



Vilka evidensbaserade insatser finns för barn till föräldrar med psykisk ohälsa eller missbruk?

En kunskapsöversikt

Citera gärna Centrum för epidemiologi och samhällsmedicins rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Referera till rapporten enligt: Muwonge JJ, Sirén A-L, Åhlén J, Lindberg L, Dalman C, Kosidou K. Vilka evidensbaserade insatser finns för barn till föräldrar med psykisk ohälsa eller missbruksproblem? Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2021. Rapport 2021:12.



Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin

Box 45436, 104 31 Stockholm

ces.sls@regionstockholm.se

Rapport 2021:12

ISBN 978-91-87691-82-9

Författare: Joseph Muwonge Jr, Ann-Louise Sirén, Johan Åhlén, Lene Lindberg, Christina Dalman, Kyriaki Kosidou.

Språkgranskning: Emma Frekke

Layout: Viktoria Jonze

Stockholm oktober 2021

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,
www.folkhalsoguiden.se

Förord

Att vara barn till en förälder med psykisk ohälsa eller missbruk innebär högre risk att utveckla psykisk ohälsa och högre risk för sämre levnadsvillkor jämfört med andra barn. Att tidigt identifiera dessa barn skapar möjligheter att erbjuda barnen hälsofrämjande och förebyggande åtgärder i ett tidigt skede i livet.

Enligt en svensk registerstudie är andelen barn till föräldrar med psykiatriska tillstånd relativt hög (cirka elva procent) och denna andel har också ökat över tid de senaste tio åren. Positivt är dock att flera stödinsatser har utvecklats för barn till föräldrar med psykiska problem. I den här rapporten redovisas dessa stödinsatser och hur de kan förebygga psykisk ohälsa hos barnet och förbättra samspelet mellan förälder och barn.

Rapporten vänder sig främst till forskare och folkhälsoexperter och kan ligga till grund för framtida forskningsriktning och prioriteringar inom forskningen. Dessutom kan rapporten ligga till grund för utvecklingsarbete inom Region Stockholm vad gäller arbete med barn som är anhöriga till patienter inom vuxenpsykiatrin.

Rapporten har gjorts av forskare och experter inom folkhälsa, psykologi och psykiatri vid Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES). Arbetet har projektletts av Joseph Muwonge.

Vi tackar informationsexpert Eva Fjellgren vid Region Stockholms bibliotek i Solna för hennes bidrag till litteratursökningen och tackar också barnsamordnare Anette Ståhl vid Psykiatri Sydväst för hennes konstruktiva synpunkter på projektet.

Cecilia Magnusson

Verksamhetschef

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning.....	5
Inledning.....	6
Hur många barn har minst en förälder med psykisk ohälsa och/eller missbruk? .6	
Barn till föräldrar med psykisk ohälsa eller missbruk har förhöjd risk för psykisk ohälsa	7
Barnfokuserade stödinsatser inom det svenska hälso- och sjukvårdssystemet och kommuner	7
Syfte.....	9
Metod	10
Litteratursökning	10
Urval av översikter	10
Kvalitetsbedömning	10
Sammanställning av data	11
Analys	11
Resultat	12
Beskrivning av inkluderade översikter	12
Jämförelsegrupper i de olika studierna	12
Bedömning av översikternas kvalitet.....	12
Olika typer av insatser	13
Insatsernas innehåll.....	15
Effekten av insatser för barn till föräldrar med psykisk ohälsa eller missbruk....	15
Effekten av insatser för att förebygga psykisk ohälsa	15
Effekten av insatser som syftar till att stärka barns välbefinnande	17
Effekten av insatser som syftar till att förbättra barns utveckling	17
Effekten av insatser som syftar till att förbättra föräldra-barn-relationen	19
Diskussion	21
Tolkning av evidens	21
Begränsningar	22
Slutsats.....	22
Referenser.....	23
Bilagor.....	26
Bilaga 1. Sökstrategi	26
Bilaga 2. Flödesschema över litteratursökning och granskning.....	27
Bilaga 3. Kvalitetsbedömningen enligt AMSTAR 2.....	28
Bilaga 4. Detaljerad beskrivning av översikter	29
Bilaga 5. Effektstorlekar (sammantagna studieeffekter)	32
Bilaga 6. Effektstorlekar (översikter som rapporterade enskilda studieeffekter) 33	

Sammanfattning

Barn till föräldrar med psykisk ohälsa eller missbruk har ökad risk att utveckla psykisk ohälsa och sämre levnadsvillkor under uppväxten än andra barn. Dessa barn ska enligt Sveriges hälso- och sjukvårdslag identifieras och deras behov av information, råd och stöd beaktas. I dag har omkring elva procent av alla barn i Sverige minst en förälder med ett diagnostiserat psykiatriskt tillstånd. Vi genomförde därför en övergripande översikt av systematiska översikter för att sammanställa vilka evidensbaserade insatser som finns för att stötta och hjälpa barn till föräldrar med psykiska problem.

Totalt identifierade vi 17 översikter som sammanställer insatser riktade till framför allt föräldrar och barn, men också några insatser riktade enbart till barnet eller föräldern. Insatser riktade till föräldrar och barn innefattar bland annat föräldraskapsstöd och spädbarnsmassage med syftet att förbättra samspelet mellan föräldern och barnet. Insatser riktade enbart till barn innefattar bland annat kamratstöd, psykopedagogik (information om psykiska problem) och psykoterapi (till exempel kognitiv beteendeterapi, KBT), med syftet att förbättra barnets förståelse av föräldrarnas besvär och ge barnet strategier för att hantera stressiga och svåra situationer.

Sammantaget visar befintlig litteratur signifikanta positiva effekter på att förebygga psykisk ohälsa hos barn och att förbättra relationen mellan förälder och barn. Tre metaanalyser visade 40–69 procent minskad risk för depression, ångest och/eller missbruk hos barn och ungdomar (vid uppföljning mellan 6 och 15 månader). Fem metaanalyser visade att barn och ungdomar i interventionsgrupperna hade lägre nivåer av psykisk ohälsa än i kontrollgrupperna. Dessutom visade fyra metaanalyser bättre kvalitet i föräldra-barn-relationen för interventionsgrupperna jämfört med kontrollgrupperna. Författarna till dessa metaanalyser drog slutsatsen att dessa interventioner är effektiva, men vissa uppmärksammade att de små effektstorlekarna och överlag låga kvaliteten på studierna begränsar möjligheten att dra säkra slutsatser. Utöver låg kvalitet i originalstudierna visar vår övergripande översikt även att de flesta översikter hade låg eller kritiskt låg kvalitet.

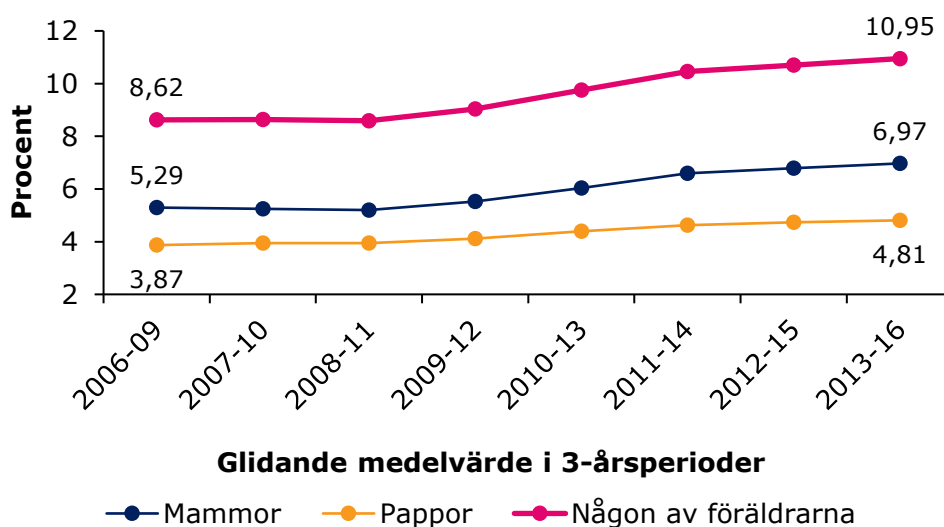
De flesta studier i materialet berörde barn till föräldrar med depression, vilket begränsar möjligheten att generalisera dessa resultat till barn med föräldrar som har annan problematik som till exempel ångest eller psykos. Det var även stor skillnad mellan de studier som ingick i översikterna gällande målpopulation, innehållet i insatserna och utfallsmått, och metaanalyserna undersökte inte vilka insatser som fungerade bäst för vem. Utöver att undersöka vilka insatser som fungerar bäst för vem, bör fortsatt forskning även undersöka effekten av insatser i ett bredare perspektiv, och innefatta andra utfallsmått som till exempel barns välbefinnande och skolresultat.

Inledning

Barn till föräldrar med psykisk ohälsa eller missbruk är i större utsträckning än andra barn i behov av tidiga insatser som syftar till att förhindra utvecklandet av egen psykisk ohälsa och att förbättra levnadsvillkor. Den här övergripande översikten syftar till att sammanställa kunskap om vilka förebyggande och/eller hälsofrämjande insatser som finns för dessa barn och att sammanfatta det övergripande evidensläget för dessa insatser.

Hur många barn har minst en förälder med psykisk ohälsa och/eller missbruk?

I en nyligen publicerat svensk nationell registerstudie visades att sammantaget 9,5 procent av alla barn (under 18 år) i Sverige mellan 2006 och 2016 (n=2 110 988) hade minst en förälder med diagnostiserad psykisk sjukdom inom den specialiserade psykiatriska öppen- och/eller slutenvården (det vill säga affektiv och icke-affektiv psykos, substansmissbruk, depression, ångest, personlighetsstörning, ätstörning eller adhd) (1). Andelen barn till föräldrar med ett psykiatriskt tillstånd varierade något under studietiden 2006–2016, då den ökade från 8,6 procent i början på studietiden (2006–2009) till cirka elva procent i slutet av studietiden (2013–2016; se figur 1) (1). Andelen barn till föräldrar med ett psykiatriskt tillstånd i studien avsåg endast barn vars föräldrar haft kontakt inom specialistpsykiatrin och innebär därför en underskattning av den totala andelen barn till föräldrar med någon form av psykisk ohälsa. Andelen är troligtvis även en underskattning eftersom inte alla föräldrar med psykisk sjukdom och/eller missbruk söker vård för sin ohälsa. Enligt andra internationella studier från Australien, Kanada och Storbritannien kan den verkliga förekomsten uppskattas vara mellan 12 och 23 procent (2–4).



Figur 1. Trender i andelen (%) barn till föräldrar med något psykiatriskt tillstånd mellan 2006 och 2016 i Sverige (n = 2 110 988). Justerade för åldersgrupp.

Barn till föräldrar med psykisk ohälsa eller missbruk har förhöjd risk för psykisk ohälsa

Barn till föräldrar med psykisk ohälsa löper högre risk än andra barn att drabbas av svårigheter under uppväxten. Exempelvis är ekonomisk utsatthet vanligare hos familjer där minst en förälder har en psykisk sjukdom eller missbruk jämfört med andra familjer (1, 5). Enligt den svenska registerstudien hade barn till föräldrar med psykiatriska tillstånd i högre grad minst en förälder med ekonomiskt bistånd, arbetslösa föräldrar, och tillhörde i högre grad ett låginkomsthushåll. Dessutom bodde barnen i lägre grad med sina föräldrar och föddes i högre grad när föräldern var tonåring (1). Vidare har barn till föräldrar med psykisk ohälsa eller missbruk en ökad sårbarhet för att utveckla psykiska och sociala problem under barndomen eller i vuxen ålder (6, 7). Till exempel visade en metaanalys (av 22 studier) en nästan dubbelt så stor risk för ångestbesvär hos barn till föräldrar med ångestsyndrom jämfört med barn till föräldrar utan ångestsyndrom (7). En annan studie som följde barn till vuxen ålder (i 30 år) visade att barn till föräldrar med depression hade en tre gånger högre risk för att själva utveckla depression jämfört med barn till föräldrar utan depression (8).

