

Forældre- og familieindsatser til forældre med misbrug eller smerter

En systematisk litteraturgennemgang med fokus på effekt
på relations- og omsorgskompetence samt børns sociale og
emotionelle udvikling og trivsel



*Forældre- og familieindsatser til forældre med misbrug eller smerter
– En systematisk litteraturgennemgang med fokus på effekt på relations- og
omsorgskompetence samt børns sociale og emotionelle udvikling og trivsel*

© VIVE og forfatterne, 2025

e-ISBN: 978-87-7582-419-9

Projekt: 302842

Finansiering: TrygFonden

VIVE

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



VIVE støtter FN's verdensmål og angiver her, hvilket eller hvilke verdensmål der knytter sig til publikationen.



Forord

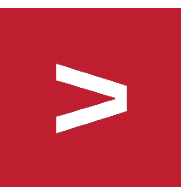
Når forældre oplever alvorlige udfordringer i deres liv, kan det være vanskeligt at opretholde et stabilt og trygt hjemmemiljø, hvor barnets støttes i en sund social og emotionel udvikling. To alvorlige udfordringer hos forældre: misbrug og kroniske smerter, er tidligere beskrevet som risikofaktorer for børns udvikling. Litteraturen peger her på, at begge målgrupper kan have behov for støttende forældre- eller familieindsatser.

TrygFonden ønsker ud fra et forebyggelsesperspektiv at bidrage med inspiration til idéer og implementerbare indsatser, der kan forebygge problemer i forælder-barn relationen samt socio-emotionelle problemer hos børn af forældre med alvorlige udfordringer i livet. VIVE bidrager i denne litteraturgennemgang med et overblik over effekten af forældre- og familieindsatser målrettet hhv. forældre med misbrug eller kroniske smerter.

Rapporten er udarbejdet af seniorforsker Signe Boe Rayce, seniorforsker Nina Thorup Dalgaard og analytiker Malene Wallach Kildemoes. Bibliotekar Elizabeth Bengtsen har bidraget med litteratursøgning, og studentermedhjælpere Jasmin Sai Adada, Emilie Erreboe Hougaard, Karin Qvist Kaasgaard og Lotte Rasmussen har bidraget til screeningsprocessen. Rapporten har været i eksternt og internt review. Vi takker reviewerne for gode og konstruktive kommentarer.

Litteraturgennemgangen er finansieret af TrygFonden.

Sanne Schioldann Haase
Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed



Indholdsfortegnelse

Hovedresultater	5
Afrapportering	9
1 Indledning	10
1.1 Formål og undersøgelsesspørgsmål	11
1.2 Fremgangsmåde	11
1.3 Syntese	15
1.4 Læsevejledning	15
2 Forældre- og familieindsatser til forældre med misbrug	17
2.1 Psykoterapeutiske Indsatser	18
2.2 Intensive indsatser	27
2.3 Helhedsorienterede indsatser	31
2.4 Opsamling	37
3 Forældre- og familieindsatser til forældre med kroniske smerter	43
3.1 Fravær af studier om indsatser målrettet forældre med smerter	43
3.2 Potentielt relevante indsatser	44
3.3 Opsamling	47
4 Konklusion	48
Dokumentation	52
5 Metode	53
5.1 Begrebsafklaring og afgrænsning	53
5.2 Fremgangsmåde	55
Litteratur	62
Bilag 1 Ordliste	66
Bilag 2 Oversigt over de inkluderede publikationer	68
Bilag 3 Søgedokumentation	82
Bilag 4 Kvalitetsvurdering (risiko for bias) af de inkluderede publikationer	86

Hovedresultater

Forældre spiller en central rolle i at skabe det trygge og stimulerende opvækstmiljø i hjemmet, som er afgørende for, at barnet udvikler en tryk tilknytning til sine forældre, som igen har betydning for en sund socio-emotionel udvikling. Når forældre oplever alvorlige udfordringer i deres liv, kan det være vanskeligt at opretholde et stabilt og trygt hjemmemiljø, ligesom det kan påvirke forældreevnen negativt.

To alvorlige udfordringer hos forældre – misbrug og kroniske smerter – er i en tidligere litteraturgennemgang beskrevet som risikofaktorer for børns socio-emotionelle udvikling. Selvom de to problemstillinger som udgangspunkt er forskellige, har de det til fælles, at der findes en del litteratur, som peger på, at begge målgrupper kan have behov for støttende forældre- eller familieindsatser.

Med et ønske om at bidrage med inspiration til idéer og implementerbare indsatser, der kan forebygge problemer i forælder-barn relationen samt sociale og emotionelle problemer blandt børn, har TrygFonden ønsket viden om effekten af forebyggende forældre- og familieindsatser til forældre med to typer af alvorlige udfordringer i deres liv: misbrug eller kroniske smerter. Denne systematiske litteraturgennemgang bidrager til at skabe et overblik over, hvad der findes af viden om effekter af forældre- og familieindsatser målrettet forældre med disse to udfordringer med fokus på 1) børns sociale og emotionelle udvikling og trivsel samt 2) forældres relationskompetencer, omsorgsevne og stress i forælderrollen. Et yderligere formål har været – på baggrund af den identificerede forskningslitteratur – at undersøge, om der er indsatser, der synes særligt velafprøvede.

Tre hovedtyper af forældre- og familieindsatser målrettet forældre med misbrug

Fælles for de 14 indsatser, som denne litteraturgennemgang bygger på, er, at alle de identificerede indsatser var målrettet forældre med misbrug, og at de fleste indsatser er målrettet en meget udsat gruppe af forældre, der også har andre problemer end misbrug: fx børnesager, kort uddannelse, arbejdsløshed eller at være eneforsørger. Indsatserne er desuden karakteriseret ved, at de fordeler sig på tre overordnede indsatstyper: de psykoterapeutiske indsatser, de intensive indsatser og de helhedsorienterede indsatser.

De psykoterapeutiske indsatser er karakteriseret ved at anvende samtalebaserede terapeutiske metoder i et ambulant forløb eller i hjemmet. De kan både være leveret

individuelt eller i gruppesessioner. Fælles for de psykoterapeutiske tilgange er, at de arbejder på at understøtte forældrens evne til at reagere hensigtsmæssigt på barnets behov og at udvikle hensigtsmæssig omsorgsadfærd. De inkluderede studier af psykoterapeutiske indsatser viser generelt positive effekter målt på forældrekompetencer, forælder-barn samspil og på børns trivsel. Flere af studierne indikerer positive resultater efter en kort opfølgningsperiode, men der er usikkerhed om langtids-effekterne. Samlet set synes disse indsatser lovende, især når forældrene også modtager eller har modtaget misbrugsbehandling.

De intensive indsatser er karakteriseret ved, at forældrene tilbydes mere omfattende støtte i form af et ophold på et behandlingshjem eller intensive hjemmebesøg samt sociale og økonomiske foranstaltninger. Indsatserne har typisk et psykoterapeutisk element, men der indgår også andre former for hjælp som sundhedsfaglig vejledning og/eller social faglig rådgivning. Der er kun få studier af intensive indsatser, og i flertallet af dem indgår der ikke en kontrolgruppe. Det gør det svært at vurdere effekten af denne type indsatser – både som gruppe, men også den enkelte indsats. Der er dog indikationer på positive resultater, og yderligere forskning er nødvendig for at få et klarere billede af eventuelle effekter.

De helhedsorienterede indsatser er karakteriseret ved, at der ikke er tale om 'one-size fits all'-indsatser, hvor alle deltagere får samme indsats. Indsatserne tager udgangspunkt i at møde deltagerne der, hvor de er, og at tilpasse indsatsen til den enkelte families behov. Ligesom for de psykoterapeutiske indsatser peger de inkluderede studier af helhedsorienterede indsatser på, at der umiddelbart efter behandlingen kan ses positive forandringer i indsatsgruppen. Det gælder både målt på børn, forældre og på samspillet mellem barn og forældre. Der er dog stor usikkerhed om de mere langsigtede effekter.

De psykoterapeutiske indsatser er det mest velgennemprøvede, men det er ikke muligt at fremhæve en specifik indsats frem for en anden. Dette skyldes, at de psykoterapeutiske indsatser minder en del om hinanden og havde sammenlignelige effekter. Således tyder meget på, at samtalebaserede indsatser kan have positive effekter, selvom det er ikke muligt at fremhæve specifikke psykoterapeutiske retninger eller teknikker frem for andre. Det er heller ikke muligt at fremhæve en specifik intensiv eller helhedsorienteret indsats som den mest lovende, da effektevalueringerne var sparsomme.

Ingen forældre- og familieindsatser målrettet forældre med kroniske smerter

Der blev i litteraturgennemgangen ikke fundet nogen studier af forældre- og familieindsatser målrettet forældre med kroniske smerter. En grund til dette kan muligvis være, at denne gruppe af forældre kan rummes i indsatser målrettet en bredere gruppe af forældre. Det kan dog også skyldes, at der er tale om en overset målgruppe. Eksisterende forskning tyder på, at forældre med kroniske smerter potentielt kan have gavn af støttende forældre- og familieindsatser, og at mange af de udfordringer, som denne gruppe af forældre står over for, ligner dem, andre sårbare forældre oplever. Det giver teoretisk grundlag for, at indsatser udviklet til en bredere målgruppe af sårbare forældre også kan være relevante, og at flere eksisterende indsatser muligvis vil kunne afprøves hos forældre med kroniske smerter i en dansk kontekst. Dog vurderes det, at disse indsatser i givet fald bør tilpasses, så de tager højde for smerteproblematikken som den primære udfordring. Dette gælder især de psykoterapeutiske indsatser, men teoretisk set også delelementer af de helhedsorienterede indsatser. Delelementer af indsatser som "case management" tilgangen og den løbende ad hoc hjælp til de praktiske opgaver og udfordringer i forældreskabet virker særligt oplagte, da disse tiltag søger at afhjælpe udfordringer, som også er beskrevet hos smerteplagede forældre.

Anbefalinger vedrørende afprøvning og evaluering af indsatser i en dansk kontekst

Det er på baggrund af denne litteraturgennemgang vanskeligt at pege på specifikke forældre- og familieindsatser til forældre med misbrug, som er særligt lovende i forhold til at forebygge problemer i forælder-barn relationen samt sociale og emotionelle problemer hos deres børn i Danmark.

De psykoterapeutiske indsatser er de mest velundersøgte og viser, med visse usikkerheder, en positiv effekt på børn i familier med forældre, der har eller har haft et misbrug. Disse indsatser er ofte ambulante og kræver samtidig misbrugsbehandling for forældrene. I en dansk kontekst kunne sådanne indsatser derfor være relevante at afprøve i et kontrolleret studie, især da Danmark har et mere omfattende socialt sikkerhedsnet for udsatte forældre. Når det ikke er muligt at fremhæve enkelte psykoterapeutiske indsatser frem for andre, skyldes det, at de minder en del om hinanden, og at effektevalueringerne viste sammenlignelige resultater. Samlet set er det dog baseret på det empiriske grundlag denne type af indsatser, som virker mest lovende.

For at vurdere effekten af intensive, helhedsorienterede indsatser i Danmark ville det kræve et tæt samarbejde med kommunerne, da målgrupperne for denne type af indsatser har så massive udfordringer, at de i Danmark vil være i målgruppen for foranstaltninger og anbringelse af børn uden for hjemmet. Det vil således ikke være etisk eller juridisk muligt at sammenligne denne indsats med en kontrolgruppe, som ikke også modtager en aktiv behandling. Det kunne dog fortsat være relevant at afprøve intensive eller helhedsorienterede indsatser og sammenligne med kommunernes nuværende praksis som en kvalitetssikring af eksisterende tilbud til sårbare familier, hvor forældrene har et misbrug.

Fakta om undersøgelsen

Litteraturgennemgangen er gennemført som en systematisk litteraturgennemgang af primærstudier, dvs. originalstudier og nordiske forskningsrapporter baseret på kvantitative studier af forældre og familieindsatser målrettet to grupper af forældre: 1) forældre med misbrug eller 2) forældre, der lever med kroniske smerter.

I litteraturgennemgangen er fokus på studier, der undersøger effekten af disse forældre- eller familieindsatser, på to overordnede kategorier af udfaldsmål:

- Børns sociale og emotionelle udvikling og trivsel
- Forældres relationskompetence, omsorgsevne og stress i forældrerollen.

Samlet set blev 10.772 publikationer identificeret og screenet i to trin ud fra på forhånd fastsatte inklusions- og eksklusionskriterier. Inkluderede studier er blevet kodet deskriptivt, og der er foretaget kvalitetsvurdering. I alt blev 21 publikationer inkluderet. Disse publikationer havde alle fokus på indsatser målrettet forældre med misbrug og undersøgte samlet set 14 forskellige indsatser.

Der er søgt litteratur i 9 internationale elektroniske databaser samt på en række centrale nordiske vidensinstitutioners hjemmesider.

> **Afrapportering**

1 Indledning

Forældre spiller en helt central rolle i at skabe et trygt og stimulerende opvækstmiljø for deres børn. Sensitive og omsorgsfulde forældre er således afgørende for, at barnet udvikler en tryk tilknytning til sine forældre, hvilket igen har en grundlæggende betydning for en sund socio-emotionel udvikling hos børn og senere unge (Berk, 2018; Scroufe et al., 2005). Når forældre oplever alvorlige udfordringer i deres liv, kan dette påvirke forældreevnen negativt.

I takt med en øget opmærksomhed på børns trivsel og udvikling i familier med alvorlige udfordringer er det blevet centralt at forstå, hvilke forældre- og familieindsatser der bedst støtter både børn og forældre. TrygFonden ønsker i den forbindelse at bidrage med inspiration til idéer og implementerbare indsatser, der kan forebygge problemer i forælder-barn relationen samt sociale og emotionelle problemer blandt børn af forældre med alvorlige udfordringer i deres liv. Fokusset på indsatser til børnefamilier skal ses som et led i en forebyggelse af mere langsigtede negative konsekvenser for børn af forældre med alvorlige udfordringer i deres liv.

En tidligere litteraturgennemgang udarbejdet af VIVE har peget på, at bl.a. børn af forældre med misbrug og børn af forældre med kroniske smerter er i højere risiko for at have socio-emotionelle problemer (Rayce & Kessing, 2023). TrygFonden har med afsæt i denne litteraturgennemgang ønsket viden om effekten af forebyggende forældre- og familieindsatser til forældre med misbrug eller kroniske smerter.

At have et misbrug og at leve med kroniske smerter er som udgangspunkt to forskellige problemstillinger, om end evt. medicinsk smertebehandling kan udgøre en risiko for afhængighed. De har dog det til fælles, at litteraturen peger på, at begge målgrupper kan have behov for støttende forældre- eller familieindsatser.

Der findes således en omfattende litteratur om betydningen af forældres misbrug for deres børns socio-emotionelle udvikling (Rayce & Kessing, 2023). Forskningen har i den forbindelse peget på fem "veje" mellem misbrug og forsømmelse af børn: psykosociale stressorer, manglende viden og indsigt i børns behov, forældrerens manglende evne til at regulere egne følelser og manglende glæde i forælderrollen (Milligan et al., 2020). Hertil kommer, at forældre, som har et misbrug, ofte også har andre alvorlige udfordringer i form af sociale problemer og ko-morbide psykiatriske lidelser. I familier med misbrug står forældre og børn derfor med nogle komplekse udfordringer.

Forældre med kroniske smerter står ligeledes over for en række komplekse udfordringer, hvor smerteproblematikken både påvirker deres fysiske, psykiske og sociale

liv. Konkret kan de fysiske begrænsninger, som smerterne medfører, gøre det vanskeligt at klare almindelige dagligdagspligter, lege med børnene og at deltage i aktiviteter sammen med barnet. Ud over fysiske udfordringer er kroniske smerter også forbundet med en betydelig følelsesmæssig og psykisk belastning (Evans et al., 2006). Såvel fysiske begrænsninger som psykisk belastning udgør en risikofaktor for forholdet mellem forælder og barn (K. Higgins et al., 2015; Wilson & Fales, 2015). Hertil kommer, at kroniske smerter kan have socioøkonomiske konsekvenser, hvilket kan være en yderligere stressor for familien (Guite et al., 2018).

1.1 Formål og undersøgelsesspørgsmål

VIVE bidrager med denne systematiske litteraturgennemgang til at skabe et overblik over, hvad der findes af viden om effekter af forældre- og familieindsatser målrettet forældre med misbrug eller kroniske smerter med fokus på børns sociale og emotionelle udvikling og trivsel samt på forældres relationskompetencer, omsorgsevne og stress i forælderrollen.

Formålet med denne litteraturgennemgang har således været:

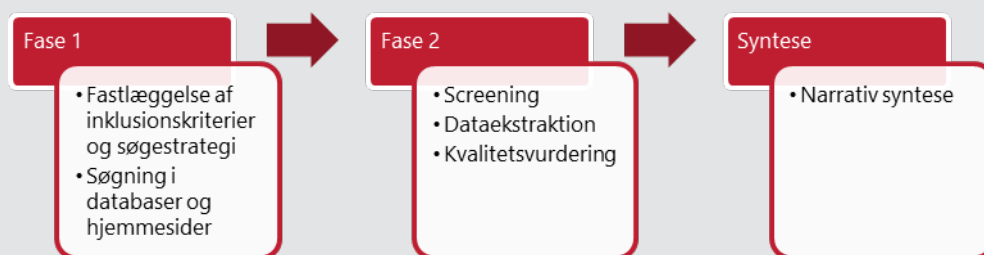
- at identificere kvantitative studier om forældre- og familieindsatser målrettet forældre med misbrug eller kroniske smerter samt at beskrive effekten af disse på børns sociale og emotionelle udvikling og trivsel samt forældres relationskompetencer, omsorgsevne og stress i forælderrollen
- at undersøge, om der er indsatser, der synes særligt velafprøvede og lovende baseret på den eksisterende forskningslitteratur.

1.2 Fremgangsmåde

Litteraturgennemgangen gennemføres som en systematisk litteraturgennemgang af kvantitative videnskabelige primærstudier af forældre- eller familieindsatser målrettet forældre med et misbrug eller kroniske smerter.

Litteraturgennemgangens overordnede fremgangsmåde er illustreret i Figur 1.1.

Figur 1.1 Proces for litteratursøgning, screening, kodning, kvalitetsvurdering og syntese



Kilde: VIVE.

I det følgende præsenteres begrebsafklaringer samt afgrænsninger. En mere udførlig gennemgang af fremgangsmåde, metodemæssige overvejelser samt søgedokumentation præsenteres i rapportens dokumentationsdel, kapitel 5.

1.2.1 Begrebsafklaringer samt afgrænsninger af målgrupper, indsatser og udfaldsmål

Målgrupper

Litteraturgennemgangen inkluderer indsatser, der er målrettet: forældre med misbrug eller forældre med kroniske smerter. Forældrene kan ud over misbrug eller smerter også have andre alvorlige udfordringer såsom psykisk sygdom, kriminalitet, anden somatisk sygdom eller sociale problemer. For at indgå i litteraturgennemgangen er det imidlertid en forudsætning, at alle forældre, der modtager den indsats, som et studie undersøger, har en eller begge af de to hovedudfordringer.

Aldersmæssigt afgrænser vi os til studier målrettet forældre til børn og unge i aldersgruppen 0-18 år.

Forældre med misbrug omfatter forældre med et misbrug eller et problematisk brug af alkohol, opioider, hash eller andre euforiserende stoffer. Et problematisk forbrug defineres her som et højt forbrug, eller at forældrene er påvirkede, når de er sammen med deres børn. Misbrug eller problematisk brug kan både være målt ved selvrapportering eller ved objektive metoder.

Forældre med kroniske smerter omfatter forældre med diagnoser, som er karakteriseret ved smerter (fx gigt, migræne, fibromyalgi, irritable tyktarm og kroniske smerter) eller til forældre, der af anden årsag lever med kroniske smerter.

Indsatstyper

Der er i litteraturgennemgangen fokus på to overordnede typer af indsatser:

Forældreindsatser omfatter indsatser målrettet forældre og vil typisk bestå af psykoedukation eller samtaleterapi udført af en fagperson, enten i individuelle forløb eller gruppeindsatser. Der kan imidlertid også være tale om mere støttende indsatser, såsom samtalegrupper ledet af en frivillig, eller indsatser med fokus på praktisk hjælp omkring barnet og familiens dagligdag.

Familieindsatser omfatter indsatser, der involverer barn/børn i familien direkte. Det kan være samtaleterapi med den enkelte familie eller indsatser, hvor flere familier modtager indsatsen samtidig. Familieindsatser kan også bestå i hjemmebesøg, hvor en fagperson tilbyder forældrene konkret feedback på deres interaktioner med barnet og deres omsorg for barnet.

Med forældrene som barnets primære omsorgsgivere har der ud fra et forebyggelsesmæssigt perspektiv været fokus på, at indsatser som minimum skulle indeholde en indsats, der var rettet mod forældrene. Vi afgrænser os derved fra indsatser, der udelukkende er målrettet børn af forældre med de pågældende udfordringer, dvs. indsatser, hvor der ikke leveres en indsats til forældrene. Dette omfatter også indsatser, der foregår, mens barnet er anbragt uden for hjemmet.

Da vi ønsker at afdække, hvilke indsatser der findes, har vi ikke afgrænset indsatser efter intensitet eller faggruppe. Således inkluderes alle indsatser uanset antal sessioner og længde og uanset, om det er frivillige eller professionelle, som udfører indsatsen.

Udfaldsmål

Litteraturgennemgangen fokuserer på to overordnede kategorier af udfaldsmål: børns sociale og emotionelle udvikling og trivsel og forældres relationskompetence, omsorgsevne og stress i forælderrollen. Børns sociale og emotionelle udvikling og trivsel udgør litteraturgennemgangens primære udfaldsmål, i og med at fokus er på, om indsatsen reelt har en effekt på barnets udvikling og trivsel. Det betyder, at studier kun inkluderes, såfremt der indgår et udfaldsmål for barnets sociale og emotionelle udvikling og trivsel. Barnets sociale og emotionelle udvikling og trivsel defineres bredt og inkluderer også barnets tilknytningsstil og samspil med forældre.

Børns sociale og emotionelle udvikling og trivsel omfatter socio-emotionel udvikling, tilknytning, mål for barnets interaktion med forældre, mål, der vedrører barnets velbefindende og livskvalitet, symptomer på psykisk sygdom samt andre mål for barnets sociale og emotionelle velbefindende, fx lavt selvværd, ensomhed, stigma. Endelig indgår underretninger til de sociale myndigheder om/tegn på vold, omsorgssvigt og misbrug som et proxymål for trivsel.

Forældres relationskompetence, omsorgsevne og stress i forældrerollen omfatter alle mål, som måler på forældrenes evne til at drage omsorg for barnet, som fx forældres evne til mentalisering, refleksiv funktion, emotionelle tilgængelighed, stress i forældrerollen og mål for interaktionen mellem forælder og barn. Herudover indgår også mål for risikoen for, at forælderen vil udsætte sit barn for vold eller omsorgssvigt.

Afgrænsninger beskrives mere udførligt i rapportens dokumentationsdel (kapitel 5)

1.2.2 Litteratursøgning, screening, dataekstraktion og kvalitetsvurdering

Litteraturgennemgangen omfatter en gennemgang af videnskabelige artikler, afhandlinger, bøger og videnskabelige rapporter publiceret i perioden 2000-2024. Søgningen er foretaget som en integreret del af søgningen til et Campbell review af forældre- og familieindsatser til forældre med alle kendte risikofaktorer (Dalgaard et al., 2024) suppleret med den tillægssøgning særligt målrettet indsatser til forældre med kroniske smerter. Der er således tale om en meget bred søgning, der dækker denne litteraturgennemgangs fokus. Søgningen er efterfølgende screenet i henhold til denne litteraturgennemgangs specifikke inklusions- og eksklusionskriterier.

Litteratursøgning og screening

Der er søgt efter primærstudier i 9 internationale elektroniske databaser, der tilsammen repræsenterer psykologi, sociologi og sundhedsvidenskab og økonomi (se afsnit 5.2.1 for detaljer). Under søgningen identificerede vi yderligere en række bredere reviews, hvis referencelister blev gennemgået med henblik på at undersøge, om det var muligt at finde flere primærstudier, der opfyldte denne litteraturgennemgangs inklusionskriterier. Herudover er der søgt efter nordiske forskningsrapporter på en række centrale nordiske vidensinstitutioners hjemmesider (se Bilagstabell 3.3). De fremsøgte referencer er blevet screenet i to trin på baggrund af på forhånd definerede inklusions- og eksklusionskriterier (se Tabel 5.4).

Dataekstraktion og kvalitetsvurdering

De inkluderede publikationer er efterfølgende blevet kodet med fokus på studierne karakteristika. Disse oplysninger præsenteres i Bilagstabel 2.1. Endelig er der foretaget en kvalitetsvurdering i form af vurdering af 'risiko for bias' af de inkluderede studier (se afsnit 5.2.2 for detaljer), dvs. risikoen for, at forhold vedrørende studiedesignet eller gennemførelsen af studiet fører til misvisende resultater.

1.3 Syntese

Samlet set er der blevet identificeret 10.772 publikationer. Heraf endte 21 med at blive inkluderet i litteraturgennemgangen. Disse publikationer beskriver alle indsatser målrettet forældre med et misbrug. Samlet set beskriver de 21 publikationer 14 forskellige indsatser.

Litteraturgennemgangens primære fokus har, ud over at identificere indsatser målrettet forældre med misbrug eller kroniske smerter, været at beskrive effekten af sådanne indsatser. Fokus har således først og fremmest været på kvantitative studier, med et (quasi-)randomiseret kontrolleret studiedesign eller andre typer af effektstudier såsom studier, der anvender difference-in-difference, propensity scores eller studier, der anvender instrumentvariable.

På grund af et relativt begrænset antal studier ($k = 13$ af 9 indsatser i alt) med disse studiedesigns har vi dog valgt også at medtage publikationer baseret på andre kvantitative studiedesigns ud fra en betragtning om, at der kan være potentielt relevante indsatser, som endnu ikke er undersøgt med et randomiseret kontrolleret studiedesign eller andre typer af effektstudier. Disse publikationer beskrives i varierende omfang. Her prioriteres studier, hvor der indgår en kontrolgruppe.

1.4 Læsevejledning



I kapitel 2 præsenteres resultaterne af den del af litteraturgennemgangen, som handler om forældre- og familieindsatser målrettet forældre med misbrug. Eftersom der ikke blev identificeret studier af indsatser målrettet forældre med kroniske smerter, indeholder kapitel 3 i stedet en kort refleksion over mulige årsager til dette fund samt en vurdering af potentielt relevante indsatser til denne målgruppe ud fra et mere teoretisk perspektiv. Kapitel 4 indeholder en kort sammenfatning samt perspektivering af litteraturgennemgangens fund.

Litteraturgennemgangens fremgangsmåde, resultat af søgningen og metodemæssige overvejelser er præsenteret i rapportens dokumentationsdel, kapitel 5. Søgestrategi, oversigtstabel over de inkluderede studier samt kvalitetsvurderinger (risiko for bias) er præsenteret i Bilag 2-4.

2 Forældre- og familieindsatser til forældre med misbrug

Dette kapitel præsenterer resultaterne af litteraturgennemgangen af indsatser målrettet forældre med et misbrug (Boks 2.1).

Boks 2.1 Rapportens definition og afgrænsning af misbrug

Misbrug omfatter i denne rapport misbrug eller et problematisk brug af alkohol, hash, opioider eller andre euforiserende stoffer. Et problematisk brug defineres her som et højt forbrug, eller at forældrene er påvirkede, når de er sammen med deres børn. Misbrug eller problematisk brug kan både være målt ved selvrapportering eller ved objektive metoder

Vi har identificeret 14 indsatser, som er beskrevet i samlet set 21 studier. 9 indsatser er blevet evalueret ved hjælp af et randomiseret kontrolleret studiedesign eller propensity score matching.

De inkluderede indsatser, som indgår i rapporten, kategoriserer vi i tre overordnede indsatstyper:

- Psykoterapeutiske indsatser
- Intensive indsatser
- Helhedsorienterede indsatser.

I de næste tre afsnit beskrives de inkluderede indsatser opdelt på indsatstype. Hvert afsnit indledes med en beskrivelse af, hvad der karakteriserer den specifikke indsatstype efterfulgt af en præsentation af de konkrete indsatser med fokus på deres effekt på børns sociale og emotionelle udvikling og trivsel samt forældres omsorgsevne, relationskompetence og stress i forælderrollen.

2.1 Psykoterapeutiske Indsatser

De psykoterapeutiske indsatser er karakteriseret ved, at forældrene – eventuelt sammen med deres børn – modtager indsatsen ambulant. Det, der kendetegner de psykoterapeutiske indsatser, er, at den primære indsats består i samtaleterapi evt. i kombination med psykoedukation, adfærdseksperimenter og øvelser. I nogle tilfælde fokuserer indsatsen alene på forældreskabet, mens der i andre tilfælde både er sessioner målrettet misbrugsbehandling og sessioner, som er målrettet at udvikle og understøtte forældreevner og hensigtsmæssig forældreadfærd.

Vi fandt 9 publikationer (Barlow et al., 2019; Brown et al., 2021; Dawe & Harnett, 2007; Johnson et al., 2010; Lam et al., 2008; Lowell et al., 2023; Luthar et al., 2007; Luthar & Suchman, 2000; Suchman et al., 2011, 2017), der undersøger effekten af psykoterapeutiske indsatser. Samlet set beskriver de fem forskellige indsatser, der alle er blevet evalueret med et randomiseret kontrolleret studiedesign.



‘Mothering From the Inside Out (MIO)’ (Suchman et al., 2011, 2017) er en indsats baseret på en mentaliseringsbaseret terapimodel udviklet af Fonagy og Bateman (Allen et al., 2008). Denne model lægger særlig vægt på at styrke evnen til at mentalisere i situationer, hvor personen er ophidset eller under pres. Dette sker gennem guidet øvelse i at mentalisere, hvilket vil sige at øge forældrenes bevidsthed og forståelse for deres barns følelsesliv og sammenhængen med barnets adfærd. MIO består af 12 sessioner manualbaseret individuel terapi, der har til formål at styrke mødres refleksive funktion og dermed mentalisering i forældrerollen, dvs. at genkende og forstå adfærd i kontekst af mentale – især følelsesmæssige – tilstande hos sig selv, andre og barnet, herunder hvordan adfærd og følelser kan påvirke forholdet mellem forælder og barn.

