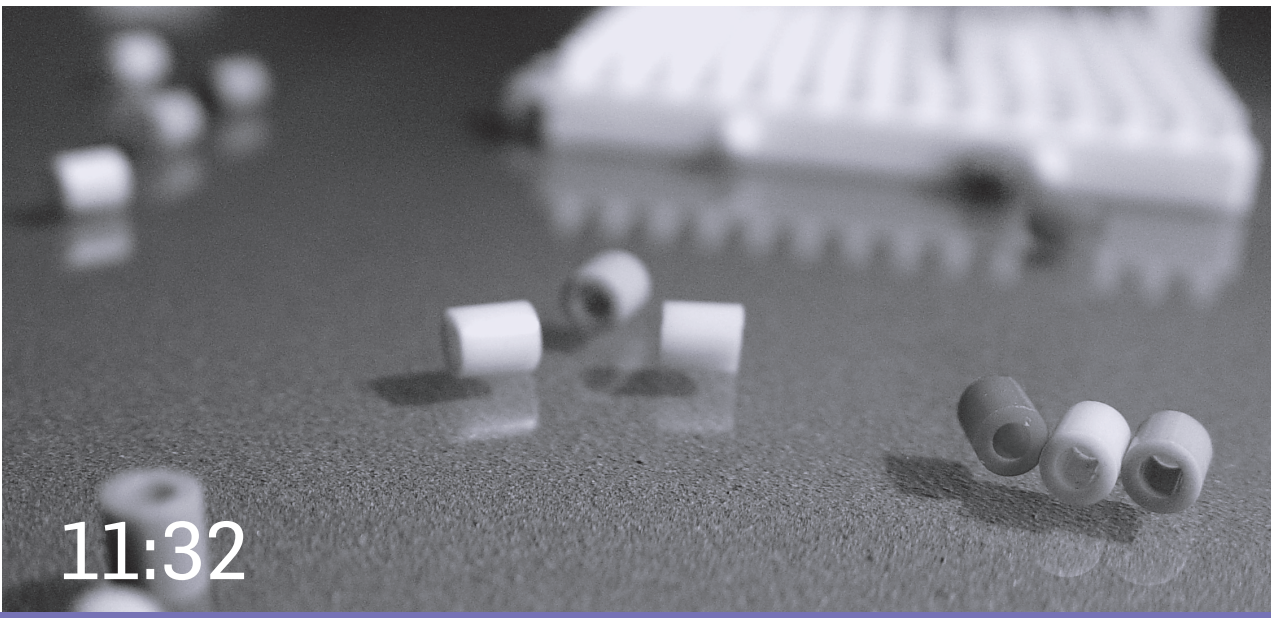
SFI DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

INDSATSER OVER FOR UDSATTE 0-3-ÅRIGE OG DERES FORÆLDRE

EN SYSTEMATISK FORSKNINGSOVERSIGT



11:32

HELENE HJORTH OLDRUP
KATHRINE VITUS

11:32

INDSATSER OVER FOR UDSATTE 0-3-ÅRIGE OG DERES FORÆLDRE

EN SYSTEMATISK FORSKNINGSOVERSIGT

HELENE HJORTH OLDRUP
KATHRINE VITUS

KØBENHAVN 2011
SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

INDSATSER OVER FOR UDSATTE 0-3-ÅRIGE OG DERES FORÆLDRE.
EN SYSTEMATISK FORSKNINGSOVERSIGT
Afdelingsleder: Anne-Dorthe Hestbæk
Afdelingen for børn og familie

Undersøgelsens følgegruppe:
Line Herlev Grønfeldt, Servicestyrelsen
Else Guldager, sundhedsplejerske
Anne-Dorthe Hestbæk, SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd
Christina Hviid, Socialministeriet, Kontoret for Børn
Mette Kierkgaard, Servicestyrelsen
Anne Melchior, Servicestyrelsen, Børne-Unge enheden
Dorthe Nørgaard, KL, Børne og Kulturkontoret
May Olofsson, Familieambulatoriet ved Rigshospitalet og Hvidovre Hospital.
Videnscenter for Forebyggelse af Rusmidler hos Børn

