det konkluderes med at foreldrene trenger ytterligere hjelp skal et hjembesøksprogram vurderes.

Hjembesøk kan forbedre sensitivitet/ mottakelighet hos mødre, samt øke trygg tilknytning hos barn (ved måling med kontinuerlig mål, ikke dikotome). Tiltaket hadde også gevinster mht til å redusere eksternaliserende atferd og bedre psykologisk utvikling, motorisk utvikling samt foreldres holdninger, selv effektstørrelsene var svært små. Evidensen var usikker for trygg tilknytning målt med dikotome mål, utrygg tilknytning og internaliserende atferd.

Retningslinjegruppa vurderte at barn i familier med sosiale belastninger og foreldre med helseproblemer var grupper som trengte spesiell oppmerksomhet, fordi dette er faktorer som gir økt risiko for omsorgsovertakelse.

KOST-NYTTE. Begrenset kunnskap tilsier at hjembesøksprogram kan være et potensielt kost-effektivt tiltak for barn i risiko for omsorgsovertakelse.

Clinical evidence statements

9.2.4.6 Home visiting versus control

- Very low to low-quality evidence from up to 20 studies, showed that home visiting is more effective than control in improving sensitivity/responsiveness (k = 20; N = 1080) and secure attachment (as assessed by continuous measures) (k = 3; N = 284), at the end of treatment.
- Moderate-quality evidence from up to 12 studies, showed that home visiting is more effective than control in reducing externalising behaviour (k = 7; N = 6645) and in improving mental development (k = 12; N = 6605), motor development (k = 6; N = 960) and parenting attitudes (k = 3; N = 1062), at the end of treatment. However, the effect sizes were too small to be clinically important.
- Low-quality evidence from up to 4 studies, is inconclusive as to the effectiveness of home visiting compared with control in improving secure attachment (as assessed by dichotomous measures) (k = 2; N = 113), and in reducing insecure attachment (k = 2; N = 113) and internalising behaviour (k = 4; N = 3491), at the end of treatment.
- Moderate-quality evidence from 3 studies (N = 269), showed that home visiting is more effective than control in improving sensitivity/responsiveness, at 1 to 12-month follow-up.
- Low-quality evidence from 1 study (N = 49), is inconclusive as to the effectiveness of home visiting compared with control in improving sensitivity/responsiveness and mental development at 22-month follow-up.
- Low-quality evidence from up to 2 studies, is inconclusive as to the effectiveness of home visiting compared with control in improving secure attachment (k = 1; N = 224), mental development (k = 2; N = 93) and motor development (k = 1; N = 44), at 6 to 10-month follow-up.
- Low-quality evidence from 1 study (N = 345), is inconclusive as to the effectiveness of home visiting compared with control in reducing externalising and internalising behaviour at 4-year follow-up.
- Low-quality evidence from 1 study, is inconclusive as to the effectiveness of home visiting compared with control in reducing externalising behaviour (N = 302) and internalising behaviour (N = 303) at 7-year follow-up.

Lenke til GRADE-tabeller for sensitivitets- og atferdstrening (se tabellene 2.12-2.14)

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng26/evidence/appendix-n-pdf-2180188197>

Barn i førskolealder som har vært utsatt for eller står i fare for mishandling

1.4.9 Vurder foreldre-barn-psykoterapi for foreldre som har mishandlet eller står i fare for å mishandle sitt barn, for å forbedre tilknytningsvansker, samtidig som barnets sikkerhet må ivaretas

1.4.10 For å forbedre tilknytningsvansker, pass på at foreldre-barn-psykoterapi:

- er basert på modellen til Cicchetti & Toth¹

¹ Referansen fra retningslinjen: Cicchetti D, Rogosch FA, Toth SL (2006) Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Development and Psychopathology* 18: 623–49 and Toth SL, Maughan A, Manly JT et al. (2002) The relative efficacy of two interventions in altering maltreated preschool children's representational models: implications for attachment theory. *Development and Psychopathology* 14: 877–908.