Barnfokuserade stödinsatser inom det svenska hälso- och sjukvårdssystemet och kommuner

Enligt Sveriges hälso- och sjukvårdslag (§ 7 kap 5, HSL 2017:30)(9) ska personal inom hälso- och sjukvården ta hänsyn till barns behov av information, råd och stöd, om barnets förälder lider av psykisk sjukdom/funktionsnedsättning, eller missbruk av alkohol eller droger. Inom den svenska hälso- och sjukvården och kommunerna (socialtjänsten/förskolor/skolor) erbjuds en rad insatser till barn och familjer där föräldern lider av psykisk ohälsa eller missbruk. Insatserna syftar framför allt till att stärka föräldern i sin föräldraroll och öka föräldrarnas förmåga att möta barnets behov, öka barnets förståelse för föräldrarnas ohälsa, och förbättra barnets förmåga att hantera stressfulla och svåra situationer, och genom detta minska risken att barnet själv utvecklar psykisk ohälsa (10, 11). Insatserna baseras på modeller som KBT, psykopedagogik, föräldraskapsstöd och stödsamtal till förälder och barn. Exempel på insatser som erbjuds i Sverige inkluderar bland annat (10–12);

- Barns rätt som anhöriga (BRA-samtal: samtal med barn och/eller barn och föräldrar)
- Barnkraft (stödgruppsverksamhet för föräldrar och barn)
- Beardslees familjeintervention
- Föräldrastödande samtal
- Föra barnen på tal "Let's Talk About Children" (samtal med föräldrar utifrån barnens situation)
- Småbarnsföräldragrupp (den förälder som är patient, tillsammans med barn upp till 1 år)
- Tvärprofessionella samverkansteam för sköra föräldrar

Enligt preliminära utvärderingar i Sverige har insatserna Föra Barnen på tal, Beardslees familjeintervention, Barnkraft samt BRA-samtal uppskattats av både personalen inom vuxenpsykiatri och socialtjänsten, och av familjerna (föräldrar och barn) (12). Dessa preliminära utvärderingar innehöll dock väldigt få deltagare (10, 12) och hade inga uppföljande mått på barnens psykiska hälsa, välbefinnande, utveckling eller sociala

utfall, vilket innebär att insatsernas eventuellt förebyggande eller hälsofrämjande effekt inte går att uttala sig om i vetenskaplig mening.

I den här rapporten sammanfattas det internationella evidensläget för insatser som syftar till att förebygga psykisk ohälsa hos barn till föräldrar med psykisk ohälsa eller missbruk. Metoden som används är en övergripande översikt av tidigare publicerade systematiska översikter. En sådan övergripande översikt ger en bred överskådlig sammanfattning av det aktuella kunskapsläget. Den övergripande översikten sammanfattar således det vetenskapliga stödet för insatser som syftar till att förebygga psykisk ohälsa hos barn och främja barns välbefinnande (och andra utfall) när en förälder lider av psykisk ohälsa eller missbruk.

Syfte

Syftet med den övergripande kunskapsöversikten (*en så kallad umbrella review eller overview of reviews på engelska*) är att besvara följande frågor:

1. Vilka utvärderade insatser (förebyggande eller hälsofrämjande) finns för barn till föräldrar med psykisk ohälsa eller missbruk?
2. Vilket vetenskapligt stöd har de befintliga insatserna?

Syftet är i första hand att ge en sammanfattning av forskning på utvärderade insatser riktade till barn (och/eller föräldrar) med fokus på effekter för barnet. I förlängningen hoppas vi att den genererade kunskapen kan ligga till grund för fortsatt kunskapsutveckling av insatser för barn till föräldrar med psykisk ohälsa eller missbruk.

Metod

I detta avsnitt beskriver vi hur vi identifierade, granskade, och analyserade studierna i kunskapsöversikten. Vi följde metoden för att sammanställa kunskapsöversikter av insatser inom hälso- och sjukvårdssystem som beskrivits av Smith med flera (13). Översiktens protokoll finns publicerat på engelska på PROSPERO (CRD42020154871).

Litteratursökning

Huvudstrategin för litteratursökningen var att söka efter publicerade systematiska översikter i flera litteraturdatabaser: PubMed, PsychINFO, Web of Science och Cochrane. Sökningar gjordes med avgränsning i tid (1990–2019) och språk (engelska och svenska). Sökningen var klar den 17 april 2019. Se bilaga 1 för sökstrategier i PubMed (sökstrategier för övriga databaser är tillgängliga på förfrågan). Sökningen gjordes av en informationsexpert (EF) vid Region Stockholms bibliotek i Solna. Kompletterande strategier i litteratursökningen var sökning i referenslistor och förslag från en forskare inom prevention för psykisk ohälsa hos barn (JÅ). Ingen ytterligare relevant studie identifierades i detta steg.

Urval av översikter

Totalt identifierades 2 180 artiklar, vilka reducerades till 1 413 unika artiklar efter att dubletter tagits bort (Se bilaga 2 för flödesschema över litteratursökning och granskning). JM granskade titlar och sammanfattningar av de 1 413 artiklarna, varav 85 artiklar preliminärt uppfyllde de beskrivna kriterierna (tabell 1). Av de 85 artiklar som lästes i fulltext uppfyllde 17 av dem inkluderingskriterierna (se bilaga 2 för anledningar till exkludering i detta skede). Listan över exkluderade studier finns tillgänglig vid förfrågan.

Kvalitetsbedömning

AMSTAR-2 (A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews) (14) utgjorde den övergripande metoden för att bedöma kvaliteten av de inkluderade översikterna. AMSTAR-2 är ett instrument som används för att säkerställa en systematisk bedömning av alla steg som ingår i en systematisk sammanställning. Till exempel om studieprotokollet registrerats, omfattningen av litteratursökningen, kvalitetsbedömning, bedömning av publiceringsbias och statistisk analys. Två granskare, JM och ALS, genomförde oberoende kvalitetsbedömningen. Se bilaga 3 för kvalitetsbedömningen.

Tabell 1. Urvalskriterier

Population	Insats	Jämförelse	Utfall	Studiens design
Systematisk översikt innefattar minst 70 procent barn i åldrarna 0–18 år med förälder med psykisk ohälsa eller missbruk.	Förebyggande eller hälsofrämjande insatser som direkt eller indirekt (genom föräldrarna) riktats till barnen.	Jämförelsegrupp som fick; 1) sedvanligt stöd, 2) annan insats, eller 3) stöd på väntelista. ELLER Studier i	Primärt utfall: förekomst av psykisk ohälsa (diagnos eller symtom) hos barnet. Ytterligare utfall: föräldra-barnrelationen, barnets utveckling, välbefinnande, och självkänsla.	Systematisk översikt (eller metaanalys), innefattar randomiserade kontrollerade studier eller observationsstudier.
ELLER	ELLER	systematisk översikt innefattar för- och eftermätning av insatsen i studiepopulationen.	ELLER Systematisk översikt innefattar delgruppsanalys specifikt för de beskrivna utfallen.	
Systematisk översikt innefattar delgruppsanalys där den specifika populationen undersöks.	Systematisk översikt innefattar delgruppsanalys specifikt för de beskrivna insatserna.			

Sammanställning av data

En granskare (JM) extraherade data från de 17 artiklarna genom att använda ett standardiserat formulär som utvecklats av två granskare (JM & KK).

Analys

Vi genomförde en narrativ syntes av resultaten. Narrativ syntes innebär att man sammanställer, beskriver med text samt jämför resultaten från alla inkluderade översikter som besvarar en specifik frågeställning (15). En kvantitativ sammanställning av resultaten bedömdes däremot ej lämplig på grund av stor variation i insatser och utfallsmått.

Resultat

Beskrivning av inkluderade översikter

Totalt sammanställde vi 17 systematiska översikter om insatser för barn till föräldrar med psykisk ohälsa eller missbruk. De flesta översikter innefattade randomiserade studier (RCTs) och/eller kvasiexperimentella studier (11 av 17). Sju av 17 översikter studerade endast barn till föräldrar med depression medan resterande (10 av 17) studerade antingen barn till föräldrar med ångest, missbruk eller olika psykiska tillstånd (inklusive psykos och bipolär).

Antalet originalstudier i översikterna varierade stort mellan översikter, från sju (16) till 96 studier (17). De flesta originalstudier genomfördes i USA och Kanada, resten genomfördes i Australien, New Zealand, Europa (en i Sverige), Asien och Sydamerika. Flera av originalstudierna fanns med i flera översikter. Nio översikter (16–24) rapporterade föräldrarnas medelålder, vilken varierade mellan 17,3 och 48,3 år. Sex översikter studerade specifikt spädbarn, en översikt specifikt barn i åldrarna ett till fem år medan resterande (9 av 17) studerade barn och ungdomar. Se tabell 2 för information om översikterna.

Tabell 2. Beskrivning av översikter (antal översikter)

Studiedesign	Typ av psykiska störningar hos föräldrar	Målgrupp	Barns ålder
Enbart randomiserade studier/RCTs (8)	Enbart depression (7)	Föräldrar och/eller barn (10)	Spädbarn (6)
Både RCTs och kvasi-experimentella studier (3)	Enbart ångest (1)	Endast föräldrar (5)	1–5 år (1)
Inkluderade observationsstudier (6)	Enbart missbruk (4)	Endast barn (1)	0–18 år (9)
	Olika psykiska störningar (3)	Endast gravida kvinnor (1)	Ej angivet (1)
	Allvarliga psykiska störningar (2)		

Jämförelsegrupper i de olika studierna

I originalstudierna jämfördes i regel en interventionsgrupp och en kontrollgrupp. Kontrollgrupperna bestod av väntelista, sedvanlig vård/stöd (det vill säga den vård eller stöd som föräldern hade inom psykiatri vid behov) eller aktiv insats (till exempel telefonbaserat stöd/samtal, hembesök, stödgrupp och informationsmaterial). Fyra översikter (19, 21, 25, 26) inkluderade även studier utan kontrollgrupp.

Bedömning av översiktens kvalitet

Enligt AMSTAR-2 (14) bedömdes två översikter ha måttlig kvalitet, tre översikter låg kvalitet samt tolv översikter kritiskt låg kvalitet (se bilaga 3 för kvalitetsbedömningen). Orsaker till den generellt låga kvaliteten berodde främst på att protokollen inte registrerats före översikterna påbörjats, att litteratursökningen var otillräckligt bred, och att motiveringen för uteslutna studier saknades eller var oklar, samt att finansieringskällor för de inkluderade studierna inte hade rapporterats.

Olika typer av insatser

De 17 översikterna innehöll många olika typer av insatser. Den mest vanliga insatsen var föräldraskapsstöd som fanns med i 15 översikter. Psykoterapimetoder såsom kognitiv beteendeterapi (KBT), stödsamtal, interpersonell terapi (IPT) och psykodynamisk terapi (PDT) fanns också med i många översikter. Andra insatser som fanns med i flera översikter var massage, psykopedagogik, stödgrupp och vägledning eller remis till tillgängligt stöd. Se tabell 3 om insatser som framkom utifrån de 17 översikterna.