ISSN: 1396-1810
ISBN: 978-87-7119-041-0
e-ISBN: 978-87-7119-042-7

Layout: Hedda Bank
Forsidefoto: Hedda Bank
Oplag: 500
Tryk: Rosendahls – Schultz Grafisk A/S

© 2011 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd
Herluf Trolles Gade 11
1052 København K
Tlf. 33 48 08 00
sfi@sfi.dk
www.sfi.dk

SFI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden.
Skrifter, der omtaler, anmelder, henviser til eller gengiver SFI's
publikationer, bedes sendt til centret.

INDHOLD

FORORD 7

RESUMÉ 9

1 BAGGRUND OG FORMÅL 15

Formål 15
Centrale begreber 16
Afgrænsninger 17
De metodologiske kvalitetskrav 20
Brug af begreber 24

2 METODER 25

Introduktion 25
Søgeafgrænsninger 25
Screening og kodning 32
Syntese og resumé af materialet 36
Narrativt resumé 38

3 SYNTESE 41

Introduktion 41
Generelle træk ved de fundne indsatser 41
Fællestræk ved rammer for tidlig indsats 53
Studiernes kvalitet 56

4 RISIKOFAKTOR: MISBRUG 59

Introduktion 59
Analyse af indsatsernes generelle træk 59
Narrative resuméer 63

5 RISIKOFAKTOR: VANRØGT 79

Introduktion 79
Analyse af indsatsernes generelle træk 79
Narrative resuméer 82

6 RISIKOFAKTOR: VOLD 87

Introduktion 87
Analyse af indsatsernes generelle træk 87
Narrative resuméer 90

7 RISIKOFAKTOR: PSYKISK SYGDOM 95

Introduktion 95
Analyse af indsatsernes generelle træk 95
Narrative resuméer 99

8 RISIKOFAKTOR: MENTAL RETARDERING 123

Introduktion 123
Analyse af indsatsernes generelle træk 123

Narrative resuméer 126

9 RISIKOFAKTOR: TIDLIGT FORÆLDRESKAB 131

Introduktion 131
Analyse af indsatsernes generelle karakter 131
Narrativt resumé 134

10 RISIKOFAKTOR: KOMBINEREDE PROBLEMBILLEDER 137

Introduktion 137
Analyse af indsatsernes generelle træk 137
Narrative resuméer 142

BILAG A: STUDIER MEDTAGET I FORSKNINGSOVERSIGTEN 167

BILAG B: STUDIER, DER IKKE ER LAVET NARRATIVT RESUMÉ AF 177

BILAG C: FUNDNE KVALITATIVE STUDIER MED ABSTRACT 183

BILAG D: STUDIER, DER IKKE ER MODTAGET VED KODNINGENS AFSLUTNING 203

LITTERATUR 205

SFI-RAPPORTER SIDEN 2010 207

FORORD

Denne forskningsoversigt er et led i Servicestyrelsens bestræbelser på at tilvejebringe kvalificeret viden at basere evidensbaseret praksis (EBP) på. EBP er et udtryk for, at beslutninger og arbejde bygger på de indsatser, som ud fra den bedste og nyeste videnskabelige kundskab har en verificeret sandsynlighed for at skabe positive udfald for de berørte forældre og børn.

Det specifikke formål med forskningsoversigten er at kortlægge den evidensbaserede forskning, der findes om indsatser rettet mod børn i alderen 0-3 år og deres forældre (også under graviditeten), som er sårbare og udsatte i forhold til en række udvalgte risikofaktorer. Forskningsoversigten ser på de risikofaktorer, som litteraturen peger på er mest skadelige for børns udvikling, nemlig: forældres misbrug, vanrøgt af børn, vold mod eller omkring børn, forældres psykiske sygdom, forældres mentale retardering, forældreskab i en ung alder og en kombination af flere risikofaktorer, i oversigten benævnt "kombinerede problembilleder".