- består av ukentlige leksjoner (á 45-60 minutter) over 1 år
- gis i foreldrenes hjem av en terapeut som er opplært i tiltaket
- omfatter direkte observasjon av barnet og samspillet foreldre-barn
- utforsker foreldrenes forståelse av barnets atferd
- utforsker relasjonen mellom foreldrenes følelsesmessige reaksjoner og deres oppfatninger av barnet samt foreldrenes egne barndomserfaringer

Kunnskapsgrunnlag for foreldre-barn-psykoterapi

UTFALL. (Vurderingene med hensyn til utfall er de samme som beskrevet ovenfor, under video-feedback.)

STUDIER & KVALITET. Det var inkludert fem RCTer (N=ikke oppgitt) publisert 1991-2013; alle fem sammenlignet foreldre-barn-psykoterapi med kontrollgruppe og to studier sammenlignet i tillegg med hjembesøksprogram. Utvalget i studiene som gjorde barna i risiko for omsorgsovertakelse var: mødre med depresjon (én studie), barn som hadde blitt mishandlet (to studier), familier med sosiale belastninger (én studie) og mødre i fengsel (én studie).

Utfallene (resultatene) ble vurdert med GRADE som svært lav til lav kvalitet, og majoriteten ble vurdert til å ha svært lav kvalitet. Nedgraderingen ble gjort for utfall der det var risiko for systematiske skjevheter eller lite presise resultater pga lavt antall deltakere.

VURDERING. For førskolebarn som har vært utsatt for eller står i fare for mishandling, viste evidensen at foreldre-barn-psykoterapi kan øke trygg tilknytning og redusere både utrygg og desorganisert tilknytning. Denne effekten var til stede også 12 måneder etter. Det var også noe evidens som kunne tyde på at foreldre-barn-psykoterapi hadde noe bedre effekt enn hjembesøksprogram når det gjaldt å øke trygg tilknytning og redusere desorganisert tilknytning, også 12 måneder etter, selv om effektstørrelsene var upresise. Retningslinjegruppa diskuterte og ble enige om at det var kliniske effekter av foreldre-barn-psykoterapi, men at evidensen kun var basert på to små studier ble tatt med i betraktning når anbefalingen ble utformet.

Det var flere studier av hjembesøksprogram, men ingen hadde målt tilknytning, og selv om det var evidens for at hjembesøksprogram fremmet foreldres sensitivitet, var effektstørrelsene for små til å være klinisk relevante, og derfor bestemte retningslinjegruppa å ikke anbefale hjembesøksprogram for denne gruppen barn.

Studier av video-feedback og sensitivitets- og atferdstrening ble også vurdert, og disse viste noe økning i foreldres sensitivitet og trygg tilknytning hos barn som har vært utsatt for eller står i

fare for mishandling. Imidlertid var noen av disse resultatene usikre og sett i sammenheng med retningslinjegruppas kliniske skjønn, ble det vurdert at foreldre-barn-psykoterapi hadde størst effekt for denne gruppen barn.

KOST-NYTTTE. Det var ingen tilgjengelig kostnadsvurdering på dette området.

Retningslinjegruppa vurderte at kostnaden ved et slikt tiltak kan føre til effekter (økning i trygg tilknytning og nedgang i trygg og desorganisert tilknytning) som oppveier dette, i form av lavere utgifter til psykisk helsevern, sosialtjeneste, utdanning og kriminalomsorg, samt mulige utgifter til psykiske helsetjenester for omsorgsgivere.

Clinical evidence statements

9.2.4.3 Parent–child psychotherapy versus control

▮ Very low-quality evidence from up to 2 studies showed that parent–child psychotherapy compared with control is more effective in improving secure attachment (as assessed by dichotomous measures) at the end of treatment (k = 2; N = 182) and at 12-month follow-up (k = 1; N = 76).

▮ Very low to low-quality evidence from up to 2 studies, showed that parent–child psychotherapy compared with control is more effective in reducing insecure attachment as assessed by continuous measures (k = 2; N = 53) and dichotomous measures (k = 2; N = 182), at the end of treatment.

▮ Very low-quality evidence from 2 studies (N = 106), showed that parent–child psychotherapy compared with control is more effective in improving secure attachment (as assessed by continuous measures) at the end of treatment, but there was some uncertainty.

▮ Very low-quality evidence from up to 2 studies is inconclusive as to the effectiveness of parent–child psychotherapy compared with control in improving sensitivity/responsiveness (k = 2; N = 141) and reducing disorganised attachment (k = 2; N = 182) at the end of treatment.