I MIO er det moren, der bestemmer samtaleforløbet ved hver session. En session starter derfor ofte med et udgangspunkt i morens aktuelle situation, hvor terapeuten anerkender morens følelsesmæssige stress og hjælper hende til at forstå, hvilken følelsesmæssige og mentale tilstand der går forud. Hvis barnet ikke er fokus i samtalen, bringer terapeuten barnet på banen, når det er passende. I samtalen er der et specifikt fokus på mentaliseringsprocessen samt på den refleksive funktion i situationer, som opleves udfordrende for moren. Terapeuten opfordrer moren til at reflektere over processen i form af at forholde sig til egne, andres samt barnets tanker, følelser og intentioner. Såfremt forventningerne til barnet er urealistiske, vejleder terapeuten i løbet af samtalen om barnets udviklingsstadium og om forældreskab, der fremmer en tryk tilknytning hos barnet. Der er gennem hele terapiforløbet fokus på at danne en stærk terapeutisk alliance mellem terapeut og mor.

Indsatsens formål på kort sigt er at give moren en positiv oplevelse af et terapeutisk forløb, hvor hun tages alvorligt, og at igangsætte en proces, der hjælper hende med

at forstå sine egne samt barnets erfaringer, og hvordan disse er forbundet med behov, adfærd og udvikling. På længere sigt er formålet at 1) styrke morens evne til at regulere egne følelser, 2) styrke/genoprette morens evne at indgå i interpersonelle relationer og 3) fremme morens evne til at engagere sig i og nyde sit barn, forstå og rumme sit barns følelsesmæssige udsving og behov samt styrke barnets udvikling i form af dets evne til følelsesmæssig regulering.

Effekten af MIO er testet blandt mødre med et misbrug i tre amerikanske randomiserede kontrollerede studier (Lowell et al., 2023; Suchman et al., 2011, 2017). For alle tre studier gælder det, at der er tale om mødre, der er i ambulant behandling for primært stofmisbrug.



I (Suchman et al., 2011) testes effekten af MIO (her kaldet 'The Mothers and Toddlers Program') i et randomiseret kontrolleret pilotstudie blandt 47 mødre med børn i alderen 0-3 år (gns. indsatsgruppe: 18,7 mdr. (SD:16,9)). Rekruttering af deltagere skete via kliniske henvisninger, forskeres besøg på klinikker og ved, at mødre selv henvendte sig. Af de 47 mødre modtog 23 mødre indsatsen, som blev leveret af trænede terapeuter med klinisk erfaring med indsatsens målgruppe. Kontrolindsatsen bestod af et forældreuddannelsesprogram og matchede indsatsen, hvad angår tid med vejleder, dannelse af terapeutisk alliance samt hjælp til basale hverdagsbehov. Herudover modtog mødre i kontrolgruppen en pjece om håndtering af typiske forældrefordringer. Kontrolindsatsen adresserede dog ikke småbørns følelsesmæssige udvikling, ligesom der ikke indgik støtte til mentalisering. Udfaldsmål inkluderede kvaliteten af samspillet mellem mor og barn målt på mors og barns adfærd i en læringssituation (NCAST Teaching Scales, som i dag kaldes Parent-Child Interaction Teaching Scales (PCITS)), mødrenes refleksive funktion/evne til at mentalisere (Parental Development Interview (PDI)) samt kvaliteten af mor-barn relation (The Working Model of the Child Interview (WMCI)), hvor moren blev interviewet om sit forhold til barnet. Alle udfaldsmål blev målt ved indsatsens afslutning samt 6 uger efter indsatsens afslutning. På grund af studiets relativt lille sample angives effektstørrelser i artiklen ikke præcist, men derimod i intervaller, hvor Cohens $d > 0,20$ anses som en potentielt meningsfuld effekt.

Blandt mødre i indsatsgruppen sås en bedre kvalitet i samspillet mellem mor og barn ved indsatsens afslutning samt 6 uger efter indsatsens afslutning sammenlignet med mødre, der havde modtaget kontrolindsatsen. Lige efter indsatsen var der således en statistisk signifikant positiv effekt på barnets adfærd (Cohens $d = 0,15-0,20$) på NCAST totalscore for morens omsorg (Cohens $d = 0,20-0,50$) samt på afstemthed i en læringssituation (Cohens $d = 0,50-0,80$). Efter 6 uger var disse effektstørrelser i størrelsesordenen Cohens $d = 0,50-0,80$. Målt gennem interview med moren var der ingen signifikant forskel mellem indsatsgruppen og kontrolgruppen i mor-barn relation ved indsatsens afslutning. Efter 6 uger sås imidlertid en positiv effekt på mor-barn relation (Cohens $d = 0,20-0,50$). Studiet fandt, at mødrene, der

modtog indsatsen, var signifikant bedre til at reflektere over egne følelser såvel ved indsatsens afslutning som 6 uger efter indsatsen sammenlignet med kontrolgruppen (Cohens $d = 0,20-0,50$). Der sås ingen signifikant effekt på evnen til mentalisering i forhold til barnets følelser.



Effekten af MIO er efterfølgende blevet testet i et randomiseret kontrolleret studie blandt 87 mødre til børn i alderen 11-60 måneder (gns. indsatsgruppe: 27,8 måneder (SD: 15,8)) (Suchman et al., 2017). Rekruttering af deltagere skete via kliniske henvisninger, videnskabeligt personales besøg på klinikker og gruppemøder, flyers på klinikker og mund-til-mund-metoden. Af de 87 mødre modtog 40 indsatsen, som i dette studie blev leveret af to kliniske psykologer (ph.d.). Kontrolgruppen modtog ligesom i Suchman et al. (2011) et forældreuddannelsesprogram, der bestod af manualbaseret psykoedukation, som matchede indsatsen, hvad angår antallet af sessioner samt muligheden for at danne en terapeutisk alliance. Udfaldsmål inkluderede barnets tilknytning (The Strange Situation Procedure og MacArthur Pre-school SSP for børn over 24 måneder), mor-barn interaktion undersøgt gennem Curiosity box-paradigmet, mødrenes refleksive funktion/evne til at mentalisere (Parent Development Interview (PDI)) samt kvaliteten af mor-barn relation målt gennem interview af moren (The Working Model of the Child Interview (WMCI)). Alle udfaldsmål blev målt ved indsatsens afslutning samt 3 måneder herefter med undtagelse af tilknytning, der kun blev målt efter indsatsens afslutning. Mor-barn interaktion blev desuden målt 12 måneder efter indsatsens afslutning.

Ved indsatsens afslutning var der ingen statistisk signifikant forskel mellem indsats og kontrolgruppen i andelen af børn med en tryk tilknytning til moren ved et 5-procents-signifikansniveau. Hvad angår morens refleksive funktion sås der ved indsatsens afslutning heller ingen statistisk signifikante forskelle, om end der var indikation på, at mødrene i indsatsgruppen havde et større *potentiale* for at mentalisere (Cohens $d = 0,34$; $p < 0,05$). I tråd med dette sås der 3 måneder efter indsatsens afslutning en positiv og statistisk signifikant effekt på refleksiv funktion (Cohens $d = 0,36$; $p < 0,05$) blandt mødrene i indsatsgruppen. Sammenlignet med kontrolgruppen var der blandt mødre og børn i indsatsgruppen ingen statistisk signifikant effekt på mor-barn interaktion ved hhv. indsatsens afslutning og heller ikke 3 måneder efter indsatsen. 12 måneder efter indsatsens afslutning sås der imidlertid en positiv og signifikant effekt på mor-barn interaktion, hvad angår morens sensitivitet (Cohens $d = 0,46$; $p < 0,05$) og dyadisk gensidighed (Cohens $d = 0,46$; $p < 0,05$), mens der fortsat ikke var nogen signifikant effekt på positiv adfærd hos barnet (child involvement). Målt gennem interview med moren (WMCI) sås dog en signifikant bedre mor-barn relation ved såvel indsatsens afslutning (Cohens $d = 0,41$; $p < 0,05$) som 3 måneder efter indsatsens slutning (Cohens $d = 0,54$; $p < 0,01$).



Lowell et al. (2023) undersøger i et tredje randomiseret kontrolleret studie effekten af MIO blandt mødre i ambulant behandling for deres misbrugsbehandling. Rekrutteringen skete fra fire misbrugsklinikker i et område med høj fattigdom og vold i samfundet. I studiet deltog 94 mødre til børn i alderen 11-60 måneder (gns: 30 måneder (SD: 14,3), hvoraf 53 mødre modtog indsatsen. Indsats og kontrolindsats er de samme som beskrevet i Suchman et al. (2011, 2017) med den forskel, at indsatsen i dette studie leveres af trænede misbrugsbehandlere og ikke terapeuter med forskningsbaggrund som i de tidligere studier af indsatsen. Et formål var således at teste, om effekten af MIO kunne overføres fra en forskningskontekst til en mere praksisrelateret kontekst. Udfaldsmål inkluderede barnets tilknytning (The Strange Situation Procedure), kvaliteten af samspillet mellem mor og barn målt på mors og barns adfærd i en læringssituation (NCAST Teaching Scales), mor-barn interaktion (Curiosity box-paradigmet) samt den refleksive funktion/evne til at mentalisere (Parent Development Interview (PDI) og The Parental Reflective Functioning Questionnaire (PFRQQ)). Alle udfaldsmål blev rapporteret 12 uger efter indsatsens afslutning.

12 måneder efter indsatsens afslutning var der ingen statistisk signifikant effekt på andelen af børn med en tryk tilknytning sammenlignet med kontrolgruppen. Hvad angår kvaliteten i samspillet mellem mor og barn var der en positiv og statistisk signifikant effekt målt på barnets totale adfærdsscore ($Z = 1,96$; $p > 0,05$) og positiv adfærd hos barnet (Clarity of Cues) ($Z = 2,03$; $p < 0,01$). På tilsvarende vis ses en højere grad af samarbejdsvilje hos barnet ($Z = 02,05$; $p < 0,05$) i målet for mor-barn interaktion (Curiosity box-paradigmet). Studiet finder derimod ingen signifikant effekt på de øvrige mål for mor-barn interaktion og morens rolle i kvaliteten af samspillet mellem mor og barn (NCAST Teaching Scales). I modsætning til de to tidligere effektstudier af MIO blandt mødre i misbrugsbehandling (Suchman et al., 2011, 2017) ses der heller ingen effekt på mødrenes refleksive funktion.

Samlet set peger de tre studier på, at indsatsen 'Mothering From the Inside Out' måske kan bidrage til styrke mødres evne til at mentalisere/deres refleksive funktion og muligvis på lidt længere sigt muligvis styrke kvaliteten i samspillet samt nogle elementer af mor-barn interaktionen. Resultaterne indikerer dog også, at effekterne kan være knyttet til, hvilken faggruppe der leverer indsatsen, og at der kan være udfordringer forbundet ved at overføre indsatsen fra en forsknings- til en mere praksisnær kontekst. Det er ligeledes værd at bemærke, at der er tale om mindre studier, som alle havde en del forskellige udfaldsmål, hvoraf langt fra alle viste den forventede effekt af MIO. Det kan derfor ikke på baggrund af de gennemgåede studier endegyldigt konkluderes, at MIO har den tilsigtede positive effekt på barnet på længere sigt. Hertil kommer en relativt kort follow-up periode. Der mangler således særligt viden om de langsigtede effekter.



Parents under Pressure (PuP) (Barlow et al., 2019; Dawe & Harnett, 2007) er et intensivt en-til-en forældretræningsprogram, som er udviklet specielt til familier med

komplekse problemer i form af flere udfordringer, såsom stofmisbrug, psykopatologi, socioøkonomiske udfordringer eller børnesager. Programmet indledes med en vurdering af forælderen med misbrug, hvad angår omsorgsevne, forældrepraksis, værdier og forælders evne til følelsesmæssig regulering. I forbindelse med denne vurdering identificeres der specifikke områder, som behandlingen målrettes. PuP består af 10-12 moduler med hvert deres tema, som fortsætter gennem indsatsen. Eksempler på temaer er 'Connecting with Your Baby or Child' og 'How to Manage Your Emotions Under Pressure: Increasing Mindful Awareness'. Selvom indsatsen tilpasses den enkelte forælders behov, har alle forløb fokus på omsorgsfærdigheder og følelsesmæssig regulering med henblik på at øge forældrenes sensitivitet over for barnets signaler. Således anvendes der mindfulness strategier med henblik på at forbedre forældrenes evne til følelsesmæssig regulering.

Effekten af PuP er blevet testet blandt forældre med misbrug i to studier (Barlow et al., 2019; Dawe & Harnett, 2007). For begge studier gælder det, at der er tale om forældre, som er i behandling for stofmisbrug.



PuP er testet i et australsk randomiseret kontrolleret studie (Dawe & Harnett, 2007) blandt 64 familier med et barn i alderen 2-8 år (gns: 45,9 måneder (SD: 17,2)), hvor den primære omsorgsperson var i metadonbehandling. Rekrutteringen skete på to metadonklinikker i et centralt storbyområde. Heraf modtog 22 forældre indsatsen. 23 forældre modtog en kortvarig indsats med to sessioners forældreuddannelse, mens 19 forældre alene modtog metadonbehandling. Familierne, som modtog PuP programmet, modtog 10 moduler fordelt over 10-12 uger samt yderligere sagsbehandling (fx juridisk hjælp, hjælp til bolig eller skoleindsatser) alt efter behov. Indsatsen blev leveret af klinikere med erfaring med komplekse familier. Udfaldsmål inkluderede barnets adfærd (The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)) samt stress i forælderrollen (Parenting Stress Index (PSI)).

Studiet anvender multilevel modellering til at undersøge forandringer over tid i de tre indsatsgrupper. Studiet finder et halvt år efter indsatsens afslutning en statistisk signifikant forbedring i SDQ totalt problem score samt SDQ prosociale score blandt børn af forældre, der modtog PuP. For den samlede SDQ-score sås en reduktion på -0,774 (SD = 0,28), mens den prosociale score blev reduceret med -0,251 (SD = 0,10). Blandt børnene af forældre i de to kontrolgrupper sås der derimod ingen ændring i hverken total score eller prosocial score. Hvad angår stress i forælderrollen, sås der blandt forældre, der modtog PuP, en signifikant reduktion i forældre stress. Blandt forældre i kontrolgrupperne var der ingen signifikant ændring i stress i forælderrollen.



PuP er senere evalueret i en britisk kontekst i et pragmatisk, randomiseret kontrolleret studie (Barlow et al., 2019). Ud af de 100 deltagende forældre med et barn under

2,5 år (gns. 9,2 måneder (SD: 9,1)), rekrutteret fra misbrugscentre, modtog 48 forældre PuP, mens de resterende 52 forældre modtog standardbehandling, som varierede. Indsatsen blev leveret af praktikere akkrediteret som PuP-terapeuter. Udfaldsmål inkluderede socio-emotionel regulering (Brief Infant and Toddler Socio-emotional Adjustment Scale (BITSEA)), risiko for børnemishandling (The Risk Abuse Scale from the Brief Child Abuse Potential Inventory (BCAP)), forældres følelsesmæssige regulering (Difficulties in Emotional Regulation Scale (DERS)) samt stress i forældrerollen (Parenting Stress Index short form (PSI-SF)). Alle udfaldsmål var målt ved hhv. 6 og 12 måneder efter indsatsens afslutning.

Studiet finder ingen statistisk signifikant effekt på socioemotionel regulering (BITSEA) sammenlignet med kontrolgruppen. Over tid ses der en statistisk signifikant forbedring i forældrenes følelsesmæssige regulering (DERS) blandt forældre i indsatsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen (F -værdi = 6,77; $p < 0,01$). Ligeledes sås en signifikant reduktion i stress i forældrerollen ved hhv. 6 måneder (Cohens $d = 0,55$; $p < 0,001$) og 12 måneders opfølgning (Cohens $d = 0,58$; $p < 0,001$) blandt forældre i indsatsgruppen. Der var ikke nogen signifikant reduktion blandt forældre i kontrolgruppen. Sammenlignet med kontrolgruppen var reduktion i forældrestress over tid i indsatsgruppen dog ikke statistisk signifikant forskellig (F -værdi = 2,84; $p = 0,06$).

Samlet set peger de to studier på, at indsatsen 'Parent under Pressure' sammenlignet med en kontrolindsats kan have positive effekter målt på barnets psykosociale trivsel og på stress i forældrerollen samt på forældres følelseshåndtering efter en periode på 6 måneder. På længere sigt er der større usikkerhed omkring effekterne af PuP, idet der ikke var rapporteret effekter målt på barnet ved 12 måneder, og fordi målene for stress i forældrerollen og følelseshåndtering ved 12 måneder viste blandede resultater. Usikkerheden om resultaterne skal også ses i lyset af, at begge studier vurderes at være i høj risiko for bias fx på baggrund af en lille studiepopulation, stort frafald samt risiko for selekteret udvælgelse af udfaldsmål.



Mindfulness-Informed Intervention for Child Welfare-Involved Families (Brown et al., 2021) er udviklet til familier med en børnesag hos de sociale myndigheder, og hvor der både er alkohol eller stofmisbrug samt risiko for børnemishandling. Indsatsen sigter mod at forbedre familiens trivsel ved at fremme forældrenes opmærksomhed og selvregulering gennem mindfulness-teknikker. Indsatsen leveres ved seks ugentlige besøg i hjemmet af en times varighed. Hver session starter med et indledende check-in, hvor forældrene modtager psykoedukativt indhold om emner som stressfaktorer, stofmisbrug, coping, forældreskab og brug af mindfulness-teknikker i forbindelse med stress og forældrerollen. Sessionerne afsluttes med praktiske mindfulness-øvelser og et kort spørgeskema om deltagernes oplevelser i forbindelse med sessionen. Det er ikke beskrevet, hvilke fagpersoner indsatsen leveres af.



Effekten af Mindfulness-Informed Intervention for Child Welfare-Involved Families er testet i et amerikansk randomiseret kontrolleret pilotstudie (Brown et al., 2021) blandt 28 forældre til 0-16-årige børn (gns. 6 år) rekrutteret af sundhedsplejersker og socialrådgivere. 15 forældre blev tildelt indsatsen, mens de resterende 13 forældre kom på venteliste. Udfaldsmål inkluderede for børnene forældrerapporterede adfærdsproblemer (The Child Behavior Checklist (CBCL)). For forældrene indgik stress i forældrerollen målt ved hjælp af Parenting Stress Index (PSI). Begge udfaldsmål blev rapporteret ved indsatsens afslutning.

Studiet finder ved indsatsens afslutning en statistisk signifikant reduktion i adfærdsproblemer hos børn i indsatsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen (Cohens $d = 3,28$; 95 % CI: $-12,74 - -4,36$). Ligeledes blev der blandt forældre i indsatsgruppen fundet en signifikant reduktion i stress i forældrerollen i indsatsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen (Cohens $d = 0,98$; 95 % CI: $-22,16 - -1,30$).

Samlet set peger studiet på, at der umiddelbart efter indsatsen er positive effekter målt på både børn og forældre. Der er dog tale om et lille studie, som vurderes at have en høj risiko for bias, og resultaterne er alene målt efter endt indsats, hvilket betyder, at resultaterne bør tolkes varsomt.



The Relational Psychotherapy Mothers' Group (RPMG) (Luthar et al., 2007; Luthar & Suchman, 2000) er en udviklingsorienteret, understøttende psykoterapi-form rettet mod mødre med heroinmisbrug med børn op til 16 år. Indsatsen er et supplement til standard metadonbehandling og består af 24 ugentlige semistrukturerede gruppesessioner, der tager udgangspunkt i en manual. Som psykoterapeutisk indsats er RPMG defineret ud fra fire centrale kendetegn. For det første anvendes der en støttende terapeutisk tilgang. Fokus er på accept, empati og autenticitet, hvilket skal være med til at skabe en terapeutiske alliance. For det andet har indsatsen et kønssensitivt perspektiv, som adresserer den interpersonelle isolation og stress, der er fremtrædende blandt mange kvinder med misbrugsproblemer. Et tredje centralt element i indsatsen er, at grupperne udelukkende består af mødre (og ikke fædre) med misbrugsproblemer. Gruppens ledere (en klinisk psykolog og en stofrådgiver) er ligeledes kvinder, hvilket ud fra det kønssensitive perspektiv skal være med til at skabe et trygt rum, hvor deltagerne føler sig komfortable i at dele følsomme emner (fx egen offerstatus). Endelig er det fjerde centrale træk ved indsatsen, at der anvendes en indsigt-baseret tilgang, hvor mødrene gennem diskussioner og øvelser opfordres til at udforske deres egne strategier i forældrerollen, frem for at gruppens ledere "instruerer" dem i, hvordan man skal være forældre. Indsatsen adresserer på den måde forskellige former for sårbarheder og faciliterer godt forældreskab til udsatte mødre. For at tage højde for deltagernes ofte kaotiske dagligdag er gruppemedlemskabet åbent og roterende. Et tværfagligt team gør, at der er terapeutisk ekspertise på tværs af forskellige områder.



Effekten af RPMG er blevet undersøgt blandt mødre med heroinmisbrug i to amerikanske studier (Luthar et al., 2007; Luthar & Suchman, 2000). Som del af et psykoterapeutisk udviklingsstudie er RPMG blevet testet i et randomiseret kontrolleret pilotstudie (Luthar & Suchman, 2000) med 61 mødre til børn i alderen 0-16 år (gns. 10,1 år (SD: 4,2)) rekrutteret fra tre metadonklinikker. Heraf modtog 37 mødre med heroinmisbrug indsatsen i kombination med standard metadonbehandling, mens kontrolgruppen modtog standardbehandling. Udfaldsmål for børn inkluderede henholdsvis børne- og forælderrapporteret adfærds- og følelsesmæssig tilpasning (Behavioral Assessment System for Children (BASC)). Herudover indgik der et mål for forælder-barn forhold (The Parental Child Relationship Inventory (PCRI)) samt mål for risiko for mishandling af barnet (the Parental Acceptance/Rejection Questionnaire (PARQ)). Alle udfaldsmål blev målt ved indsatsens afslutning og 6 måneder herefter.

Hverken ved indsatsens afslutning eller 6 måneder senere var der nogen statistisk signifikant effekt på børnenes adfærd- og følelsesmæssige tilpasning ved et 5-percents-signifikansniveau. For mødrene sås der ved indsatsens afslutning en signifikant bedre følelsesmæssig interaktion i mor-barn forholdet (PCRI) (Cohens $d = 0,94$; $p < 0,001$) samt et bedre score i mødrenes risiko for mishandling af barnet (PARQ) (Cohens $d = 0,54$; $p < 0,05$) sammenlignet blandt mødre i kontrolgruppen. På tilsvarende vis sås der 6 måneder efter indsatsens afslutning signifikant bedre følelsesmæssig interaktion (Cohens $d = 0,54$; $p < 0,05$) samt en bedre score i risiko for mishandling af barnet (Cohens $d = 0,57$; $p < 0,05$).



Et andet og lignende studie (Luthar et al., 2007) har testet effekten af RPMG i et randomiseret kontrolleret studie blandt 127 mødre til børn i alderen 1-16 år (gns. 9,2 år (SD: 4,7)) rekrutteret fra tre metadonklinikker. Blandt de 91 mødre, der havde biologiske børn, modtog 42 mødre RPMG, hvor en klinisk psykolog med erfaring inden for misbrugsbehandling ledede RPMG-grupperne. Mødrene i kontrolgruppen modtog 'recovery' træning (RT). I kontrolindsatsen var der fokus på processerne omkring afhængighed og bedring samt på at opbygge færdigheder for at undgå tilbagefald. RT blev leveret af misbrugskonsulenter. Udfaldsmål for børn inkluderede adfærds- og følelsesmæssig tilpasning (Behavioral Assessment System for Children (BASC)) samt depression (Childrens' Depression Inventory (CDI)). Herudover indgik der ligesom i Luthar et al. (2007) et mål for forælder-barn forhold (The Parental Child Relationship Inventory (PCRI)) samt mål for risiko for mishandling af barnet (the Parental acceptance/rejection Questionnaire (PARQ)).

Ved indsatsens afslutning rapporterede børn af mødre i RPMG-gruppen signifikant bedre adfærds- og følelsesmæssig tilpasning (BASC) ($T = -2,43$; $p = 0,02$) samt lavere depressionsscore (CDI) ($T = -2,01$; $p = 0,04$). 6 måneder efter indsatsens afslutning var der imidlertid ikke nogen signifikant forskel i depressionsscore mellem indsats og kontrolgruppe. Hvad angår rapporteret adfærds- og følelsesmæssig tilpasning sås en dårligere tilpasning end blandt børn af mødre i kontrolgruppen ($T =$

2,31; $p = 0,02$). For mødrerapporteret tilpasning var der ingen signifikant forskel mellem indsats og kontrolgruppen – hverken ved indsatsens afslutning eller 6 måneder efter. Ved et 5-procents-signifikansniveau var der heller ingen signifikante effekter på mor-barn forhold eller risiko for mishandling af barnet.

Samlet set peger de to studier af 'The Relational Psychotherapy Mothers' Group' på, at indsatsen muligvis har en positiv effekt på mødrenes velbefindende og på mor/barn interaktioner umiddelbart efter indsatsen, mens der hverken er påvist effekter målt på barnet lige efter indsatsen eller ved længere tids opfølgning. Der er tale om to studier, som begge vurderes til at have en høj risiko for bias, hvorfor resultaterne bør vurderes varsomt.



Parent Skills with Behavioral Couples Therapy (PSBCT) (Lam et al., 2008), er en indsats, der kombinerer adfærdsparterapi med forældrefærdighedstræning. Formålet er at forbedre både parforholdet og forældreevner i familier, hvor fædrene har et alkoholmisbrug. Indsatsen består af 24 sessioner fordelt over 12 uger med to sessioner af en times varighed om ugen. I den ene ugentlige session modtager deltagerne en specialiseret session, som enten fokuserer på parterapi eller forældrefærdigheder. Begge forældre deltager således i behandlingen, som består af seks kernesessioner med Behavioral Couples Therapy, der fokuserer på at forbedre kommunikation, problemløsning og fastholdelse af ædruelighed, samt seks sessioner med forældrefærdighedstræning. Forældrefærdighedstræningen er baseret på programmet 'Helping the Noncompliant Child' (McMahon & Forehand, 2003), hvis formål er at lære forældre at sætte grænser, styrke deres forældreautoritet og forbedre barnets trivsel. Den anden ugentlige session (dvs. i alt 12 sessioner) består af kognitiv adfærdsterapi, som er en del af den standardbehandling, der tilbydes. Det er ikke beskrevet, hvilke fagpersoner indsatsen leveres af.



Effekten af PSBCT er blevet undersøgt i et amerikansk randomiseret kontrolleret pilotstudie (Lam et al., 2008) blandt 30 forældrepar til børn i alderen 8-12 år (gns. 7,3 år), hvor PSBCT blev sammenlignet med to andre behandlingstilgange. Der blev rekrutteret blandt gifte eller samlevende mænd, der frivilligt havde søgt behandling for deres alkoholmisbrug. Af de 30 forældrepar modtog 10 forældrepar PSBCT, mens de resterende forældrepar var ligeligt fordelt på følgende to kontrolindsatser: 1) Behavioral Couples Therapy (BCT), hvor forældrene ligesom i PSBCT modtager parforholdsterapi, dog uden specifikke forældretræningskomponenter; og 2) Individual-Based Treatment (IBT), hvor kun fædrene deltager i behandlingen, og hvor fokus er på coping færdighedstræning. Alle tre grupper modtog desuden standardbehandling i form af 12 sessioners kognitiv adfærdsterapi med fokus på mestringsstrategier til at håndtere alkoholmisbrug. Udfaldsmål for børn inkluderede internaliserende og eksternaliserende adfærd (The Child Behavior Checklist (CBCL)) rapporteret af begge forældre samt depression (The Children's Depression Inventory (CDI)) og angst (Revised Children's Manifest Anxiety (RCMAS)) rapporteret af barnet.

Børn, hvis forældre deltog i PSBCT, viste signifikante forbedringer på alle mål ved indsatsens afslutning samt hhv. 6 og 12 måneder efter indsatsens afslutning (alle med en p-værdi < 0,05). Børn, hvis forældre havde modtaget BCT, viste lignende signifikante forskelle efter behandlingen – dog var det kun eksternaliserende adfærd, som forblev forbedret efter 6 og 12 måneders opfølgning. For IBT sås der derimod ingen signifikante ændringer. Sammenlignet med kontrolindsatserne sås ingen statistisk signifikant effekt af PSBCT på internaliserende og eksternaliserende adfærd ved et 5-procents-signifikansniveau. For hhv. børnerapporteret depression og angst sås der signifikante effekter af PSBCT sammenlignet med IBT (hvor kun fædre indgik). Børn i indsatsgruppen havde efter endt behandling samt 6 og 12 måneder efter således signifikant bedre scores for depression og angst, alle i størrelsesordenen $r: 0,41-0,46$; $p < 0,05$). Der var ingen signifikant effekt af PSBCT ved sammenligning med BCT, dvs. paradfærdsterapi uden forældrefærdighedstræning.

Samlet set tyder resultaterne på, at 'Parent Skills with Behavioral Couples Therapy' kan have positive effekter målt på børns mentale helbred, og at indsatsen har større positive effekter sammenlignet med en indsats, der alene fokuserer på farens misbrug eller forældrenes parforhold. Der er tale om en mindre undersøgelse, som er vurderet til at være i moderat risiko for bias, hvilket styrker behovet for yderligere effektstudier, før man kan vurdere effekterne med større sikkerhed.

2.2 Intensive indsatser

De intensive indsatser kan enten tage form af et ophold på et mor/barn hjem, eller at familien modtager gentagne hjemmebesøg, hvor forældrene guides og monitoreres. Denne type indsatser gør også brug af psykoterapeutiske teknikker og bruger også observation og direkte feedback på forældrerens interaktioner med og omsorg for barnet i praksis. Det, der adskiller de intensive fra de psykoterapeutiske indsatser, er, at de intensive er længerevarende og mere omfattende.

Vi fandt fem publikationer (Forrester et al., 2016; Killeen & Brady, 2000; McComish et al., 2003; Nair et al., 2003; Pajulo et al., 2011), der evaluerer fem forskellige intensive indsatser. Heraf er det kun et studie, som er baseret på et randomiseret kontrolleret studiedesign eller lignende (Nair et al., 2003), hvorfor de resterende resultater bør tolkes med varsomhed.



Hjemmebesøgsindsats baseret på elementer fra Infant Health and Development Program (IHDP) (Nair et al., 2003). Denne indsats er en hjemmebesøgsindsats blandt mødre med stofmisbrug og hjemmeboende børn. Indsatsen består af ugentlige hjemmebesøg af uddannede besøgsmedarbejdere (fagprofil ikke beskrevet).

vet) i barnets første halve leveår. Herefter modtog mødrene hjemmebesøg hver anden uge, indtil barnet var 24 måneder. Ved hjemmebesøgene anvendte projektmedarbejderne terapeutiske teknikker og aktiviteter for både barnet og forældrene, som var baseret på programmet: Infant Health and Development Program (IHDP). Formålet med programmet er at lære mødrene om spædbarnets behov for pleje, omsorg og stimulation. Da IHDP-programmet ikke er målrettet forældre med stofmisbrug, tilføjede Nair et al. (2003) information om stofmisbrug og misbrugsbehandling til indholdet af hjemmeindsatsen. Målet med forældrekomponenten var 1) at øge morens selvstændighed ved at forbedre hendes evne til at håndtere selvvalgte problemer og 2) at hjælpe mødrene til at gøre brug af familiens og den sociale netværksstøtte. Målet med børnekomponenten var at fremme barnets udvikling gennem et program med lege og aktiviteter. Indsatsen blev leveret af hjemmebesøgsmedarbejderne uddannet ved hjælp af 'HELP at Home Curriculum' fra Hawaii Early Learning Program – en omfattende læreplan med 650 udviklingsmæssige færdigheder for børn fra fødslen til 36 måneder. Hjemmebesøgsmedarbejderne viser moren, hvordan hun bedst kan stimulere og interagere med sit barn, hvorefter moren selv får mulighed for at øve sig og modtage feedback. Formålet med indsatsen er således at hjælpe mødrene med at skabe et udviklingsstimulerende miljø for barnet.