Insatser riktade till föräldrar och barn

De insatser som riktades till både föräldrar och barn syftade framför allt till att förbättra samspelet mellan förälder och barn. Exempel på sådana insatser var videoåterkoppling till föräldrar med depression (av psykolog eller psykiater) samt ytterligare insatser såsom KBT för föräldern, föräldraskapsstöd, eller spädbarnsmassage beroende på behov (24, 27). Andra exempel på insatser var *Coping and Promoting Strengths (CAPS)*, ett KBT-program riktat till föräldrar med ångestproblematik och deras barn (28); Beardslees familjeintervention (29); mor-och spädbarnsterapi (för mödrar med depression) (20); samt spädbarnsmassage (17, 20, 22).

Insatser riktade till barn

Insatser riktade till barn syftade framför allt till att förbättra barnets kunskap om, och förståelse för, sina föräldrars besvär och att förbättra barnets självkänsla och förmåga att hantera stressiga och svåra situationer, samt att främja barnets välbefinnande. Exempel på sådana insatser var kamratstöd och mentorskap i ett skolbaserat program för barn till föräldrar med missbruk (26); och gruppbaserad KBT för ungdomar till föräldrar med depression (30).

Insatser riktade till föräldrar

Insatser riktade till enbart föräldrar syftade framför allt till att förbättra föräldrarnas psykologiska välbefinnande och föräldraskap och att öka föräldrarnas lyhördhet för sina barn.

Tabell 3. Olika typer av insatser utifrån de 17 översikterna

Insats	Antal översikter som nämner insatsen	Målgrupp	Innehåll och syfte
Föräldraskapsstöd	15	Förälder Förälder och barn	Träning i samspelet mellan mödrar och barn och positiva föräldraskapsstrategier. Förklaring av barns beteende och utveckling. Uppmuntra engagemang i sociala aktiviteter och kommunikation inom familjen.
Interpersonell terapi (IPT)	8	Förälder	Fokuserar på relationsproblem. Strategier att hantera relationsproblem mer konstruktivt. Föräldraskapsstöd.
Kognitiv beteendeterapi (KBT)	13	Förälder Barn	Beteendeanalys (kartlägga tankar, känslor och beteende i sambandet med psykiska besvär). Hantering av tankar, känslor och beteende. Strategier för att hantera stressfulla situationer (problemlösning). Kunskap om psykisk ohälsa.
Massage	6	Mor och spädbarn	Samspel mellan mor och barn. Lära sig att vara mer uppmärksam på barnets signaler. Öka moderns lyhörddhet för sitt barn och öka barnets trygghet.
Mentorskap	1	Barn	Strategier att hantera stressfulla situationer. Förebild för barn. Förbättra barns sociala förmåga.
Mor-spädbarnsterapi	4	Mor och spädbarn	Fokus på samspelet mellan mor och barn. Kan omfatta separat behandling för moderns besvär och hantering av relationsproblem.
Parterapi (<i>Behavioural Couple Therapy</i>)	3	Par	Kommunikation mellan partner och den psykiskt sjuke föräldern. Problemlösningstrategier. Förebyggande av konflikter i familjen.
Psykopoedagogik	9	Förälder Barn	Kunskap om psykiska besvär och åtgärder. Kunskap om föräldraskap. Strategier för att hantera stressfulla situationer. Öka kommunikationen inom familjen.
Psykodynamisk terapi (PDT)	6	Förälder	Arbeta med föräldrarnas självinsikt och grunden till föräldrarnas psykiska besvär. Arbeta med nuvarande eller tidigare relationer (till exempel patientens anknytning till sina egna föräldrar).
Privata lektioner	1	Barn	Stöd med skolarbete och hemläxa.
Stödsamtal/stödterapi (<i>supportive counselling, non-directive counselling</i>)	11	Förälder Barn	Stödterapi/samtal mellan vårdgivare/samtalsledare och förälder gällande livssituation, relationer och föräldraskap. Hjälpa föräldern/barnet förstå och bearbeta olika situationer. Patientstyrt samtal, där samtalsledare lyssnar och ger stöd.
Stödgrupp/kamratstöd	8	Förälder Barn	Innefattar olika metoder (föräldrar/barn). Kan omfatta sociala aktiviteter.
Vägledning/remiss	5	Förälder Barn	Vägleda till relevanta verksamheter/insatser till exempel inom socialtjänst och/eller sjukvård.

Insatsernas innehåll

De olika insatserna varierade stort i programlängd, antal sessioner, var insatsen genomfördes och vilken personal som gav insatsen. Sammanfattningsvis gavs insatserna genom 1) fysiska träffar; individuellt och/eller i grupp, hemma hos deltagarna, på sjukhus, i skolor eller 2) via internet, telefonbaserat samtal/videoåterkoppling. De flesta insatserna innebar sessioner veckovis eller varannan vecka och programlängden varierade mellan två veckor och tre år (1–72 sessioner). Varje session hölls mellan 15 minuter (17, 22, 24) upp till sex timmar (18). Insatserna gavs av psykologer, socionomer, psykiatrer, psykoterapeuter, studenter, barnmorskor, barnsjuksköterskor eller utbildade lekmän (till exempel föräldrar som fått utbildning för att själva ge insatsen till sina barn). Se bilaga 4 för detaljerad beskrivning av översikter och innehåll i insatserna.

Effekten av insatser för barn till föräldrar med psykisk ohälsa eller missbruk

I denna del presenteras effekter uppdelat efter relevanta utfall. Först redovisas primära utfall (psykisk ohälsa) och därefter sekundära utfall (till exempel barnets utveckling samt föräldrarnas och barnets relation). Under varje rubrik redovisas först sammantagna effekter (också redovisade i tabeller) och därefter, specifika effekter (till exempel om det endast var en studie inkluderad i en översikt som redovisade en effekt på ett relevant utfall).

Effekten av insatser för att förebygga psykisk ohälsa

Elva av de 17 översikterna rapporterade effekter (dock endast sex sammantagna effekter) för psykiska symtom eller diagnoser hos barn. Utfallet skiljde sig mellan översikter, och inkluderade förekomst av ångest, depression, och missbruk enskilt eller sammantaget, samt symtom på global skattning av psykisk ohälsa, internaliserade (depression/ångest) och utagerande (beteendeproblem) symtom. Se detaljerad information i tabell 4.

Prevention av ångesttillstånd

Programmet Coping and Promoting Strengths (CAPS), en form av KBT-insats, för barn och föräldrar med ångest, visade en positiv och statistisk signifikant effekt på att förebygga förekomsten av ångest hos barn (28). Baserat på de två studier som utvärderade CAPS minskade den relativa risken för ångest hos barn i interventionsgruppen med 69 procent efter tolv månaders uppföljning (se bilaga 5 för detaljerad information om effektstorlekar). Författarna till översikten drog slutsatsen att CAPS var effektiv för att förebygga ångestsyndrom hos barn till föräldrar med ångest.

Prevention av depressionstillstånd

I en systematisk översikt om prevention av depression hos barn och ungdomar till föräldrar med depression (29), fann man utifrån fyra individuella studier, en sammantagen positiv och statistiskt signifikant effekt. Den relativa risken för depression hade minskat med 44 procent vid uppföljning efter 6–15 månader (se tabell 4 och bilaga 5).

Prevention av något av tillstånden ångest, depression, eller missbruk

En systematisk översikt (30) redovisade utifrån sex individuella studier en sammantagen effekt på att förebygga något av tillstånden depression, ångest eller missbruk hos barn och ungdomar där föräldrar led av något av dessa tillstånd. I översikten fann man att den relativa risken för ångest, depression eller missbruk hade minskat med 40 procent vid uppföljning efter 0,5 till 15 år (de flesta studier hade en

uppföljningstid på 0,5–1 år). Författarnas slutsats var att insatser kan vara effektiva för att förebygga förekomsten av depression, ångest, eller missbruk hos barn.

Effekt av insatser på att minska symtom på psykisk ohälsa

En översikt om insatser till gravida kvinnor med depression (19) visade ingen statistiskt signifikant effekt på barns beteendemässiga eller emotionella problem men visade en positiv och statistiskt signifikant effekt på att minska regleringssvårigheter hos barn (medelålder 1,5–18 månader; se tabell 4 och bilaga 5).

Andra översikter fokuserade på insatser till föräldrar (och barn). Till exempel i en metaanalys baserat på fem individuella studier (31), fann man att olika form av terapi för mödrar med depression (se tabell 4) var sammantaget effektivt på att minska symtom på psykisk ohälsa hos barn 0–2 år (se bilaga 5). Författarna uppgav att insatserna således kan vara effektiva, samtidigt som de betonade att studiernas låga kvalitet begränsade möjligheten att dra säkra slutsatser från dessa studier.

Ytterligare en metaanalys (29) visade även att insatserna (se tabell 4) hade en positiv och statistiskt signifikant effekt på att minska depressiva eller internaliserade symtom hos äldre barn (6–18 år). Effekten minskade dock, och var inte längre statistiskt signifikant, vid uppföljning efter 5–12 månader och 15–72 månader (se bilaga 5). Författarnas slutsats var att insatserna kan minska depressiva symtom initialt.

En metaanalys (30) av sju individuella studier visade vid eftermätning en positiv och statistiskt signifikant effekt på minskning av barns (3–18 år) internaliserade symtom (se bilaga 5). Det vill säga att vid mätning hade barnen i interventionsgruppen i genomsnitt färre internaliserade symtom än barnen i kontrollgruppen. Däremot fann man ingen statistiskt signifikant skillnad mellan grupperna vad gäller barns utagerande symtom.

I en större metaanalys (17) av 25 individuella studier, fann man en positiv och signifikant effekt på minskning av symtom på psykisk ohälsa hos barn (medelålder 9,1 år) vid eftermätning. Effekten ökade även vid uppföljning efter sex och tolv månader (se bilaga 5). En analys uppdelat på internaliserade och utagerande symtom visade också signifikanta effekter vid uppföljning efter tolv månader (se tabell 4). Författarna lyfte dock fram att betydelsen av effekterna är begränsade givet de små effektstorlekarna.

Vidare har fem översikter (21–23, 26, 32) rapporterat om enskilda studier där insatser som föräldraskapsstöd, interpersonellterapi, KBT, psykodynamisk terapi, mor-spädbarnsterapi och/eller stödsamtal fungerade för att minska utagerande eller internaliserade symtom hos barn. En av dessa översikter (26) rapporterade även att *Focus on Families* (ett familjebaserat program för att behandla missbruk och förbättra föräldraskapet) fungerade för att försena användning av alkohol eller droger hos barn vid uppföljningstid efter tolv år. Däremot rapporterade en annan översikt (16) att en insats med hembesök av sjuksköterskor (bland annat föräldraskapsstöd) till nyblivna mammor med missbruk inte fungerade för att minska utagerande symtom hos spädbarn (se bilaga 6). Överlag drog författarna slutsatsen att dessa insatser kan vara effektiva men lyfte fram begränsningen i att slutsatserna grundades på enskilda studier.