▮ Very low-quality evidence from 1 study (N = 76), showed that parent–child psychotherapy compared with control is more effective in reducing insecure and disorganised attachment at 12-month follow-up, but there was some uncertainty.

9.2.4.4 Parent–child psychotherapy versus home visiting

▮ Low-quality evidence from 1 study (N = 57), showed that parent–child psychotherapy compared with home visiting is more effective in improving secure attachment (as assessed by continuous measures), at the end of treatment.

▮ Very low-quality evidence from 1 study (N = 50), is inconclusive as to the effectiveness of parent–child psychotherapy compared with control in improving secure attachment (as assessed by dichotomous measures) and reducing insecure and disorganised attachment, at the end of treatment.

▮ Very low-quality evidence from 1 study (N = 49) showed that parent–child psychotherapy compared with home visiting is more effective in improving secure attachment and reducing disorganised attachment, at 12-month follow-up.

▮ Very low-quality evidence from 1 study is inconclusive as to the effectiveness of parent–child psychotherapy compared with home visiting in reducing insecure attachment at 12-month follow-up.

Lenke til GRADE-tabeller for sensitivitets- og atferdstrening (se tabellene 2.5-2.8)

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng26/evidence/appendix-n-pdf-2180188197>

Tiltak ved tilknytningsvansker hos barn under hos fosterforeldre, som har verge eller som er adoptert

1.5.1 Helse- og sosialarbeidere bør tilby et video-feedback-program til fosterforeldre, verger (*special guardians*) og adopsjonsforeldre, som beskrevet i anbefaling 1.4.2.

1.5.2 Hvis det er lite forbedring med hensyn til foreldrenes sensitivitet eller barnets tilknytning etter 10 leksjoner av et video-feedback-program for fosterforeldre, verger og adopsjonsforeldre med barn i førskolealder, bør det organiseres en tverrsektoriell gjennomgang før man går videre med flere leksjoner eller andre tiltak.

1.5.3 Hvis fosterforeldre, verge eller adopsjonsforeldre ikke ønsker å delta i video-feedback-programmet, tilby sensitivitets- og atferdstrening for foreldre slik det er beskrevet i anbefaling 1.4.5.

Tiltak ved tilknytningsvansker hos barn og ungdom i institusjon

1.6.1 Fagpersoner med ekspertise på tilknytningsvansker bør:

- jobbe sammen med ansattgruppa på institusjonen og finne frem til personer som kan være viktige tilknytningsfigurer som kan jobbe spesielt med barnet eller ungdommen i institusjonen
- tilby sensitivitets- og atferdstrening for foreldre men tilpasset ansatte fagpersoner i institusjonen

1.6.2 Pass på at sensitivitets- og atferdstreningen er tilpasset ansatte fagpersoner i institusjonen:

- først består av én enkelt leksjon med ansatte, deretter minst fem (og opptil 15) leksjoner med ansatt og barn, ukentlig eller annenhver uke (minimum 60 minutter) over en periode på seks måneder
- gis av en opplært helse- eller sosialarbeider
- omfatter:
 - veiledning av ansatte i å håndtere atferd (for barn 0-18 mnd [?]) og grensesetting
 - forsterkning av sensitiv mottakelighet
 - måter å forbedre kvaliteten på omsorgsatferden
 - hjemmelekser for å øve på nye ferdigheter

[Kunnskapsgrunnlag for ulike tiltak vedrørende barn under offentlig omsorg, som har verge, som er adoptert eller som er i institusjon](#)

UTFALL. Retningslinjegruppa vurderte at for den populasjonen var trygg tilknytning og tilknytningsvansker (utrygg tilknytning, desorganisert tilknytning og tilknytningsforstyrrelser) de viktigste utfallene. Ettersom mødres sensitivitet/mottakelighet har betydning for utvikling av tilknytning, bør dette også inkluderes som et kritisk utfall. Antall plasseringer ble også vurdert som et viktig utfall, fordi barn under offentlig omsorg ofte har tilknytningsvansker og mange plasseringer kan gi økte vansker. Andre utfall hadde mindre betydning for tilknytning men var viktige for familien, som barnets følelses- og atferdsfungering, foreldres holdninger mm.