Oversigten præsenterer rammerne for tilvejebringelsen af evidensbaserede studier i forskningsoversigten, kortlægger de fundne studier og formulerer overordnede policy-anbefalinger til tidlige indsatser i forhold til udsatte og sårbare småbørn i alderen 0-3 år og deres forældre på baggrund af den indsamlede viden.

Undersøgelsen har været fulgt af en ekstern følgegruppe (se kolofonen), og cand.psych. Trine Lindskov, Center for Familiebehandling

og Psykologisk Rådgivning, Københavns Kommune, og cand.psych. Claus Gosvig, Centerchef, Center for Familiebehandling og Psykologisk Rådgivning, Københavns Kommune, har været referees på rapporten. Vi takker alle for gode og konstruktive kommentarer.

Rapporten er skrevet af forsker Helene Hjorth Oldrup og seniorforsker Kathrine Vitus, der også har været projektleder. Bibliotekar Anne-Marie Klint Jørgensen har forestået søgeprocessen, bibliotekar Pia Vang Hansen har sammen med studentermedhjælp Anne-Sofie Due Knudsen været ansvarlig for screeningsproces, kodeproces, bestilling af materiale og for at holde styr på de mange henvisninger. Studentermedhjælp Katrine Schødt Vammen og forskningsassistent Malene Miller Jakobsen har bidraget til screening, kodning og kontrol af tabeller. Studenter Jonas Kylov Gielfeldt og Cecilie Logo-Kofoed har bidraget til screening, kodning og kontrol af tabeller. Videnskabelig assistent Pernille Foged har bidraget til narrative resuméer. Rapporten er bestilt og finansieret af Servicestyrelsen.

København, oktober 2011

JØRGEN SØNDERGAARD

RESUMÉ

Denne forskningsoversigt kortlægger studier over tidlige indsatser rettet mod sårbare og udsatte småbørn i alderen 0-3 år og deres forældre (herunder gravide mødre) i perioden 2000-2009. Formålet er at bidrage med kvalificeret viden til udvikling af en evidensbaseret praksis i socialpolitikken. Oversigten inddrager studier af sociale indsatser og har afgrænset sig til indsatser rettet mod at reducere eller kompensere for følgende risikofaktorer: forældres misbrug, vanrøgt, vold i nære relationer, psykisk sygdom hos forældrene, dårlig begavelse hos forældrene, tidligt forældreskab samt kombinerede problembilleder, dvs. tilfælde, hvor der er flere risikofaktorer til stede.

Vi præsenterer studierne af tidlige indsatser i en syntese, dvs. en analyse af tværgående fællestræk og forskelle ved de sociale indsatser, studierne beskriver, og i en række narrative resuméer. Både syntese og resuméer sætter fokus på, hvordan hver enkelt indsats er organiseret i forhold til typer af aktiviteter (enkelt-/multifacetteret, som gruppe eller individuel indsats), hvordan indsatsen er organiseret i forhold til tid (varighed/intensitet), hvilke fagligheder der er til stede blandt personalet, samt inden for hvilke institutionelle rammer indsatsen finder sted.

METODE

Forskningsoversigten bygger på studier, der anvender evidensbaserede metoder med en høj grad af pålidelighed, dvs. lodtrækningsforsøg, kvasi-eksperimentelle metoder og før- og eftermålinger. Vi anvender kun studier, der har gennemgået videnskabeligt review. Studierne er fundet i de nordiske biblioteksbaser, SocINDEX og PsychINFO, og har gennemgået en screening og kodning ud fra en række veldefinerede nøgletræk ved sociale indsatser. På denne baggrund har vi sammenfattet en syntese af studierne. Der er også foretaget en syntese af materialet inden for hver enkelt risikofaktor. Denne syntese må dog tages med større forbehold, da der inden for visse af risikofaktorerne kun er få studier.