Tabell 4. Effekten av insatser för att förebygga eller minska symtom på psykisk ohälsa hos barn

Översikten (referensnummer)	Insatser / studiedesign	Barns ålder, åldersspann	Utfall	Klinisk betydelsefull effekt		
				Skada (-) ^a	Oklara effekter (?) ^b	Nytta (+) ^c
Cuijpers m.fl. 2015 (31)	KBT, IPT, stödsamtal, PDT/RCT	0-2 år	Barns psykiska ohälsa (emotionellt och beteende problem, regleringssvårigheter m.m.)			+
Goodman m.fl. 2018 (19)	Föräldraskapsstöd, KBT, IPT, stödsamtal, yoga/massage (till gravida kvinnor) * /RCT	Medelålder, 0-91,2 månader	Beteende och/eller emotionella problem		?	
		Medelålder, 1,5-18 månader	Regleringssvårigheter			+
Lawrence m.fl. 2017 (28)	Coping and Promoting Strength, CAPS program (KBT)/RCT	6-13 år	Förekomst av ångest			+
Loechner m.fl. 2017 (29)	Psykopedagogik och/eller KBT metod/RCT	6-18 år	Depressiva/ internaliserade symtom			+
		8-18 år	Förekomst av depression			+
Siegenthaler m.fl. 2012 (30)	KBT, parterapi eller psykopedagogik t.ex. FTI/RCT	3-18 år	Förekomst av ångest, depression eller missbruk			+
		3-18 år	Internaliserade symtom,			+
		0-18 år	utagerande symtom		?	
Thanhauser m.fl. 2017 (17)	KBT, IPT, psykopedagogik, föräldraskapsstöd, skolbaserade stödgrupp, hembesök, parterapi /RCT	Medelålder, 9,1 år (SD 4,4)	Psykopatologi (generell inklusive internaliserade/ utagerande symptom)			+

KBT-kognitivbeteendeterapi; IPT-Interpersonellterapi; PDT-psykodynamisk terapi; FTI- Family talk intervention; RCT-randomiserade studier-

* inkluderade även studier med gravida kvinnor med risken för depression

a statistiskt signifikant skada/onytta till följd av insatsen

b icke signifikant skada eller nytta

c statistiskt signifikant nytta till följd av insatsen

Effekten av insatser som syftar till att stärka barns välbefinnande

En metaanalys (18) baserad på sex individuella studier fann ingen signifikant effekt på emotionellt välbefinnande hos barn i åldrarna 0–18 år (majoritet under 2 år) för insatser (IPT, mor-spädbarnsterapi och/eller psykopedagogik) riktade till föräldrar med depression. Författarna drog slutsatsen att det saknas evidens för dessa insatsers effekt på emotionellt välbefinnande.

Effekten av insatser som syftar till att förbättra barns utveckling

Fem av de 17 översikterna rapporterade effekter (fyra översikter rapporterade sammantagna effekter vilka presenteras i tabell 5 och bilaga 5) på barns utveckling inom kognitiv, språklig, psykomotorisk samt social förmåga. Översikten om insatser till

gravida kvinnor med depression (19) fann ingen signifikant effekt på barns kognitiva, språk och motoriska utveckling men fann en signifikant effekt på barns känslomässiga förmåga (se bilaga 5). Det vill säga att barn (9–18 månader) i interventionsgruppen i genomsnitt hade bättre förmåga att exempelvis med hjälp av sina föräldrar lugna ner sig jämfört med barnen i kontrollgruppen. Ytterligare en översikt (26) fann en signifikant effekt på barns sociala förmåga efter skol- och hembaserade insatser till barn och föräldrar, där föräldern hade ett missbruk (26). Däremot fann en översikt om hembesök till mödrar med missbruk (under graviditet och/eller efter födseln) ingen signifikant effekt på spädbarns kognitiva utveckling (16). Se tabell 5 och bilaga 5. Dessutom fann en till översikt (18) ingen signifikant effekt för insatser riktade till föräldrar med depression på social förmåga hos barn. Författarna påpekade att det finns otillräcklig evidens/studier för att dra säkra slutsatser eller rekommendera någon insats (16, 18, 19, 26).

Vidare fann Bee med flera (18) utifrån två studier en negativ och signifikant effekt för KBT och problemlösning riktad till barn vars föräldrar drabbats av allvarliga psykiska sjukdomar (bland annat schizofreni). Den kognitiva funktionen hos barnen var försämrade vid uppföljning (se bilaga 5). Författarna hävdade att säkerheten för resultatet är högst begränsad på grund av att det baserar sig på få studier (18).

Tabell 5. Effekten av insatser som syftar till att förbättra barns utveckling

Översikten (referensnummer)	Insatser / studiedesign	Barns ålder, åldersspann	Utfall	Klinisk betydelsefull effekt		
				Skada (-) ^a	Oklara effekter (?)	Nytta (+) ^c
Bee m.fl.2014 (18)	KBT problemlösning/ RCT	5-12 år	Kognitiv funktion	-		
	KBT, psykopedagogik, IPT, Mor-spädbarnsterapi, /RCT + NRCT	0-18 år	Beteende och social förmåga (behaviour and social functioning)		?	
Broning m.fl. 2012 (26)	Stödgrupp, mentorskap, privata lektioner med mera /RCT + NRCT	10.1-11år	Social förmåga			+
		10,1-15,5 år	Strategier att hantera stress			+
Goodman m.fl. 2018 (19)	KBT, IPT, stödsamtal, yoga/massage (till gravida kvinnor)* med mera. /RCT	6-91,2 månader	Kognitiv utveckling/ språk/motorisk		?	
		9-18 månader	Känslomässig förmåga			+
Turnbull & Osborn, 2012 (16)	Hembesök (en rad insatser t.ex. vägledning, föräldraskapsstöd) /RCT	Spädbarn	Kognitiv utveckling		?	
		Spädbarn	Psykomotorisk Index		?	

KBT-kognitivbeteendeterapi; IPT-Interpersonellterapi; RCT- randomiserade studier-; NRCT- icke-randomiserade; SMD- *Standardised mean differences*/ standardiserade medelvärdeskillnader. * inkluderade också studier med gravida kvinnor med risken för depression.

a statistiskt signifikant skada/onytta till följd av insatsen

b icke signifikant skada eller nytta

c statistiskt signifikant nytta till följd av insatsen

Effekten av insatser som syftar till att förbättra föräldra-barn-relationen

Tolv av de 17 översikterna rapporterade effekter på föräldra-barn-relationen (fem översikter rapporterade sammantagna effekter vilka presenteras i tabell 6).

Förälder- och barns relation

En översikt (18) fann utifrån nio individuella studier att föräldrar med depression och barn som fick insatser hade signifikant bättre kvalitet på samspelet jämfört med kontrollgruppen (se tabell 6 och bilaga 5). Dessutom rapporterade författarna resultat från två icke-randomiserade studier där föräldrar hade en allvarlig psykisk problematik. I den ena studien fann man ingen signifikant effekt på föräldra-barn-samspelet (n=83 mödrar med psykos som fick hembesök av sjuksköterskor). I den andra studien (n=32 mödrar med personlighetsstörning) fann man en signifikant effekt på samspelet mellan mödrar och barn för de mödrar som fått interpersonellterapi (se bilaga 6). Författarnas slutsats var att dessa insatser på kort sikt kan förbättra mödrars lyhörddhet för sina barn.

En metaanalys (31) fann utifrån åtta individuella studier att mödrar med depression och deras barn i interventionsgruppen hade bättre samspel jämfört med kontrollgrupperna. En annan metaanalys (20) fann liknande resultat utifrån 13 individuella studier. Författarna lyfte fram att program med spädbarnsmassage och stödgrupper visade betydligt större effekter än andra insatser (se bilaga 5). I motsats fann en metaanalys (19) baserad på tio individuella studier ingen signifikant skillnad på samspelet mellan mödrar med depression och spädbarn i interventionsgrupper och kontrollgrupper.

Vidare fann en metaanalys (17) baserat på 19 individuella studier att samspelet mellan mödrar med depression, missbruk eller ätstörning och deras barn i interventionsgruppen var signifikant bättre jämfört med mödrar och barn i kontrollgruppen vid eftermätning och 12 månaders uppföljning (se bilaga 5).

Andra översikter rapporterade effekter från enskilda studier (se bilaga 6). Exempelvis var föräldraskapsstöd för mödrar med missbruksproblem signifikant för att förbättra mödrars lyhörddhet för sina barn (25). I likhet rapporterade en till översikt (32) fler individuella studier med positiva effekter av IPT och föräldraskapsstöd för föräldrar med depression på förälder-barn-relationen. En till översikt (24) fann både positiva och negativa effekter på kvaliteten i mödra-barn-relationen från 18 individuella studier av blandade insatser (till exempel IPT, KBT, mor-spädbarnsterapi, PDT, spädbarnsmassage stödsamtal, samt videoåterkoppling av mor-barn-samspelet). Enligt författarna ansågs evidensens kvalitet för de enskilda studierna vara så låg att det begränsade möjligheten att dra säkra slutsatser och för att rekommendera någon av insatserna (24).

Oro relaterat till föräldraskap

En översikt baserat på två studier (31) fann ingen signifikant effekt på minskning av oro relaterat till föräldraskap efter en rad insatser (se tabell 6) för mödrar med depression. Däremot redovisade en översikt (25) från tre enskilda studier signifikanta effekter på minskning av oro relaterat till föräldraskap (se bilaga 6).

**Tabell 6. Effekten av insatser som syftar till att förbättra förälder-barn-
relationen/samspelet**

Översikten (referensnummer)	Insatser / studiedesign	Barns ålder, åldersspann	Utfall	Klinisk betydelsefull effekt		
				Skada (-) ^a	Oklara effekter (?) ^b	Nytta (+) ^c
Bee m.fl. 2014 (18)	Mor-spädbarnsterapi, IPT, KBT, PDT), stödsamtal, och/eller psykopedagogik /RCT + NRCT	0-13 år (majoritet ≤2)	Kvalitet i förälder-barn- samspel			+
Cuijpers m.fl. 2015 (31)	KBT, IPT, stödsamtal, PDT/ RCT Mor-spädbarnsterapi, IPT, KBT / RCT	0-10 år (majoritet ≤2) 0-2 år	Mor-barn- relationen Oro relaterat till föräldraskap		?	+
Goodman m.fl. 2018 (19)	KBT, IPT, stödsamtal, yoga/massage (till gravida kvinnor) m.m. /RCT	Medelålder; 0-91,2 månader	Kvalitet i förälder-barn- relation		?	
Kersten-Alvarez m.fl. 2011 (20)	KBT, IPT, stödsamtal, spädbarnsmassage, stödgrupp m.m. / RCT	1,5-10,4 månader vid start (Medelålder - 8,48)	Mödrars lyhördhet för sina barn			+
Thanhauser m.fl. 2017 (17)	KBT, IPT, Mor- barn interaktion träning, par- terapi, föräldraskapsstöd, spädbarnsmassage- kamratstöd m.m. / RCT	0-4 år	Mor-spädbarns- samspel			+

KBT-kognitivbeteendeterapi; IPT-Interpersonellterapi; PDT-psykodynamisk terapi; FTI- Family talk intervention;
RCT- randomiserade studier-

a statistiskt signifikant skada/onytta till följd av insatsen

b icke signifikant skada eller nytta

c statistiskt signifikant nytta till följd av insatsen

Diskussion

Genom stöd till familjer där föräldrar har psykisk ohälsa eller missbruk kan psykisk ohälsa hos barnen förebyggas och samspelet mellan barn och föräldrar bli bättre. Denna kunskapsöversikt fann flertalet systematiska översikter som visade detta.