STUDIER & KVALITET. Det var inkludert 14 RCTer (N=1699) publisert 2007-2014. Åtte studier målte tilknytningsvansker. Fire studier sammenlignet video-feedback med 'vanlig omsorg'; én studie sammenlignet sensitivitets- og atferdstrening for foreldre med 'vanlig omsorg'; én studie sammenlignet 'utdanning, opplæring og støtte til foreldre' med 'vanlig omsorg'; og én studie randomiserte barn som bodde i institusjon til fosterhjem eller å bli værende i institusjonen.

Seks studier av sensitivitets- og atferdstrening målte *ikke* tilknytningsvansker, men brudd i plasseringen. Retningslinjen benyttet dette som et stedfortredende utfall (*proxy*) for tilknytningsvansker fordi barn som tas ut av foreldrenes hjem og har flere plasseringer vil ha større vansker med tilknytningen.

Når det gjaldt studiene om adopterte barn, var evidensen generelt av svært lav kvalitet. Nedgraderingen ble gjort for utfall der det var risiko for systematiske skjevheter eller lite presise resultater, og ingen av utfallene kunne inngå i en metaanalyse. Studiene av video-feedback og sensitivitets- og atferdstrening for foreldre ble nedgradert fordi utvalgene inkluderte kun familier med adoptert barn på seks måneder, mens i UK blir de fleste barn adoptert når de er mellom 8 måneder og tre år. Studien av 'utdanning, opplæring og støtte til foreldre' ble nedgradert på grunn av risiko for rapporteringsskjevheter. Retningslinjegruppa fant at det manglet studier på tiltak i utdanningssettinger, og det var få utfall knyttet til utdanning.

Med hensyn til studiene av barn i fosterhjem, så var evidensen fra moderat til svært lav kvalitet, og de fleste utfallene var lav kvalitet. Utfallene ble nedgradert pga. risiko for systematiske skjevheter, lite presise resultater (lavt antall deltakere), heterogenitet mellom studiene samt manglende måling av tilknytning før oppstart av tiltaket. Retningslinjegruppa påpekte begrensningen i at ingen studier målte barns tilknytning til andre voksne, som sosialarbeidere eller lærere (og dette ble en forskningsanbefaling).

Oppsummert konkluderte retningslinjegruppa med at video-feedback var det mest lovende av alle tiltakene. Vurderingen var at selv om resultatene stammet fra et fåtalls studier, så viser de tilsvarende funn som studiene av samme tiltak for barn i risiko for omsorgsovertakelse. Som ved anbefalingene ovenfor mente retningslinjegruppa også her at dersom video-feedback gav liten nytte så skulle en gjøres en vurdering i en tverrfaglig gruppe mht. om det skulle gis flere leksjoner eller et annet tiltak.

Retningslinjegruppa ble enig om at studien som hadde randomisert barn som bodde i institusjon til fosterhjem eller å bli værende i institusjonen, ikke egnet seg som basis for en anbefaling og ble i stedet brukt som bakgrunnsinformasjon.

Sensitivitets- og atferdstrening for foreldre ble funnet å være nyttig for barn i risiko for omsorgsovertakelse og fosterbarn for barn 0-12 år. Av den grunn mente retningslinjegruppa at det var verdt å anbefale, ettersom en del foreldre ikke ønsker å delta i video-feedback-programmer. Retningslinjegruppa mente også at dette tiltaket ville passe for barn i institusjon, ved siden av å finne en ansatt som kan være en viktig tilknytningsperson for barnet.

VURDERING.

Tiltak for å fremme tilknytning hos adopterte barn i førskolealder

Video-feedback i seks måneder for adoptivforeldre kan fremme trygg utvikling, mødres sensitivitet og redusere risikoen for desorganisert tilknytning hos adopterte barn, sammenlignet med 'vanlig omsorg'. Video-feedback var også assosiert med forbedringer i foreldres atferd, men det ble ikke funnet effekt på barnets atferd, sammenlignet med 'vanlig omsorg'. Sensitivitets- og atferdstrening for foreldre (uten video-feedback) i seks måneder viste ingen effekt på trygg tilknytning, mødres sensitivitet eller desorganisert tilknytning, sammenlignet med 'vanlig omsorg'. Det var heller ingen effekter på foreldres atferd eller barnets atferd. Ingen skader som følge av programmet ble funnet.