Effekten af hjemmebesøgsindsatsen blev testet i et amerikansk randomiseret kontrolleret studie blandt 265 mor/barn dyader rekrutteret fra barselsgangen på et hospital (Nair et al., 2003). Kontrolgruppen modtog udelukkende korte månedlige hjemmebesøg, hvor projektmedarbejderne kun foretog observationer. Udfaldsmål inkluderede stress i forældrerollen (Parenting Stress Index (PSI)), uhensigtsmæssig forældreadfærd (child abuse potential) (Child Abuse Potential Inventory (CAP)), barnets motoriske og sproglige udvikling målt med The Bayley Scales of Infant Development (BSID, hhv. PDI og MDI) samt The Receptive-Expressive Emergent Language Scale (REEL), målt ved barnets 6, 12 og 18 måneder. Frafaldet i studiet var relativt stort, og ved 18-månedersalderen var der således kun 161 deltagere tilbage ud af de 265, som deltog i randomiseringen. En stor del af frafaldet skyldes, at barnet var blevet fjernet fra hjemmet.

Ved 6- og 18-månedersalderen havde børn i indsatsgruppen signifikant højere scorer på psykomotorisk udvikling (PDI) (107,4 vs. 103,6 og 101,1 vs. 97,2), hvilket indikerer en positiv udvikling. Indsatsgruppen havde ligeledes marginalt bedre scorer på mental udvikling (MDI) ved 6 og 12 måneder sammenlignet med kontrolgruppen. Forskellen var dog ikke statistisk signifikant. De resterende målinger på Bayley Scales, barnets sproglige udvikling, stress i forældrerollen samt uhensigtsmæssig forældreadfærd viste heller ingen statistisk signifikante effekter af indsatsen. Samlet set peger studiet på en i bedste fald begrænset effekt af indsatsen på barnets udvikling.

En række publikationer beskriver indsatser målrettet forældre med misbrug, men uden at undersøge effekten i et randomiseret kontrolleret studie eller andre studie-designs såsom difference-in-difference eller ved instrumentvariable.



Option 2 (Forrester et al., 2016) er en intensiv familiebevarende indsats målrettet familier, hvor barnet er i alvorlig mistrivsel som følge af forældres alkohol- eller stofmisbrug, og hvor der er risiko for anbringelse. Indsatsen er baseret på 'Home-builders'-modellen, som er blevet anvendt og evalueret i USA med blandede resultater (United States Department of Health, 2001). Indsatsen følger en kriseinterventionsmetode og leverer en relativt kortvarig, men meget intensiv indsats over seks uger, hvor familiernes tilbydes terapi i hjemmet. Indsatsen leveres af en medarbejder (fagprofil ikke beskrevet), der kun har én primær sag ad gangen, og som er tilgængelig for familien på alle tidspunkter. Indsatsen kombinerer motiverende samtaler og løsningsfokuserede tilgange med familieorienterede aktiviteter, der bygger på forældrenes styrker og kerneværdier (Hamer, 2005).



Option 2 er evalueret i et britisk quasi-eksperimentelt retrospektivt follow-up studie (Forrester et al., 2016) af 27 familier med børn i alderen 9-18 år (gns.: 9 år). Heraf havde 15 familier (46 børn) modtaget indsatsen. Sammenligningsgruppen bestod af 12 familier (28 børn), der var blevet henvist til Option 2, men ikke modtog indsatsen på grund af mangel på personale. Udfaldsmål inkluderede adfærds- og følelsesmæssige symptomer (Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)) og familiefunktion (Family Environment Scale (FES)). Sammenligning mellem indsats og sammenligningsgruppe sker 5,6 år efter henvisningen til Option 2. Der ses ingen statistisk signifikante forskelle mellem indsats og sammenligningsgruppe.



Killeen & Brady (2000) beskriver en **Residential treatment facility** indsats målrettet mødre med stofmisbrug. Indsatsen indebærer, at de deltagende mødre starter med et ophold på et behandlingscenter sammen med deres barn/børn. Mødrene gennemgår under opholdet fire faser: stabilisering, integration, aktualisering og transition. Indsatsen er ikke tidsafgrænset, men derimod baseret på, at kvinderne gennemgår disse fire faser i deres eget tempo. I indsatsen indgår der både elementer målrettet mødrene og deres børn. For mødre indgik der misbrugsbehandling i form af deltagelse i 12-trins program, forebyggelse af tilbagefald samt misbrugsundervisning. Herudover modtog mødrene forældreundervisning og deltagelse i såkaldte 'community programs'. For barnet omfatter opholdet terapeutisk børnepasning, vejledning om psykologiske problemer, misbrugsundervisning, strukturerede mor-barn interaktionsgrupper, sundhedsydelse og henvisning til andre tilbud i lokalsamfundet. Det er ikke beskrevet, hvilke fagpersoner der leverede indsatsen.

Indsatsen er evalueret i et amerikansk follow-up studie uden en egentlig kontrolgruppe blandt 63 mødre til i alt 86 børn i alderen 0-12 år (gns. ikke angivet). Rekruttering af deltagere skete på et behandlingshjem for kvinder med stofmisbrug.

Blandt de 86 mødre fuldførte 24 opholdet. Et ophold varede gennemsnitligt 138 dage (spænd 2-515 dage). Studiet finder en signifikant forbedring i socio-emotionel udvikling (CBCL total T-score) ($p < 0,01$) og social kompetence ($p < 0,05$) 6 måneder efter indsatsen blandt børn af mødre, der fuldførte opholdet. CBCL anvendes desuden til at vurdere, om børnenes gennemsnitlige score lå over det kliniske cut-off, hvilket vil sige, at der er grund til bekymring for, om barnet er i mistrivsel og har brug for hjælp. I studiet anvendes 69 percentilen som cut-off, hvilket omregnet til T-scores betyder, at børn, der scorer over 55, er inden for det kliniske bekymringsområde. For børn i indsatsgruppen sås en reduktion i CBCL T-score fra at børnene i gennemsnit scorede inden for det kliniske bekymringsområde før indsatsen, til at de i gennemsnit scorede under det kliniske cut-off efter indsatsen (Total t-score 60 vs. 52). Blandt børn af mødre, der ikke fuldførte opholdet, forblev T-scoret i det klinisk bekymringsområde. Der ses en signifikant forbedring i stress i forælderrollen efter 6 og 12 måneder ($p > 0,05$) blandt forældre, som fuldførte opholdet. Blandt forældre, der ikke fuldførte opholdet, sås en forværring. Resultaterne skal dog tages med det forbehold, at indsatsen havde et stort frafald, og at der ikke indgik en egentlig kontrolgruppe i studiet, som i stedet er baseret på sammenligning med forældre, der ikke fuldførte opholdet.



Family-Focused Substance Abuse Treatment (McComish et al., 2003). Denne behandlingsmodel bygger på afholdenhed og indebærer ophold på et behandlingshjem for mødre og deres børn i op til 35 måneder (gns.: 11,2 mdr. (SD: 11,7)). Behandlingsmodellen er tværfaglig, og de terapeutiske sessioner udføres af psykologer, sundhedsplejersker, familieterapeuter, tale/hørekonsulenter og misbrugs konsulenter. Deltagerne er mødre med tidligere stofmisbrug og deres børn, og behandlingen består i både individuel terapi og flerfamilieterapi (op til to familier kunne deltage i samme behandlingssession). Der var terapeutiske aktiviteter flere gange om ugen, som enten kunne være målrettet barn/børn, deltageren selv eller familien som helhed.



Effekten af Family-Focused Substance Abuse Treatment er ikke undersøgt i et effektstudie, men alene i et amerikansk follow-up pilotstudie uden brug af kontrolgruppe ($n = 39$ mødre; 50 børn i alderen < 36 måneder). I dette studie blev barnets trivsel kun målt ved opstart af behandlingen, mens der efter 12 måneder blev målt på mødrenes selvrapporterede forældreadfærd (herunder risiko for at begå vold og omsorgssvigt). Studiet fandt en positiv forandring fra behandlingsstart til 12 måneder målt på dette udfaldsmål.



Behandlingsbolig kombineret med et forældreprogram (Pajulo et al., 2011). I Finland har man siden 1990 haft behandlingsboligprogrammer for mødre med alvorlige tilfælde af stofmisbrug og deres børn. Behandlingsmodellen kombinerer spædbørnspsykiatri, afhængighedsforskning og socialt arbejde. Behandlingshjem-

mene kan rumme op til fem mor-barn-par ad gangen, og på et enkelt behandlings-hjem tilbydes behandlingen til hele familien. Behandlingsperioden varer fra graviditetsstart til mindst 4 måneder efter fødslen med en gennemsnitlig behandlingsvarighed på 6 måneder. Behandlingen foregår hver dag alle ugens dage. Hver mor-barn-par har deres egen individuelle rådgiver (fagprofil ikke beskrevet). Alle mødre og alt personale deltager i ugentlige gruppemøder med fokus på et specifikt forældretema, fx på forskellige roller i at være forældre. Misbrugsbehandlingen foregår uden for behandlingsboligerne.

Et finsk studie (Pajulo et al., 2011) har undersøgt indsatsen blandt 34 mødre og deres spædbørn henvist til behandlingsprogrammet af det sociale system eller fødselssted. Mødrene blev sammenlignet med 337 personer fra den generelle befolkning samt 249 personer i ambulant psykiatrisk behandling. Dog blev de ikke sammenlignet på de inkluderede udfaldsmål, som er to sub-skalaer af Bayley Scales of Infant Development (BSI): barnets psykomotoriske udvikling (PDI) og barnets mentale udvikling (Mental Development Index (MDI)), samt morens omsorgsevner (The Care Index for infants and toddlers (CI)). Alle spædbørn havde en udvikling inden for normalområdet svarende til en score mellem 85-114. Dog var der en del, som havde et udviklingsniveau i den lave ende af normalniveauet. 13 % af børnene havde en MDI-score på < 90, og 30 % havde en PDI-score på < 90. Ingen af mødrene havde en CI-score, svarende til "sensitive" omsorgsevner, dvs. at mødrene ikke viste evne til at være opmærksom på, fortolke og reagere på deres barns signaler. Eftersom der ikke indgår nogen kontrolgruppe for de relevante udfaldsmål, og udfaldsmål kun er målt på én gang, kan dette studie ikke bruges til at vurdere effekten af indsatsen.

For de fire intensive indsatser: 'Option 2', 'Residential treatment facility', 'Family-Focused Substance Abuse Treatment' samt 'Behandlingsboligprogrammerne' er der ikke gennemført egentlige effektundersøgelser, og det er således ikke muligt at konkludere noget om effekterne af disse fire indsatser.

2.3 Helhedsorienterede indsatser

Denne tredje type af indsatser identificeret i litteraturgennemgangen kan bedst beskrives som **helhedsorienterede indsatser**. Disse indsatser er kendetegnet ved at adressere en bred vifte af problemer og udfordringer i forældrenes og familiernes liv og herigennem forsøge at møde og hjælpe forældrene der, hvor de er. Det kan både involvere økonomisk samt praktisk hjælp og støtte i kombinationen med en individuelt tilpasset psykoterapeutisk indsats. I flere af de beskrevne helhedsorienterede indsatser er det således ikke alle forældre og familier, som modtager den

samme indsats, idet behandlingen tager udgangspunkt i den konkrete situation, som forælderen og dermed familien står i.

Vi fandt syv publikationer (Guo et al., 2016; Hall et al., 2021; Huebner, Hall, et al., 2021; Huebner, Willauer, et al., 2021; Saldana, 2015; Schaeffer et al., 2013; Slesnick & Erdem, 2012), der evaluerer helhedsorienterede indsatser. Samlet set beskriver de inkluderede studier fire forskellige indsatser. To indsatser er afprøvet med randomiseret kontrolleret studiedesign (Guo et al., 2016; Saldana, 2015), og en indsats er baseret på retrospektivt kohortestudie med propensityscore-matching (Huebner, Hall, et al., 2021; Huebner, Willauer, et al., 2021).



Integrated Intervention/Ecologically-Based Treatment (EBT) (Guo et al., 2016; Slesnick & Erdem, 2012) er en helhedsorienteret interventionsmodel til hjemløse mødre med et aktivt stof- eller alkoholmisbrug. Indsatsen består af tre hovedkomponenter: 1) praktisk og økonomisk støtte og hjælp, 2) case management og 3) Community Reinforcement Approach (CRA). Deltagerne blev tilbudt praktisk og økonomisk hjælp til at finde en passende bolig. Konkret betyder det, at projektmedarbejderne hjalp deltagerne med at læse boligannoncer, at tage med ud og se på boliger og med kommunikationen med udlejer og bank. Derudover modtog deltagerne økonomisk hjælp til husleje og forbrug i 3 måneder (op til 600 USD om måneden i 3 måneder). Den anden komponent, case management, bestod i ad hoc møder med en projektmedarbejder, der med udgangspunkt i den enkelte deltagers behov og udfordringer hjalp og guidede deltagerne. Case management sessioner blev gennemført i deltagerens hjem eller et sted, som var belejligt for deltageren. Eksempler på case management kunne være: at hjælpe med at få en henvisning til psykiatri, at gå med til læge og tandlæge med både deltageren eller deltagerens børn, at hjælpe med at finde børnepasning, at hjælpe med at skrive jobansøgninger/transport til jobsamtaler, samt at hjælpe med at gøre brug af lokalt forankrede muligheder og tilbud i det nabolag, hvor deltageren bor. Behandlingsfilosofien er, at indsatsen skal tage udgangspunkt i den enkelte deltagers behov og møde deltagerne der, hvor de er. Deltagerne havde ret til at modtage op til 26 sessioners case management over en periode på 6 måneder og havde mulighed for at kontakte deres case manager døgnet rundt – også i weekender og ferier. Den sidste komponent, CRA, er en samtalebaseret misbrugsbehandling, der med udgangspunkt i kognitive og adfærdsmæssige teknikker søger at ændre deltagernes misbrugsadfærd. Det var ikke en betingelse for deltagelse i indsatsen, at deltagerne skulle være stof-frie. Alle deltagere modtog dog CRA samtalsessioner i løbet af indsatsperioden, i gennemsnit 10,57 sessioner (Guo et al., 2016). Indsatsen blev leveret af terapeuter på kandidatstudiet.



EBT blev først undersøgt i et lille (n = 15) amerikansk pilotstudie med follow-up design uden brug af kontrolgruppe (Slesnick & Erdem, 2012) (se Bilagstabel 2.1 for resultater). Effekten af EBT er herefter testet i et randomiseret kontrolleret studie

blandt 60 mødre til børn i alderen 2-6 år (gns.: 3,7 (SD: 1,4)) (Guo et al., 2016). Heraf blev 30 mødre tilbudt indsatsen, mens kontrolgruppen alene fik den hjælp, som var tilgængelig via det herberg for hjemløse, hvor samtlige mødre var rekrutteret fra. Udfaldsmål i studiet inkluderede barnets trivsel/mentalt helbred (Child Behavior Checklist (CBCL)) rapporteret af mødrene samt stress i forældrerollen (Parenting Stress Index-SF (PSI-SF)).

Mødre i indsatsgruppen rapporterede statistisk signifikante reduktioner i deres børns internaliserende symptomer (Cohens $d = 0,61$) og eksternaliserende symptomer (Cohens $d = 0,62$), mens der ikke sås statistisk signifikante reduktioner hos børn af mødre i kontrolgruppen ved et 5-procents-signifikansniveau. Ingen af grupperne viste signifikante forbedringer i stress i forældrerollen, ligesom der heller ikke sås nogen signifikant forskel mellem indsats- og kontrolgruppe. Derudover varierede ændringer i stofbrugsfrekvens med stress i forældrerollen ($p < 0,05$), dvs. at reduktioner i stofbrugsfrekvensen over tid var forbundet med reduktioner i stress i forældrerollen.

Samlet set finder studiet altså en positiv effekt af indsatsen målt på barnets trivsel, også selvom der ikke sås nogen ændring i mødrenes stress i forældrerollen.



The Families Actively Improving Relationships (FAIR) program (Saldana, 2015) er en indsats målrettet mødre, som har et stofmisbrug, og hvor myndighederne har modtaget underretning om potentielt omsorgssvigt (neglect) af hjemmeboende børn. FAIR er et omfattende program, som både adresserer misbrug og søger at udvikle og understøtte forældrekompetencer. Programmet bygger på en grundlæggende forståelse af, at problemadfærd og misbrug udløses og vedligeholdes, når dette er mere tillokkende end mere hensigtsmæssig adfærd. Deltagerne skal således ved hjælp af adfærdsanalyser hjælpes til at identificere årsager og vedligeholdende faktorer for deres misbrug og uhensigtsmæssige forældreadfærd, samtidig med at der skal skabes positive incitamenter til afholdenhed og mere hensigtsmæssig forældreadfærd. Indsatsen leveres af et multidisciplinært team bestående af bl.a. rådgivere, færdighedscoaches og kliniske rådgivere og består af en kombination af samtaler, undervisning og incitamenter i form af belønning. Som belønning anvendes der 'FAIR bucks', som er en fiktiv valuta, som kan benyttes i FAIR butikken. Her kan forældrene købe dagligvarer, udstyr og tøj til børn, legetøj samt andre fornødenheder. Indsatsen består overordnet set af fem komponenter:

1. Forældreundervisning, der bygger på principper fra generelle forældreindsatser og sigter på at lære deltagerne at sætte grænser for barnet på en hensigtsmæssig måde, at løse problemer og bruge positive incitamenter over for barnet samt at håndtere forældrestress.

2. Misbrugsbehandling i relation til forældreadfærd, der består i, at deltagerne tilbydes samtalebaseret misbrugsbehandling. Her indgår der aspekter med relation til både forældreskab og at have et misbrug. Fx kan en øvelse gå ud på at tale om, hvordan man håndterer cravings, når man oplever udfordringer og stress i forbindelse med det at være forælder.
3. Ressource opbygning, som består i, at programmeredarbejdere tildeler deltagerne belønninger i form af FAIR bucks og hjælper dem med at indkøbe ting, som de kan bruge i hjemmet sammen med barnet. Projektmedarbejdere hjælper også deltagerne med at benytte de lokalt forankrede muligheder for børnefamilier, som findes i deltagerens nærmiljø. Formålet er at hjælpe deltagerne til at finde positive aktiviteter, som de nyder at lave med deres barn.
4. Brug af positive incitamenter (FAIR bucks) består i, at projektmedarbejderne bruger tildeling af FAIR bucks strategisk til at belønne positiv og prosocial adfærd.
5. Vedvarende engagement og støtte består i, at projektmedarbejderne er opsøgende og sørger for at tilbyde deltagerne en vedvarende kontakt og opmærksomhed, fx ved at sende deltagerne SMS-beskeder eller at tilbyde at køre dem til forskellige aftaler.



Effekten af FAIR programmet er blevet afprøvet i et amerikansk randomiseret kontrolleret pilotstudie (Saldana, 2015) blandt 34 mødre (børns alder ikke angivet) henvist til programmet af børnefaglige socialrådgivere, som mødte inklusionskriterierne om misbrug og underretning til de sociale myndigheder, blev randomiseret til enten at modtage FAIR eller standardbehandling. Standardbehandling bestod i mulighed for misbrugsbehandling, behandling i psykiatrisk regi og generel undervisning i forældrekompetencer. Indsatsen varede i 12 måneder, og udfaldsmål er målt 6 måneder efter start og ved indsatsens afslutning. Udfaldsmål inkluderede barnets trivsel målt med Child Behavior Checklist (CBCL) og Parent Daily Report (PDR) samt uhenigtsmæssig forældreadfærd (The Brief Child Abuse Potential Inventory) og stress i forælderrollen (Parenting Stress Index (PSI)). Der var et stort frafald i undersøgelsen, og ved 12 måneder var der således kun 12 mødre i indsatsgruppen og 9 mødre i kontrolgruppen.

Studiet rapporterer kun udfaldsmål over tid i hver af de to indsatsgrupper. Ved både 6 og 12 måneder sås en signifikant positiv udvikling i indsatsgruppen målt på barnets trivsel CBCL, Baseline: $M = 53,3$ ($SD = 20,97$); 12 måneder: $M = 35,63$ ($SD = 21,92$) og PDR (Baseline: $M = 23,16$ ($SD = 11,18$); 12 måneder: $M = 6,6$ ($SD = 6,47$), (begge $p < 0,05$). Endvidere sås der en positiv udvikling i stress i forælderrollen i indsatsgruppen, Baseline: $M = 236,85$ ($SD = 39,81$); 12 måneder: $M = 216,54$ ($SD = 53,85$), $p < 0,05$). Der sås derimod ingen signifikant udvikling i uhenigtsmæssig forældreadfærd i indsatsgruppen. I kontrolgruppen var der ingen signifikant forandring

over tid ved indsatsens afslutning bortset fra en positiv udvikling i barnets trivsel (PDR). Det bør dog bemærkes, at ved 12 måneder havde børn i kontrolgruppen en bedre gennemsnitlig score for trivsel målt på CBCL end børn i indsatsgruppen.

Samlet set peger studiet på en i bedste fald begrænset effekt af indsatsen på barnets trivsel. Ved 12 måneder var der kun marginale forskelle på barnets trivsel målt på CBCL i indsats og kontrolgruppen, Indsats: $M = 35,63$ ($SD = 21,92$); Kontrol: $M = 34,00$ ($SD = 22,27$). Studiet er meget lille og vurderes til at have en moderat risiko for bias. Der er således behov for flere studier, før man reelt kan vurdere effekten af FAIR.



The Sobriety Treatment and Recovery Teams (START) (Hall et al., 2021; Huebner, Hall, et al., 2021; Huebner, Willauer, et al., 2021) er en manualbaseret indsats rettet mod familier, hvor forældrenes stofmisbrug udgør en risiko for barnets trivsel. Målgruppen er familier med børn i alderen 0-5 år, hvor der ikke er igangsat foranstaltninger. Formålet med START er at sikre børn en tryk tilknytning til deres forældre, styrke forældrenes kompetencer og 'recovery' samt at forbedre hele familiens trivsel. I START arbejder en socialfaglig medarbejder og en 'recovery'-mentor, der har været i langvarig bedring fra stofmisbrug, tæt sammen om hver familie. Teamet håndterer 12-15 familier ad gangen. Fokus er rettet mod at sikre hurtig adgang til stofmisbrugsbehandling, at støtte forældre i at opbygge deres kompetencer samt at styrke familiens trivsel gennem et tæt samarbejde mellem de sociale myndigheder og behandlingssystemet. Eksempler på støtte kan være transport til behandling, regelmæssige familiemøder og forældre-barn tid for at styrke tilknytningen. Familier henvises til START inden for 14 dage efter en bekymringshenvendelse og får adgang til vurdering og de første fire behandlingssessioner inden for 38 dage.



Effekten af START er testet i to amerikanske retrospektive kohortestudier, der bruger propensity score matching til at etablere en kontrolgruppe (Hall et al., 2021; Huebner, Hall, et al., 2021). Resultaterne er efterfølgende blevet re-analyseret med henblik på en subgruppeanalyse i et tredje studie (Huebner, Willauer, et al., 2021). Inkluderede udfaldsmål var gentagen børnemishandling og omsorgssvigt (registrerede underretninger) efter den hændelse, der udløste henvisningen til START.

I Huebner et al. (Huebner, Hall, et al., 2021) testes effekten af START i et studie blandt 419 familier inkl. 784 børn i USA. Disse familier sammenlignes med 718 familier inkl. 784 børn, som modtog standardbehandling. Børnenes alder varierede fra nyfødt til 18 år (gns.: 4,0 år). Familierne i START blev henvist til psykiske sundhedscentre, som koordinerede misbrugsbehandling og leverede intensive ambulante behandlinger. Forældre i standardbehandlingsgruppen havde en behandlingsplan og en socialrådgiver tilknyttet. Gentagen børnemishandling og omsorgssvigt blev målt under indsatsen samt 6 og 12 måneder efter indsatsen. Der blev ikke fundet nogen statistisk signifikante forskelle i risikoen for gentagen børnemishandling og/eller

omsorgssvigt. Samme resultat finder Huebner et al. (Huebner, Willauer, et al., 2021), hvor data fra en subgruppe af samplet fra Huebner et al. (Huebner, Hall, et al., 2021) analyseres med fokus på effekten af START blandt børn af forældre med afroamerikansk baggrund, idet studiet specifikt ønsker at undersøge effekten af indsatsen på familier, hvor forældrene har afroamerikansk baggrund.



I Hall et al. (2021) testes effekten af START i studie blandt 521 børn og sammenlignet med 521 børn af forældre, der fik standardbehandling. Børnenes alder i dette studie varierede fra nyfødt til 5 år (gns.: 2,7 år). Kontrolgruppen bestod af børn af forældre, der ikke havde modtaget START, hvor myndighederne efter en børnefaglig undersøgelse fortsat var alvorligt bekymret, hvor barnet var under 6 år, da sagen blev oprettet, og hvis de var vokset op i nærheden af en stat, der tilbød START. Det konkrete tilbud, kontrolgruppen fik tilbudt, var således ikke nærmere specificeret. Indsats- og kontrolgruppen havde lige stor mulighed for at være i kontakt med 'family treatment courts'. For både indsats- og kontrolgruppe gjaldt det, at familiens yngste barn indgik i analysen. Studiet viste, at børn, hvis forældre havde modtaget START, var signifikant mere tilbøjelige til at være udsat for gentagen dokumenteret mishandling 12 måneder efter "indekshændelsen" (dvs. den første registrering af en underretning om barnet til de sociale myndigheder) (12,3 % vs. 6,1 %; 95 % CI = 3,0 %, 9,3 %; $p < 0,001$) end kontrolgruppen. Dette fund indikerer altså en negativ effekt af START, men forfatterne skriver, at det muligvis skal ses som et resultat af, at de deltagere, som fik START, blev udsat for en mere intensiv granskning og overvågning af myndighederne end kontrolfamilierne. Dette understreger, at underretninger kan være et problematisk udfaldsmål, når indsatsen i sig selv øger chancen for, at problematiske forhold i familien bliver opdaget.



Multisystemic Therapy-Building Stronger Families (MST-BSF) (Schaeffer et al., 2013) er en integreret behandlingsmodel for familier, hvor forældrene har misbrugsproblemer, og hvor børnene bliver udsat for omsorgssvigt. Indsatsen består af at teste forældrene for stofmisbrug (urin mv.) og belønne dem, når testen er negativ. Hvis forælderen er stærkt fysisk afhængig, bliver de indlagt for at blive afgiftet, mens børnene bliver passet. Der inkorporeres forskellige terapiformer alt efter behovet i den enkelte familie. Eksempler på disse er samtaler med en psykiater, samtaleterapi i gruppe eller individuelle samtaler med en socialrådgiver eller konkret hjælp til praktiske eller sociale udfordringer.



MST-BSF er ikke undersøgt i et egentligt effektstudie, men blev undersøgt i et før og efter studie (Schaeffer et al., 2013), blandt 25 mor-barn-par (børns gns. alder 12,8 år) henvist af Børne og Familie-afdelingen. De 25 mor-barn-par blev sammenlignet med 18 familier, der modtog 'Comprehensive Community Treatment' (CCT). De udfaldsmål, der er relevante for denne litteraturgennemgang, sammenlignes imidlertid ikke med kontrolgruppen. Inkluderede udfaldsmål var selvrapporteret angst-, depressions-, vredes-, dissociations- og PTSD-symptomer målt med Trauma

Symptom Checklist for Children (TSCC) og selvrapporteret forældreadfærd (Conflict Tactics Scale). Behandlingen med MST-BSF varede gennemsnitligt 285 dage, og alle mål blev målt før og efter indsatsen.

Studiet finder signifikante forbedringer i børnenes angstsymptomer ($t = 2,60$, $p = 0,018$, Cohens $d = 0,66$) ved endt behandling sammenlignet med før behandlingen. Der sås derimod ingen statistisk signifikante ændringer i depressions-, vredes-, dissociations- og PTSD-symptomer. Mødrene rapporterede signifikant mindre brug af ikke fysisk afstraffelse ($t = 2,26$, $p = 0,034$, Cohens $d = 0,45$) og psykisk vold ($t = 4,76$, $p = 0,000$, Cohens $d = 0,80$). Resultaterne bør dog tages med forbehold, idet der er tale om et lille studie uden brug af kontrolgruppe.

2.4 Opsamling

Samlet set peger vores gennemgang af de inkluderede studier på, at de psykoterapeutiske indsatser er de mest velundersøgte. Dels fandt vi flest effektstudier af psykoterapeutiske indsatser, dels var den metodiske kvalitet af studierne højere for studier af psykoterapeutiske, (men også helhedsorienterede indsatser), end den var i studier af de intensive indsatser. Imidlertid er det vigtigt at bemærke, at målgruppen for ambulante psykoterapeutiske indsatser kan være karakteriseret ved færre vanskeligheder, flere ressourcer og generelt at være lidt bedre stillet end målgrupperne for intensive og helhedsorienterede indsatser, hvor der er tale om ekstremt sårbare familier, som ud over forældrenes misbrug også har massive sociale problemer, eksempelvis i form af hjemløshed. Det betyder, at det kan være vanskeligt at sammenligne de tre indsatstyper direkte med hinanden, idet de henvender sig til forskellige målgrupper. Det er også værd at bemærke, at der er store overlap mellem de tre indsatstyper, fordi der i både intensive og helhedsorienterede indsatser indgår psykoterapeutiske elementer. Der er også enkelte af de psykoterapeutiske og intensive indsatser, som i lighed med de helhedsorienterede indsatser kan tilpasses den enkelte families behov, så ikke alle deltagere modtager præcis samme intervention.