Jämförelser mellan de systematiska översikterna är svåra att göra utifrån stora skillnader vad gäller insatser och innehåll, målpopulation, utfallsmått och kvalitet för de studier som ingick i översikterna.

Tolkning av evidens

Det fanns viss överensstämmelse mellan tre metaanalyser om att föräldraskapsstöd, kognitivbeteendeterapi (KBT) och/eller psykopedagogik var effektivt för att förebygga förekomsten av depression, ångest och/eller missbruk hos barn. Lawrences metaanalys (28) om prevention av ångest rapporterade den högsta effektstorleken (69 procent minskad risk) medan både Loechners (29) och Siegenthellers (30) översikter visade lägre effekter.

Fem metaanalyser visade signifikanta effekter på minskning av symptom på psykisk ohälsa hos barn, också med varierande effektstorlekar. Variationen i effekter kan förklaras av att översikterna inkluderade olika insatser, utfallsmått, mättider och population. De vanligaste insatserna var KBT, psykopedagogik och stödsamtal, men det går inte att tydligt se vilka insatser som hade störst effekt. Endast Cuijpers (31) och Loechners (29) översikter undersökte detta specifikt, och de fann ingen signifikant skillnad i effekt beroende på typ av insats. Förutom Thanhausers översikt (17), visade övriga översikter att effekten minskade med tiden, vilket kan tala för vikten av att fortsätta erbjuda ytterligare uppföljande insatser.

De flesta inkluderade studier innehöll barn utan tidigare psykiatriska diagnoser. Däremot inkluderade Loechners, Thanhausers och Siegenthellers översikter två studier, Clarke med flera (2001) (33) och Garber med flera (2009) (34), vilka fokuserade på ungdomar med förhöjda depressiva symtom eller tidigare depression. Ingen av översikterna undersökte dock om effekten varierade utifrån barnets grad av psykisk ohälsa. Det är tänkbart att barnets eller förälderns grad av psykisk ohälsa vid interventionsstart kan påverka insatsernas effekt. Till exempel fann Garber med flera (2009) att deras KBT-program endast var effektivt för ungdomar vars föräldrar inte hade pågående depression vid interventionsstart (34). Liknande resultat har även hittats i andra studier (35). Det kan tänkas att föräldrar med pågående depression kan behöva behandling innan eller samtidigt som barnet får en sådan insats. I studier med insatser riktade till föräldrar med depression har man funnit att både föräldrar och barn kan dra nytta av behandling av förälderns depression (36). Till exempel fann Cuijpers med flera (31) att små barn hade färre känslomässiga problem eller beteendeproblem efter behandling av mödrars postpartumdepression.

Flera översikter undersökte effekter på föräldra-barn-relationen. Sammantaget fann dessa översikter visst stöd för insatser som syftade till att förbättra samspelet. Effektstorlekarna varierade dock stort. Thanhauser med flera (17) och Bee med flera (18) visade att studier av låg kvalitet hade större effekter jämfört med studier av hög kvalitet. Endast översikten av Kersten-Avarez med flera (20) jämförde olika typer av insatser och fann att program med spädbarnsmassage och/eller stödgrupp visade bättre effekter än

andra insatser. En analys visade även att insatser riktade till både mödrar och barn fick starkare effekter än insatser som endast riktades till mödrar (20).

Sammanfattningsvis tyder översikterna på att barn till föräldrar med psykisk ohälsa (framför allt mödrar med depression) kan dra nytta av dessa insatser, med störst nytta vid insatser riktade till föräldrar och barn. Barn med förhöjda symtom på psykisk ohälsa kan behöva mer fokuserade insatser, och kanske helst efter att föräldern fått hjälp med sin egen problematik. De flesta översikter innefattade barn till mödrar med depression, vilket begränsar möjlighet att generalisera resultatet till barn till föräldrar med annan psykisk ohälsa som ångest, psykoser, missbruk, eller personlighetsstörning. Det behövs även mer kunskap från fler högkvalitativa studier för att undersöka vilken typ av insats och vilka komponenter som passar för vem (till exempel barn utan förhöjda symptom jämfört med barn som har förhöjda symptom, eller föräldrar med pågående psykisk problematik jämfört med föräldrar med tidigare problematik).

Begränsningar

En begränsning med denna övergripande kunskapsöversikt är att systematiska översikter framför allt bygger på enbart publicerade studier. Detta innebär att opublicerade studier på området kan missas. En annan begränsning är att nästan alla insatser som identifierades i denna översikt endast har utvärderats i andra länder än Sverige vilket innebär att resultaten inte direkt kan översättas till en svensk kontext. En annan möjlig begränsning är att urvalet av översikter endast gjordes av en granskare, dock gjordes detta med hjälp av ett protokoll som utvecklats av hela projektgruppen.

Slutsats

Sammantaget finns visst stöd för att insatser för barn och föräldrar med psykisk ohälsa eller missbruk kan förebygga psykisk ohälsa hos barn samt förbättra föräldra-barnrelationen. Fortsatt forskning bör undersöka vilka insatser som fungerar bäst för vem och kan med fördel även undersöka effekten av insatser utifrån ett bredare perspektiv, och innefatta utfallsmått som till exempel barns välbefinnande och skolresultat.

Referenser

1. Pierce M, Abel KM, Muwonge J, Wicks S, Nevriana A, Hope H, et al. Prevalence of parental mental illness and association with socioeconomic adversity among children in Sweden between 2006 and 2016: a population-based cohort study. *The Lancet Public Health*. 2020;5(11):e583-e91.
2. Abel KM, Hope H, Swift E ea. Prevalence of maternal mental illness among children and adolescents in the UK between 2005 and 2017: a national retrospective cohort analysis. *Lancet Public Health* 2019;4(6):e291-e300. 2019.
3. Bassani DG, Padoin CV, Philipp D, S. V. Estimating the number of children exposed to parental psychiatric disorders through a national health survey. . *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2009;3(1):6. 2009.
4. Maybery DJ, Reupert AE, Patrick K, Goodyear M, L. C. Prevalence of parental mental illness in Australian families. . *Psychiatr Bull* 2018;33(1):22-6. 2018.
5. Montgomery P, Brown S, Forchuk C. A Comparison of Individual and Social Vulnerabilities, Health, and Quality of Life Among Canadian Women With Mental Diagnoses and Young Children. *Women's Health Issues*. 2011;21(1):48-56.
6. Diaz R, Gual A, Garcia M, Arnau J, Pascual F, Canuelo B, et al. Children of alcoholics in Spain: from risk to pathology. Results from the ALFIL program. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2008;43(1):1-10.
7. Lawrence PJ, Murayama K, Creswell C. Systematic Review and Meta-Analysis: Anxiety and Depressive Disorders in Offspring of Parents With Anxiety Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2019;58(1):46-60.
8. Weissman MM, Wickramaratne P, Gamberoff MJ, Warner V, Pilowsky D, Kohad RG, et al. Offspring of Depressed Parents: 30 Years Later. *The American journal of psychiatry*. 2016;173(10):1024-32.
9. Sveriges-Riksdag. Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 2017 [cited 2020 2020-01-16]. Available from: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30 Accessed on 16 Januari 2020.
10. Priebe G, Afzelius M. Barns behov av information, råd och stöd när en förälder är psykiskt sjuk - på väg mot ett familjefokuserat arbetssätt i vuxenpsykiatri?. I: *Socialmedicinsk tidskrift*. 2017 ; Vol. 94, Nr. 4. s. 496-504. 2017.
11. Psykiatri-Sydväst. Barnombud (<https://www.psykiatrisydvast.se/om-oss/barnombud/>) 2019 [updated not stated. Available from: <https://www.psykiatrisydvast.se/om-oss/barnombud/>.
12. Folkhälsomyndigheten. Barn i familjer med missbruk, psykisk ohälsa eller våld Resultat och erfarenheter från ett utvecklingsarbete. 2016. Report No.: ISBN 978-91-7603-674-7 (pdf) Artikelnummer: 16042.
13. Smith V, Devane D, Begley CM, Clarke M. Methodology in conducting a systematic review of systematic reviews of healthcare interventions. *BMC medical research methodology*. 2011;11(1):15.

14. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*. 2017;358:j4008.
15. Popay J, Roberts H, Sowden A, Petticrew M, Arai L, Rodgers M, et al. Guidance on the Conduct of Narrative Synthesis in Systematic Reviews. A Product from the ESRC Methods Programme Version. . Bailrigg: Lancaster University. 2006;Vol. 1: p. 1–92. .
16. Turnbull C, Osborn DA. Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2012;1:CD004456.
17. Thanhauser M, Lemmer G, de Girolamo G, Christiansen H. Do preventive interventions for children of mentally ill parents work? Results of a systematic review and meta-analysis. *Current opinion in psychiatry*. 2017;30(4):283-99.
18. Bee P, Bower P, Byford S, Churchill R, Calam R, Stallard P, et al. The clinical effectiveness, cost-effectiveness and acceptability of community-based interventions aimed at improving or maintaining quality of life in children of parents with serious mental illness: a systematic review. *Health Technol Assess*. 2014;18(8):1-250.
19. Goodman SH, Cullum KA, Dimidjian S, River LM, Kim CY. Opening windows of opportunities: Evidence for interventions to prevent or treat depression in pregnant women being associated with changes in offspring's developmental trajectories of psychopathology risk. *Development and psychopathology*. 2018;30(3):1179-96.
20. Kersten-Alvarez LE, Hosman CMH, Riksen-Walraven JM, Van Doesum KTM, Hoefnagels C. Which preventive interventions effectively enhance depressed mothers' sensitivity? A meta-analysis. *Infant Mental Health Journal*. 2011;32(3):362-76.
21. Niccols A, Milligan K, Smith A, Sword W, Thabane L, Henderson J. Integrated programs for mothers with substance abuse issues and their children: a systematic review of studies reporting on child outcomes. *Child abuse & neglect*. 2012;36(4):308-22.
22. Poobalan AS, Aucott LS, Ross L, Smith WC, Helms PJ, Williams JH. Effects of treating postnatal depression on mother-infant interaction and child development: systematic review. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2007;191:378-86.
23. Schrank B, Moran K, Borghi C, Priebe S. How to support patients with severe mental illness in their parenting role with children aged over 1 year? A systematic review of interventions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015;50(12):1765-83.
24. Tsivos ZL, Calam R, Sanders MR, Wittkowski A. Interventions for postnatal depression assessing the mother-infant relationship and child developmental outcomes: a systematic review. *International journal of women's health*. 2015;7:429-47.
25. Moreland AD, McRae-Clark A. Parenting outcomes of parenting interventions in integrated substance-use treatment programs: A systematic review. *Journal of substance abuse treatment*. 2018;89:52-9.
26. Broning S, Kumpfer K, Kruse K, Sack PM, Schaunig-Busch I, Ruths S, et al. Selective prevention programs for children from substance-affected families: a comprehensive systematic review. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*. 2012;7:23.