I kapitlet for hver enkelt risikofaktor foretager vi desuden narrative resuméer af tidlige indsatser. Her er udvalgt de 39 indsatser, som er anset for velbeskrevne og kulturelt oversættelige i en dansk kontekst. Formålet med de narrative resuméer er at give et fyldigt billede af de mangeartede indsatser inden for feltet. De narrative resuméer giver (i det omfang studierne leverer de nødvendige oplysninger) detaljerede beskrivelser af den enkelte indsats, herunder organisering, hvilke aktiviteter den består af, dens varighed og fagligheder m.v. Disse beskrivelser dokumenterer og fremviser den store variation, der er i sammensætningen af tidlige indsatser, og kan virke som inspiration til, hvordan man kan iværksætte enkelte indsatser i forhold til en specifik risikofaktor.

KORTLÆGNING OG SAMMENFATTENDE SYNTESE

Kortlægningen fandt i alt 81 studier af tidlige indsatser. Disse studier fordeler sig ujævnt i forhold til de forskellige risikofaktorer, således at der inden for risikofaktorerne misbrug, psykisk sygdom, tidligt forældreskab og kombinerede problembilleder fandtes over 10 studier af indsatser, og inden for retardering, vold og vanrøgt fandtes under 10. Kun meget få af de indsatser er undersøgt mere end én gang i studierne. Det er altså en meget bred vifte af sociale indsatser, vi har fundet beskrevet for denne målgruppe.

Den fælles syntese for alle de fundne studier peger på, at der er følgende fællestræk på tværs af alle indsatser:

I forhold til målgruppe:

- Tidlige indsatser er kendetegnet ved at være rettet mod forældre og især mod mødre (frem for mod børnene).
- De fundne indsatser har især fokus på de yngste børn i alderen 0-3 år (mens andre indsatser mod samme risikofaktorer retter sig mod ældre børn).

I forhold til organisering:

- Indsatserne er organiseret som multifacetterede indsatser, dvs. de består af forskellige typer af aktiviteter, eksempelvis både en ugentlig samtale, praktisk hjælp og gruppesessioner eller andet.
- Tidlige indsatser er især organiseret som både gruppebaserede tiltag, individuelle tiltag og tiltag, der er både-og.

I forhold til varighed og intensitet:

- Indsatserne er forholdsvis langvarige og varer 6 måneder eller mere.
- Indsatserne er generelt karakteriseret ved forholdsvis hyppige kontakter, nemlig ugentlige aktiviteter eller kontakter.

Disse fællestræk i de fundne indsatser kan danne udgangspunkt for den videre diskussion af de rammer, der bør være for evidensbaserede tidlige indsatser.

DE ENKELTE RISIKOFAKTORER

I den resterende del af rapporten behandles de tidlige indsatser inden for de enkelte risikofaktorer. Vi opsummerer fællestræk og beskriver effektmål for de mest lovende indsatser ud fra kriterier om kulturel oversættelighed og velbeskrevethed. Der er stor variation i forhold til, hvad man har søgt at måle på i de enkelte studier. Endelig gives narrative resuméer af de udvalgte indsatser.

Syntese inden for hver enkelt risikofaktor viser, at der er forskelle i fællestrækkene mellem på den ene side indsatser inden for den enkelte risikofaktor og på den anden side indsatserne samlet set. Samtidig er der stor variation i, hvor mange studier der findes om den enkelte risikofaktor. Vi opsummerer fællestræk for risikofaktorer med mere end 10 studier: misbrug, psykisk sygdom, tidligt forældreskab og kombinerede problembilleder.

MISBRUG

Syntesen for studier inden for risikofaktoren misbrug peger på, at fællestræk er:

Målgruppe:

- Det er især mødre, som indsatser er rettet mod.
- Indsatserne har varierende aldersafgræsning af børnegruppen, og de forskellige indsatser anvender både målgruppen småbørn på 0-3 år og målgrupperne 0-12-årige og 0-17-årige.

Organisering:

- Indsatserne er især multifacetterede.
- Indsatserne er især individuelt baserede.