Psykoterapeutiske indsatser

For de psykoterapeutiske indsatser fandt vi ni publikationer, som beskrev effektstudier af fem forskellige indsatser. Ingen af de inkluderede studier blev vurderet til at have lav risiko for bias, hvilket vil sige, at ingen af studierne har høj metodisk kvalitet. Den metodiske kvalitet er i fire af studierne vurderet som moderat (moderat risiko for bias), (Lam et al., 2008; Lowell et al., 2023; Suchman et al., 2011, 2017). Disse studier beskriver indsatserne 'Mothering from the Inside Out' og 'Parent Skills with Behavioral Couples Therapy'. De resterende fem studier vurderes at have en høj risiko for bias, dvs. lav kvalitet (Barlow et al., 2019; Brown et al., 2021; Dawe &

Harnett, 2007; Luthar et al., 2007; Luthar & Suchman, 2000). Disse indsatser beskriver indsatserne 'Parents under Pressure', 'Mindfulness-Informed Intervention for Child Welfare' og 'The Relational Psychotherapy Mothers' Group'. Alle indsatser er karakteriseret ved at være forældreindsatser (Tabel 2.1).

Samlet set peger resultaterne på, at der umiddelbart efter indsatsperioden ses positive forandringer både målt på barnet, forældrene og på samspillet imellem barn og forældre i indsatsgrupperne. De fleste studier havde dog ingen eller maksimalt 12 måneders opfølgning med, og der hersker således større tvivl om de mere langsigtede effekter. Hertil kommer, at de fleste af studierne var relativt små studier med få deltagere. Det er også værd at bemærke, at en del studier, som sammenligner med en kontrolindsats, også ofte fandt positive forandringer i kontrolgruppen (se eksempelvis Luthar et al. (2007) samt Lam et al. (2008), og at ikke alle studier målte på effekten mellem grupperne. Der var således tre studier, hvor effekterne alene er målt som forandring over tid i hver gruppe (Barlow et al., 2019; Dawe & Harnett, 2007; Lam et al., 2008). Resultaterne kan således give en indikation om, at det ikke nødvendigvis er den psykoterapeutiske retning, som er det vigtigste for behandlingsresultaterne, men at selve det at deltage i en samtalebaseret indsats på kort sigt kan støtte forældre evner for forældre med et misbrug, hvilket på kort sigt har positiv betydning for barnet.

Intensive indsatser

Vi fandt fem studier, som undersøgte effekten af intensive indsatser, men kun de to studier af henholdsvis 'Hjemmebesøgsindsats baseret på elementer fra Infant Health and Development Program (IHDP)' (Nair et al., 2003) og 'Option 2' (Forrester et al., 2016) havde en kontrolgruppe. Det har derfor kun været muligt at vurdere den metodiske kvalitet af disse to studier. Her blev hjemmebesøgsindsatsen med elementer fra IHDP (Nair et al., 2003) vurderet til at have moderat risiko for bias, mens studiet af 'Option 2' blev vurderet til at have høj risiko for bias (Forrester et al., 2016). Alle indsatser er karakteriseret ved at være familieindsatser, hvor barnet også indgår i indsatsen (Tabel 2.1).

Kun to studier kan bruges til at vurdere effekten af de intensive indsatser. Samlet set peger studierne på en i bedste fald begrænset effekt af indsatsen målt på barnets udvikling. I de resterende tre studier indgik der ikke en kontrol- eller sammenligningsgruppe. Det er således ikke muligt at vurdere effekterne, selvom der er tale om indsatser, som teoretisk set virker meningsfulde. Der er således behov for yderligere studier for at kunne vurdere effekten af intensive indsatser.

Helhedsorienterede indsatser

Vi fandt syv publikationer, der evaluerer helhedsorienterede indsatser. Samlet set beskriver de inkluderede studier fire forskellige indsatser, som er afprøvet i fire empiriske studier. Alle studier blev vurderet til at have en moderat risiko for bias. På samme måde som for de psykoterapeutiske indsatser peger de inkluderede studier samlet set på, at der umiddelbart efter behandlingen kan ses positive forandringer i indsatsgruppen både målt på børn, forældre og på samspillet mellem barn og forældre. Der er dog stor usikkerhed om de mere langsigtede effekter. Indsatserne er karakteriseret ved at være familieindsatser, bortset fra en enkelt indsats: Integrated Intervention/Ecologically-Based Treatment (EBT) (Guo et al., 2016; Slesnick & Erdem, 2012), der vurderes til at være en forældreindsats (Tabel 2.1).

Den metodiske kvalitet i de inkluderede studier var svingende, hvilket er forventeligt, set i lyset af at mange af indsatserne henvender sig til en meget sårbar gruppe af forældre, hvor et stort frafald må betragtes som uundgåeligt. I forhold til målgrupperne for de intensive og helhedsorienterede indsatser, hvor der er en åbenlys risiko for barnets trivsel, er der også nogle etiske udfordringer, som gør det svært at lave gode effektstudier, hvor kontrolgruppen ikke modtager nogen aktiv behandling. Samlet set er det vores vurdering, at den metodiske kvalitet af de inkluderede studier af psykoterapeutiske og helhedsorienterede indsatser er sammenlignelig med den kvalitet, man generelt ser i litteraturen om forældreindsatser, mens den metodiske kvalitet i studier af de intensive indsatser må betragtes som lav.

Tabel 2.1 viser de tre indsatstyper opdelt på hhv. forældre og familieindsatser.

Tabel 2.1 Psykoterapeutiske, intensive og helhedsorienterede indsatser opdelt på forældre- og familieindsatser

	Psykoterapeutiske indsatser	Intensive indsatser	Helhedsorienterede indsatser
Forældreindsatser	Parents under pressure (Barlow et al., 2019; Dawe & Harnett, 2007) Mothering From the Inside Out (Suchman, 2011; 2017; Lowell, 2023) Mindfulness-Informed Intervention for Child Welfare-Involved Families (Brown et al. 2021) The Relational Psychotherapy Mothers' Group (RPMG) (Luthar et al., 2007; Luthar & Suchman, 2000)		Integrated Intervention/Ecologically-Based Treatment (EBT) (Guo et al., 2016; Slesnick & Erdem, 2012)

	Psykoteraapeutiske indsatser	Intensive indsatser	Helhedsorienterede indsatser
	Parent Skills with Behavioral Couples Therapy (PSBCT) (Lam et al., 2008)		
Familieindsatser		Hjemmebesøgsindsats baseret på elementer fra Infant Health and Development Program (IHDP) (Nair et al., 2003) Option 2 (Forrester et al., 2016) Residential treatment facility (Killeen & Brady, 2000) Family-Focused Substance Abuse Treatment (McComish et al. 2003) Behandlingsbolig kombineret med et forældreprogram (Pajulo et al., 2011)	The Families Actively Improving Relationships (FAIR) program (Saldana, 2015) The Sobriety Treatment and Recovery Teams (START) (Hall et al., 2021; Huebner, Hall, et al., 2021; Huebner, Willauer, et al., 2021) Multisystemic Therapy-Building Stronger Families (Schaeffer et al., 2013)

Samlet vurdering af indsatser og relevans i en dansk kontekst

For at vurdere den samlede gennemsnitlige effekt af de forskellige typer af indsatser på de forskellige udfaldsmål ville det være nødvendigt at udføre en metaanalyse af effektstørrelserne, hvilket ikke ligger inden for denne rapports rammer.

Overordnet set er de psykoteraapeutiske indsatser den type af indsats, som på nuværende tidspunkt er mest velundersøgt. Resultaterne peger med en vis usikkerhed på, at denne type indsatser kan have en positiv effekt på børn i familier, hvor forældrene har eller har haft et misbrug. Der er tale om indsatser, som foregår ambulant, og som ofte ikke kan stå alene, idet de fleste indsatser forudsætter, at forældrene sideløbende modtager misbrugsbehandling eller allerede har modtaget en indsats, som gør, at de ikke har et aktivt misbrug. Dette forhold gør, at det måske er denne type af indsats, som ville være mest relevant at afprøve i et kontrolleret studie i en dansk kontekst, hvor forældrene har adgang til kommunal misbrugsbehandling. Når det imidlertid ikke er muligt at fremhæve en specifik navngiven indsats frem for en anden, så skyldes det, at de inkluderede indsatser minder en del om hinanden, og at studierne rapporterer relativt sammenlignelige positive effekter. At studierne anvender forskellige udfaldsmål, som dog alle er relevante, vanskeliggør også sammenligningen. På baggrund af de gennemgåede studier ser det altså ud til, at det at tilbyde støttende psykoteraapeutisk samtalebaseret terapi til forældre i kombination med aktuel eller tidligere misbrugsbehandling kan have positive effekter målt på både børn og forældre. Det er imidlertid ikke muligt at vurdere, om den psykoteraapeutiske retning eller specifikke teknikker er mere effektive end andre.

I Danmark er det sociale sikkerhedsnet for udsatte forældre større end i de lande, hvor de fleste af de intensive og helhedsorienterede indsatser er afprøvet, og det er svært at forestille sig, at børn i familier, hvor forældrene *både* har et aktivt misbrug og er hjemløse, ikke vil være underlagt foranstaltninger, som eksempelvis anbringelse af barnet uden for hjemmet. Hvis man i en dansk kontekst skulle gennemføre kontrollerede studier af intensive og helhedsorienterede indsatser, ville det således forudsætte et tæt samarbejde med kommunerne, idet det ville være etisk og juridisk umuligt at gennemføre et effektstudie, hvor ikke alle familier modtog aktiv behandling. Det ville således kun kunne lade sig gøre at sammenligne effekten af de indsatser, som indgår i litteraturgennemgangen, med de foranstaltninger, som kommunerne ellers ville pålægge forældrene. Dette kunne imidlertid stadig give god mening som en kvalitetssikring af kommunernes nuværende praksis.

Vi har i denne litteraturgennemgang ikke fundet nogen relevante danske studier, som kunne inkluderes. Vi har således ikke haft mulighed for at sammenligne de inkluderede studier med den behandling, som forældre med et misbrug modtager i Danmark i regi af familieambulatorier eller i kommunalt regi. Såfremt de inkluderede indsatser skulle implementeres i en dansk kontekst, ville det kræve et yderligere udviklingsarbejde. Det er vores vurdering, at dele af de inkluderede indsatser minder om tilbud, som findes i en dansk kontekst, men hvor der ikke findes videnskabelige evalueringer af effekten af indsatserne.

I forhold til hvilke indsatser, som det ville være mest relevant at afprøve i et effektstudie i samarbejde med kommuner som anbringende myndigheder, så virker den finske indsats: Behandlingsbolig kombineret med et forældreprogram (Pajulo et al., 2011), som den mest oplagte. Denne indsats er ikke afprøvet i et tidligere effektstudie, og vi kan derfor ikke vurdere effekten, men indsatsen minder om tilbud som 'mor og barn hjem', som også findes i Danmark. Der findes imidlertid ikke effektevalueringer af disse tilbud, hvilket ville være yderst relevant at gennemføre. Når vi fremhæver den finske behandlingsmodel, skyldes det, at det er vores vurdering, at Finland minder så meget om Danmark, at målgrupperne vil være sammenlignelige.

De helhedsorienterede indsatser, som er beskrevet i denne rapport, virker ikke oplagte at afprøve i en dansk kontekst uden en række tilpasninger. Der er imidlertid en række delelementer, som fx case management og den konkrete praktiske hjælp til løbende ad hoc problemer, som også kan være en relevant støtte for udsatte forældre med misbrug i en dansk kontekst. I en tilpasset version ville det således også kunne være relevant i samarbejde med kommunerne at afprøve effekten af en helhedsorienteret indsats i en dansk kontekst.

Fælles for alle de inkluderede indsatser i denne litteraturgennemgang er, at langt de fleste af de deltagende forældre var mødre. Dette er et generelt fund i den interna-

tionale litteratur om forældreindsatser. Der findes dog både i Danmark og internationalt en stigende bevidsthed om fædres betydning for børns udvikling. I en dansk kontekst ville det således være relevant også at have fokus på, hvordan indsatser kan tilpasses, så de også involverer fædre i de familier, hvor der er to forældre.

En yderligere ting, som størstedelen af de inkluderede studier har til fælles, er, at langt de fleste af indsatserne gives til forældre som en del af forældrerens misbrugsbehandling. I disse studier fremgår det også, at der findes en igangværende sag hos de sociale myndigheder på grund af bekymring for barnet. De fleste deltagere er altså henvist til behandling, og man kan nok diskutere frivilligheden, idet de fleste står i en situation, hvor manglende samarbejdsvilje vil kunne medføre, at barnet anbringes uden for hjemmet.

Enkelte studier skiller sig ud, idet der her er tale om en behandling, som forældre selv har opsøgt, uden at det fremgår af publikationerne, at der samtidig var en børnesag hos de sociale myndigheder. Dette gælder den helhedsorienterede indsats Integrated Intervention/Ecologically-Based Treatment (EBT) (Guo et al., 2016; Slesnick & Erdem, 2012), hvor det ikke var et inklusionskriterium, at forældrene var afholdende for at modtage indsatsen, samt indsatsen Parent Skills with Behavioral Couples Therapy (PSBCT) (Lam et al., 2008), hvor familien blev rekrutteret af forskere i forbindelse med, at fædrene modtog en alkoholbehandling, som de selv havde opsøgt. Endelig fremgår det ikke eksplicit af Killeen og Brady et al. (2000), hvordan deltagerne blev rekrutteret, men det fremgår, at der kun var plads til 16 familier på behandlingshjemmet, og det er uklart, om der var en egenbetaling for familierne. I alle tilfælde virker det som en indsats, hvor mødrene skulle udvise en høj grad af motivation for at komme i betragtning. I en dansk kontekst vil det – som tidligere nævnt – sandsynligvis være mest relevant at tilrettelægge indsatser, som størstedelen af studierne, ved at indsatsen tilbydes i forbindelse med misbrugsbehandlingen. Samtidig bør de sociale myndigheder inddrages for at sikre barnets trivsel og udvikling bedst muligt.

3 Forældre- og familieindsatser til forældre med kroniske smerter

I en tidligere litteraturgennemgang om social og emotionel trivsel blandt børn af forældre, der lever med alvorlige udfordringer (Rayce & Kessing, 2023), var fokus bl.a. på børn af forældre med fysisk sygdom. Her fandt et systematisk review med metaanalyse, at børn af forældre med kroniske smerter havde en signifikant og moderat højere grad af internaliserende og eksternaliserende symptomer samt en lavere grad af social kompetence (K. Higgins et al., 2015). Blandt børn af forældre med kronisk sygdom generelt samt blandt børn af forældre med kræft sås generelt relativt små effekter på internaliserende og eksternaliserende symptomer. Et delformål i denne rapport har således været at identificere indsatser målrettet forældre med kroniske smerter (Boks 2.1).

Boks 3.1 Rapportens definition og afgrænsning af kroniske smerter

Kroniske smerter omfatter i denne rapport diagnoser, som er karakteriseret ved smerter (fx gigt, migræne, fibromyalgi, irritabel tyktarm) eller kroniske smerter af anden årsag.

3.1 Fravær af studier om indsatser målrettet forældre med smerter

Ud af de 10.772 fremsøgte publikationer lykkedes det ikke at finde et eneste studie, der beskriver indsatser målrettet forældre med kroniske smerter samt deres effekt på 1) børns sociale og emotionelle udvikling og trivsel samt 2) forældres omsorgsevne, relationskompetence og stress i forældrerollen (se afsnit 5.2.2).

Dette fund kan skyldes flere forhold. Først og fremmest er det en mulighed, at vores søgestrategi i den ellers brede Campbell-søgning ikke har været tilstrækkelig bred i forhold til at kunne identificere indsatser målrettet forældre med kroniske smerter. Dette har vi imidlertid forsøgt at tage højde for gennem en målrettet tillægssøgning

indeholdende søgeord med særligt fokus på fysiske helbredsproblemer, smerter og diagnoser karakteriseret ved smerter (se Bilagstabel 3.2). Med udgangspunkt i resultatet af denne tillægssøgning mener vi med en relativt høj grad af sikkerhed at kunne konkludere, at der ikke findes relevante studier af indsatser, hvor målgruppen er defineret ved udelukkende at være forældre med kroniske smerter.

En anden mulig grund kan være, at de udfordringer, som forældre med kroniske smerter oplever, ikke adskiller sig så meget fra eller er overlappende med de problemer, som forældre med andre typer af udfordringer står over for (fx psykisk sygdom eller misbrug) (K. Higgins et al., 2015). Det er således muligt, at det ikke giver mening at udvikle og afprøve særskilte forældre- og familieindsatser, som alene er målrettet forældre med kroniske smerter, og at denne gruppe af forældre kan rummes i mere generelle indsatser til forældre med udfordringer. Dog er forældre med kroniske smerter og deres børn tidligere blevet beskrevet som en overset gruppe (W. A. Umberger et al., 2015). Endelig er en mulig årsag til vores manglende fund af indsatser, at forældre med kroniske smerter i højere grad modtager indsatser, der fokuserer på håndtering af smerter og mindre på forældreskab (W. A. Umberger et al., 2015). På baggrund af denne litteraturgennemgang er det dog ikke muligt at afgøre, hvad årsagen til det manglende fund af indsatser er.

I det følgende beskriver vi eksempler på indsatser, der ud fra en teoretisk tilgang potentielt kunne give mening for denne målgruppe. Dette omfatter også nogle af de indsatser, der er identificeret i gennemgangen af indsatser målrettet forældre med misbrug (kapitel 2).

3.2 Potentielt relevante indsatser

Som beskrevet indledningsvist i denne rapport er der en række forhold, der gør, at forældre med kroniske smerter kan have et lavere fysisk og mentalt overskud, som kan gøre det vanskeligt at imødekomme barnets følelsesmæssige behov for nærvær, samtale og interaktion. Det er derfor muligt, at forældre med kroniske smerter vil kunne have gavn af nogle af de forældre- og familieindsatser, som er udviklet til forældre med andre udfordringer. Eventuelt kunne man tilpasse eksisterende indsatser til målgruppen ved at tilføje moduler, som specifikt har fokus på smertehåndtering, og evt. udelade moduler, som er målrettet forældre, som er meget socialt udsatte.

3.2.1 Potentielt relevante indsatser teoretisk set

Teoretisk set er det muligt, at det, der opleves svært hos forældre med kroniske smerter, kan minde om nogle af de udfordringer, som man ser hos forældre, der lever med psykisk sygdom. Eksempelvis kan kroniske smerter gøre det sværere at imødekomme alle de praktiske opgaver, som er forbundet med børns fysiske behov for stimulation, leg, omsorg og pasning, ligesom at smerter til tider kan gøre det vanskeligt for forældre at imødekomme barnets følelsesmæssige behov i tilstrækkelig grad (K. Higgins et al., 2015; Wilson & Fales, 2015). Det er derfor muligt, at forældre, der lever med smerter, i nogle tilfælde kan have glæde af indsatser, som har fokus på at hjælpe og støtte forældrene til at holde fokus på barnets behov og dermed øge tryk og tilknytning mellem barn og forældre. Sådanne indsatser har vist positive resultater målt på barnets udvikling og trivsel i studier med andre målgrupper. Eksempler på dette er præsenteret i Tabel 3.1.

Tabel 3.1 Relevante indsatser ud fra et teoretisk perspektiv

Indsats	Beskrivelse
Minding the Baby (MTB)	MTB er en indsats, hvor deltagerne tilbydes hjemmebesøg. Programmet har været anvendt til forskellige typer af sårbare mødre, deres spædbørn og familier. Indsatsen begynder i andet trimester af graviditeten. Familierne besøges ugentligt gennem graviditeten, under fødslen og frem til barnets første leveår, hvorefter der sker besøg hver anden uge, indtil barnet fylder 2 år. MTB leveres af et tværfagligt team bestående af en sygeplejerske og en socialrådgiver. Sygeplejersken og socialrådgiveren skiftes til at tage på hjemmebesøg gennem hele programmet, og deltager til tider begge to, når det skønnes nødvendigt. Hyppigheden af besøg tilpasses efter hver families behov med mulighed for hyppigere besøg i krisesituationer. Selvom indsatsen primært fokuserer på mor og barn, opfordres fædre til at deltage, ligesom andre vigtige personer i morens liv, fx hendes egen mor eller søskende, også kan inddrages (Slade et al., 2020).
Circle of Security (COS)	COS blev oprindeligt udviklet som et 20-ugers gruppeprogram målrettet forældre med forskellige risikofaktorer. Programmet er nu tilgængeligt som COS-P, der er en kortere version med 8 sessioner. COS-P er forankret i tilknytningsteori. Programmet gennemføres som en samtale med en vejleder eller terapeut og understøttes af videoer og billedmateriale. COS kan gennemføres med en enkelt familie eller som et gruppetilbud og findes også i en online version (Zimmer-Gembeck et al., 2022).
Mentaliseringsbaseret familierapi (MBT)	MBT (mentaliseringsbaseret terapi) er en psykoterapeutisk retning, hvorigennem en terapeut arbejder med at hjælpe klienter med at forstå og tolke både deres egne og andres tanker og følelser. Terapien bygger på tilknytningsteori og fokuserer på at styrke mentaliseringsevnen, dvs. at blive bedre til at forstå, hvordan følelser påvirker adfærd. Gennem en tryk relation med terapeuten lærer klienten at være nysgerrig og reflekterende over egne og andres oplevelser, hvilket kan forbedre evnen til at håndtere sociale relationer og følelsesmæssige udfordringer. MBT kan anvendes både individuelt og i gruppe og kan både anvendes til enkeltpersoner eller til familier. MBT har den fordel, at indsatsen i modsætning til COS og MTB kan anvendes til familier med større børn og ikke blot børn under 36 måneder (Byrne et al., 2020).

Ud over indsatser, der har fokus på at hjælpe forældrene med at holde fokus på barnets behov, er det også muligt, at familier, hvor en forælder lever med kroniske smerter, kunne have glæde af systemisk familieterapi (Umberger et al., 2013). Her vil et oplagt udgangspunkt være forståelsen af, at de kroniske smerter påvirker familien som helhed med henblik på at hjælpe familien til sammen at udvikle hensigtsmæssige handlestrategier. Hverken systemisk familieterapi eller de indsatser, der er beskrevet ovenfor, er dog testet blandt forældre med kroniske smerter. Hvis ovenstående indsatser skulle afprøves og tilpasses forældre med smerter, er det vigtigt at holde sig for øje, om forældrenes smerteproblematik er en enkeltstående udfordring for familien, eller om familien også har andre risikofaktorer. Hvis forældrenes smerteproblematik er den eneste risikofaktor, er det muligt, at nogle af de førnævnte indsatser vil være for omfattende, idet de er udviklet til familier, som typisk har mere end én risikofaktor. Hvis forælderens smerter er den eneste risikofaktor, er det muligt, at en mere kortvarig indsats med fokus på smertehåndtering i relation til forældreskabet vil være lige så effektiv og måske også opleves som mere acceptabel for forældre, som lever med smerter.

3.2.2 Potentielt relevante indsatser evalueret blandt forældre med misbrug

Blandt de indsatser, vi har identificeret i litteraturgennemgangen af indsatser målrettet forældre med misbrug (kapitel 3), er der i tråd med ovenstående afsnit tre indsatser, vi ud fra et *teoretisk* udgangspunkt vurderer som potentielt relevante for forældre med kroniske smerter i en dansk kontekst. Denne vurdering er ligesom i rapportens kapitel 2 bygget på betragtningen om, at det sociale sikkerhedsnet i Danmark er større end i de lande, som mange af de inkluderede studier kommer fra.

Mothering From the Inside Out (MIO) (Lowell et al., 2023; Suchman et al., 2011, 2017) bygger som andre mentaliseringsbaserede programmer på en forståelse af, at mentalisering og dermed evnen til at se og reagere hensigtsmæssigt på barnets behov kan komme under pres, når forældre selv oplever vanskeligheder af mange forskellige årsager. Vi vurderer derfor, at MIO potentielt også kunne være relevant for forældre, som lever med smerter, idet der er tale om en ambulant indsats, der kan ses som et supplement til den behandling, som den smerteplagede forælder individuelt måtte tilbydes.

Mindfulness-Informed Intervention for Child Welfare-Involved Families (Brown et al., 2021) er et relativt kort program, der er baseret på mindfulness teknikker. Formålet med indsatsen er at hjælpe forældre til at håndtere udfordrende situationer med deres børn på en mere hensigtsmæssig måde. Mindfulness teknikker kan anvendes til stress reduktion, og indsatsen vil derfor muligvis kunne tilpasses forældre, der lever med smerter, såfremt disse udfordres af deres smerter, eller at deres smerter har betydning for deres tålmodighed i de udfordrende situationer, som alle

forældre oplever med deres børn. Mindfulness teknikker anvendes også i smertehåndteringsindsatser, og forældreindsatsen vil således måske kunne udgøre et meningsfuldt supplement til den behandling, som den smerteplagede forælder individuelt måtte tilbydes.

Integrated Intervention/Ecologically-Based Treatment (EBT) (Guo et al., 2016; Slesnick & Erdem, 2012) er en indsats, der tager udgangspunkt i, at behandlerne skal møde forældre der, hvor de er. Det er således en fleksibel behandlingsmodel, hvor behandlingen tilpasses den enkelte families behov og i høj grad også består i praktisk og økonomisk hjælp. Selvom indsatsen er udviklet til en målgruppe med massive problemer i form af både hjemløshed og misbrug, så vurderer vi, at dele af indsatsen kan være relevant for forældre, der lever med smerter. Særligt kan den del af EBT, der består af 'case management' og hjælp til at løse praktiske ad hoc opgaver i forbindelse med forældreskabet, være relevant for nogle forældre med smerter. Dette skyldes, at det i litteraturen er velbeskrevet, at fysiske smerter har betydning for forældres muligheder og overskud til at deltage i aktiviteter i barnets liv (Wilson & Fales, 2015), hvilket denne type indsats ville kunne bidrage til at modvirke.

3.3 Opsamling

Vi har i denne systematiske litteraturgennemgang ikke identificeret studier, som omhandler forældre- og familieindsatser målrettet forældre, der lever med kroniske smerter. På baggrund af litteraturen om forældre med kroniske smerter giver det dog mening at antage, at der i denne målgruppe er familier, som kunne have glæde af støttende forældre- eller familieindsatser. Der er imidlertid mange fælles træk i de udfordringer, som forældre med smerter og forældre med andre typer af vanskeligheder oplever. Der er derfor *teoretisk* belæg for at antage, at forældre med smerter ville kunne drage nytte af nogle af de eksisterende forældre- og familieindsatser, som er udviklet til en bred målgruppe af forældre med forskelligartede vanskeligheder. Dog ville disse eksisterende indsatser nok skulle tilpasses ved at inkludere moduler, som specifikt adresserer de problemstillinger, som knytter sig til smertehåndtering. Blandt de indsatser, der er beskrevet i denne rapports kapitel 3, kan 'Mothering From the Inside Out (MIO)' (Lowell et al., 2023; Suchman et al., 2011, 2017), 'Mindfulness-Informed Intervention for Child Welfare-Involved Families' (Brown et al., 2021) og dele af 'Integrated Intervention/Ecologically-Based Treatment (EBT)' (Guo et al., 2016; Slesnick & Erdem, 2012) fremhæves som potentielt relevante indsatser, der muligvis ville kunne tilpasses målgruppen af forældre med kroniske smerter i en dansk kontekst. På et generelt plan er det også muligt, at forældre med kroniske smerter kan have glæde af indsatser, der har fokus på at hjælpe og støtte forældrene til at holde fokus på barnets behov og dermed øge tryk og tilknytning mellem barn og forældre.

4 Konklusion

Formålet med denne litteraturgennemgang har været at skabe et overblik over, hvad der findes af viden om effekter af forældre- og familieindsatser målrettet forældre med misbrug eller kroniske smerter med fokus på børns sociale og emotionelle udvikling og trivsel og på forældres relationskompetencer, omsorgsevne og stress i forældrerollen. Formålet har herudover været at undersøge, om der er indsatser, som synes særligt lovende baseret på den eksisterende forskningslitteratur.

Indsatser til forældre med misbrug

Gennemgangen af forskningslitteraturen om indsatser rettet mod forældre med misbrug viser, at psykoterapeutiske indsatser er mest veldokumenterede med en højere metodisk kvalitet sammenlignet med studier af intensive indsatser. Dog ser det ud til, at målgruppen for psykoterapeutiske indsatser ofte har lidt færre sociale udfordringer end målgrupperne for de intensive og helhedsorienterede indsatser, hvor der ofte er tale om meget sårbare familier med flere akutte sociale og økonomiske vanskeligheder, fx hjemløshed. Dette betyder, at resultaterne fra de forskellige indsatsgrupper ikke uden videre kan sammenlignes.

Psykoterapeutiske indsatser er undersøgt i ni publikationer med fem forskellige indsatser, hvoraf flere viste kortsigtede forbedringer i forældrekompetencer, børns trivsel og samspeilet mellem forældre og barn. Dog var ingen af studierne af høj metodisk kvalitet, og opfølgningen på indsatsernes langtidseffekter var begrænset til maksimalt 12 måneder. Resultaterne antyder, at det ikke nødvendigvis er terapiformen, der skaber resultaterne, men selve deltagelsen i en samtalebaseret indsats, som kan have en positiv, men kortvarig effekt på forældre og børn i familier, hvor en eller begge forældre har et misbrug.

Intensive indsatser blev belyst i fem studier, men kun to havde kontrolgrupper, hvilket begrænser muligheden for at drage konklusioner om deres effekt. Disse to studier viste en begrænset effekt på børnenes udvikling. De øvrige studier fokuserede primært på teoretiske beskrivelser af indsatsmodellerne og studier med før- og efter målinger, og der er derfor behov for yderligere forskning for at opnå en samlet vurdering af effekten.

Helhedsorienterede indsatser blev belyst i fire empiriske studier, som også fandt positive ændringer kort tid efter behandlingen, både hos forældre, børn og i deres indbyrdes relation. På trods af disse positive resultater mangler dokumentation af langtidseffekterne.

Samlet set peger litteraturen på kortsigtede forbedringer ved flere psykoterapeutiske og helhedsorienterede indsatser, men mere forskning, eventuelt i form af en metaanalyse, vil være nødvendig for at vurdere de samlede effekter og de potentielle langvarige fordele ved de forskellige indsatstyper.

De psykoterapeutiske indsatser udgør aktuelt den bedst dokumenterede indsats-type til forældre, der har eller har haft misbrugsproblemer. De inkluderede studier peger på en potentiel positiv effekt af disse indsatser, forudsat at forældrene modtager eller tidligere har modtaget misbrugsbehandling. I en dansk kontekst, hvor kommunal misbrugsbehandling er tilgængelig, kunne det være relevant at afprøve de inkluderede psykoterapeutiske indsatser i kontrollerede studier. Det er på baggrund af litteraturgennemgangen dog ikke muligt at fremhæve én specifik psykoterapeutisk indsats frem for en anden, da de inkluderede indsatser ligner hinanden betydeligt, og studierne rapporterer relativt ensartede positive resultater. Desuden benytter studierne forskellige udfaldsmål, som alle er relevante for denne litteraturgennemgang, men som komplicerer direkte sammenligning. Litteraturgennemgangen peger imidlertid på, at støttende, samtalebaseret psykoterapi til forældre i kombination med igangværende eller tidligere misbrugsbehandling ser ud til at have positive effekter for både børn og forældre.