27. Van Doesum KTM, Riksen-Walraven JM, Hosman CMH, Hoefnagels C. A Randomized Controlled Trial of a Home-Visiting Intervention Aimed at Preventing Relationship Problems in Depressed Mothers and Their Infants. *Child Development*. 2008;79(3):547-61.
28. Lawrence PJ, Rooke SM, Creswell C. Review: Prevention of anxiety among at-risk children and adolescents—A systematic review and meta-analysis. *Child and Adolescent Mental Health*. 2017;22(3):118-30.
29. Loechner J, Starman K, Galuschka K, Tamm J, Schulte-Korne G, Rubel J, et al. Preventing depression in the offspring of parents with depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical psychology review*. 2018;60:1-14.
30. Siegenthaler E, Munder T, Egger M. Effect of preventive interventions in mentally ill parents on the mental health of the offspring: systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2012;51(1):8-17 e8.
31. Cuijpers P, Weitz E, Karyotaki E, Garber J, Andersson G. The effects of psychological treatment of maternal depression on children and parental functioning: a meta-analysis. *European child & adolescent psychiatry*. 2015;24(2):237-45.
32. Letourneau NL, Dennis CL, Cosic N, Linder J. The effect of perinatal depression treatment for mothers on parenting and child development: A systematic review. *Depression and anxiety*. 2017;34(10):928-66.
33. Clarke GN, Hornbrook M, Lynch F, Polen M, Gale J, Beardslee W, et al. A Randomized Trial of a Group Cognitive Intervention for Preventing Depression in Adolescent Offspring of Depressed Parents. *Archives of General Psychiatry*. 2001;58(12):1127-34.
34. Garber J, Clarke GN, Weersing VR, Beardslee WR, Brent DA, Gladstone TRG, et al. Prevention of depression in at-risk adolescents: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2009;301(21):2215-24.
35. Brent DA, Kolko DJ, Birmaher B, Baugher M, Bridge J, Roth C, et al. Predictors of Treatment Efficacy in a Clinical Trial of Three Psychosocial Treatments for Adolescent Depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1998;37(9):906-14.
36. Gunlicks ML, Weissman MM. Change in Child Psychopathology With Improvement in Parental Depression: A Systematic Review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2008;47(4):379-89.

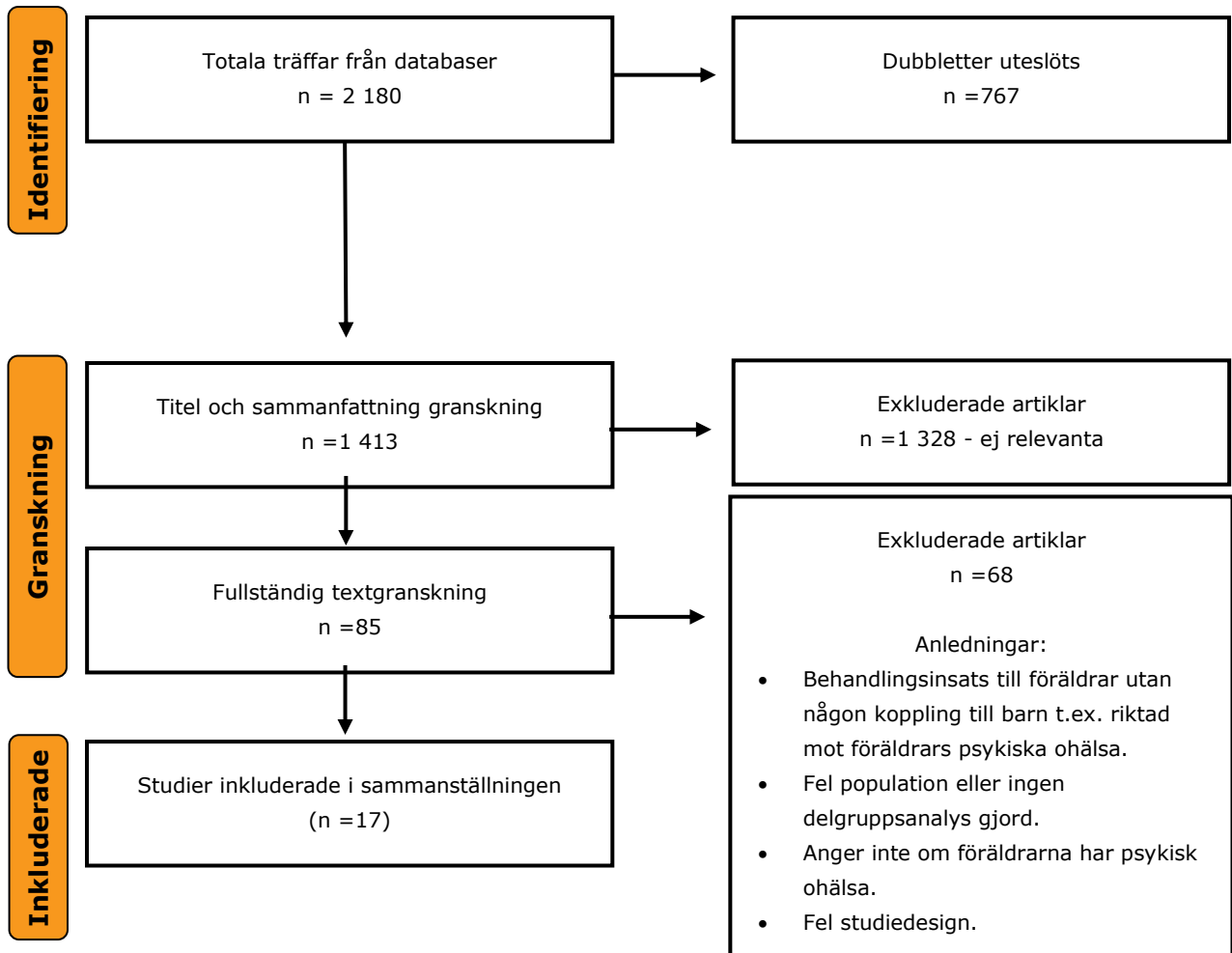
Bilagor

Bilaga 1. Sökstrategi

PubMed sökning 2019-04-09

Nr	Söksträng	Träffar
1	toddler* OR adolescenc* OR teen* OR youth* OR teenager* OR paediatric* OR pediatric* OR pediatrics OR adolescent* OR infant* OR child* OR child OR preschool OR infant OR adolescent OR offspring	4 273 990
2	parents OR parent OR mothers OR mother OR fathers OR father OR caregiver*	544 600
3	"Psychotic Disorders"[Mesh] OR "Depressive Disorder"[Mesh] OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[Mesh] OR "Mental Disorders"[Mesh] OR substance-related disorders[MeSH Terms] OR depression OR mood disorders OR bipolar disorders OR anxiety disorders OR personality disorders OR schizophrenia OR alcoholism OR affective psychos* OR ADHD OR "substance abuse" OR "substance misuse" OR alcohol dependen* OR "mental illness" OR psychosis OR psychoses	1 503 947
4	support OR program* OR intervention* OR service* OR psychotherapy	11 301 160
5	systematic review* OR meta analysis	249 949
	#1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5	996
	Filter: Publ datum 1990-, språk eng, sve	973

Bilaga 2. Flödesschema över litteratursökning och granskning



Bilaga 3. Kvalitetsbedömningen enligt AMSTAR 2

Nr Översikt	Titel	Bedömning
1 Bee m.fl. 2014	The clinical effectiveness, cost-effectiveness and acceptability of community-based interventions aimed at improving or maintaining quality of life in children of parents with serious mental illness: a systematic review	Måttlig kvalitet
2 Broning m.fl. 2012	Selective prevention programs for children from substance-affected families: a comprehensive systematic review	Kritiskt låg
3 Cuijpers m.fl. 2015	The effects of psychological treatment of maternal depression on children and parental functioning: a meta-analysis	Kritiskt låg
4 Goodman m.fl. 2018	Opening windows of opportunities: Evidence for interventions to prevent or treat depression in pregnant women being associated with changes in offspring's developmental trajectories of psychopathology risk	Låg kvalitet
5 Kersten-Alvarez m.fl. 2011	Which preventive interventions effectively enhance depressed mothers' sensitivity? A meta-analysis	Kritiskt låg
6 Lawrence m.fl. 2017	Review: Prevention of anxiety among at-risk children and adolescents—A systematic review and meta-analysis	Låg kvalitet
7 Letourneau m.fl. 2017	The effect of perinatal depression treatment for mothers on parenting and child development: A systematic review	Kritiskt låg
8 Loechner m.fl. 2018	Preventing depression in the offspring of parents with depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials	Kritiskt låg
9 Marie-M och Kostolansky 2019	A Systematic Review of Trials to Improve Child Outcomes Associated With Adverse Childhood Experiences	Kritiskt låg
10 Moreland och McRae-Clark 2018	Parenting outcomes of parenting interventions in integrated substance-use treatment programs: A systematic review	Kritiskt låg
11 Niccols m.fl. 2012	Integrated programs for mothers with substance abuse issues and their children: a systematic review of studies reporting on child outcomes	Kritiskt låg
12 Poobalan m.fl. 2007	Effects of treating postnatal depression on mother-infant interaction and child development: systematic review	Kritiskt låg
13 Schrank m.fl. 2015	How to support patients with severe mental illness in their parenting role with children aged over 1 year? A systematic review of interventions	Låg kvalitet
14 Siegenthaler m.fl. 2012	Effect of preventive interventions in mentally ill parents on the mental health of the offspring: systematic review and meta-analysis	Kritiskt låg
15 Thanhauser m.fl. 2017	Do preventive interventions for children of mentally ill parents work? Results of a systematic review and meta-analysis	Kritiskt låg
16 Tsivos m.fl. 2015	Interventions for postnatal depression assessing the mother-infant relationship and child developmental outcomes: a systematic review	Kritiskt låg
17 Turnbull och Osborn 2012	Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem	Måttlig kvalitet

Bilaga 4. Detaljerad beskrivning av översikter

Översikt	Typ av psykisk ohälsa hos föräldrar	Studiedesign	Insats/program	Land	Program längd/ antal sessioner	Sessionens längd/ frekvens	Rekryterings-/insats-arenor	Personal
Bee m.fl. 2014	1).Allvarliga psykiska sjukdomar, 2) Egentlig depression (MDD)	Randomiserade (RCT) och icke randomiserade studier/ observationsstudier (NRCT)	KBT, IPT, stödsamtal, psykopedagogik, PDT, psykosocialt stöd (t.ex. kamratstöd), andra (bl.a. sociala aktiviteter, rehabilitering och remiss till relevanta organisationer).	USA, Australien, UK, Kanada, Frankrike, Pakistan, Chile, Sverige	≤8 veckor - ≤1 år	1 timme - 1 dag (6 timmar)/ <i>Varannan vecka till ≥ 2 gånger/vecka</i>	Sjukhus, vårdcentraler, reklam, register, skolor/ <i>Hemma, kommun, klinik</i>	Psykologer, psykiater, studenter, social arbetare, m.m.
Broning m.fl. 2012	Missbruk (alkohol och droger)	RCT, NRCT	Skolbaserade, samhällsbaserade och familjebaserade insatser bl.a. stödgrupp, föräldraskapsstöd, psykopedagogik, KBT, mentorskap, privata lektioner/hjälp med hemläxa t.ex. <i>Safe Haven Program</i> .	USA, Spanien, Kanada	8 veckor - 2 år (majoritet: 8-14 veckor)/ ≥8 sessioner	30 minuter - 3 timmar/ <i>Varannan vecka - varje vecka</i>	Remiss, från rehabilitering centrum, klinik-mottagningar, skolor/ <i>skolor, ungdomsgård, klink</i>	Ej rapporterad
Cuijpers m.fl. 2015	Depression	RCT	IPT, KBT (inkl. internet-baserat), PDT samt stödsamtal.	USA, UK, Australien, Taiwan	Ej rapporterad/ 8-16 sessioner	Ej rapporterad	Remiss, inbjudningsbrev, referrals, undersökning./ <i>oklart</i>	Ej rapporterad
Goodman m.fl. 2018	Depression	RCT, Open trial	KBT, IPT, stödsamtal, massage (till gravida kvinnor), föräldraskapsstöd, yoga, vitamin	USA, UK, Australien, Indien, Pakistan, Iran, Kina, Schweiz	Ej rapporterad/ 14-16 sessioner	Ej rapporterad	Ej rapporterad/ <i>oklart</i>	Utbildad psykvårdspersonal, praktikanter, socialarbetare
Kersten-Alvarez m.fl. 2011	Depression	RCT	Mor-spädbarnsterapi, IPT, PDT, KBT, föräldraskapsstöd (t.ex. Incredible Years program), spädbarnsmassage, stödgrupp, stödsamtal (<i>non-directive counselling</i>).	Ej rapporterad	5 veckor - 16,7 / 3-29 sessioner	Ej rapporterad	Ej rapporterad/ <i>hemma, skola, sjukhus</i>	Ej rapporterad