Tiltak for å fremme tilknytning hos førskolebarn under offentlig omsorg

Video-feedback for omsorgsgivere kan fremme mødres sensitivitet og foreldres holdninger, kunnskaper eller atferd. Endringen ble opprettholdt etter at tiltaket var avsluttet. Ingen skader var assosiert med dette programmet. Ingen andre effekter (på trygg tilknytning, foreldres stress og psykiske helse eller barnets følelses- og atferdsfungering) ble funnet.

Det ble ikke funnet noen effekter av MTFC («*multidimensional treatment foster care*», dvs at fosterforeldrene får opplæring før plassering, deretter ukentlig hjemmebesøk, en ukentlig støttegruppe og 24-timers krisetelefon – samt at barnet deltar i terapeutiske lekesesjoner, alt i 9-12 måneder), sammenlignet med 'vanlig omsorg'. Ingen skader som følge av programmet ble funnet. Det å være i fosterhjem, i tillegg til 'utdanning, opplæring og støtte til foreldre', viste en klar effekt på trygg tilknytning, tilknytningsvansker (inkludert RAD/*Reactive attachment disorder*, reaktiv tilknytningsforstyrrelse) sammenlignet med barn som ble boende i institusjon. Flere år etter var gevinsten mht. RAD fremdeles tydelig på barnets selvbilde, sammenlignet med de barna som ikke ble plassert i fosterhjem. Ingen skader av behandlingen ble funnet.

Basert på funnene for både adopterte barn og fosterbarn, mente retningslinjegruppa at evidensen var sterk nok til å kunne utforme en sterk anbefaling om bruk av video-feedback. Dette støttet anbefalingen om førskolebarn i risiko for omsorgsovertakelse, som bygget på flere studier med flere deltakere og som viste positive effekter på foreldres sensitivitet, trygg tilknytning utrygg tilknytning.

Retningslinjegruppa mente at video-feedback ikke er et hensiktsmessig tiltak for barn i institusjon, ettersom situasjonen i seg selv er av forbigående art. Retningslinjegruppa syntes det

var mer hensiktsmessig å anbefale sensitivitets- og atferdstrening for foreldre, som kan hjelpe omsorgsgivere til å forstå barnets atferd og forbedre mottakeligheten for barnets behov og håndtere vanskelig atferd. Selv om institusjon er en forbigående situasjon, så mente retningslinjegruppa det var viktig å finne frem til en person som kunne være tilknytningsfigur og jobbe tett med barnet.

KOST-NYTTE. Det er mangel på studier av kost-nytte-vurderinger av tiltak for barn under offentlig omsorg. Derfor overførte retningslinjegruppa resultatene fra de økonomiske analysene mht. barn i risiko for omsorgsovertakelse, til også å gjelde her. Den analysen tilsa at video-feedback var det mest kostnadseffektive tiltaket, sammenlignet med sensitivitets- og atferdstrening for foreldre, hjembesøk, foreldre-barn-psykoterapi og standard omsorg for barn i risiko for omsorgsovertakelse.

Retningslinjegruppa bemerker imidlertid at fordi det er få behandlingstiltak til denne gruppa barn, så bør sensitivitets- og atferdstrening være en valgmulighet i tilfeller der fosterforeldre ikke ønsker video-feedback-program. Det var også stor sannsynlighet for at kostnadene for programmet, sammenlignet med kostnadene ved barns videre utviklingsvansker, ville ligge under NICE' øvre grense for pris per QALY.