Ligeledes kunne det i samarbejde med kommunerne være relevant at afprøve de helhedsorienterede indsatser, eksempelvis den finske model med behandlingsboliger og tilknyttede forældreprogrammer. Denne tilgang vurderes anvendelig i Danmark grundet de strukturelle ligheder med Finland, men der mangler viden om effekten. Samtidig kan komponenter som case management og praktisk støtte også tænkes at kunne understøtte forældre med misbrug i en dansk kontekst.

I Danmark er det sociale sikkerhedsnet for udsatte forældre dog mere omfattende end i de lande, hvor intensive og helhedsorienterede indsatser typisk er afprøvet. Børn i familier med aktivt misbrug og hjemløshed vil ofte være underlagt foranstaltninger som anbringelse uden for hjemmet. For at gennemføre kontrollerede studier af sådanne indsatser i en dansk kontekst vil det være nødvendigt med et tæt samarbejde med kommunerne, da det etisk og juridisk ikke er muligt at undlade behandling til nogen familier. Effekten kunne dog undersøges ved at sammenligne med kommunernes eksisterende tiltag, hvilket ville være værdifuldt som kvalitetssikring af nuværende praksis.

Indsatser til forældre med kroniske smerter

Vi har i litteraturgennemgangen ikke identificeret studier, der specifikt adresserer forældre- og familieindsatser målrettet forældre med kroniske smerter. Alligevel tyder eksisterende forskning på, at denne målgruppe kunne have udbytte af støttende forældre- og familieindsatser (K. Higgins et al., 2015; Wilson & Fales, 2015). Flere af

de udfordringer, som forældre med kroniske smerter står over for, afspejler de vanskeligheder, som forældre med andre typer af udfordringer også oplever. Der er derfor teoretisk grundlag for at antage, at visse indsatser udviklet til en bred målgruppe af sårbare forældre også kan være anvendelige for forældre med kroniske smerter.

Af de inkluderede indsatser i denne rapport vurderes det på et teoretisk grundlag, at dele af indsatser som 'Mothering From the Inside Out (MIO)', 'Mindfulness-Informed Intervention for Child Welfare-Involved Families' og dele af 'Integrated Intervention/Ecologically-Based Treatment (EBT)' potentielt ville kunne tilpasses og afprøves til målgruppen af forældre med kroniske smerter i en dansk kontekst.

Metodemæssige overvejelser

Den omfattende systematiske søgestrategi samt målrettede tillægssøgninger udgør en styrke ved denne litteraturgennemgang, idet vi med en relativt høj grad af sikkerhed kan konkludere, at vi har identificeret alle de relevante studier, som levede op til inklusionskriterierne. Det er imidlertid en mulighed, at forældre med smerter indgår i studier af indsatser til forældre med andre typer af vanskeligheder, inklusive misbrug, og at det kan være en årsag til, at vi ikke har fundet studier målrettet denne gruppe af forældre.

De inkluderede studier peger på, at der er positive effekter på en række forskelligartede udfaldsmål, men da der er anvendt en lang række forskellige udfaldsmål, er det svært at vurdere den samlede gennemsnitlige effekt af de tre indsatstyper. Dette ville kræve flere studier, og at man lavede en metaanalyse. Af samme årsag kan det være vanskeligt at sammenligne de enkelte indsatser. En anden metodisk udfordring er, at forældrene, som udgør målgrupperne for de inkluderede indsatser, ikke udgør en homogen gruppe, men kan siges at ligge på et kontinuum, hvor den ene ende udgøres af forældre, som har misbrug som det primære problem, mens der i den anden ende findes forældre i massive psykiske og sociale vanskeligheder, hvor misbruget kun udgør en del af familiens samlede problemer. Det er derfor heller ikke nødvendigvis hensigtsmæssigt at sammenligne effekterne af de forskellige indsatstyper med hinanden, da det må forventes, at de forældre, hvor misbrug er det eneste eller primære problem, er nemmere at hjælpe end forældre, der ud over misbrug også lider af psykisk sygdom, er hjemløse eller lever i fattigdom. Generelt var det også et fund i alle inkluderede studier, at der er relativt få familier, hvor misbrug udgør den eneste risikofaktor.

Perspektivering

De identificerede indsatser, især de intensive og helhedsorienterede tilgange, er primært målrettet særligt socialt udsatte forældre med alvorlige misbrugsproblemer

og andre alvorlige sociale problemer. Et væsentligt spørgsmål er, i hvilken grad disse indsatser kan overføres til forældre med socialt set mindre komplekse (misbrugs)problemer, som fx alkoholisme, samt hvordan man effektivt kan nå den gruppe, som befinder sig i en overgangsfase fra aktivt misbrug til bedring. I den danske kontekst er de eksisterende tilbud til forældre i denne overgangsperiode ofte begrænset til misbrugsbehandling, og man kan derfor forestille sig, at der er et behov for at udvikle integrerede indsatser, som ikke kun fokuserer på misbrugsbehandling, men også støtter forældrene i at håndtere de relaterede sociale og emotionelle udfordringer. Det vil derfor være relevant at undersøge, hvordan de eksisterende indsatser kan tilpasses og udvides, så de imødekommer behovene hos forældre, der er på vej ud af et misbrug, og dermed sikre en mere helhedsorienteret støtte for denne sårbare gruppe i en dansk kontekst.

Det er imidlertid væsentligt at fremhæve, at der i denne litteraturgennemgang ikke blev fundet nogle relevante danske studier, som kunne inkluderes, og at vi derfor ikke har haft mulighed for at sammenligne de inkluderede studier med den behandling, som forældre med et misbrug modtager i Danmark i regi af familieambulatorier eller i kommunalt regi.



Dokumentation

5 Metode

Denne litteraturgennemgang er en systematisk gennemgang af kvantitative primærstudier, der undersøger effekten af forældre- og familieindsatser målrettet henholdsvis forældre med misbrug eller forældre, der lever med kroniske smerter. Dette kapitel beskriver litteraturgennemgangens design og metode.

5.1 Begrebsafklaring og afgrænsning

Litteraturgennemgangens fokus er forældre- og familieindsatser målrettet forældre med misbrug eller kroniske smerter samt at beskrive effekten af disse på deres 0-18-årige børns sociale og emotionelle udvikling og trivsel samt forældres relationskompetencer, omsorgsevne og stress i forældrerollen. I de følgende afsnit beskriver vi, hvordan målgrupper, indsatstyper samt udfaldsmål defineres og afgrænses.

5.1.1 Målgrupper

Vi inkluderer indsatser, der er målrettet forældre med én eller begge af følgende udfordringer:

- Misbrug
- Kroniske smerter.

Forældrene kan ud over misbrug eller smerter også have andre alvorlige udfordringer i deres liv. Eksempler på sådanne er psykisk sygdom, anden somatisk sygdom, kriminalitet eller andre sociale problemer. For at et studie inkluderes i litteraturgennemgangen er det imidlertid en forudsætning, at alle forældre, der modtager den indsats, som et studie undersøger, har en eller begge af de to hovedudfordringer. Tabel 5.1 beskriver definitioner og afgrænsninger af de to målgrupper.

Tabel 5.1 Målgruppe for indsatserne – definitioner og afgrænsninger

Målgruppe	Definitioner og afgrænsninger
Forældre med misbrug	Omfatter forældre med et misbrug eller et problematisk brug af alkohol, hash, opioider eller andre euforiserende stoffer. Et problematisk brug defineres her som et højt forbrug, eller at forældrene er påvirkede, når de er sammen med deres børn. Misbrug eller problematisk brug kan både være målt ved selvrapportering eller ved objektive metoder.
Forældre med kroniske smerter	Omfatter forældre med diagnoser, som er karakteriseret ved smerter (fx gigt, migræne, fibromyalgi, irritable tyktarm) eller forældre, der af anden årsag lever med kroniske smerter.

5.1.2 Indsatser

De indsatser, som vi inkluderer, kan være kendetegnet ved alene at involvere forældre (forældreindsatser), eller de kan involvere både forældre og børn (familieindsatser). Med udgangspunkt i forældrene som barnets primære omsorgsgivere har der ud fra et forebyggelsesmæssigt perspektiv været fokus på, at litteraturgennemgangens indsatser som minimum skulle indeholde en indsats, der var rettet mod forældrene. Vi afgrænser os således fra indsatser, som udelukkende er målrettet børn af forældre med de pågældende udfordringer. Det betyder også, at vi ikke inkluderer indsatser, der foregår, mens barnet er anbragt uden for hjemmet. Tabel 5.2 beskriver litteraturgennemgangens to overordnede indsatstyper.

Ud fra et ønske om at afdække, hvilke indsatser der findes, har vi ikke afgrænset indsatser efter intensitet eller faggruppe. Dette vil sige, at vi inkluderer alle indsatser uanset antal sessioner og længde, og uanset om det er frivillige eller professionelle, som udfører indsatsen.

Tabel 5.2 Litteraturgennemgangens overordnede indsatstyper

Indsatstype	Beskrivelse
Forældreindsatser	Indsatser målrettet forældre. Typisk vil disse indsatser bestå af psyko- edukation eller samtaleterapi udført af en fagperson, enten i individuelle forløb eller gruppeindsatser. Der kan også være tale om mere støttende indsatser, som samtalegrupper ledet af en frivillig eller indsatser med fo- kus på praktisk hjælp omkring barnet og familiens dagligdag.
Familieindsatser	Indsatser, der involverer barn/børn i familien direkte. Dette kan være sam- taleterapi med den enkelte familie, eller det kan være indsatser, hvor flere familier modtager indsatsen samtidig. Familieindsatser kan også bestå i hjemmebesøg, hvor en fagperson tilbyder forældrene konkret feedback på deres interaktioner med og omsorg for barnet.

5.1.3 Udfaldsmål

Litteraturgennemgangen har to overordnede kategorier af udfaldsmål:

- Børns sociale og emotionelle udvikling og trivsel
- Forældres relationskompetence, omsorgsevne og stress i forælderrollen.

Barnets sociale og emotionelle udvikling og trivsel defineres bredt og inkluderer også barnets tilknytningsstil og samspil med forældre.

Ud fra et fokus på, om indsatserne reelt kommer barnet til gode i form af en effekt på barnets udvikling og trivsel, betragtes børns sociale og emotionelle trivsel som litteraturgennemgangens primære udfaldsmål. Forældres relationskompetence, omsorgsevne og stress i forælderrollen indgår således som sekundært udfaldsmål. Det betyder, at studier kun inkluderes, såfremt der som minimum indgår et mål for barnets sociale og emotionelle udvikling og trivsel. Tabel 5.3 beskriver de to kategorier af udfaldsmål.

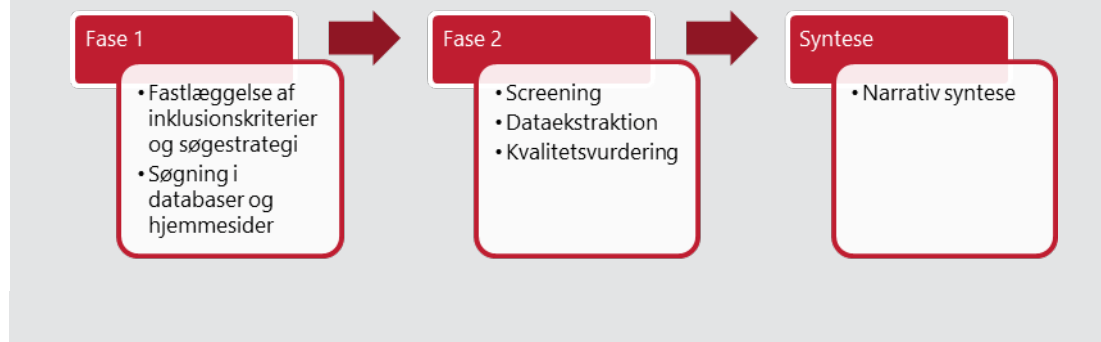
Tabel 5.3 Litteraturgennemgangens overordnede kategorier af udfaldsmål

Kategori af udfaldsmål	Beskrivelse
Børns sociale og emotionelle trivsel	Omfatter socioemotionel udvikling, tilknytning, mål for barnets interaktion med forældre, mål, der vedrører barnets velbefindende og livskvalitet, symptomer på psykisk sygdom samt andre mål for barnets sociale og emotionelle velbefindende, fx lavt selvværd, ensomhed, stigma. Herudover inkluderes også mål for underretninger sendt til sociale myndigheder om, at barnet har været udsat for vold, misbrug eller omsorgssvigt som et proxymål for trivsel.
Forældres relationskompetence, omsorgsevne og stress i forælderrollen	Omfatter alle mål, som måler på forældrenes evne til at drage omsorg for barnet, som forældres evne til mentalisering, reflektiv funktion, emotionel tilgængelighed, stress i forælderrollen og mål for interaktionen mellem forælder og barn. Herudover indgår også mål for risikoen for, at forælderen vil udsætte sit barn for vold eller omsorgssvigt. Disse mål kan både være baseret på forælderen selvrapporterede adfærd og på vurderinger fra professionelle.

5.2 Fremgangsmåde

Litteraturgennemgangens overordnede proces har været opdelt i tre faser: søgning, screening og syntese af resultater (Figur 5.1). De tre faser uddybes i de efterfølgende afsnit.

Figur 5.1 **Proces for litteratursøgning, screening, kodning, kvalitetsvurdering og syntese**



Kilde: VIVE.

5.2.1 Fase 1: Litteratursøgning

Litteraturgennemgangen omfatter en gennemgang af videnskabelige artikler, afhandlinger, bøger og videnskabelige rapporter publiceret i perioden 2000-2024.

Søgningen er foretaget som en integreret del af søgningen til et Campbell review af forældreindsatser til forældre med alle kendte risikofaktorer (Dalgaard et al., 2024). Der er således tale om en meget bred søgning, som også dækker denne litteraturgennemgangs fokus: forældreindsatser til forældre med misbrug eller kroniske smerter. Denne brede søgning er efterfølgende screenet i henhold til denne litteraturgennemgangs specifikke inklusions- og eksklusionskriterier (se Tabel 5.4).

Søgestrategien i Cambell-søgningen er tilrettelagt med henblik på at identificere alle typer af forebyggende forældre- og familieindsatser. Der er søgt litteratur i 9 internationale elektroniske databaser:

- SocINDEX
- PsychInfo
- EconLit
- ERIC
- CINAHL
- Academic Search Premier
- Science Citation Index (Web of Science, Clarivate)

- Social Science Citation Index (Web of Science, Clarivate)
- Sociological Abstracts (ProQuest).

Disse databaser repræsenterer tilsammen psykologi, sundhedsvidenskab sociologi og økonomi. Søgestreng og søgeopbygning er tilpasset de enkelte databaser og er blevet til i samarbejde med en erfaren søgespecialist (se Bilagstabel 3.1 for eksempel på søgestreng).

I den brede Campbell-søgning indgår somatisk sygdom og fysiske helbredsproblemer som relativt overordnede søgetermer. Derfor har vi ud over denne søgning foretaget en tillægssøgning i de samme databaser, men med fokus på specifikke søgetermer for smerter, helbredsproblemer og diagnoser karakteriseret ved kroniske smerter (se Bilagstabel 3.2 for eksempel på søgestreng).

Ud over søgningen i internationale elektroniske databaser har vi foretaget en gennemgang af referencelisterne fra en række centrale, men lidt bredere systematiske reviews med henblik på at undersøge, om det var muligt at identificere yderligere primærstudier, der opfyldte denne litteraturgennemgangs inklusionskriterier. Disse systematiske reviews er identificeret via screeningen af søgeresultater. Endelig er der søgt efter nordiske forskningsrapporter på en række centrale skandinaviske vidensinstitutioners hjemmesider (se Bilagstabel 3.3).

Litteratursøgningen er gennemført i februar 2024 og afgrænset til publikationer på engelsk, dansk, svensk og norsk publiceret i år 2000 eller derefter.

5.2.2 Fase 2: Screening, dataekstraktion og kvalitetsvurdering

De fremsøgte referencer er blevet screenet i to trin af en seniorforsker, en analytiker og studenter. Alle referencer i både Campbell og tillægssøgningen er dobbelt screenet, hvilket vil sige, at to forskellige medarbejdere har screenet samme referencer både på titel og abstract og derefter på fuldttekst. For begge trin gælder det, at usikkerhed vedrørende inklusion eller eksklusion blev drøftet med en anden projektmedarbejder. Screeningens trin er følgende:

På første trin blev alle referencer screenet på baggrund af titel og abstract. Studier, der ikke med sikkerhed kunne ekskluderes, gik videre til næste trin. På andet trin blev fuldtekster fremskaffet og efterfølgende screenet med henblik på endelig inklusion eller eksklusion. I første trin blev der alene screenet efter, om et studie kunne være relevant for det brede Campbell review, denne rapport eller begge dele. På andet trin blev der screenet specifikt efter, om studier var relevante for denne rapportes litteraturgennemgang.

Inklusions- og eksklusionskriterier er beskrevet i Tabel 5.4.

Tabel 5.4 Inklusions- og eksklusionskriterier

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Population Forældre med en eller begge af følgende udfordringer: ▪ Misbrug eller problematisk brug af alkohol, opioider eller andre euforiserende stoffer ▪ Kroniske smerter. Forældrene kan have andre udfordringer (fx psykisk eller somatisk sygdom eller fysisk handicap), men alle i studiepopulationen skal være forældre med et misbrug eller kroniske smerter. Forældre med børn i alderen 0-18 år. Studier fra vestlige OECD-lande.	Studier, hvor ikke alle de forældre, indsatsen retter sig mod, har et misbrug/problematisk brug eller en diagnose med kroniske smerter. Studier af indsatser, der er målrettet forældre med voksne børn.
Indsats ▪ Forældreindsatser (fx psykoterapi, psykoedukation individuelt eller i gruppeindsatser, samtalegrupper eller indsatser med fokus på praktisk hjælp i familiens dagligdag) ▪ Familieindsatser (fx systemisk familieterapi, flerfamilieterapi eller forælder/barn indsatser.	Indsatser, der udelukkende er målrettet barnet. Indsatser, der udelukkende fokuserer på misbrugsbehandling.
Udfaldsmål Studier med kvantitative udfaldsmål Primært: ▪ Børns sociale og emotionelle udvikling og trivsel (fx socio-emotionel udvikling, tilknytning, symptomer på psykisk sygdom, livskvalitet, ensomhed, tegn indberetning/tegn på omsorgssvigt) Sekundært (såfremt, der også indgår et bål for børns sociale emotionelle udvikling og trivsel: ▪ Forældres relationskompetence, omsorgsevne og stress i forælderrollen (fx mentalisering, emotionel tilgængelighed, stress i forbindelse med forældreskabet og mål for 'risk of abuse'.	Studier uden et kvantitativt udfaldsmål. Indsatser, der udelukkende rapporterer udfaldsmål på forældre niveau.
Studiedesign Kvantitative studier: Primært studier, der anvender et: ▪ Randomiseret kontrolleret studiedesign (RCT) Quasi-randomiseret kontrolleret studiedesign: ▪ Studier, der anvender instrumentvariable, difference-in-difference eller propensity scores. Sekundært studier, der anvender andre kvantitative studiedesigns eller protokoller for kvantitative studier.	Kvalitative studier
Publikationstyper Primærstudier publiceret i videnskabelige artikler, afhandlinger, bøger og videnskabelige rapporter	Systematiske reviews Studier publiceret på andre sprog end dansk, svensk, norsk og engelsk.
Tidsperiode Studier publiceret i 2020 eller senere	

Screeningsprocessen er dokumenteret i det flowchart, der vises i Figur 5.2.

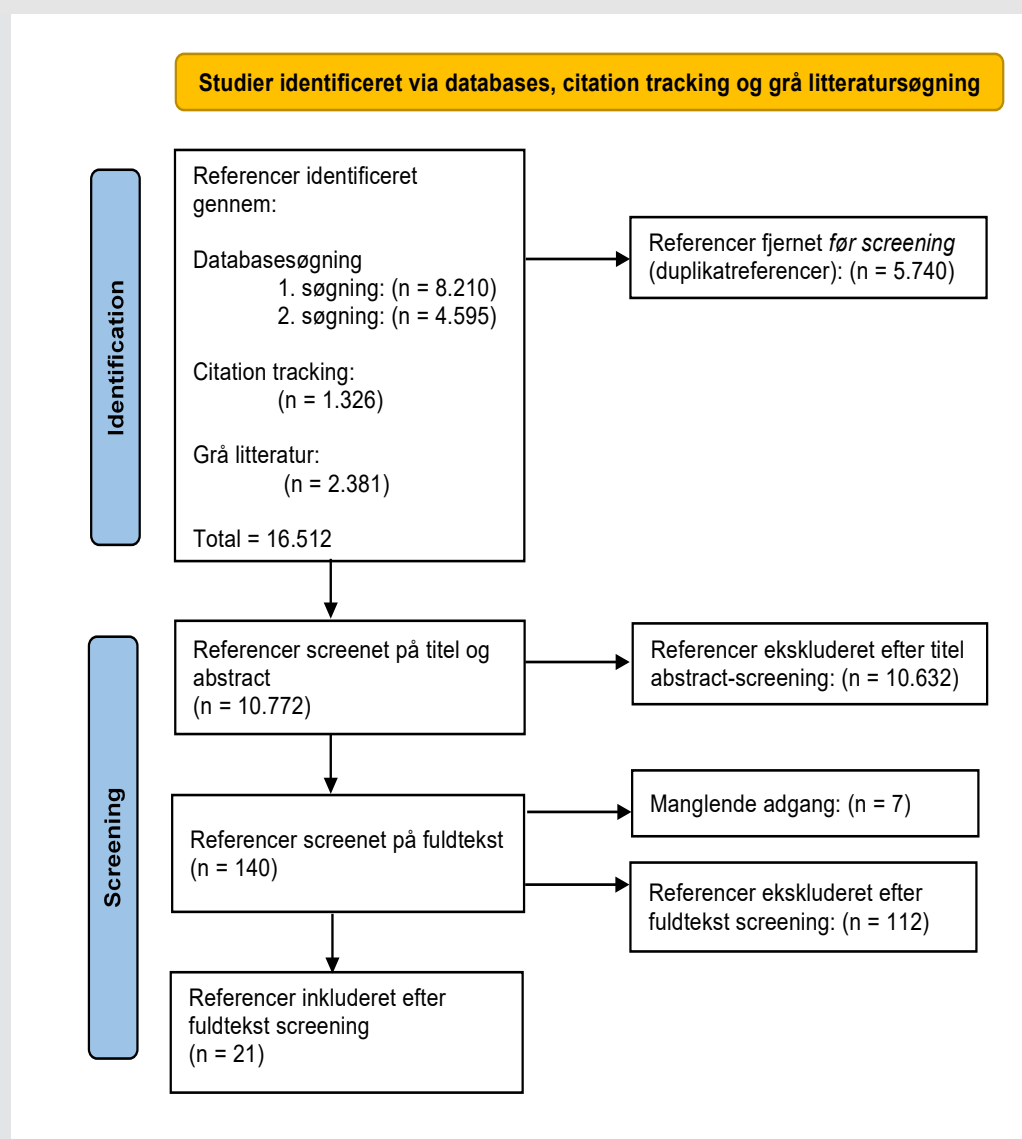
Ud af de 10.772 identificerede publikationer endte 21 publikationer med at blive inkluderet. Alle inkluderede publikationer omhandler indsatser målrettet forældre med et misbrug. Disse publikationer beskriver 14 forskellige indsatser.

De inkluderede publikationer er blevet kodet med fokus på:

1. indsatsen og dens karakteristika
2. målgruppe
3. studiepopulation
4. studiedesign og kontrolgruppe
5. udfaldsmål
6. resultater (se Bilagstabel 2.1).

Endelig er der foretaget en kvalitetsvurdering af de inkluderede studier, hvor der som del af studiedesignet indgår en kontrolgruppe. Kvalitetsvurderinger er foretaget med inspiration i de guidelines til vurdering af 'risk of bias', der beskrives i Cochrane Handbook (Higgins & Green, 2011). Vurdering af studiernes overordnede 'risk of bias' indgår ligeledes i Bilagstabel 2.1.

Figur 5.2 Flowchart over screeningsprocessen



Kilde: VIVE.

5.2.3 Fase 3: Syntese

Litteraturgennemgangens hovedformål har været at identificere kvantitative studier af forældre- og familieindsatser og beskrive effekten af disse med henblik på at undersøge, om der er studier, der er særligt velafprøvede og lovende. Fokus har derfor således først og fremmest været på effektstudier, der anvender et (quasi-)randomiseret kontrolleret studiedesign eller andre typer af effektstudier, der anvender difference-in-difference, propensity scores eller instrumentvariable.

Blandt de 21 inkluderede publikationer om indsatser til forældre med misbrug er det imidlertid et relativt begrænset antal indsatser studier ($k = 13$, 9 indsatser i alt), der anvender et RCT-design eller lignende. Med henblik på at undersøge, om der findes forældre- og familieindsatser målrettet denne gruppe af forældre, men som ikke er evalueret med et RCT-design eller lignende, har vi derfor valgt også at medtage publikationer baseret på andre kvantitative studiedesigns eller protokoller for relevante indsatser. Disse publikationer beskrives i varierende omfang. Dog prioriteres studier, hvor der indgår en kontrolgruppe.

Der blev i litteraturgennemgangen ikke identificeret nogen studier målrettet forældre med kroniske smerter. I kapitlet indgår i stedet en kort refleksion over mulige årsager til dette fund samt en vurdering af potentielt relevante indsatser til denne målgruppe.

Litteratur

- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. American Psychiatric Publishing.
- Barlow, J., Sembi, S., Parsons, H., Kim, S., Petrou, S., Harnett, P., & Dawe, S. (2019). A randomized controlled trial and economic evaluation of the Parents Under Pressure program for parents in substance abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 194, 184–194.
- Brown, S. M., Bender, K. A., Bellamy, J. L., Garland, E. L., Dmitrieva, J., & Jenson, J. M. (2021). A pilot randomized trial of a mindfulness-informed intervention for child welfare-involved families. *Mindfulness*, 12, 420–435.
- Byrne, G., Murphy, S., & Connon, G. (2020). Mentalization-based treatments with children and families: A systematic review of the literature. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25(4), 1022–1048.
- Dalgaard, N. T., Bondebjerg, A., Bengtsen, E., Dietrichson, J., & Bach-Mortensen, A. (2024). Protocol: Interventions aimed at preventing out-of-home placement of children: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, 20(2), e1395.
- Dawe, S., & Harnett, P. (2007). Reducing potential for child abuse among methadone-maintained parents: Results from a randomized controlled trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(4), 381–390.
- Evans, S., Shipton, E. A., & Keenan, T. (2006). The relationship between maternal chronic pain and child adjustment: the role of parenting as a mediator. *The Journal of Pain*, 7(4), 236–243.
- Forrester, D., Holland, S., Williams, A., & Copello, A. (2016). Helping families where parents misuse drugs or alcohol? A mixed methods comparative evaluation of an intensive family preservation service. *Child & Family Social Work*, 21(1), 65–75.
- Guite, J. W., Russell, B. S., Homan, K. J., Tepe, R. M., & Williams, S. E. (2018). Parenting in the context of children's chronic pain: balancing care and burden. *Children*, 5(12), 161.
- Guo, X., Slesnick, N., & Feng, X. (2016). Housing and support services with homeless mothers: Benefits to the mother and her children. *Community Mental Health Journal*, 52, 73–83.

- Hall, M. T., Walton, M. T., Huebner, R. A., Higgins, G. E., Kelmel, A. B., & Lorenz, D. (2021). Sobriety treatment and recovery teams for families with co-occurring substance use and child maltreatment: a propensity score-matched evaluation. *Children and Youth Services Review*, 131, 106256.
- Hamer, M. (2005). *Preventing Breakdown: A manual for those working with families and the individuals within them*. Russell House.
- Higgins, J. P. T., & Green, S., eds. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. Version 5.1.0*. The Cochrane Collaboration.
- Higgins, K., Birnie, K., Chambers, C., Wilson, A., Caes, L., Clark, A., Lynch, M., Stinson, J., & Campbell-Yeo, M. (2015). Offspring of parents with chronic pain: A systematic review and metaanalysis of pain, health, psychological, and family outcomes. *Pain*, 156(11), 2256–2266.
- Huebner, R. A., Hall, M. T., Walton, M. T., Smead, E., Willauer, T., & Posze, L. (2021). The Sobriety Treatment and Recovery Teams program for families with parental substance use: Comparison of child welfare outcomes through 12 months post-intervention. *Child Abuse & Neglect*, 120, 105260.
- Huebner, R. A., Willauer, T., Hall, M. T., Smead, E., Poole, V., Posze, L., & Hibbeler, P. G. (2021). Comparative outcomes for Black children served by the Sobriety Treatment and Recovery Teams program for families with parental substance abuse and child maltreatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 131, 108563.
- Johnson, C. J., Beitchman, J. H., & Brownlie, E. B. (2010). Twenty-year follow-up of children with and without speech-language impairments: Family, educational, occupational, and quality of life outcomes. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 19, 51–65.
- Killeen, T., & Brady, K. T. (2000). Parental stress and child behavioral outcomes following substance abuse residential treatment: Follow-up at 6 and 12 months. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19(1), 23–29.
- Lam, W. K., Fals-Stewart, W., & Kelley, M. L. (2008). Effects of parent skills training with behavioral couples therapy for alcoholism on children: A randomized clinical pilot trial. *Addictive Behaviors*, 33(8), 1076–1080.
- Lowell, A. F., DeCoste, C., Dalton, R., Dias, H., Borelli, J. L., Martino, S., McMahon, T. J., & Suchman, N. E. (2023). Mothering from the Inside Out: Results of a commu-

- nity-based randomized efficacy trial testing a mentalization-based parenting intervention for mothers with addictions. *Infant Mental Health Journal*, 44(2), 142–165.
- Luthar, S. S., & Suchman, N. E. (2000). Relational Psychotherapy Mothers' Group: A developmentally informed intervention for at-risk mothers. *Development and Psychopathology*, 12(2), 235–253.
- Luthar, S. S., Suchman, N. E., & Altomare, M. (2007). Relational Psychotherapy Mothers' Group: A randomized clinical trial for substance abusing mothers. *Development and Psychopathology*, 19(1), 243–261.
- McComish, J. F., Greenberg, R., Ager, J., Essenmacher, L., Orgain, L. S., & Bacik, W. J. (2003). Family-focused substance abuse treatment: a program evaluation. *Journal of Psychoactive Drugs*, 35(3), 321–331.
- McMahon, R. J., & Forehand, R. (2003). *Helping the Noncompliant Child: A Clinician's Guide to Effective Parent Training*. New York: Guilford.
- Milligan, K., Meixner, T., Tremblay, M., Tarasoff, L. A., Usher, A., Smith, A., Niccols, A., & Urbanoski, K. A. (2020). Parenting interventions for mothers with problematic substance use: A systematic review of research and community practice. *Child Maltreatment*, 25(3), 247–262.
- Nair, P., Schuler, M. E., Black, M. M., Kettinger, L., & Harrington, D. (2003). Cumulative environmental risk in substance abusing women: early intervention, parenting stress, child abuse potential and child development. *Child Abuse & Neglect*, 27(9), 997–1017.
- Pajulo, M., Pyykkönen, N., Kalland, M., Sinkkonen, J., Helenius, H., & Punamäki, R.-L. (2011). Substance abusing mothers in residential treatment with their babies: Postnatal psychiatric symptomatology and its association with mother–child relationship and later need for child protection actions. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65(1), 65–73.
- Rayce, S. B., & Kessing, M. (2023). *Børn af forældre med udfordringer: En litteraturgennemgang af social og emotionel udvikling blandt børn af forældre med alvorlige udfordringer i deres liv*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Saldana, L. (2015). An integrated intervention to address the comorbid needs of families referred to child welfare for substance use disorders and child neglect: FAIR pilot outcomes. *Child Welfare*, 94(5), 167–186.