Lawrence m.fl. 2017	Ångest	RCT	Coping and Promoting Strength program (CAPS; en KBT-modell)	USA	Ej rapporterad/6-8, plus 3 till sessioner	60 minuter	Ej rapporterad/ oklart	Ej rapporterad
Letourneau m.fl. 2017	Depression	RCT, NRCT	IPT, KBT, kamratstöd, mödrar-barn interaktions träning, spädbarnsmassage, psykopedagogik, antidepressiva läkemedel i kombination med stödsamtal (<i>non-directive counselling</i>).	Australien, USA, Kanada, UK, Nederländerna	8-12 veckor/8-12 sessioner	60-90 minuter	Undersökning via post, sjuksköterskor, vaccinnottningar, sjukhus/ hemma, kommun, telefon, videofeedback	Utbildade lekmän, kamrater, psykologer, socialarbetare, barnmorskor eller praktikanter
Loechner m.fl. 2017	Depression	RCT	Psykopedagogik, PDT, KBT t.ex. FTI/Beardslees familjeintervention, CWD	USA, Finland, Kanada	2 månader - 6 månader/ 6-15, plus booster i vissa	Ej rapporterad/ Varje vecka	Ej rapporterad/ oklart	Kliniker
Marie-M och Kostolansky 2019	Psykisk sjukdom och missbruk (inkl. våld i nära relation; ACEs)	RCT	Föräldraskapsstöd, vägledning till relevanta organisationer t.ex. socialtjänster, socialt stöd (t.ex. hembesök av vårdpersonal), stödsamtal, psykoterapi, psykopedagogik	UK, Kanada, USA, Nya Zeeland, Australien	Oklart	Ej rapporterad/ Varannan vecka - varje vecka	Barnklinik, sjukhus, födelsejournaler, o.s.v./ hemma, telefon, kommun	Sjuksköterskor, socialarbetare, förebyggande specialist, och andra vårdpersonal.
Moreland och McRae-Clark 2018	Missbruk	RCT, NRCT	Integrerade behandlingsprogram t.ex. föräldraskapsstöd, parterapi, psykopedagogik/träning, vägledning till relevanta organisationer m.m.	USA, Australien, Kanada	10 veckor - ett år/ 10-24 sessioner	1 timme - 2,5 timmar/ Varje vecka	Ej rapporterad/ öppenvård, hemma, slutenvård (sjukhus)	Kliniker, socialarbetare, föräldraskap tränare, m.m.
Niccols m.fl. 2012	Missbruk	RCT, NRCT	Integrerade behandlingsprogram t.ex. föräldraskapsstöd, stödsamtal, träning, vägledning till relevanta organisationer m.m. (med fokus på barns välbefinnande)	USA, Kanada	Oklart	Oklart	Oklart/öppen- och slutenvård (sjukhus)	Oklart
Poobalan m.fl. 2007	Depression	RCT	IPT, KBT, PDT, förälder- och barnterapi, spädbarnsmassage, stödgrupp, stödsamtal, hembesök, föräldraskapsstöd	USA, UK, Australien	5 veckor - 57 veckor	15 minuter - 1,5 timmar/Varje vecka	Ej rapporterad/ hemma	Vårdpersonal, psykologer, socialarbetare, sjuksköterskor, psykoterapeuter

Schrank m.fl. 2015	Allvarliga psykiska sjukdomar	RCT, NRCT	KBT, stödsamtal, psykopedagogik, stödgrupp, föräldraskapsstöd (t.ex <i>Triple P Positive Parenting</i>)	USA, Australien, Nederländerna, Tyskland, UK	2 veckor - 8 år	Ej rapporterad för de flesta/ Varje vecka	Ej rapporterad/ hemma, kommun, slutenvård (sjukhus), internet	Kamrat, vårdpersonal, familjetränare, m.m.
Siegenthaler m.fl. 2012	Pyskisk sjukdom och missbruk	RCT	Psykopedagogik, parterapi, KBT (t.ex FTI/ Beardslees program)	USA, Kanada, UK, Finland	4 veckor - 1 year/1-32 sessioner	Ej rapporterad	Klinik, öppen & slutenvård (sjukhus), från kommun/ oklart	Psykologer, studenter, socialarbetare, sjuksköterskor, m.m.
Thanhauser m.fl. 2017	Pyskisk sjukdom och missbruk	RCT	Föräldraskapsstöd, IPT, skolbaserad stödgrupp, hembesök, gruppbaserad KBT, spädbarnsmassage, parterapi	USA, Nederländerna, Kanada, UK, Tyskland, Sydkorea, Finland	Ej rapporterad/2 -72 sessioner	15-300 minuter	Ej rapporterad/ klinik, hemma, skola, universitet, kommun	Kliniker, sjuksköterskor, psykologer, socialarbetare
Tsivos m.fl. 2015	Depression	RCT, NRCT	IPT, mor-och barnterapi, KBT, PDT, stödgrupp, psykopedagogik, stödsamtal, spädbarnsmassage, videofeedback till mor-barn-interaktion	USA, UK, Nederländerna, Australien, Kanada.	Till och med 4 månader/ 3-12 sessioner	15 minuter - 2 timmar/ Varje vecka	ej rapporterad/ hemma	Ej rapporterad
Turnbull & Osborn 2012	Missbruk	RCT, NRCT	Hembesök under graviditet och/eller efter födseln (majoritet); föräldraskapsstöd, emotionellt stöd, stödsamtal, utvärdering av barns utveckling, vägledning och remiss till vård.	Australien, USA	Till och med 3 år	20 minuter - 4 timmar/Varannan vecka till varje vecka	Sjukhus, mödravårdscentral, remiss m.m./ hemma	Lekmän, barnsjuksköterskor, barnmorskor, rådgivare, m.m.

ACEs- Adverse Childhood Experiences; CAPS-Coping and Promoting Strength program; CWD-Coping with depression; FTI- Family Talk Intervention/ Family Based Intervention; IPT- Interpersonell psykoterapi; KBT- Kognitiv Beteende Terapi; RCT-Randomiserade kontrollerade studier; NRCT- icke randomiserade och kontrollerade studier;

-Vissa utvärderingsstudier var rapporterade i flera översikter.

Bilaga 5. Effektstorlekar (sammantagna studieeffekter)

Översikt (referensnummer)	Insats/studiedesign	Målgrupp	Utfall	Barns ålder, åldersspann	Antal deltagare (N)	Effektstorlek (sammantagna effekter) (95 % KI); I^2 ; antal studieeffekter (k)
<i>Effekten av insatser för att förebygga eller minska symtom på psykisk ohälsa hos barn</i>						
Cuijpers m.fl. 2015 (31)	KBT, IPT, stödsamtal, PDT/RCT	Mödrar med depression (postpartumdepression)	Barns psykiska ohälsa (emotionellt och beteende problem, regleringssvårigheter m.m.)	0-2 år	312	Standardiserade medelvärdeskillnad, SMD= -0,39 (-0,17 till -0,60); $I^2 = 5\%$; 95 % CI 0-80; NNT=4,59; k= 5
Goodman m.fl. 2018 (19)	Föräldraskapsstöd, KBT, IPT, stödsamtal, yoga/massage (till gravida kvinnor) */RCT	Gravida kvinnor med depression	Beteende och/eller emotionella problem	0-91,2 månader	>705	SMD=-0,11 (-0,23 till 0,003); k= 2
			Regleringssvårigheter	1,5-18 månader	>1 000	SMD= -0,19 (-0,31 till -0,07); k=9; $I^2= 0,0\%$
Lawrence m.fl. 2017/ <i>Delgrupps-analys</i> (28)	Coping and Promoting Strength, CAPS program (KBT)/RCT	Familj/föräldrar och barn (föräldrar med ångest)	Förekomst av ångest	6-13 år	176	Relativa Risken, RR= 0,31 (0,17 till 0,45), $I^2 = 0,00$; k=2; <i>vid uppföljning efter 12 månader</i>
Loechner m.fl. 2017 (29)	Psykopedagogik och/eller KBT metod/RCT	Föräldrar och/eller barn (föräldrar med depression)	Depressiva/internaliserade symtom	6-18 år	1 752	SMD=-0,20 (-0,34 till -0,06); $I^2 = 0,00 \%$; k=6; <i>Vid eftermätning (0-4 månader)</i>
					1 720	SMD=-0,11 (-0,25 till 0,03); k=5; $I^2 = 0,00 \%$; <i>vid uppföljning efter 5-12 månader.</i>
					1 983	SMD=-0,05 (-0,18 till 0,08); k= 5; $I^2 = 0,00 \%$; <i>vid uppföljning efter 15-72 månader.</i>
			Förekomst av depression	8-18 år	1 755	RR= 0,56 (0,41 till 0,77); NNT=4,28; cohen's d= -0,42; k= 4: $I^2 = 0,08\%$; <i>vid uppföljning efter 6-15 månader.</i>
Siegenthaler m.fl. 2012 (30)			Förekomst av ångest, depression eller missbruk	3-18 år	919	RR= 0,60 (0,45 till 0,79); $I^2=0\%$, p 0,43; NNT=17 (95% KI 12 to 33); k=6;

	KBT, parterapi eller psykopedagogik t.ex. FTI/RCT	Föräldrar och/eller barn (föräldrar med psykiska sjukdomar)	Internaliserade symtom	3-18 år	750	vid eftermätning SMD= -0,22 (-0,37 till -0,08); I ² =0%, p 0,50; k=7;
			Utagerande symtom	0-18 år	543	vid eftermätning SMD=-0,16 (-0,36 till 0,04); I ² = 51,2%, p =0,04, k=8;
Thanhauser m.fl. 2017 (17)	KBT, IPT, psykopedagogik, föräldraskapsstöd, skolbaserade stödgrupp, hembesök, parterapi /RCT	Föräldrar och/eller barn (depression, missbruk, ångest, andra psykiska sjukdomar)	Psykopatologi (generell inklusive internaliserade/utagerande symtom)	Medelålder, 9,1 år (SD 4,4)	<3 020	vid eftermätning SMD= -0,13 (-0,22 till -0,04); I ² =22,83% (0-44,36%), k= 25;
			Delgruppsanalys: internaliserade symtom			vid eftermätning SMD= -0,23 (-0,33 till -0,12), I ² = 38,09% (0-75,62%), k= 21;
			Delgruppsanalys: utagerande symtom			vid uppföljning efter 6 månader SMD= -0,28 (-0,38 till -0,17), I ² = 20,29% (0-85,77%), k=15; vid uppföljning efter 12 månader. SMD= -0,17 (-0,30 till -0,03); I ² =35,79% (0 till 60,18%), k=17 studies; Vid eftermätning SMD= -0,28 (-0,48 till -0,07); I ² = 70,29% (31,88-91,19%), k=11; vid uppföljning efter 6 månader SMD = -0,45 (-0,67 till -0,25), I ² =55,81% (0-91,21%), k=9;
						vid uppföljning efter 12 månader SMD = -0,10 (-0,23 till 0,03); I ² = 23,43% (0-82,50), k= 10;
						vid eftermätning SMD = -0,17 (-0,26 till -0,08); I ² = 0% (0-34,67), k=10;

vid uppföljning efter 6 månader.
SMD= -0,17 (-0,26 till -0,08); I²=0% (0 till 66,59); k=9;
vid uppföljning efter 12 månader