10.2.3 Clinical evidence statements

10.2.3.1 Video feedback versus usual care

- ▣ Moderate-quality evidence from 2 studies (n = 221) showed that video feedback over 10 weeks may increase secure attachment in preschool-age children in care compared with usual care, but there was some uncertainty.
- ▣ Low-quality evidence from 1 study (n = 46) showed that video feedback over 1 month may increase secure attachment in primary school-age children in care compared with usual care, but there was some uncertainty.
- ▣ Very low-quality evidence from 3 studies (n = 319) showed that video feedback over 1 to 2.5 months may increase maternal sensitivity in preschool-aged children in care compared with usual care, but there was some uncertainty.
- ▣ Moderate-quality evidence from 1 study (n = 46) showed that video feedback over 1 month may decrease attachment difficulties in primary-age children in care compared with usual care, but there was some uncertainty.
- ▣ Low-quality evidence from 1 study (n = 176) showed that video feedback over 10 weeks has no effect on parental stress/mental wellbeing of carers may decrease attachment difficulties in primary-age children in care compared with usual care, but there was some uncertainty.
- ▣ Low-quality evidence from 2 studies (n = 223) showed that video feedback over 2.5–6 months may increase parental attitudes/knowledge/behaviour of carers of preschool-age children in care compared with usual care, but there was some uncertainty.
- ▣ Low-quality evidence from 1 study (n = 129) showed that video feedback over 6 months has no effect on secure attachment at long-term follow-up in preschool-age children in care compared with usual care, but there was some uncertainty.
- ▣ Low-quality evidence from 2 studies (n = 225) showed that video feedback over 6–12 months increases maternal sensitivity at long-term follow-up in preschool-age children in care compared with usual care, but there was some uncertainty.
- ▣ Low-quality evidence from 2 studies (n = 129) showed that video feedback over 6 months has no long-term effect on carer's stress/mental wellbeing compared with usual care for preschool-age children in care, but there was some uncertainty.
- ▣ Low-quality evidence from 2 studies (n = 129) showed that video feedback over 6 months may increase the carer's knowledge/attitude/behaviour at long-term follow-up compared with usual care for preschool-age children in care, but there was some uncertainty.

□ Low-quality evidence from 2 studies (n = 120) showed that video feedback over 9 months has no effect on internalising/externalising behaviour of preschool-age children in care compared with usual care but there was some imprecision.

□ No adverse effects were detected.

10.2.3.2 Parental education, training and support versus usual care

□ Low-quality evidence from 1 study (N = 100) showed that 3 days of parental education, training and support for carers of primary school-age children in care increases the risk of RAD compared with usual care, but there was some uncertainty.

□ Low-quality evidence from 1 study (N = 150) showed that 3 days of parental education, training and support for carers of primary school-age children in care increases the risk of RAD at 9 months follow-up compared with usual care, but there was some uncertainty.

□ Low-quality evidence from 1 study (n = 150) showed that 3 days of parental education, training and support for carers of primary school-age children in care has no effect on externalising/internalising behaviour at 9 months follow-up compared with usual care, but there was some uncertainty.

□ Low-quality evidence from 1 study (n = 150) showed that 3 days of parental education, training and support for carers of primary school-age children in care has no effect on the child's wellbeing at 9 months follow-up compared with usual care, but there was some uncertainty.

10.2.3.3 Multidimensional treatment foster care versus usual care

□ Moderate-quality evidence from 1 study (N = 117) showed that 12 months of MTFC for preschool-age children in care has no effect on secure attachment compared with usual care attachment but there was some uncertainty.

□ Moderate-quality evidence from 1 study (N = 117) showed that 12 months of MTFC for preschooler-age children in care has no effect on attachment difficulties compared with usual care attachment but there was some uncertainty.

10.2.3.4 Parental sensitivity and behaviour training versus usual care

□ Very low-quality evidence from 1 study (N = 63) showed that 12 weeks of parental sensitivity and behaviour training may improve secure attachment in preschool to secondary school-age children in care compared with usual care but there was some uncertainty.

□ Low-quality evidence from 1 study (N = 63) showed that 12 weeks of parental sensitivity and behaviour training has no effect on behavioural and emotional problems in preschool to secondary school-age children in care compared with usual care but there was some uncertainty.

□ Low-quality evidence from 1 study (N = 55) showed that 12 weeks of parental sensitivity and behaviour training may improve parental attitude/knowledge/behaviour in carers of preschool to secondary school-age children in care compared with usual care but there was some uncertainty.

□ Low-quality evidence from 1 study (N = 55) showed that 12 weeks of parental sensitivity and behaviour training improves behavioural problems in preschool to secondary school-age children in care compared with usual care but there was some uncertainty.

□ Low-quality evidence from 1 study (N = 63) showed that 12 weeks of parental sensitivity and behaviour training may decrease the quality of life for the carers compared with usual care but there was some uncertainty.

10.2.3.5 Foster care with education, training and support versus remaining in an institution

□ Low-quality evidence from 1 study (N = 118) showed that preschool-age children who enter foster care and their parents are provided educational training and support have greater a secure attachment after 13 to 36 months compared with children who remain in an institution but there was some uncertainty.