- Schaeffer, C. M., Swenson, C. C., Tuerk, E. H., & Henggeler, S. W. (2013). Comprehensive treatment for co-occurring child maltreatment and parental substance abuse: Outcomes from a 24-month pilot study of the MST-Building Stronger Families program. *Child Abuse & Neglect*, 37(8), 596–607.
- Slade, A., Holland, M. L., Ordway, M. R., Carlson, E. A., Jeon, S., Close, N., Mayes, L. C., & Sadler, L. S. (2020). Minding the Baby®: Enhancing parental reflective functioning and infant attachment in an attachment-based, interdisciplinary home visiting program. *Development and Psychopathology*, 32(1), 123–137.
- Slesnick, N., & Erdem, G. (2012). Intervention for homeless, substance abusing mothers: Findings from a non-randomized pilot. *Behavioral Medicine*, 38(2), 36–48.
- Suchman, N. E., Decoste, C. L., McMahon, T. J., Dalton, R., Mayes, L. C., & Borelli, J. (2017). Mothering From the Inside Out: Results of a second randomized clinical trial testing a mentalization-based intervention for mothers in addiction treatment. *Development and Psychopathology*, 29(2), 617–636.
- Suchman, N. E., Decoste, C., McMahon, T. J., Rounsaville, B., & Mayes, L. (2011). The mothers and toddlers program, an attachment-based parenting intervention for substance-using women: Results at 6-week follow-up in a randomized clinical pilot. *Infant Mental Health Journal*, 32(4), 427–449.
- Umberger, W. A., Risko, J., & Covington, E. (2015). The forgotten ones: challenges and needs of children living with disabling parental chronic pain. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(3), 498–507.
- Umberger, W., Martsof, D., Jacobson, A., Risko, J., Patterson, M., & Calabro, M. (2013). The shroud: ways adolescents manage living with parental chronic pain. *Journal of Nursing Scholarship*, 45(4), 344–354.
- United States Department of Health. (2001). *Evaluation of Family Preservation and Reunification Programs*.
- Wilson, A. C., & Fales, J. L. (2015). Parenting in the context of chronic pain: a controlled study of parents with chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 31(8), 689–698.
- Zimmer-Gembeck, M. J., Rudolph, J., Edwards, E.-J., Swan, K., Campbell, S. M., Hawes, T., & Webb, H. J. (2022). The circle of security parenting program (COS-P): a randomized controlled trial of a low intensity, individualized attachment-based program with at-risk caregivers. *Behavior Therapy*, 53(2), 208–223.

Bilag 1 Ordliste

Eksternaliserende adfærd/symptomer: Barnets adfærdsmæssige reaktionsmønstre, der rettes udad mod omverdenen. For eksempel opmærksomhedsvanskeligheder, hyperaktivitet, aggression, vrede og forstyrret adfærd.

Internaliserende adfærd/symptomer: Barnets følelsesmæssige reaktioner, som rettes indad mod sig selv. For eksempel angst, depressive symptomer, social tilbagetrækning, forringet selvværd og selvopfattelse.

Kohortestudie: Studier, hvor en lukket gruppe af personer studeres over tid. Heri gennem kan man vurdere risikoen for et fremtidigt udfaldsmål – fx internaliserende eller eksternaliserende problemer.

Follow-up studie: Et studie, hvor der findes en måling, som ikke blot er umiddelbart efter afslutningen af indsatsen, fx efter 6 eller 12 måneder.

Metaanalyse: En statistisk metode, hvor der beregnes en samlet effektstørrelse på baggrund af tidligere kvantitative studier, der har undersøgt det samme. Ved at aggregere resultaterne fra flere studier mindskes risikoen for, at et resultat skyldes tilfældigheder. Metaanalyse gennemføres typisk med udgangspunkt i et systematisk review.

Opioider: En gruppe af stoffer, der virker smertestillende på centralnervesystemet, der udvindes af opiumsvalmuen (fx morfin, kodein, heroin, metadon og fentanyl).

r: korrelationskoefficient, der angiver korrelationen mellem to variable. Ligger i intervallet -1 til 1. En positiv korrelationskoefficient betyder, at hvis den uafhængige variabel vokser, så vokser den afhængige også.

Cohen's d: Effektstørrelse, der udtrykker den standardiserede gennemsnitlige forskel mellem eksponerede og ikke eksponerede (fx børn af forældre med misbrug og børn af forældre, der ikke har et misbrug).

Randomiseret kontrolleret studie (RCT): Et studie, hvor deltagerne allokeres til indsats eller kontrolindsats baseret på lodtrækning. I et vellykket og veludført RCT vil en evt. forskel i udfaldsmål mellem indsats og kontrolgruppe ved studiets afslutning og follow-up kunne tilskrives indsatsen.

Socioemotional udvikling: Forståelse for og evne til at regulere sig selv i samspil med andre, herunder evnen til at skabe og indgå i relationer samt føle og udvise empati og udvikle kammeratskaber.

Statistisk signifikant: Gennem beregninger kan man vurdere, om et resultat er statistisk signifikant. Hvis en sammenhæng er statistisk signifikant, er sandsynligheden for, at den fundne sammenhæng beror på en tilfældighed, relativ lille. Denne sandsynlighed beskrives ved en p-værdi eller et konfidensinterval.

Systematisk review: Et systematisk review er et studie, der systematisk samler og opsummerer viden på tværs af flere primærstudier om et specifikt emne. Dette omfatter en systematisk litteratursøgning på tværs af relevante databaser, en systematisk screening og en kvalitetsvurdering af de inkluderede studier.

Bilag 2 Oversigt over de inkluderede publikationer

Bilagstabel 2.1 Deskriptiv kodning af de inkluderede publikationer (se Bilag 4 for kvalitetsvurdering af de enkelte studier)

Forfatter, årstal Land Kvalitetsvurdering	Målgruppe (fx smerter, misbrug, begge dele)	Indsats og karakteristika (navn, indsatsstype, 'leveringsoplysninger' (fx hvem og hvor), format, intensitet, varighed)	Population (n, alder (børn og forældre), køn, socioøkonomiske og demografiske karakteristika)	Studiedesign og kontrolgruppe	Udfaldsmål (og hvornår de er målt)	Resultater (inkl. effektmål)
(Barlow et al., 2019) Storbritannien Høj risiko for bias	Misbrug (primært opioider og alkohol) Forældre i 'community-based' misbrugsbehandling	The Parents under Pressure (PuP) Program. Udviklet til familier med komplekse problemstillinger. Programmet er bl.a. baseret på mindfulness-strategier med fokus på at forbedre forældrenes følelsesmæssige regulering og omsorgsfærdigheder. Indsats består af 12 moduler med hvert deres tema, som fortsætter gennem indsatsen. Leveres individuelt og indledes med vurdering af forælders omsorgsevne, forældrepraksis, værdier og evne til følelsesmæssig regulering. På baggrund af denne vurdering målrettes behandlingen den enkelte forælder. Programmet leveres af praktikere, akkrediteret som PuP-terapeuter med minimum 40 timers træning og supervision i PuP-modellen.	n = 100 forældre med et barn under 2,5 år (52 PuP og 48 standardbehandling) Sample karakteristika 96 % kvinder. Gns. alder: 30,8 år 38 % gift 48 % grundskole eller kortere 83 % arbejdsløse 51 % plettet straffeattest.	'Pragmatisk' RCT Kontrolgruppe: standardbehandling. Det pragmatiske består i at standardbehandling ikke er en 'standardiseret' behandling – men kan bestå af mange ting.	Børn Socio-emotionel udvikling (BITSEA). Forældre Følelsesmæssige regulering (DERS). Forældrestress (PSI-SF) Forælder-barn Risiko for børnemishandling (BCAP) Målt ved baseline, 6 og 12 mdr. opfølgning.	Børn Ingen sign. ændringer i den aldersgruppe af børn, der indgår i BITSEA. Forældre Sign. forbedring af forældrenes emotionelle regulering 6 mdr. efter indsats (Cohens d: 0,69; p<0,01) og 12 (Cohens d: p<0,05) i indsatsgruppen. Sign. forbedringer i forældrestress 6 (p<0,01) og 12 (p<0,01) mdr. efter indsats i indsatsgruppen. Ingen sign. ændringer i kontrolgruppen. Forælder-barn Sign. formindsket risiko for omsorgssvigt 6 (p<0,05) og 12 (p<0,05) mdr. efter indsats for børn af forældre i indsatsgruppen. Ingen sign. ændringer i kontrolgruppen.

Forfatter, årstal Land Kvalitetsvurdering	Målgruppe (fx smerter, mis- brug, begge dele)	Indsats og karakteristika (navn, indsatsstype, 'leveringsoplys- ninger' (fx hvem og hvor), format, in- tensitet, varighed)	Population (n, alder (børn og forældre), køn, socioøkonomiske og demografiske karakteristika)	Studiedesign og kon- trolgruppe	Udfaldsmål (og hvornår de er målt)	Resultater (inkl. effektmål)
		68 % af forældrene gennemførte ≥6 ses- sioner.				
(Brown et al., 2021) USA Høj risiko for bias	Stof- eller alko- holmisbrug	"Mindfulness-Informed Intervention for Child Welfare". Psykoedukation for forældre med fokus på stressudløsere, stofmisbrug, mestring, forældreskab og brug af mindfulness. Træningen leveret individuelt i hjemmet. 6 ugentlige sessioner, ca. 1 time. Uklart hvor mange uger.	n = 28 forældre (Indsats: 15 venteliste, kon- trolgruppe: 13) Alle med henvisning til eller har en børnesag hos de soci- ale myndigheder. Sample karakteristika Gns. alder: 31 år (SD = 9,1). 82 % lavindkomst. 43 % i beskæftigelse. 57 % angav at have gennem- ført noget af college eller mere. Hver forælder udvalgte ét barn, som de rapporterede for: 61 % drenge. Gns. alder 6 år (0-16 år).	RCT med venteliste som kontrolgruppe.	Børn Forælder rapporterede adfærdsproblemer (CBCL) Forældre Stress i forælderrollen (PSI). Målt før indsatsen og ved indsatsens afslut- ning.	Børn Sign. reduktion i adfærdsproblemer blandt børn i indsatsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen (Cohens d = 3,28 (95 % CI: -12,74 - -4,36). Forældre Sign. reduktion i forældrestress i indsats- gruppen sammenlignet med kontrolgrup- pen Cohens d = 0,98, (95 % CI -22,16 - - 1,30).
(Dawe & Harnett, 2007) Australien Høj risiko for bias	Stofmisbrug (metadonbehand- ling)	"Parents Under Pressure (PuP)". 10 moduler leveret ugentligt over 10-12 uger med 10 moduler. Leveres i hjem- met af klinikere med erfaring i kom- plekse familier. Indsatsen er yderligere beskrevet under Barlow (2019). I dette studie blev der	n = 64 forældre med børn i al- deren 2-8 år (Indsats: n = 22; kontrolind- sats: 23; kontrolgruppe: 19) Sample karakteristika 86 % mødre	RCT med to kontrol- grupper: Kontrolindsats: to sessi- oners familieuddannelse Kontrolgruppe: stan- dardpleje, som indebar	Børn Adfærd (Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)) Forældre Stress i forælderrollen (PSI)	Gennemsnitlig ændring i score over tid (SD) (z-score, p-værdi) Børn sign. forbedring i SDQ Total -0,774 (0,284) [2,750, <0,001] og prosocial score -0,251 (0,101) [2,51, <0,001] i indsats-gruppen.

Forfatter, årstal Land Kvalitetsvurdering	Målgruppe (fx smerter, mis- brug, begge dele)	Indsats og karakteristika (navn, indsatsstype, 'leveringsoplys- ninger' (fx hvem og hvor), format, in- tensitet, varighed)	Population (n, alder (børn og forældre), køn, socioøkonomiske og demografiske karakteristika)	Studiedesign og kon- trolgruppe	Udfaldsmål (og hvornår de er målt)	Resultater (inkl. effektmål)
		desuden givet sagsbehandling (fx hjælp til bolig, juridisk hjælp eller skoleindsatser) alt efter behov. Indsatsen blev tilbudt individuelt eller sammen med partneren.	Gns. alder: 30 år 23 % betalt arbejde 5 % arbejdsløshedsunderstøttelse 11 % førtidspension.	rutinemæssig hjælp fra klinisk personale.	Resultater afreporteres 6 mdr. efter indsatsen	Ingen sig forbedring blandt børn i hhv. kontrolindsatsgruppen og kontrolgruppen. Forældre Sign. reduktion i forældre stress i indsatsgruppen (z-score = 2,20; p<0,001). Ingen sign. ændring i kontrolgrupperne.
(Forrester et al., 2016) England Høj risiko for bias	Alkohol- og kokainmisbrug	"Option 2" er målrettet familier, hvor man er bekymret for alvorlig mistrivsel hos barnet som følge af misbrug hos forældrene. Risiko for anbringelse af barnet. En kriseinterventionsmodel, der tilbydes i 6 uger. Hver medarbejder har kun én primær sag ad gangen og er derfor tilgængelig til hver en tid. Baseret på motiverende interviews, løsningsorienterede tilgange med familieorienterede aktiviteter, som skal opbygge forældrenes styrker og værdier.	n = 34 (sted)forældre og 84 børn. I alt 27 familier (Indsats: 15 familier; kontrol: 12 familier). Sample karakteristika 87 % af respondenterne var mødre. Børnenes gns. alder var 9 år (fra graviditet til over 18 år).	Quasi-eksperimentelt retrospektivt follow-up studie. Sammenligningsgruppe: Familier henvist efter programmet var fyldt. Disse "afviste" familier modtog ingen indsats. Indsats samt sammenligningsgruppe blev interviewet og outcomes sammenlignet.	Børn Adfærds- og følelsesmæssige symptomer (SDQ). Forældre-barn Familie Funktion (Family Environment Scale (FES)) Målt gennemsnitligt 5,6 år efter henvisning.	Børn Ingen sign. forskelle mellem indsats- og kontrolgruppe i SDQ-scores. Forældre-barn Ingen sign. forskelle mellem indsats og kontrolgruppe i FES score.
(Guo et al., 2016) USA Moderat risiko for bias	Mødre med stof eller alkoholmisbrug, som også var hjemløse	Deltagerne blev tilbudt lejlighed og fik betalt husleje og forbrug i 3 mdr. Tilbud var ikke betinget af afholdenhed. Desuden tilbud om 6 mdrs. misbrugsbehandling og case management, hvor en familierapeut mødtes med deltageren løbende og tilbyder hjælp og sparring til ad hoc udfordringer i deltagerens liv.	n = 60 mødre (Indsats: 30, kontrol: 30) med børn i alderen 2-6 år. Sample karakteristika Gns. (SD) Mors alder: 26,3 år (6,0) Barns alder: 3,9 år (1,4) 75 % var enlige.	RCT Kontrolgruppen fik tilbudt standardbehandling på et hjemløseherberg.	Børn Adfærdsmæssige- og følelsesmæssige symptomer (Child Behavior Checklist (CBCL)) Forældre Forældrestress (Parenting Stress Index-SF (PSI-SF)).	Børn Sign. reduktion i mødrerapporteret internaliserende symptomer (b = -1,18, S.E. = 0,57, t(58) = -2,07; p < 0,05; Cohens d = 0,61) og eksternaliserende symptomer (b = -1,45, S.E. = 0,58, t(58) = -2,51, p<0,05; d = 0,62). Ingen sign. ændringer i kontrolgruppen. Forældre Ingen sign. ændringer i forældrestress.

Forfatter, årstal Land Kvalitetsvurdering	Målgruppe (fx smerter, mis- brug, begge dele)	Indsats og karakteristika (navn, indsatsstype, 'leveringsoplys- ninger' (fx hvem og hvor), format, in- tensitet, varighed)	Population (n, alder (børn og forældre), køn, socioøkonomiske og demografiske karakteristika)	Studiedesign og kon- trolgruppe	Udfaldsmål (og hvornår de er målt)	Resultater (inkl. effektmål)
					Målinger blev lavet ved baseline, 3, 6 og 9 mdr.	
(Hall et al., 2021) USA Moderat risiko for bias	Misbrug	Sobriety Treatment and Recovery Teams (START). Se beskrivelse af indsatsen un- der Huebner (2021a).	n = 521 0-5-årige børn i START-gruppe og 521 børn i en matchet kontrolgruppe Sample karakteristika 66 % af børnene i START- gruppen var yngre end 27 dage ved indsatsens begyn- delse. 29,6 % af børnene i START- gruppen havde en eller flere forældre med mentale hel- bredsproblemer. 44,7 % af børnene kom fra hjem med vold. 66,6 % af børnene var i risiko for fattigdom	Quasi-eksperiment. Re- trospektivt kohortestu- die med propensity score matching.	Børn Gentagen mishandling. (Underbygget anmel- delse af misbrug eller forsømmelse inden for 12 mdr. efter indeks- hændelsen (der udløste henvisningen til START)).	Børn Samlet set var børn, der havde modtaget START, sign. mere tilbøjelige til at være udsat for gentagen dokumenteret mis- handling i de efterfølgende 12 mdr. efter indekshændelse (12,3 % vs. 6,1 %; 95 % CI = 3,0 %, 9,3 %; p<0,001).
(Huebner, Hall, et al., 2021) USA Moderat risiko for bias	Misbrug	The Sobriety Treatment and Recovery Teams (START) program. Indsats rettet mod familier med børn i alderen 0-5 år, hvor forældrenes mis- brug udgør en risiko for barnets sikker- hed. Bemandingen i indsatsen omfatter 1) fa- milie mentorer, 2) personer i vedvarende bedring fra deres misbrugsproblemer,	Indsatsgruppen: n = 419 familier (784 børn i al- deren 0-18 år. Sample karakteristika Gns. alder børn: 2,77 år. 50,5 % af børnene i START- gruppen havde en eller flere forældre med mentale hel- bredsproblemer.	Quasi-eksperiment. Ret- rospektivt kohortestudie med propensity score matching.	Børn Gentagen børnemis- handling og omsorgs- svigt. Målt under indsatsen samt 6 og 12 mdr. efter indsatsen.	Børn Ingen sign. forskellig risiko for at blive ud- sat for gentagen børnemishandling og/el- ler omsorgssvigt i løbet af indsatsperio- den, ved 6-mdrs.- eller ved 12-mdrs.-op- følgning.

Forfatter, årstal Land Kvalitetsvurdering	Målgruppe (fx smerter, mis- brug, begge dele)	Indsats og karakteristika (navn, indsatsstype, 'leveringsoplys- ninger' (fx hvem og hvor), format, in- tensitet, varighed)	Population (n, alder (børn og forældre), køn, socioøkonomiske og demografiske karakteristika)	Studiedesign og kon- trolgruppe	Udfaldsmål (og hvornår de er målt)	Resultater (inkl. effektmål)
		som bliver parret en-til-en med en spe- cialuddannet børneværnssocialrådgiver. Disse teams hjælper hver familie og ad- ministrerer maks. 15 familier ad gangen. Intensiteten af indsatsen er fleksibel og øges eller reduceres alt efter sagsfor- hold. Den gennemsnitlige indsatslængde var 14,1 mdr.	66,1 % af børnene kom fra hjem med vold. 93 % af børnene i risiko for fattigdom.			
(Huebner, Willauer, et al., 2021) USA Moderat risiko for bias	Misbrug	The Sobriety Treatment and Recovery Teams (START). Yderligere beskrivelse af programmet findes hos Huebner (2021a). Offentlige psykiske sundhedscentre ko- ordinerede misbrugsbehandling og leve- rede intensive ambulante behandlinger. Gennemsnitlig indsatslængde: 14,1 mdr.	Indsatsgruppen: n = 663 børn. 232 børn i kon- trolgruppen. Sample karakteristika 92,7 % af børnene i indsats- gruppen blev vurderet til at være i risiko for at leve i fat- tigdom.	Quasi-eksperiment. Re- trospektivt kohortestu- die med propensity score matching. Sub-gruppe analyse af Huebner (2021a)	Børn Gentagende børnemis- handling og omsorgs- svigt. Målt under indsatsen og 12 mdr efter indsatsen.	Børn Ingen forskellig risiko for at blive udsat for gentagende børnemishandling og/eller omsorgssvigt i løbet af indsatsperioden el- ler ved 12-mdrs.-opfølgning.
(Killeen & Brady, 2000) USA Risk of bias ikke vur- deret ^c	Mødre med stof- misbrug	Indsatsen er Residential treatment faci- lity, hvor kvinderne bor sammen med deres børn. Under opholdet skulle kvinderne – i de- res eget tempo – gennemgå fire faser: stabilisering, integration, aktualisering og transition. Indsatsen var rettet mod både kvinder og børn. For mødre indgik der ud over misbrugs- undervisning, forebyggelse af tilbage-	n = 63 mødre med børn i al- deren 0-12 år (n = 86). Sample karakteristika <u>Fulde sample</u> Gns. alder mor: 31,5 år. Flertallet (75 %) var ugift med utilgængelig familie. Næsten alle kvinderne havde en ind- komst under fattigdomsgræn- sen. <u>Sample med fuldført forløb (n = 24)</u>	Follow-up studie uden egentlig kontrolgruppe. Dog stratificeres nogle analyser, efter hvorvidt programmet blev fuld- ført eller ej.	Børn Socio-emotionel udvik- ling (CBCL). Målt ved baseline og 6 mdr. efter udskrivelse. Forældre Parenting stress (PSI). Målt ved baseline samt 6 og 12 mdr. efter udskri- velse.	38 % af mødrene fuldførte opholdet (n = 24). Børn Blandt børn af mødre, der fuldførte ophol- det, forbedring af CBCL total T-score (p<0,001) samt internal T-score (p<0,01) og blandt skolebørn sign. forbedring i so- cial kompetence (p<0,05). ved 6-mdr.-opfølgning. CBCL T-score faldt fra klinisk niveau til normalområdet (Total: 60 vs. 52), (Internal: 57,6 vs. 50) og (External: 59,9 vs. 53,4).

Forfatter, årstal Land Kvalitetsvurdering	Målgruppe (fx smerter, mis- brug, begge dele)	Indsats og karakteristika (navn, indsatsstype, 'leveringsoplys- ninger' (fx hvem og hvor), format, in- tensitet, varighed)	Population (n, alder (børn og forældre), køn, socioøkonomiske og demografiske karakteristika)	Studiedesign og kon- trolgruppe	Udfaldsmål (og hvornår de er målt)	Resultater (inkl. effektmål)
		fald, 12-trins deltagelse 'parenting' un- dervisning og deltagelse i 'community programs'. For børn indgik der terapeutisk børne- pasning, vejledning vedr. psykologiske problemer, stof/alkohol misbrug under- visning, strukturerede mor-barn interak- tionsgrupper, sundhedsydelse og hen- visning til andre tilbud i lokalsamfundet. Et ophold varede gennemsnitligt 138 dage (spænd: 2-515) dage.	Gns. alder mor: 33 år. Flertallet (71 %) var ugift med utilgængelig familie. Næsten alle kvinderne havde en ind- komst under fattigdomsgræn- sen.			Blandt børn af mødre, der ikke fuldførte opholdet forblev T-scoret i klinisk område. Forældre Sign. mindre forældrestress ved hhv. 6 mdr. (forældredomænet ($p < 0.05$)), og 12 mdr. (total score ($p < 0.02$), børnedomænet ($p < 0.004$) og forældredomænet ($p < 0.04$)) efter udskrivelse, blandt kvinder, der fuld- førte opholdet.
(Lam et al., 2008) USA Moderat risiko for bias	Alkoholmisbrug	Parent Skills with Behavioral Couples Therapy (PSBCT): PSBCT er en kombination af forældre- færdighedstræning og Behavioral Cou- ples Therapy (BCT). Indsats målrettet fa- milier, hvor faren har et alkoholmisbrug. De to aktive kontrolgrupper modtog: Behavioral Couples Therapy (BCT): Ad- færdsparterapi. Herudover blev der ta- get urinprøver, gennemgået forrige uges lektier, arbejdet med forbedring af kom- munikation og problemløsningsevner samt fastholdelse af ædruelighed. Individual-Based Treatment (IBT): 12 ses- sioners 'coping færdighedstræning til fædrene.	n = 30 forældrepar (10 i hver indsatsgruppe) og et af deres 8-12-årige børn. Sample karakteristika Baggrundskarakteristika for hver gruppe (PSBCT/BCT/IBT): Gns. alder far (år): 33,4/34,6/34,2 Gns. alder mor (år): 33,2/32,8/33,12 Udd. gns. år far: 12,8/13,0/13,5 Udd. gns. år mor: 13,7/13,5/13,5 Gns. alder barn (år): 7,4/7,2/7,3	RCT med to aktive kon- trolgrupper: 1) BCT og IBT 2)	Børn Internaliserende og eks- ternaliserende adfærd (CBCL). Rapporteret af hhv. mødre og fædre. Depression (CDI) – bør- nerapporteret. Angst (RCMAS) – børne- rapporteret. Alle mål er målt ved ind- satsens afslutning samt ved 6- og 12-mdr.-op- følgning.	Baselinemåling som reference. Børn Sign. forbedringer i indsatsgruppen på alle mål ved indsatsens afslutning samt hhv. 6 og 12 herefter (alle $p < 0,05$). Lignende sign. forbedringer blandt børn i BCT-gruppen efter indsats (alle $p < 0,05$). Efter 6 og 12 mdr. kun forbedring i ekster- naliserende adfærd. Ingen sign. ændringer i IBT-gruppen. ingen sign. effekt af PSBCT på internalise- rende og eksternaliserende adfærd sam- menlignet med kontrolindsatserne. Sign. bedre scores for angst og depression (alle Cohens r: 0,41-0,46; $p < 0,05$) ved alle måletidspunkter blandt børn i PSBCT- gruppen sammenlignet med IBT-gruppen.

Forfatter, årstal Land Kvalitetsvurdering	Målgruppe (fx smerter, mis- brug, begge dele)	Indsats og karakteristika (navn, indsatsstype, 'leveringsoplys- ninger' (fx hvem og hvor), format, in- tensitet, varighed)	Population (n, alder (børn og forældre), køn, socioøkonomiske og demografiske karakteristika)	Studiedesign og kon- trolgruppe	Udfaldsmål (og hvornår de er målt)	Resultater (inkl. effektmål)
		Alle grupper fik 24 sessioner, 2 gange 60 minutter om ugen i 12 uger. En session om ugen var hhv. PSBCT, BCT eller IBT, mens den anden session var standard service, som bestod af kognitiv adfærds-terapi.	Familiens årlige indkomst (1.000 US\$): 35,2/34,0/34,6.			Ingen sign. effekt af PSBCT ved sammen- ligning med BCT.
(Lowell et al., 2023) USA Moderat risiko for bias	Mødre i ambulant behandling for misbrug (primært opioider)	The Mothering From the Inside Out (MIO). 12-sessions individuel terapi med formål at styrke morens evne til at mentalisere/refleksiv funktion. Se yderligere beskrivelse under Suchman et al. (2017). Indsatsen leveres i dette studie af misbrugsvejledere.	n = 94 (Indsats: 53; kontrol: 41) mødre med børn i alderen 11-60 mdr. Der afrapporteres for ét barn efter morens eget valg (ved rekruttering). Sample karakteristika Gns. (SD): Alder mor: 31 år (4,01) Udd.: 13 år (1,88) Antal børn under 16 år: 2 (1,04) 64,89 % enlige.	RCT med aktiv kontrol- gruppe Kontrolgruppe modtog 12 sessioner af et typisk parent education program (PE) – manualbase- ret, individbaseret psy- koedukation udviklet til dette studie. Også leveret af mis- brugsvejleder	Børn Tilknytning (Strange situ- ation Paradigm) Forældre-barn Kvaliteten af samspillet mellem mor og barn målt på hhv. mors og barns adfærd (NCAST Teaching Scales). Mor-barn interaktion målt på hhv. mors og barnets adfærd samt samspillet (Curiosity box-paradigm code using Feldman's system for Coding Interactive Behavior). Forældre Refleksiv funktion/men- talisering (PDia og PFRQ) Alle mål er målt ved ind- satsens afslutning og ved 12-ugers follow-up.	Forældre-barn 12 uger efter indsatsens afslutning sign. mere positiv adfærd (Clarity of cues) (Z = 2,03; p<0,01), og samlet adfærdsscore (NCAST Teaching Scale) (Z = 1,96; p>0,05) blandt børn af mødre i indsatsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen. Sign. bedre samarbejdsvilje hos barnet (Curiosity box-paradigm code using Feld- man's system for Coding Interactive)(Z = 2,05; p<0,05) For de øvrige udfaldsmål for barn, mødre og mor-barn sås der ingen sign. forskelle mellem indsats og kontrolgruppen. Resultaterne tolkes i lyset af usikkerhed om indsatsen er leveret tilstrækkelig kor- rekt.