Effekten av insatser som syftar till att förbättra barns utveckling

Bee m.fl.2014 (18)	KBT problemlösning/RCT	Barn (föräldrar med allvarlig psykisk ohälsa/psykoser)	Kognitiv funktion	5-12 år	39	SMD= -0,69 (-1,34 till -0,03) k= 2; vid uppföljning efter 3 månader.
	KBT, psychoeducation, IPT, Mor-spädbarnsterapi, /RCT + NRCT	Föräldrar-och/eller barn (föräldrar med egentlig depression)	Beteende och social förmåga (<i>behaviour and social functioning</i>)	0-18 år	397	SMD= 0,23 (0,00 till 0,46); I ² = 0,0%, p=0,609 k= 10; vid uppföljning efter ≤ 6 månader
Broning m.fl. 2012 (26)	Stödgrupp, mentorskap, privata lektioner m.m. /RCT + NRCT	Föräldrar och/eller barn (föräldrar med missbruk)	Social förmåga	10.1-11år	589	Pearson r korrelation (r) = varierade från 0,11 till 0,44; sammantagen (k= 3), r(+) = 0,17
			Strategier att hantera stress	10,1-15,5 år	380	Pearson r korrelation (r)= varierade från 0,24 till 0,54; sammantagen (k=2), r(+) = 0,34
Goodman m.fl. 2018 (19)	KBT, IPT, stödsamtal, yoga/massage (till gravida kvinnor)* m.m./RCT	Gravida kvinnor med depression	Kognitiv utveckling/språk/motorisk Känslomässig förmåga	Medelålder, 6-91,2 månader Medelålder, 9-18 månader	3 523 2 453	SMD= 0,02 (-0,07 till 0,12); k= 7; I ² = 0,0% SMD=0,39 (0,03 till 0,75); k= 2
Turnbull & Osborn, 2012 (16)	Hembesök (en rad insatser t.ex. vägledning, föräldraskapsstöd)/RCT	Gravida eller nyblivna mödrar med missbruk	Kognitiv utveckling Psykomotorisk index	Spädbarn Spädbarn	199 199	SMD=2,89 (-1,17 till 6,95); I ² =0,0%; k= 3 SMD=3,14 (-0,03 till 6,32); I ² =42%; k=3
<i>Effekten av insatser som syftar till att förbättra förälder-barn-relationen/samspelet.</i>						
Bee m.fl. 2014 (18)	Mor-spädbarnsterapi, IPT, KBT, PDT), stödsamtal, och/eller psykopedagogik /RCT + NRCT	Föräldrar eller/och barn (föräldrar med egentlig depression)	Kvalitet i förälder-barn-samspel	0-13 år (majoritet ≤2)	378	SMD= 0,67 (0,32 till 1,02), I ² = 50,8%, p = 0,039; k= 9; Vid uppföljning efter 6 månader
Cuijpers m.fl. 2015 (31)	KBT, IPT, stödsamtal, PDT/RCT	Mödrar med depression	Mor-barn-relationen	0-10 år (majoritet ≤2)	213	SMD = 0,35 (0,17 till 0,52); I ² = 0 (95 % KI 0-68); NNT = 5,10; k= 8

	Mor-spädbarnsterapi, IPT, KBT/RCT	Mödrar med depression (postpartum)	Oro relaterat till föräldraskap	0-2 år	oklart	SMD= 0,40 (-0,23 till 1,04); k= 2; vid uppföljning mellan 0-9 månader.
Goodman m.fl. 2018 (19)	KBT, IPT, stödsamtal, yoga/massage (till gravida kvinnor) m.m./RCT	Gravida kvinnor med depression	Kvalitet i förälder-barn-relation	0-91,2 månader	>509	SMD= 0,09 (-0,07 till 0,25); k= 10; I ² = 48%
Kersten-Alvarez m.fl. 2011 (20)	KBT, IPT, stödsamtal, spädbarnsmassage, stödgrupp m.m./RCT	Mödrar eller/och spädbarn (depression)	Mödrars lyhördhet för sina barn	1,5-10,4 månader vid start (Medelålder-8,48)	918	SMD = 0,32, (0,15 till 0,61); k=13; vid eftermätning (0-1 månad) Insatser med massagekomponent (SMD = 0,85, 0,28 till 1,41) och stödgruppkomponent (SMD = 0,79, 0,31 till 1,26)
Thanhauser m.fl. 2017 (17)	KBT, IPT, mor-barn interaktion träning, par-terapi, föräldraskapsstöd, spädbarnsmassage-kamratstöd m.m./RCT	Mödrar eller/och barn (depression, missbruk, ätstörning)	Mor-spädbarns-samspel	0-4 år	1 445	SMD=0,26, (0,09 till 0,44); I ² =58,07 % (95 % CI 25,65-84,37); k=19; vid eftermätning SMD= 0,22 (0,03 till 0,40); I ² =31,41% (0-88,81%), k= 7 studies; vid uppföljning efter 12 månader

KBT-kognitivbeteendeterapi; IPT-Interpersonellterapi; PDT-psykodynamisk terapi; FTI- *Family talk intervention*; RCT- randomiserade studier-; NRCT- icke-randomiserade;NNT- *Number Needed to Treat*; SMD- *Standardised mean differences*/ standardiserade medelvärdeskillnader; RR- Relative Risk. * inkluderade också studier med gravida kvinnor med risken för depression.

Tolkning av effektmått

I denna rapport återges effektmått som de redovisats i de inkluderade översikterna;

1) Relativ risk (RR) är ett relativt effektmått som används för ett binärt utfall till exempel förekomsten av ångestillstånd (ja eller nej). En RR under ett (<1) innebär att risken för ångestillstånd är lägre hos barn i interventionsgruppen än barn i kontrollgruppen. En RR som är lika med ett (=1) innebär att det inte finns någon skillnad mellan grupperna. En RR över ett (>1) innebär att risken för ångestillstånd är högre hos barn i interventionsgruppen än barn i kontrollgruppen.

2) Standardiserade medelvärdeskillnader (SMD) används för att beskriva effekter för kontinuerliga utfall, till exempel symtom på psykisk ohälsa enligt ett formulär. Negativa värden på SMD (<0) innebär att barn i interventionsgruppen i genomsnitt har färre symtom än barn i kontrollgruppen. En SMD lika med noll (=0) innebär att det inte finns någon genomsnittlig skillnad i symtom mellan grupperna. Positiva värden på SMD (>0) innebär att barn i interventionsgruppen i genomsnitt har fler symtom än barn i kontrollgruppen.

Bilaga 6. Effektstorlekar (översikter som rapporterade enskilda studieeffekter)

Översikt (referensnummer)	Målgrupp (psykiska problematik hos föräldrar)	Utfall	Barns ålder, åldersspann	Antal deltagare (N)	Effektstorlek (enskilda effekter) (95 % KI); antal studier (k)
<i>Effekten på psykisk ohälsa hos barn</i>					
Broning m.fl. 2012 (26)	Föräldrar med missbruk (alkohol och droger)	Utagerande och internaliserade symtom, användning av substanser	0-17 år	12-280	Pearson r varierade från 0,29 till 0,39; k=3
Marie-Mitchell och Kostolansky 2019 (32)	Psykiska sjukdomar (inklusive missbruk)	Utagerande och internaliserade symtom, annan psykisk problematik.	1-5 år	27-1173	Redovisade en rad positiva effekter dock utan p-värde eller KI. Det var därför omöjligt att säkerställa om effekterna var signifikanta. k = 7
Niccols m.fl. 2012 (21)	Föräldrar med missbruk (alkohol och droger)	Utagerande och internaliserade symptom	Spädbarn	11-201	Rapporterade bättre resultat för barn vars föräldrar hade fått insatserna (i jämförelse med kontrollgruppen eller vid interventionsstart). k = 7
Schrank m.fl. 2015 (23)	Föräldrar med allvarliga psykiska sjukdomar	Förekomst av psykisk problematik, utagerande symptom m.m.	0-18 år	29-130	Rapporterade både icke-signifikanta och signifikanta effekter, k=5
Turnbull och Osborn 2012 (16)	Nyblivna föräldrar med missbruk	Utagerande symptom (beteendeproblematik)	Spädbarn	100	RR = 0,46 (95% KI 0,21 till 1,01) Medelvärdeskillnad = -3,10 (-7,26 till 1,06) k= 1 (Studien är från 1998)
<i>Effekten på förälder-barn relationen</i>					
Bee m.fl. 2014 (18)	Allvarlig psykisk problematik: psykos och personlighetsstörning	Kvalitet i förälder-barn-relation	Studie 1 = <5 år Studie 2 = 0-18 år	N1=83 N2=32	Studie 1: icke significant effect (rapporterade inte effektstorleken) Studie 2: SMD= 0,73 (95% KI 0,03-1,42)
Turnbull och Osborn 2012 (16)	Föräldrar med missbruk	Oro relaterat till föräldraskap	Spädbarn	43	Standardiserade medelvärdeskillnad, SMD = -0,50 (95% KI -0,78 till -0,22) k=1 (studien från 1994)

Marie-Mitchell och Kostolansky 2019 (32)	Psykisk sjukdom och missbruk	Mödrars lyhördhet, samspel	1-5 år	27-1173	Rapporterade effekten utan p-värde eller konfidensintervall. k= 14 studier
Moreland och McRae-Clark 2018 (25)	Föräldrar med missbruk	Oro relaterat till föräldraskap, samspel	Små barn	9-170	Både signifikanta och icke-signifikanta effekter. k= 7 (3 studier om oro relaterat till föräldraskap hade signifikanta resultat)
Letourneau m.fl. 2017 (33)	Föräldrar med depression	Kvalitet i mödra-barn-relationen	Små barn	12-595	SMD varierade från 0,01 till 2,16 (både signifikanta och icke-signifikanta effekter), k = 25
Poobalan m.fl. 2007 (22)	Föräldrar med depression	Oro relaterat till föräldraskap, samspel, lyhördhet	Spädbarn	34-193	Rapporterade både signifikanta och icke-signifikanta effekter på förälder-barn-relationen. k= 7
Tsivos m.fl. 2015 (24)	Föräldrar med depression	Kvaliteten i mödra-barn-relationen	Spädbarn	11-193	SMD varierade från -0,8 till 1,85. k = 18
Schrank m.fl. 2015 (23)	Föräldrar med allvarliga psykiska sjukdomar	Oro relaterat till föräldraskap, samspel mödrars lyhördhet	0-18 år	8-130	Rapporterade både signifikanta och icke-signifikanta effekter på förälder-barn-relationen. k=10

ISBN 978-91-87691-82-9



**Centrum för epidemiologi
och samhällsmedicin**

REGION STOCKHOLM