□ Low-quality evidence from 1 study (N = 118) showed that preschool-age children who enter foster care and their parents are provided educational training and support have fewer attachment difficulties after 11 to 36 months compared with children who remain in an institution but there was some uncertainty.

□ Low-quality evidence from 1 study (N = 136) showed that preschool-age children who enter foster care and their parents are provided educational training and support have a lower risk of RAD after 11 to 36 months compared with children who remain in an institution but there was some uncertainty.

□ Low-quality evidence from 1 study (N = 136) showed that preschool-age children who enter foster care and their parents are provided educational training and support have a lower risk of RAD after 5.5 to 7.5 years compared with children who remain in an institution but there was some uncertainty.

□ Low-quality evidence from 1 study (N = 94) showed that preschool-age children who enter foster care and their parents are provided educational training and support have better social skills after 5.5 to 7.5 years compared with children who remain in an institution but there was some uncertainty.

10.2.3.6 Parental education, training and support for interventions that reported on placement disruption (attachment was not measured)

□ Low-quality evidence from 3 studies (n = 269) showed that parental education, training and support over 1 to 9 months is associated with fewer placements disruptions compared with usual care for primary to secondary school-age children in care, but there was some uncertainty.

□ Low-quality evidence from 2 studies (n = 190) showed that parental education, training and support over 1 to 9 months is associated with fewer placements disruptions compared with usual care for primary school-age children in care, but there was some uncertainty.

□ Low-quality evidence from 1 study (n = 79) showed that parental education, training and support over 3 months is not associated with fewer placements disruptions compared with usual care for primary to secondary school-age children in care, but there was some uncertainty.

□ Low-quality evidence from 1 study (n = 700) showed that parental education, training and support over 4 months is associated with more positive exits from care compared with usual care for primary school-age children in care, but there was some uncertainty.

□ Moderate-quality evidence from 1 study (n = 700) showed that parental education, training and support over 4 months has no effect on negative exits from care compared with usual care for primary school-age children in care, but there was some uncertainty.

□ Low-quality evidence from 1 study (n = 100) showed that parental education, training and support over 12 months is associated with fewer placement disruptions in secondary school-age children compared with usual care in care, but there was some uncertainty.

□ Low-quality evidence from 1 study (n = 100) showed that parental education, training and support over 5 weeks is associated with improved quality of parenting compared with usual care in primary school-age children in care but there was some uncertainty.

□ Low-quality evidence from 1 study (n = 79) showed that parental education, training and support over 3 months is associated with improved quality of parenting compared with usual care in primary to secondary school-age children in care but there was some uncertainty.

□ Low-quality evidence from 1 study (n = 100) showed that parental education, training and support over 36 months is associated with reduced delinquent behaviour compared with usual care in secondary school-age children in care but there was some uncertainty.

□ Low-quality evidence from 1 study (n = 46) showed that parental education, training and support over 5 weeks has no effect on internalising/externalising symptoms compared with usual care in primary school-age children in care but there was considerable uncertainty.

□ Low-quality evidence from 1 study (n = 79) showed that parental education, training and support over 3 months reduces internalising/externalising symptoms compared with usual care in primary to secondary school-age children in care but there was some uncertainty.

□ Low-quality evidence from 1 study (n = 100) showed that parental education, training and support over 12–24 months has no effect on internalising/externalising symptoms compared with usual care in secondary school-age children in care but there was some uncertainty.

□ Very low-quality evidence from 2 studies (n = 199) showed that a 12 months follow-up of parental education, training and support may decrease placement disruption in primary school-age children in care compared with usual care but there was some uncertainty.

Lenke til GRADE-tabeller for sensitivitets- og atferdstrening (se tabellene 4.1-5.3)

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng26/evidence/appendix-n-pdf-2180188197>

Referanser

NICE (National Institute for Health and Care Excellence) (2015) Children's attachment: attachment in children and young people who are adopted from care, in care or at high risk of going into care. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng26>

NICE (National Institute for Health and Care Excellence) (2017) *Child abuse and neglect*. Clinical guideline. NICE: England, Wales og Nord-Irland www.nice.org.uk/guidance/ng76