Forfatter, årstal Land Kvalitetsvurdering	Målgruppe (fx smerter, mis- brug, begge dele)	Indsats og karakteristika (navn, indsatsstype, 'leveringsoplys- ninger' (fx hvem og hvor), format, in- tensitet, varighed)	Population (n, alder (børn og forældre), køn, socioøkonomiske og demografiske karakteristika)	Studiedesign og kon- trolgruppe	Udfaldsmål (og hvornår de er målt)	Resultater (inkl. effektmål)
(Luthar & Suchman, 2000) USA Høj risiko for bias	Mødre i metadon- behandling for heroinmisbrug	The Relational Psychotherapy Mothers' Group (RPMG). Udviklingsorienteret, understøttende psykoterapi rettet mod mødre med heroinmisbrug. Indsatsen adresserer forskellige former for sårbarheder og faciliterer "optimalt forældreskab" blandt udsatte mødre. Kendetegnet ved et køns-sensitivt perspektiv. 24 ugentlige gruppesessioner i supplement til standard metadonbehandling leveret af en klinisk psykolog og en stof-rådgiver.	n = 61 mødre med 0-16-årige børn (Indsats: 37; kontrol: 24). Sample karakteristika Indsatsgruppen: Gns. alder mor: 34,9 år (SD: 5,7) Gns. alder barn: 10,1 år (SD: 4,2) Socialgruppe (Hollingshead SES): 56 (SD:15,6) – svarer til næstlaveste socialgruppe ud af 5.	RCT Kontrolgruppe modtog standard metadonbe-handling.	Børn Adfærdsmæssig og følel-sesmæssig tilpasning. (BASC). Forældre- og selvrappor-teret. Forældre-barn Forældre-barn forhold (PCRI – Involverings- og kommunikations-sub-skala) Risiko for mishandling af barnet (PARQ) Alle mål er målt ved ind-satsens afslutning og ved 6-mdrs. opfølgning.	Børn Ingen sign. effekt på adfærds- og følelses-mæssig tilpasning. Forældre-barn Sign. forbedret følelsesmæssig interaktion efter indsatsen (Cohens d 0,94; p<0,001) og 6 mdr. efter indsatsen (Cohens d = 0,54; p<0,05) sammenlignet med mødre i kontrolgruppen. Sign. lavere risiko for mishandling af bar-net efter indsatsen (Cohens d = 0,54; p<0,05) og 6 mdr. efter indsatsen (Cohens d = 0,57; p<0,05) sammenlignet med kon-trolgruppen
(Luthar et al., 2007) USA Høj risiko for bias	Mødre i metadon- behandling for heroinmisbrug	RPMG i 24 uger (se Luthar & Suchman (2007) for yderli-gere beskrivelse	n = 127 mødre, 91 1-16-årige biologiske børn (Indsats: 42; kontrol: 49). Sample karakteristika Mødre i Indsatsgruppen: Gns. alder mor: 35,9 år (SD: 7,9) Civilstatus: 56,7 % aldrig gift 15 % gift	RCT Kontrolgruppe modtog recovery træning.	Børn Adfærdsmæssig og følel-sesmæssig tilpasning. (BASC), forældre- og selvrappor-teret Depression (CDI) Forældre-barn Forældre-barnforhold (PCRI)	Børn Sign. forbedringer i barnets selvrapporte-rede adfærdsmæssige og følelsesmæssige tilpasning ved indsatsens afslutning (T = - 2,43; p = 0,02) sammenlignet med kontrol-gruppen. Dårligere tilpasning i indsats-gruppen (T = 2,31; p = 0,02) efter 6 mdr. Ingen sign. forskelle i barnets forælderap-porteret tilpasning. Sign. forbedring i depressive symptomer (CDI) ved indsatsens afslutning (T = -2,01;

Forfatter, årstal Land Kvalitetsvurdering	Målgruppe (fx smerter, mis- brug, begge dele)	Indsats og karakteristika (navn, indsatsstype, 'leveringsoplys- ninger' (fx hvem og hvor), format, in- tensitet, varighed)	Population (n, alder (børn og forældre), køn, socioøkonomiske og demografiske karakteristika)	Studiedesign og kon- trolgruppe	Udfaldsmål (og hvornår de er målt)	Resultater (inkl. effektmål)
			23,3 % separeret/skilt. Højeste fuldførte uddannelse: 1,7 % college 41,7 % high school eller GED 25 % < high school. Arbejdstilknytning: 15 % fuld- eller deltidsansat 85 % arbejdsløse/velfærds- ydelser. Gns. alder barn: 9,2 år (SD:4,7)		Risiko for mishandling af barnet (PARQ) Alle mål er målt under indsatsen og ved 6- mdrs-opfølgning	p = 0,04) sammenlignet med kontrolgrup- pen. Ingen sign. forskelle ved 6-mdrs-op- følgning. Forældre-barn Ingen sign. forskelle hvad angår mor-bar- relation og risiko for mishandling af bar- net.
(McComish et al., 2003) USA Risk of bias ikke vur- deret ^c	Stofmisbrug under graviditeten eller i barnets første 3 leveår (primært crack og kokain)	Behandlingsmodellen er et mor og barn hjem, hvor mor og barn opholder sig i op til 12 mdr. Hver familie tilknyttes et tværfagligt team bestående af sund- hedsplejerske, børnefysioterapeut, tale- og hørekonsulent til barnet, pædagogisk psykologisk terapeut og psykologer. Fa- milierne ses af terapeuter minimum to gange om ugen, og behandling består af både individuel terapi til mødre samt fa- milieterapeutiske samtaler, hvor en eventuel far/partner kan deltage. Forud- sætning for behandlingen at mor er stoffri. Det fremgår ikke, om mødre blev tilbudt substitutionsbehandling.	n = 39 mødre med i alt 50 børn, som ved baseline var under 36 mdr. Sample karakteristika Gns. alder mor: 31.1 år (SD = 4.87). 63 % af deltagerne havde en- ten bestået high school og/el- ler havde en uddannelse ud over high school.	Før-og- efter design. Eftermålingen af barnets trivsel kun delvist gen- nemført og rapportere ikke.	Børn Psykomotorisk og men- tal udvikling og trivsel (Bayley PDI^b og MDI). Forældre Derudover målt der på mødrenes selvrapporte- rede forældreadfærd. Udfaldsmål indhentet 12 mdr. efter behandlings- opstart	Børn Kun trivsel ved opstart er rapporteret. Forældre Positiv forandring i mødrenes selvrappor- terede adfærd fra behandlingsstart til 12 mdr.: Fysisk afstraffelse (F = 12,03; p = 0,002) Rolle ombytning (forældregørelse af børn) (F = 14,36; p = 0,001)
(Nair et al., 2003) USA	Mødre med stof- misbrug under graviditet eller ved fødsel (primært	Hjemmebesøg ugentligt i barnets første 6 mdr. og derefter hver anden uge, indtil barnet er 24 mdr. Besøg varetaget af specialuddannede sundhedsplejersker.	n = 265 mor/barn dyader ved baseline.	Studie baseret på subgruppe fra stort RCT.	Børn Psykomotorisk og men- tal udvikling og trivsel	Børn Sign. positive effekter af indsatsen på psy- komotorisk udvikling (PDI) ved 6 mdr (Ind-

Forfatter, årstal Land Kvalitetsvurdering	Målgruppe (fx smerter, mis- brug, begge dele)	Indsats og karakteristika (navn, indsatsstype, 'leveringsoplys- ninger' (fx hvem og hvor), format, in- tensitet, varighed)	Population (n, alder (børn og forældre), køn, socioøkonomiske og demografiske karakteristika)	Studiedesign og kon- trolgruppe	Udfaldsmål (og hvornår de er målt)	Resultater (inkl. effektmål)
Moderat risiko for bias	heroin eller ko- kain)	Ved besøgene blev der benyttet materi- aler og øvelser fra Hawaii Early Learning Program med henblik på at undervise mor i barnets udvikling og behov samt at understøtte og udvikle positivt sam- spil mellem mor og barn. Kontrolgruppen modtog månedligt stan- dardbesøg af en sundhedsplejerske uden særlig viden om misbrug.	Ved 18 mdr.: n = 161. Frafald skyldtes især, at barn blev fjernet. Sample karakteristika Mødrene var kendetegnet ved gns. at have en lang række ri- sikofaktorer (målt med et 'cumulative risk index').	Rapporterer outcomes ved 18 mdr. follow up og undersøger betyd- ningen af forudgående risikofaktorer (cummula- tive risk index) for be- handlingseffekten målt på både forældre og børn.	(Bayley MDI og PDI ^b) og sprog (REEL) Rapporteres ved 18 mdr. Forældre Forældrestres (PSI) og mødres risiko for vold og omsorgssvigt (CAP) Målt 6 og 18 mdr. efter barnets fødsel.	sats: gns.: 107,4 vs. 103,6) og 18 mdr. (ind- sats: gns.: 101,1 vs. kontrol 97,2) (Scores på Bayley PDI). Ingen statistisk sign. forskel for mentaludvikling (MDI). Ingen sign. effekt af indsatsen målt på im- pressivt/ ekspressivt sprog (REEL) Forældre Ingen sign. effekt af indsatsen på foræl- drestress (PSI) og risiko for vold og om- sorgssvigt (CAP).
(Pajulo et al., 2011) Finland Risk of bias ikke vur- deret ^c	Stofmisbrug (59 % som pri- mære problem)	Behandlingsbolig/forældreprogram for de mest alvorlige tilfælde af stofmis- brugende mor-barn-par. Kombinerer spædbørnspsykiatri, af- hængighedsforskning og socialt arbejde. Behandlingsperioden varer fra graviditet til mindst 4 mdr. efter fødslen (gennem- snit 6 mdr.). Behandlingen foregår hver dag alle ugens dage. Hver mor og spæd- barn har egen individuel rådgiver. Mødre og alt personale deltager i ugentlige gruppemøder med fokus på et specifikt forældretema, fx på forskellige roller i at være forælder. Misbrugsbehandling fore- går uden for behandlingsboliger.	n = 34 mødre og deres spæd- børn. Sample karakteristika Mors alder: 25,1 år SD (5,8) 44 % enlige 71 % ≤ 9 år uddannelse.	Follow-up studie, men ingen baseline måling Ingen sammenlignings- gruppe på de udvalgte.	Børn Psykomotorisk og Men- tal udvikling (Bayleys PDI ^b og MDI) Målt 3 mdr. efter føds- len. Forældre Omsorgsevne (CI) Målt 4 mdr. efter føds- len.	Børn Alle spædbørn havde udviklet sig 'normalt' (MDI) 100 %; PDI 93 %). Dog generelt lavt niveau - 13 % havde en MDI-score på <90 og 30 % havde en PDI-score <90. Forældre Ingen af mødrenes med et CI-score, sva- rende til 'sensitive' omsorgsevner.
(Saldana, 2015) USA Moderat risiko for bias	Mødre med et ak- tivt misbrug af stoffer	"The Families Actively Improving Rela- tionships Program" (FAIR). Bygger på ad- færdsterapeutiske principper og adres- serer både misbrug og forældre- evner. Gennem øvelser, adfærdseksperimenter	n = 31 mødre (Indsats: 18; kontrol: 13). Sample karakteristika	RCT Kontrolgruppen fik stan- dardbehandling, som var	Børn Trivsel (CBCL og PDR) Forældre	Der rapporteres kun effekter målt som for- andring over tid i hver af de to indsats- grupper Børn

Forfatter, årstal Land Kvalitetsvurdering	Målgruppe (fx smerter, mis- brug, begge dele)	Indsats og karakteristika (navn, indsatsstype, 'leveringsoplys- ninger' (fx hvem og hvor), format, in- tensitet, varighed)	Population (n, alder (børn og forældre), køn, socioøkonomiske og demografiske karakteristika)	Studiedesign og kon- trolgruppe	Udfaldsmål (og hvornår de er målt)	Resultater (inkl. effektmål)
	Desuden børne- sag ved de sociale myndigheder på grund af mistanke om omsorgssvigt af barnet	og dialog arbejder terapeuten på at hjælpe forældrene til adfærdsændringer og til at udvikle nye copingstrategier. En særlig ting ved programmet er brugen af incitamenter, hvor deltagerne belønnes for adfærdsændringer med "fair bucks" som kan anvendes i "FAIR store" til køb af fx børnetøj, dagligvarer, bleer, hygiej-nebind og skoleudstyr. Indsatsen varer omkring 8 mdr. og starter med hyppige sessioner, som bliver færre over tid. Leveres af et multidiscipli-nært team.	Gns. (SD) Alder: indsats: 31,5 (7,7), kon- trol: 29,5 (5,2) Udd. (år): indsats: 12,7 (1,5), kontrol: 12,1 (2,1). 61 % var arbejdsløse. 54,4 % havde fået et barn an- bragt uden for hjemmet ved baseline.	misbrugsbehandling ef- ter 12-trins metoden og psykoedukativ forælder- undervisning.	Forælderstress (PSI) Uhensigtsmæssig foræl- dreadfærd (BCAPI). Udfaldsmål målt 6 og 12 mdr. efter baseline.	Positiv effekt ($p < 0,05$) af indsatsen på bar- nets trivsel (CBCL og PDR) i indsatsgrup- pen 6 og 12 mdr. efter start. CBCL: Baseline: $M = 53,3$ ($SD = 20,97$); 12 mdr: $M = 35,63$ ($SD = 21,92$). PDR: Baseline: $M = 23,16$ ($SD = 11,18$); 12 mdr: $M = 6,6$ ($SD = 6,47$). Forældre Positiv effekt af indsats efter 12 mdr. (men ikke efter 6 mdr.) målt på forældrestress i indsatsgruppen Baseline: $M = 236,85$ ($SD = 39,81$); 12 mdr: $M = 216,54$ ($SD = 53,85$), $p < 0,05$ i indsats- gruppen Ingen sign. effekt på uhensigtsmæssig for- ældreadfærd
(Schaeffer et al., 2013) USA Risk of bias ikke vur- deret ^c	Stofmisbrug	Multisystemic Therapy-Building Stronger Families (MST-BSF). Indsatsen består af at teste forældrenes stofmisbrug (urin mv.) og belønne dem, når testen er negativ. Hvis forælderen er stærkt fysisk afhængig, bliver de indlagt for at blive afgiftet, mens børnene bliver passet. Der inkorporeres forskellige tera- piformer alt efter behovet i den enkelte familie. Gns. behandlingsvarighed: 285 dage.	$n = 25$ mor-barn par. 18 dyader i kontrolgruppe Sample karakteristika Gns. alder: 39,8 år. Gns. alder børn: 12,8 år. 96 % af mødrene havde en tidligere sag vedr. 'maltreat- ment'.	Før og efter design.	Børn Selvrapporteret mål for: vrede, angst, depression, dissociation og PTDS (TSCC)). Forælder-barn Mødrerapporteret foræl- dreadfærd (Conflict Tactics Scale) Udfaldsmål er målt før og efter behandling.	Børn Sign. forbedring i angstsymptomer ($t =$ 2,60, $p = 0,018$, Cohens $d = 0,66$) Ingen sig ændringer i depression, vrede, dissociation og PTSD. Forælder-barn Sign. mindre brug af ikke fysisk afstraffelse ($t = 2,26$, $p = 0,034$, Cohens $d = 0,45$). og psykisk vold ($t = 4,76$, $p = 0,000$), Cohens d $= 0,80$).

Forfatter, årstal Land Kvalitetsvurdering	Målgruppe (fx smerter, mis- brug, begge dele)	Indsats og karakteristika (navn, indsatsstype, 'leveringsoplys- ninger' (fx hvem og hvor), format, in- tensitet, varighed)	Population (n, alder (børn og forældre), køn, socioøkonomiske og demografiske karakteristika)	Studiedesign og kon- trolgruppe	Udfaldsmål (og hvornår de er målt)	Resultater (inkl. effektmål)
(Slesnick & Erdem, 2012) USA Risk of bias ikke vur- deret ^c	Mødre med alko- hol- eller stofmis- brug, som også var hjemløse	Deltagerne blev tilbudt lejlighed og fik betalt husleje og forbrug i 3 mdr. Tilbud var ikke betinget af afholdenhed. Desu- den tilbud om 6 mdrs. misbrugsbehand- ling og case management, hvor en fami- lieterapeut mødtes med deltageren lø- bende og tilbyder hjælp og sparring til ad hoc udfordringer i deltagerens liv.	n = 15 mødre og deres børn i alderen 2-6 år. Sample karakteristika Gns. alder mor: 25.2 år (SD = 6.1). Civilstatus: 14 ud af 15 en- lig/ugift. Arbejdsmarkedstilknytning: 12 ud af 15 arbejdsløse.	Pilotstudie med et før- og-efter design	Børn Adfærds- og følelses- mæssige symptomer (CBCL) udfyldt af mød- rene Forældre forældrestress (PSI). Målinger foretaget ved baseline, 3 og 6 mdr.	Børn Reduktion i internaliserende symptomer (F2,2 = 4.08; p < 0,05; Cohens d = 0,74) og eksternaliserende problemer (F2,24 = 7.7; p = 0,01; Cohens d = 0,95). Forældre Ingen sign. ændring i PSI-score.
(Suchman et al., 2011) USA Moderat risiko for bias	Mødre i ambulant behandling for misbrug (primært opioider)	'The Mothers and Toddlers Program' (MTP) – senere MIO (Suchman (2017). 12- eller 24 sessions forløb leveret ugentligt på misbrugs klinik. Individuel 'parenting'-terapi med teore- tisk udgangspunkt i tilknytning. Fokus på at opbygge stærk terapeutisk alli- ance, herunder hjælp med basale behov og løsninger på udfordringer i forældre- skabet, hvis moren efterspørger det. Fo- kus herefter på at fremme morens re- fleksive funktion/mentalisering, inkl. at fremme forståelse for barnets udvikling og behov. Ud over samtale tages der ud- gangspunkt i videooptagelser af mor- barns interaktioner.	n = 47 mødre med børn i al- deren 0-3 år. Sample karakteristika Gns. (SD): <u>Indsats (n = 23):</u> Alder mor: 31,43 år (6,46) Udd.: 12,13 år (1,18) Antal børn: 2,3 (1,52) Alder barn: 18,74 mdr. (16,94) Enlige: 43 % Arbejdsløse: 87 %. <u>Kontrol (n = 24):</u> Alder mor: 28,88 år (6,50)	Randomiseret kontrolle- ret pilotstudie med aktiv kontrolgruppe. Kontrolgruppe modtog Parent Education pro- gram (PE), der matchede MTP, hvad angår tid med vejleder og dan- nelse af alliance. Hjælp til basale behov, at finde forskellige former for service (fx læge m.m.), at løse hverdagsproblemer. Pjece om håndtering af typiske udfordringer som forældre, men ikke om småbørns følelses- mæssige tilstand og be- hov.	Forældre-barn Kvaliteten af samspillet mellem mor og barn målt på hhv. mors og barns adfærd i en læ- ringssituation (NCAST Teaching Scales). Total score og afstemthed i læringssituationen). Forældre Refleksiv funktion/men- talisering (PDI). Kvaliteten af mor-barn relation (WMCI) Alle udfaldsmål er målt ved: - indsats afslutning - 6-ugers-opfølgning.	Forældre-barn <u>Indsats afslutning:</u> positiv effekt på samspil mellem mor og barn (NCAST), både total score og morens omsorg (Cohens d = 0,20-0,50) og barnets adfærd (Cohens d = 0,15-0,20). Positiv effekt på mødrenes af- stemthed i læringssituationen (Cohens d = 0,50-0,80). <u>6 ugers-opfølgning:</u> positiv effekt på både morens omsorg og barnets adfærd (Co- hens d = 0,50-0,80). Positive effekt på total afstemthed i læringssituationen. Forældre <u>Indsats afslutning:</u> bedre selv-refleksiv funktion (Cohens d = 0,20- 0,50) i indsatsgruppe. Ingen sign. effekt på mentalisering i forhold til barn. <u>6-ugers-opfølgning:</u> Bedre

Forfatter, årstal Land Kvalitetsvurdering	Målgruppe (fx smerter, mis- brug, begge dele)	Indsats og karakteristika (navn, indsatsstype, 'leveringsoplys- ninger' (fx hvem og hvor), format, in- tensitet, varighed)	Population (n, alder (børn og forældre), køn, socioøkonomiske og demografiske karakteristika)	Studiedesign og kon- trolgruppe	Udfaldsmål (og hvornår de er målt)	Resultater (inkl. effektmål)
		Indsatsen leveres af trænedede MTP-tera- peuter med klinisk erfaring med indsats- sens målgruppe. Terapeuterne modtog løbende supervision.	Udd.: 12,54 år (1,44) Antal børn: 1,88 (0,95) Alder barn: 16,67 mdr. (10,27) Enlige: 83 % Arbejdsløse: 75 %.			selv-refleksiv funktion (Cohens d = 0,20- 0,50) men ingen sign. effekt mentalisering i forhold til barn. Positiv effekt på kvaliteten af mor-barn-relationen (Cohens d = 0,20-0,50).
(Suchman et al., 2017) USA Moderat risiko for bias	Mødre i ambulant behandling for misbrug (primært opioider)	The Mothering From the Inside Out (MIO). Indsatsen udspringer af 'The Mothers and Toddlers Program' (MTP) (se Suchman (2011)). 12-sessioner individuel terapi med formål at styrke morens evne til at men- talisere/refleksiv funktion. Indsatsen ba- seret på den mentaliseringsbaserede te- rapimodel udviklet af Fonagy og Bate- man (2008). Moren bestemmer samtalen fokus un- der hver session. Ofte starter session med anerkendelse af morens egen følel- sesmæssige stress og forstå følelses- mæssig og mental tilstand, der går forud. Hvis barnet ikke er i fokus, bringer terapeuten det ind i samtalen, når det er passende. Der er fokus på mentalise- ringsprocessen og refleksiv funktion i si- tuationer, der opleves som udfordrende. Terapeuten vejleder vedr. barnets udvik- lingsstadie, når morens forventninger er	n = 87 (Indsats: 40; kontrol: 47) mødre med børn i alderen 11- 60 mdr. Der afrapporteres for ét barn efter morens eget valg (ved rekruttering). Sample karakteristika Gns. (SD): Alder mor: 29,68 år (5,37) Udd.: 12,39 år (2,16) Antal børn: 1,67 (0,97) Alder barn: 18,74 mdr. (16,94) Enlige: 69,8 %.	RCT med aktiv kontrol- gruppe Kontrolgruppe modtog 12 sessioner af et typisk parent education pro- gram (PE) – manualbase- ret, individbaseret psy- koedukation udviklet til dette studie.	Børn Tilknytning (The Strange Situation Procedure) Forældre-barn Mor-barn interaktion (Curiosity box-paradigm code using Feldman's system for Coding In- teractive Behavior) Forældre Refleksiv funktion/men- talisering (PDI). Kvaliteten af mor/barn relation_(WMCI). Alle udfaldsmål, bortset fra tilknytning, er målt ved indsatsens afslutning og ved 3-mdrs.-opfølg- ning. Tilknytning er målt ved indsatsens afslutning	Børn Ingen sign. forskel i tilknytning mellem indsats- og kontrolgruppe efter endt ind- sats. Forældre-barn Ingen sign. forskelle i mor-barn interaktion ved indsatsafslutning eller 3-mdrs.-opfølg- ning. <u>12-mdrs.-opfølgning</u> Sign. bedre mor-barn interaktion i indsats- gruppen end i kontrolgruppen, hvad angår morens sensitivitet (Cohens d = 0,46) og dyadisk gensidighed (Cohens d = 0,45). In- gen sign. ændring i positiv adfærd hos barnet Forældre <u>Indsats afslutning</u> Sign. bedre mor-barn relation i indsats- gruppen. (WMCI)(Cohens d = 0,41) end i kontrolgruppen.

Forfatter, årstal Land Kvalitetsvurdering	Målgruppe (fx smerter, mis- brug, begge dele)	Indsats og karakteristika (navn, indsatsstype, 'leveringsoplys- ninger' (fx hvem og hvor), format, in- tensitet, varighed)	Population (n, alder (børn og forældre), køn, socioøkonomiske og demografiske karakteristika)	Studiedesign og kon- trolgruppe	Udfaldsmål (og hvornår de er målt)	Resultater (inkl. effektmål)
		urealistiske og giver råd om 'parenting', der fremmer en tryk tilknytning. Der er fokus på en stærk terapeutisk alliance, hvor moren føler sig hørt og tryk. Indsatsen leveres af to kliniske psykologer (ph.d.)			Mor-barn interaktion er desuden målt ved 12-mdrs.-opfølgning.	Sign. bedre potentiel refleksiv funktion (Cohens d = 0,34), men ikke refleksiv funktion. <u>3-mdrs.-opfølgning</u> Sign. bedre mor-barn relation (WMCI) i indsatsgruppen (Cohens d = 0,54) samt refleksiv og (Cohens d = 0,36) og potentiel refleksiv funktion (Cohens d = 0,82).

Anm.: BASC = Behavioral Assessment System for Children; BCAP = The Risk Abuse Scale from the Brief Child Abuse Potential Inventory; BCAP = The Brief Child Abuse Potential Inventory; BITSEA = Infant and Toddler; Socio-emotional Adjustment Scale; CAP = Child Abuse Potential Inventory; CBCL = The Child Behavior Checklist; CDI = The Children's Depression Inventory; DERS = Difficulties in Emotional Regulation Scale; CI = The Care Index for infants and toddlers; FES = Family Environment Scale; MDI = Bayley Scales of Infant Development - Mental Developmental Index; PARQ = The Parental acceptance/rejection Questionnaire; PCRI = Child Relationship Inventory; PDla = Parental Developmental Index, PDlb = Bayley Scales of Infant Development - Psychomotor Developmental Index; PDR = Parent Daily Report; PFRQ = Parental Reflective Functioning; PSI = Parenting Stress Index; PSI-SF = Parenting Stress Index short-form; RCMAS = Revised Children's Manifest Anxiety Scale; RCT = Randomiseret kontrolleret forsøg; REEL = The Receptive-Expressive Emergent Language Scale SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire; TSCC = Trauma Symptom Checklist for Children; WMCI = The Working Model of the Child Interview.

Bilag 3 Søgedokumentation

Eksempler på søgestrengene anvendt i henholdsvis 1) den brede Campbell-søgning (Bilagstabel 3.1) og 2) tillægssøgningen med fokus på indsatser til forældre med kroniske smerter (Bilagstabel 3.2). De fulde søgestrengene er tilgængelige ved henvendelse til rapportens forfattere.

Bilagstabel 3.1 Den brede Campbell-søgning: Eksempel på en søgestreng fra PsychInfo

#	Query	Resultat
S13	S4 AND S8 AND S12	1989
S12	S9 OR S10 OR S11	32,724
S11	DE "Family Reunification" OR DE "Family Preservation" OR (ZU "family preservation") OR (ZU "family reunification")	645
S10	AB placement* OR "placement stabilit*" OR "family preserv*" OR "family reunifi*" OR "out-of-home placement*" OR "out of home placement*" OR "out-of-home care*" OR "out of home care**"	30,974
S9	TI placement* OR "placement stabilit*" OR "family preserv*" OR "family reunifi*" OR "out-of-home placement*" OR "out of home placement*" OR "out-of-home care*" OR "out of home care**"	6616
S8	S5 OR S6 OR S7	523,827
S7	(DE "Home Visiting Programs" OR DE "Family Preservation" OR DE "Family Therapy") OR (DE "Family Intervention") OR (DE "Family Reunification" OR DE "Foster Care" OR DE "Protective Services") OR (ZU "family intervention") or (ZU "family preservation") or (ZU "family therapy") or ((ZU "family reunification") or (ZU "family support") or ((ZU "child protective services") or (ZU "foster home care")	43,752
S6	AB "child protective service*" OR "home visit*" OR "family support program*" OR "therapeut* visit*" OR intervention* OR "in-home intervention*" OR "in home intervention*" OR "family preservation service*" OR "in-home therap*" OR "in home therap*" OR "in-home family-focused reunification*" OR "in home family-focused reunification*" OR "family reunification*" OR "foster care" OR "home-based services" OR "homebased services" OR "in-home services" OR "family centred" OR "family centered"	486,463
S5	TI "child protective service*" OR "home visit*" OR "family support program*" OR "therapeut* visit*" OR intervention* OR "in-home intervention*" OR "in home intervention*" OR "family preservation service*" OR "in-home therap*" OR "in home therap*" OR "in-home family-focused reunification*" OR "in home family-focused reunification*" OR "family reunification*" OR "foster care" OR "home-based services" OR "homebased services" OR "in-home services" OR "family centred" OR "family centered"	96,169
S4	S1 OR S2 OR S3	212,223
S3	(MM "Parents" OR DE "Adolescent Pregnancy" OR DE "Adolescent Fathers" OR DE "Adolescent Mothers" OR DE "Family Conflict" OR DE "Domestic Violence" OR DE "Dysfunctional Family") OR (ZU "family conflict") OR (ZU "family crises")	54,967
S2	AB (parent* OR family* OR families) AND AB ("risk factor*" OR "at-risk" OR "at risk" OR "substance* abus*" OR "alcohol abus*" OR "drug abus*" OR "child abus*" OR "mental health problem*" OR "mental illness*" OR "mental disorder*" OR "psychiatric illness*" OR "physical health problem*" OR disabilit* OR poverty OR "low-income" OR "low socio-economic" OR "disadvantage*" OR poor OR criminal* OR "domestic violence" OR "domestic abuse" OR "family violence" OR teenage* OR "multi problem famil*" OR "multi-problem	170,023

#	Query	Resultat
	famil** OR "multi-stressed famil** OR "multi-challenged famil** OR "vulnerable famil** OR "troubled famil** OR "complex famil** OR "multiple risk* famil** OR depriv* OR "multiple needs famil**")	
S1	TI (parent* OR family* OR families) AND TI ("risk factor*" OR "at-risk" OR "at risk" OR "substance* abus*" OR "alcohol abus*" OR "drug abus*" OR "child abus*" OR "mental health problem*" OR "mental illness*" OR "mental disorder*" OR "psychiatric illness*" OR "physical health problem*" OR disabilit* OR poverty OR "low-income" OR "low socioeconomic" OR "disadvantage*" OR poor OR criminal* OR "domestic violence" OR "domestic abuse" OR "family violence" OR teenage* OR "multi problem famil** OR "multi-problem famil** OR "multi-stressed famil** OR "multi-challenged famil** OR "vulnerable famil** OR "troubled famil** OR "complex famil** OR "multiple risk* famil** OR depriv* OR "multiple needs famil**")	

Bilagstabel 3.2 Tillægssøgning: Eksempel på en søgestreng fra PsychInfo

#	Query	Resultat
S12	S1 AND S4 AND S7 AND S8 AND S11	1,308
S11	S9 OR S10	265,786
S10	((DE "Socioemotional Functioning") OR (DE "Internalization" OR DE "Externalization")) OR (DE "Quality of Life") OR (DE "Loneliness")	81,025
S9	TI (("socio-emotional" OR socioemotional OR "social emotional" OR internalizing or internalising OR internalized OR internalised OR OR externalizing OR externalising OR externalized OR externalised OR wellbeing OR "well-being" OR "well being" OR "quality of life" OR loneliness OR "social isolation" OR "social exclusion" OR lonely OR "perceived isolation" OR "percieved stigma") OR AB (("socio-emotional" OR socioemotional OR "social emotional" OR internalizing or internalising OR internalized OR internalised OR OR externalizing OR externalising OR externalized OR externalised OR wellbeing OR "well-being" OR "well being" OR "quality of life" OR loneliness OR "social isolation" OR "social exclusion" OR lonely OR "perceived isolation" OR "percieved stigma")	250,310
S8	TI (Effect* OR trial* OR control* OR experiment* OR random* OR compar* OR intervention* OR "quasi-randomized controlled trial*" OR "quasi-randomised controlled trial*" OR "quasi-experimental stud*") OR AB (Effect* OR trial* OR control* OR experiment* OR random* OR compar* OR intervention* OR "quasi-randomized controlled trial*" OR "quasi-randomised controlled trial*" OR "quasi-experimental stud*") OR ((DE "Randomized Controlled Trials" OR DE "Experimental Methods" OR DE "Quasi Experimental Methods" OR DE "Experimental Design") OR (DE "Effect Size (Statistical)")	2,225,502
S7	S5 OR S6	466,759
S6	(DE "Home Visiting Programs") OR (DE "Family Therapy" OR DE "Family Intervention") OR (DE "Structural Family Therapy") OR (DE "Strategic Family Therapy") OR (DE "Family Preservation") OR (DE "Psychoeducation") OR (ZU "home visiting programs") or (ZU "family intervention") or (ZU "family preservation") or (ZU "family support") or (ZU "psychoeducation")	23,388
S5	TI (("child protective service*" OR "home visit*" OR "family support program*" OR "therapeut* visit*" OR intervention* OR "in-home intervention*" OR "in home intervention*" OR "family preservation service*" OR "in-home therap*" OR "in home therap*" OR "home-based services" OR "homebased services" OR "in-home services" OR "family centred" OR "family centered" OR "family therap*" OR "therapeutic visit*" OR psychoeducation* OR "psycho education*" OR "psycho-education*")) OR AB (("child protective service*" OR "home visit*" OR "family support program*" OR "therapeut* visit*" OR intervention* OR "in-home intervention*" OR "in home intervention*" OR "family preservation service*" OR "in-home therap*" OR "in home therap*" OR "home-based	462,041

#	Query	Resultat
	services" OR "homebased services" OR "in-home services" OR "family centred" OR "family centered" OR "family therap*" OR "therapeutic visit*" OR psychoeducation* OR "psycho education*" OR "psycho-education*"))	
S4	S2 OR S3	158,243
S3	DE ("Chronic Pain" OR "Fibromyalgia" OR "Rheumatoid Arthritis" OR "Irritable Bowel Syndrome") OR ((ZU "chronic pain") or (ZU "fibromyalgia") or (ZU "migraine headache") or (ZU "irritable bowel syndrome") or (ZU "inflammatory bowel diseases") or (ZU "arthritis, rheumatoid") or (ZU "low back pain"))	29,277
S2	TI ("physical health problem*" OR disabilit* OR "chronic pain" OR "persistent pain" OR "long term pain" OR "long-term pain" OR "long-lasting pain*" OR "long lasting pain*" OR fibromyalgia OR "head pain" OR migraine* OR headache* OR "neck pain" OR "back pain" OR "low* back pain" OR "low-back pain" OR "low* back ache*" OR "low-back ache* OR rheumatism* OR "irritable bowel syndrome" OR "inflammatory bowel disease*" OR arthrit* OR osteoarthritis* OR neuralgi* OR neuropath* OR "complex regional pain syndrome") OR AB ("physical health problem*" OR disabilit* OR "chronic pain" OR "persistent pain" OR "long term pain" OR "long-term pain" OR "long-lasting pain*" OR "long lasting pain*" OR fibromyalgia OR "head pain" OR migraine* OR headache* OR "neck pain" OR "back pain" OR "low* back pain" OR "low-back pain" OR "low* back ache*" OR "low-back ache* OR rheumatism* OR "irritable bowel syndrome" OR "inflammatory bowel disease*" OR arthrit* OR osteoarthritis* OR neuralgi* OR neuropath* OR "complex regional pain syndrome")	153,335
S1	TI (parent* OR family* OR families OR maternal OR paternal) OR AB (parent* OR family* OR families OR maternal OR paternal) OR ((DE "Mothers" OR DE "Parents" OR DE "Fathers"))	512,480

Bilagstabel 3.3 Søgeresultat fra skandinaviske vidensinstitutioners hjemmesider

Danmark	Resultat
SIF https://www.sdu.dk/da/sif	0
Social- og Boligstyrelsen https://www.sbst.dk/	0
Sundhedsstyrelsen https://www.sundhedsstyrelsen.dk	0
VIVE https://www.vive.dk/da/	0
Kræftens bekæmpelse https://www.cancer.dk/om-os/sammen-er-vi-kræftens-bekæmpelse/	0
TUBA https://tuba.dk/	0
Sverige	
Folkhälsomyndigheten https://www.folkhalsomyndigheten.se/	0
Socialstyrelsen https://www.socialstyrelsen.se/en/	0

NKA – Nationalt Kompetenscentrum för anhöriga https://anhoriga.se/	0
SBU: Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering https://www.sbu.se/sv/	0
Norge	
Folkhelseinstituttet i Norge https://www.fhi.no	0
helsedirektoratet https://www.helsedirektoratet.no/	0
Statistikk, analyse og FoU https://www.nav.no/	0
Buudir https://www.buudir.no/	0
Insum.no https://insum.r-bup.no/no	0
Alt i norske vitenarkiv i én tjeneste (NORA) http://nora.openaccess.no/	0

Bilag 4 Kvalitetsvurdering (risiko for bias) af de inkluderede publikationer

(Barlow et al., 2019)

Item	Risiko for bias	Argument for vurdering
Samlet vurdering af studie	Høj risiko	En del manglende/uklar information og tegn på selekteret udvælgelse af udfald.
Randomiseringsproces	Lav risiko	Computergenereret randomisering på individniveau, stratificeret på behandlingssted. Ingen signifikante forskelle på grupperne, dog lille studie-sample.
Afvielser fra intervention	Høj risiko	Visse afvielser. Ikke alle modtog lige mange sessioner. TAU-gruppen fik forskellige tilbud alt efter behov. Alle deltagere var i forvejen i misbrugsbehandling af forskellig art
Manglende udfaldsdata	Høj risiko	Noget frafald fra baseline til hhv. 6 og 12 mdr.s follow-up. PuP: 52 → 42 → 36 (31 %). TAU: 48 → 43 → 39 (47 %)
Måling af udfald	Moderat risiko	Det er uklar hvordan de for reviewet relevante udfaldsmål er mål. sandsynligvis selvrapporterede.
Selekteret udvælgelse af rapporterede resultater	Moderat risiko	Ingen protokol. Det fremgår, at det kun er en subgruppe af forældre (dem med børn over 12-mdr.) der leverede data til BITSEA-målingen. Det fremgår ikke hvor mange, og resultaterne fremgår heller ikke.

(Brown et al., 2021)

Item	Risiko for bias	Argument for vurdering
Samlet vurdering af studie	Høj risiko	Denne manglende og tilsyneladende ukorrekte information gør studiets troværdighed usikker.
Randomiseringsproces	Lav risiko	Randomiseringsproces er ikke tydeligt beskrevet. Forfatterne skriver, at grupperne er sammenlignelige på målte baselinekarakteristika. Af tabel 1 fremgår der dog store uligheder imellem grupperne (fx flere kvinder og 'Latino' i kontrolgruppen), selvom forskellene ikke er statistiske signifikante (lille studiepopulation).
Afvielser fra intervention	Høj risiko	Ingen information andet end at forældre kun bidrog med udfaldsdata, hvis de deltog i 5 eller flere sessioner (uklart hvor mange sessioner der maks. blev givet). Forfatterne nævner, at de ikke kunne kontrollere kontrolgruppens forbrug af ydelser, der kunne ligne interventionen.
Manglende udfaldsdata	Høj risiko	75 % (21 ud af 28) af hele studiepopulationen bedrog med udfaldsdata. Interventionsgruppen bidrog kun med udfaldsdata, hvis de havde deltaget i 5 eller flere sessioner. Dog skriver de i tabel 2, at udfaldsdata er fra 28 personer (15 intervention, 13 kontrol), undtagen for et enkelt udfaldsmål, som er fra 25 personer (13 intervention, 12 kontrol).
Måling af udfald	Moderat risiko	Alt er selvrapporteret af forældrene. Formodentlig lige meget 'social desirability' bias i begge grupper.
Selekteret udvælgelse af	Moderat risiko	Ingen protokol. Alle i artiklen nævnte udfaldsmål er rapporteret.

Item	Risiko for bias	Argument for vurdering
rapporterede resultater		

(Dawe & Harnett, 2007)

Item	Risiko for bias	Argument for vurdering
Samlet vurdering af studie	Høj risiko	Den lille studiepopulation, variationen i antal behandlinger og relativ høje frafaldsrate gør studiets resultater utroværdige.
Randomiseringsproces	Høj risiko	De nævner, at deltagerne bliver randomiseret til behandlingsgrupperne, men det fremgår ikke tydeligt hvordan. De har analyseret (nogle) baseline forskelle, men kun opgivet, hvis forskellene var insignifikante. Der er meget lav statistisk styrke pga. lille studiepopulation.
Afvielser fra intervention	Høj risiko	Varigheden af interventionen varierede meget (fra én til 14 behandlinger).
Manglende udfaldsdata	Moderat risiko	Forskel på, hvor mange der havde udfaldsmålinger i de tre grupper (hhv. 91 %, 87 % og 68 % for PuP, den korte intervention og standardpleje).
Måling af udfald	Moderat risiko	Uklart, hvem der svarede på Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Højest sandsynligt en forælder. Ingen blinding i forhold til behandlingsstatus.
Selekteret udvælgelse af rapporterede resultater	Moderat risiko	Ingen protokol.

(Forrester et al., 2016)

Item	Risiko for bias	Argument for vurdering
Samlet vurdering af studie	Høj risiko	De nedenfor nævnte metodiske problematikker gør, at studiets effektmål ikke er pålidelige.
Randomiseringsproces	Høj risiko	Ingen randomisering. 'Først til mølle' princip. De forældre, der blev henvist først, fik tilbuddet. Forældre, der blev henvist, når tilbuddet var fuldt, fik ikke tilbuddet og blev brugt som kontrolgruppe.
Afvielser fra intervention	Moderat risiko	Uklart, hvad interventionen konkret indeholder, og hvad deltagerne modtager. Respondenterne blev udtrukket blandt personer, der havde deltaget i Option 2 mellem 2000 og 2008. Man kan forestille sig, at programmet kan have ændret sig i denne periode.
Manglende udfaldsdata	Moderat risiko	Kun 36 % af de 75 familier, man henvendte sig til, ville deltage i follow-up undersøgelsen. For flere udfald mangler der besvarelser.
Måling af udfald	Høj risiko	Alle mål er selvrapporterede. Før- og eftermålinger blev udført på samme tid, efter at interventionen var slut. Stor risiko for, at forældrene ikke kan huske, hvordan de havde det før interventionen (det var i gennemsnit 5,6 år, siden de blev henvist).
Selekteret udvælgelse af rapporterede resultater	Moderat risiko	Ingen protokol, der beskriver, hvilke udfaldsmål der skal undersøges. Alle udfaldsmål, som nævnes i metodeafsnittet, rapporteres også i resultatafsnittet.

(Guo et al., 2016)

Item	Risiko for bias	Argument for vurdering
Samlet vurdering af studie	Moderat risiko	Skyldes problemer med frafald, manglende mål for implementering, og at der ikke umiddelbart findes en publiceret protokol.
Randomiseringsproces	Lav risiko	Potentielle confounders er målt for både indsats- og kontrolgruppen og virker velafbalancerede.
Afvigelse fra intervention	Moderat risiko	Det er lidt uklart, hvad kontrolgruppen modtog, men indsatsen er velbeskrevet og klart defineret.
Manglende udfaldsdata	Moderat risiko	Der var en del frafald i det oprindelige studie, men forfatterne tager højde for det i analyserne.
Måling af udfald	Lav risiko	De fleste er validerede psykometriske mål. Da det er selvrapportering, er det ikke en mulighed med blinde bedømmere.
Selekteret udvælgelse af rapporterede resultater	Moderat risiko	Der findes ikke en publiceret protokol, men intet tyder på selektiv rapportering.

(Hall et al., 2021)

Item	Risiko for bias	Argument for vurdering
Samlet vurdering af studie	Moderat risiko	Overordnet et fint design (propensity score matching). Dog svært at gennemskue, hvilke reelle forskelle der er på grupperne, og hvordan det kan påvirke målinger af udfaldene.
Randomiseringsproces	Moderat risiko	Ingen randomisering. Der er dog brugt propensity score matching til at danne en sammenligningsgruppe. De er matchet på variable relateret til barnet (fx alder og køn), variable relateret til sagen (fx fund fra børneværnsundersøgelse og årstal for første hændelse) samt variable relateret til familien (fx graden af stofmisbrug og fattigdom). Der er dog en del forskelle på START- og kontrolgruppen.
Afvigelse fra intervention	Moderat risiko	Interventionen udgør en model bestående af mange elementer. Det er svært at vurdere, hvorvidt hver enkelt forløb afviger fra hinanden, samt hvad kontrolgruppen får, der kunne have elementer fra interventionen. Derudover er deltagerne udvalgt i årene 2010 til 2016, hvorfor man kan forestille sig, at deltagerne modtager forskelligartede interventioner. Forfatterne nævner selv, at den service, som forældrene modtager i sammenligningsgruppen, afhænger af den enkelte sag (se side 2).
Manglende udfaldsdata	Lav risiko	Ingen manglende udfaldsdata.
Måling af udfald	Moderat risiko	Udfaldene er opgjort ud fra administrative data. Der er en vis risiko for, at familierne i kontrolgruppen ikke bliver registreret i lige så høj grad som indsatsgruppen – netop fordi de ikke modtager indsatsen (detektionsbias).
Selekteret udvælgelse af rapporterede resultater	Moderat risiko	Ingen protokol til at vurdere, hvorvidt der er udeladte udfald.

(Huebner, Hall, et al., 2021)

Item	Risiko for bias	Argument for vurdering
Samlet vurdering af studie	Moderat risiko	Intervention og særligt TAU er meget upræcist defineret.
Randomiseringsproces	Moderat risiko	Ingen randomisering. Dog er der brugt propensity score matching (på 19 variable relateret til barnet og familien) til at danne en sammenligningsgruppe.
Afvielser fra intervention	Moderat risiko	Treatment as usual (TAU) er ikke beskrevet. Forfatterne nævner selv, at intensitet af TAU ikke kan bestemmes. Det kan altså ikke udelukkes, at familierne i TAU får nogle af de samme services, som START gruppen – evt. bare under et andet navn. Derudover kan det nævnes, at implementeringsgraden af START varierede mellem de fire amter, som blev undersøgt.
Manglende udfaldsdata	Lav risiko	Ingen manglende udfaldsdata.
Måling af udfald	Moderat risiko	Udfaldene er opgjort ud fra administrative data. Der er en vis risiko for, at familierne i kontrolgruppen ikke bliver registreret i lige så høj grad som indsatsgruppen – netop fordi de ikke modtager indsatsen (detektionsbias).
Selekteret udvælgelse af rapporterede resultater	Moderat risiko	Ingen protokol til at vurdere, hvorvidt der er udeladte udfald.

(Huebner, Willauer, et al., 2021)

Item	Risiko for bias	Argument for vurdering
Samlet vurdering af studie	Moderat risiko	Intervention og særligt TAU er meget upræcist defineret.
Randomiseringsproces	Moderat risiko	Ingen randomisering. Dog er der brugt propensity score matching (på 19 variable relateret til barnet og familien) til at danne en sammenligningsgruppe.
Afvielser fra intervention	Moderat risiko	Treatment as usual (TAU) er ikke beskrevet. Forfatterne nævner selv, at intensitet af TAU ikke kan bestemmes. Det kan altså ikke udelukkes, at familierne i TAU får nogle af de samme services, som START gruppen – evt. bare under et andet navn. Derudover kan det nævnes, at implementeringsgraden af START varierede mellem de fire amter, som blev undersøgt.
Manglende udfaldsdata	Lav risiko	Ingen manglende udfaldsdata.
Måling af udfald	Moderat risiko	Udfaldene er opgjort ud fra administrative data. Der er en vis risiko for, at familierne i kontrolgruppen ikke bliver registreret i lige så høj grad som indsatsgruppen – netop fordi de ikke modtager indsatsen (detektionsbias).
Selekteret udvælgelse af rapporterede resultater	Moderat risiko	Ingen protokol til at vurdere, hvorvidt der er udeladte udfald. Derudover er der ikke opgivet signifikantest og tilhørende p-værdier. Forfatterne har valgt ikke at opgive effektstørrelser og konfidensintervaller, hvis forskellene var insignifikante.

(Lam et al., 2008)

Item	Risiko for bias	Argument for vurdering
Samlet vurdering af studie	Moderat risiko	Overordnet veludført studie, men der mangler en del information for at vurdere kvaliteten af randomiseringen, afvigelser fra interventionen og blinding af de personer, som måler udfaldene.
Randomiseringsproces	Lav risiko	Forældreparrene blev randomiseret til en af tre behandlingstilbud og derefter randomiseret til en terapeut. Hvis parret havde flere børn, blev der tilfældigt udvalgt et barn, hvis udfald blev afrapporteret. Ingen signifikante forskelle på baggrundskarakteristika mellem grupperne for hverken fædre, mødre eller børn (dog ser der ud til at være tastefejl i enten 2008 eller 2009 studiet). Randomiseringsmetoden er ikke specificeret.
Afvigelser fra intervention	Moderat risiko	Ingen omtale.
Manglende udfaldsdata	Moderat risiko	83 % bidrog med udfaldsdata. Manglende data blev håndteret med dataimportering med hjælp af multilevel modeller. Resultater ikke vist separat for data med og uden importeret data.
Måling af udfald	Moderat risiko	Formodentligt samme metode for alle grupper. Blinding omtales ikke.
Selekteret udvælgelse af rapporterede resultater	Moderat risiko	Ingen protokol.

(Lowell et al., 2023)

Item	Risiko for bias	Argument for vurdering
Samlet vurdering af studie	Moderat risiko	Vurdering skyldes to domæner med moderat risiko for bias, herunder at der ikke henvises til nogen protokol eller præspecificeret studieplan.
Randomiseringsproces	Lav risiko	Studiet er randomiseret (urne randomiseringsprocedure). Ingen signifikante forskelle i baseline karakteristika.
Afvigelser fra intervention	Moderat risiko	Fideliteten og implementering afrapporteres ikke. Til trods for træning og supervision af misbrugsvejleder i at levere indsatsen rejser forfatterne selv spørgsmålet om, hvorvidt indsatsen er blevet leveret korrekt.
Manglende udfaldsdata	Lav risiko	I interventionsgruppen var der frafald på 30 %, mens frafaldet i kontrolgruppe var på 14 %. Ingen forskel mellem grupperne i antallet af sessioner, som de deltog i. Ingen manglende udfaldsdata. Analyser gennemført for både de kvinder, der fuldførte, og det fulde sample (intention to treat-analyses). For alle resultater gjaldt det, at resultaterne fra intention to treat og per protocol analyserne ikke afveg signifikant fra hinanden afhængigt af sample.
Måling af udfald	Lav risiko	The Strange Situation procedure er et udbredt redskab til at klassificere børns tilknytning. The Nursing Child Satellite Training (NCST) Teaching Scale er et udbredt standardiseret redskab til at observere og rate kvaliteten af forælder-barn interaktion. The Parental Reflective Functioning Questionnaire er et 18-item selvrapporteret måleredskab, der måler tre aspekter af forældres mentalisering. Acceptabel intern konsistens og concurrent validity. Dog risiko for social desirability effect.

Item	Risiko for bias	Argument for vurdering
		The Parent Development Interview er et udbredt semi-struktureret Interview til at undersøge og kode mentalisering/reflektiv funktion. Dog anvendes der med udviklers tilladelse en reduceret 14-items version for ikke at overbebyrde deltagerne og for at undgå overlap med PDI. Koder er uvidende om treatment-status og test tidspunkt. The Curiosity Box paradigm/Coding Interactive Behavior er ligeledes en udbredt måde til at kode interaktion mellem forælder og barn. Kodet af, der var uvidende om treatment-status.
Selekteret udvælgelse af rapporterede resultater	Moderat risiko	Der afrapporteres på alle de udfaldsmål, som introduceres i artiklen. Der henvises dog ikke til nogen protokol eller præspecificeret studieplan. Der er ikke umiddelbart noget, der tyder på selektiv rapportering. For eksempel rapporteres der også udfaldsmål, hvor der ikke ses nogen effekt

(Luthar & Suchman, 2000)

Item	Risiko for bias	Argument for vurdering
Samlet vurdering af studie	Høj risiko	Der mangler en del information vedr. randomiseringsproces og udførelsen af de forskellige målinger. Derudover ser der ud til at være baseline forskelle, som ikke er undersøgt statistisk.
Randomiseringsproces	Moderat risiko	Efter at have fået forklaret, at de var med i et randomiseret studie, blev kvinder tildelt enten behandlingstilbuddet eller en standardbehandling. Randomiseringsproceduren er ikke specificeret. Baseline forskelle på interventions- og kontrolgruppen er undersøgt statistisk for udvalgte baggrundsvariable, men ikke for "psykosociale tilpasningsvariable", som de ellers har data på. Det ser ud til, at der kunne være en del forskelle – fx på barnet 'opførelse' ved baseline (326,3 vs. 300,3).
Afvisninger fra intervention	Moderat risiko	Forfatterne beskriver, at behandlingen i både interventions- og kontrolgruppen kunne variere meget, samt at de kun ved meget lidt om variationen i behandlingen blandt kvinderne i kontrolgruppen.
Manglende udfaldsdata	Lav risiko	Hhv. 86 og 83 % af kvinderne i interventions- og kontrolgruppen gennemførte behandling og bidrog med udfaldsdata. De kvinder, der faldt fra, adskilte sig ikke signifikant fra dem, som blev i undersøgelsen.
Måling af udfald	Moderat risiko	Der bliver brugt anerkendte måleredskaber, men det er uklart, hvordan målingerne bliver udført – ingen omtale om blinding.
Selekteret udvælgelse af rapporterede resultater	Moderat risiko	Ingen protokol. Alle omtalte udfaldsmål bliver præsenteret.

(Luthar et al., 2007)

Item	Risiko for bias	Argument for vurdering
Samlet vurdering af studie	Høj risiko	Alle domæner er vurderet med moderat risiko for bias, hvorfor den samlede vurdering bliver høj risiko for bias.
Randomiseringsproces	Moderat risiko	Deltager er allokeret til interventionsgrupper gennem randomisering med URN Randomization Program. Der ses dog forskelle i baseline karakteristika mellem grupperne (fx er der flere afroamerikanere, samt personer med relativ lav uddannelse i kontrolgruppen i forhold til interventionsgruppen), selvom det nævnes, at der ikke er signifikante forskelle.
Afvielser fra intervention	Moderat risiko	58 % af interventionsgruppen deltog i mindst 12 ud af 24 sessioner, mens denne andel var 63 for kontrolgruppen.
Manglende udfaldsdata	Moderat risiko	30 % af mødrene droppede ud inden randomiseringen. 85 % af mødrene (75 % i interventionsgruppen vs. 87 % i kontrolgruppen) bidrog med data til follow-up. Ingen signifikante forskelle i frafaldsraterne, dog er det ikke rapporteret, om de frafaldne mødre adskilte sig fra de mødre, som blev i undersøgelsen. De skriver, at udfaldene bliver målt hver 8. uge, men de er kun vist for baseline, 'under interventionen' og 6 mdr. postintervention.
Måling af udfald	Moderat risiko	Selvrapporteret.
Selekteret udvælgelse af rapporterede resultater	Moderat risiko	Ingen protokol. Det skriver, at de både vil undersøge effekten blandt alle randomiserede deltagere (intention-to-treat) og de deltagere, som rent faktisk fik indsatsen. Derudover mangler der SD for mange af målingerne.

(Nair et al., 2003)

Item	Risiko for bias	Argument for vurdering
Samlet vurdering af studie	Moderat risiko	Skyldes det relativt store frafald, idet der ved 18 mdr. kun var 161 dyder ud af de oprindelige 265, samt at der ikke er et mål for implementering/fidelitet.
Randomiseringsproces	Lav risiko	Metoden for randomisering er ikke specificeret, men der er intet, som tyder på, at der var problemer med randomisering/forskellige risikoprofil i indsats- og kontrolgruppen.
Afvielser fra intervention	Moderat risiko	Der er ikke et mål for implementering/fidelitet, men indsatsen er meget velbeskrevet både for indsats og kontrolgruppen.
Manglende udfaldsdata	Moderat risiko	Frafald var relativt stort, men det er forventeligt i lyset af den sårbare målgruppe og kan delvist forklares med, at en del af børnene blev anbragt uden for hjemmet.
Måling af udfald	Lav risiko	The Bailey Infant Scale er et udbredt og klinisk valideret redskab til at måle barnets trivsel/udvikling og derudover anvendes administrative data.
Selekteret udvælgelse af rapporterede resultater	Lav risiko	De har rigtig mange outcomes, men alle bliver af rapporteret i en eller anden form, og der er således ikke noget, der tyder på problemer med selektiv rapportering.

(Saldana, 2015)

Item	Risiko for bias	Argument for vurdering
Samlet vurdering af studie	Moderat risiko	Skyldes frafald, manglende mål for fidelitet og at der ikke er en protokol.
Randomiseringsproces	Lav risiko	Proceduren er beskrevet, og der er en tabel, hvor man kan se potentielle confounders fordelt på interventions- og kontrolgruppen (tabel 1).
Afvigelser fra intervention	Moderat risiko	Der er ikke et mål for implementering/fidelitet, og det er lidt usikkert, hvad kontrolgruppen faktisk modtog s. 178.
Manglende udfaldsdata	Moderat risiko	Der var et relativt stort frafald ved 12 mdr. (28 % i interventionsgruppen og 31 % i kontrolgruppen).
Måling af udfald	Lav risiko	De fleste er validerede psykometriske mål. Da det er selvrapportering, er det ikke en mulighed med blinde bedømmere.
Selekteret udvælgelse af rapporterede resultater	Moderat risiko	Da det er et pilotstudie, findes der ikke en publiceret protokol, men intet tyder på selektiv rapportering.

(Suchman et al., 2011)

Item	Risiko for bias	Argument for vurdering
Samlet vurdering af studie	Moderat risiko	Vurdering skyldes to domæner med moderat risiko for bias, herunder at der ikke henvises til nogen protokol eller præspecificeret studieplan.
Randomiseringsproces	Moderat risiko	Studiet er randomiseret, men metoden til randomisering er ikke angivet. Mødrene blev informeret om, at de modtog en af to 'parenting' intervention med det formål at hjælpe dem med at håndtere forældrestress. Ingen signifikante forskelle i baseline karakteristika. Der er ikke noget, der giver anledning til bekymring.
Afvigelser fra intervention	Lav risiko	Terapeuter (intervention) modtog ugentlig supervision undervejs. To gange månedligt mødtes de med co-investigator og gennemgik og reviewede videoer. Terapeuterne udfyldte fidelity scales efter hver session og modtog løbende feedback vedr. fidelity ratings fra uafhængige raters. Kontrolgruppens vejledere udfyldte ligeledes fidelity scales efter hver session og modtog løbende feedback vedr. fidelity ratings fra uafhængige raters for at sikre, at der ikke var overlap mellem metode intervention og kontrolgruppe. Ifølge Suchman, Decoste, Castiglioni et al. (2010) er fideliteten tilfredsstillende.
Manglende udfaldsdata	Lav risiko	I både interventions- og kontrolgruppe var der et frafald på 28 %. Alle udfald er dog målt for det fulde sample både ved post-intervention og follow-up. Intention-to treat-analysis.
Måling af udfald	Lav risiko	The Nursing Child Satellite Training (NCAST) Teaching Scale er et udbredt standardiseret redskab til at observere og rate kvaliteten af forælder-barn interaktion. The Working Model of the Child Interview (WMCI) er et udbredt struktureret interview til at vurdere kvaliteten af mor/barn relation. The Parent Development Interview (PDI) er et udbredt semi-struktureret interview til at undersøge og kode mentalisering/reflektiv funktion. Dog anvendes der med udviklers tilladelse en reduceret 14-items version for

Item	Risiko for bias	Argument for vurdering
		ikke at overbebyrde deltagerne og for at undgå overlap med PDI. Kodet af ekstern person.
Selekteret udvælgelse af rapporterede resultater	Moderat risiko	Der afrapporteres på alle de udfaldsmål, som introduceres i artiklen. Der henvises ikke til nogen protokol eller præspecificeret studieplan, men der er ikke noget, der tyder på selektiv rapportering, fx rapporteres det også, at interventionen ikke havde signifikant effekt på barnets refleksive funktion (mentaliserings). .

(Suchman et al., 2017)

Item	Risiko for bias	Argument for vurdering
Samlet vurdering af studie	Moderat risiko	Vurdering skyldes to domæner med moderat risiko for bias, herunder at der ikke henvises til nogen protokol eller præspecificeret studieplan.
Randomiseringsproces	Moderat risiko	Studiet er randomiseret, men metoden til randomisering er ikke angivet. Ingen signifikante forskelle i baseline karakteristika, bortset fra om barnet havde været udsat for heroin under graviditeten. Der er ikke noget, der giver anledning til bekymring.
Afviigelser fra intervention	Lav risiko	Fideliteten af rapporteringen i studiet og vurderes som tilfredsstillende.
Manglende udfaldsdata	Lav risiko	I både interventions- og kontrolgruppe var der et frafald på 23 %. Ingen signifikant forskel i antallet eller mønstret af manglende værdier. Håndtering af manglende værdier giver ikke anledning til bekymring. Analyser gennemført for både de kvinder, der fuldførte, og det fulde sample (intention to treat analyses). For alle resultater gjaldt det, at resultaterne ikke afveg signifikant fra hinanden afhængigt af sample. Derfor præsenteres kun resultater fra intention-to-treat samplet.
Selekteret udvælgelse af rapporterede resultater	Moderat risiko	Der afrapporteres på alle de udfaldsmål, som introduceres i artiklen. Der henvises dog ikke til nogen protokol eller præspecificeret studieplan. Der er ikke umiddelbart noget, der tyder på selektiv rapportering. For eksempel rapporteres der også udfaldsmål, hvor der ikke ses nogen effekt.
Måling af udfald	Lav risiko	The Strange Situation procedure er et udbredt redskab til at klassificere børns tilknytning. Kodet af en person, der var uvidende om treatment-status. The Working Model of the Child Interview (WMCI) er et udbredt struktureret interview til at vurdere kvaliteten af mor/barn relation. Dog anvendes der med udviklers tilladelse en reduceret 15-items version for ikke at overbebyrde deltagerne og for at undgå overlap med PDI. Kodet af ekstern person, der var uvidende om treatment-status. The Parent Development Interview (PDI) er et udbredt semi-struktureret interview til at undersøge og kode mentalisering/refleksiv funktion. Dog anvendes der med udviklers tilladelse en reduceret 14-items version for ikke at overbebyrde deltagerne og for at undgå overlap med PDI. Kodet af ekstern person. The Coding Interactive Behavior er ligeledes en udbredt måde til at kode interaktion mellem forælder og barn. Kodet af en person, der var uvidende om treatment-status.
Selekteret udvælgelse af rapporterede resultater	Moderat risiko	Der afrapporteres på alle de udfaldsmål, som introduceres i artiklen. Der henvises dog ikke til nogen protokol eller præspecificeret studieplan. Der er ikke umiddelbart noget, der tyder på selektiv rapportering. For eksempel rapporteres der også udfaldsmål, hvor der ikke ses nogen effekt.