Varighed og intensitet:

- Indsatserne er oftest langvarige og varer mere end 6 måneder.
- Indsatserne har mange forskellige intensiteter, lige fra adgang til rådgivning døgnet rundt til daglige møder, flere møder ugentligt, ugentlige møder, flere gange om måneden og sjældnere.

PSYKISK SYGDOM

Syntesen for studier inden for risikofaktoren psykisk sygdom peger på, at fællestræk er:

Målgruppe:

- Indsatserne er udelukkende rettet mod mødre.
- De har næsten udelukkende fokus på de helt små børn, de 0-3-årige.

Organisering:

- De er næsten udelukkende organiseret som multifacetterede indsatser.
- Indsatser kan være organiseret både som gruppebaserede tiltag, som individuelle tiltag og som både-og.

Udførende instans:

- Det er især professionelt terapeutisk personale, der udfører indsatsen.

Varighed og intensitet:

- Indsatser varer ofte 1-5 måneder.
- Oftest med ugentlige møder.

TIDLIGT FORÆLDRESKAB

Syntesen for studier inden for risikofaktoren psykisk sygdom peger på, at fællestræk er:

Målgruppe:

- Indsatserne retter sig især mod mødre, men også forældre.
- Den involverede børnegruppe er småbørn 0-3 år.

Organisering:

- Indsatserne er især multifacetterede.
- Der er overvejende tale om gruppebaserede tiltag.

Udførende instans:

- Der kan være flere personalegrupper involveret.

KOMBINEREDE PROBLEMBILLEDER

Syntesen for studier inden for risikofaktoren kombinerede problembilleder peger på, at fællestræk er:

Målgruppe:

- Indsatserne er især rettet mod forældre.
- Indsatserne er især rettet mod småbørn 0-3 år og førskolebørn 0-5 år.

Organisering:

- Indsatserne kan både være enkelt- eller multifacetterede.
- Indsatserne kan både være individuelt baserede, gruppebaserede og både-og.

Varighed og intensitet:

- Indsatserne varer oftest mere end 6 måneder og ofte mere end 1 år.
- Indsatserne kan omfatte ugentlige møder/aktiviteter eller aktiviteter/møder flere gange om måneden.

Disse fællestræk ved de fundne indsatser kan danne udgangspunkt for den videre diskussion af de rammer, der bør være for evidensbaserede tidlige indsatser rettet mod specifikke risikofaktorer.

BAGGRUND OG FORMÅL

FORMÅL

Hensigten med denne forskningsoversigt over tidlige indsatser over for sårbare og udsatte børn i alderen 0-3 år og deres forældre er overordnet set at bidrage med kvalificeret viden, som man kan basere evidensbaseret praksis (EBP) i socialpolitik og i det udøvende sociale arbejde på. EBP er et udtryk for, at beslutninger og arbejde udføres i henhold til de indsatser, som ud fra den bedste og nyeste videnskabelige kundskab har en verificeret sandsynlighed for at skabe positive udfald for de berørte forældre og børn (Trinder & Reynolds, 2006). En forebyggende EBP forudsætter imidlertid, at der findes forskning af en tilstrækkelig kvalitet til, at effekterne for klienterne af en given indsats er dokumenterede. Hvis dette er tilfældet, kan forskningen hermed bidrage til at give en sikker basis for beslutninger om foranstaltnings-/metoderepertoiret i praksis.

Forskningsoversigten dækker et bredt udsnit af tidlige indsatser over for sårbare og udsatte forældre og børn fra børnenes fostertilstand, til de fylder 3 år, ud fra en kombination af tre dimensioner: et bredt udsnit af indsatser over for flere målgrupper og i forhold til en række relevante risikofaktorer. Hvor systematiske forskningsoversigter foretaget i SFI-Campbell-regi ofte retter et mere snævert og specifikt søgelys mod få, veldefinerede indsatser, der er rettet mod en enkelt målgruppe med én problemstilling, så favner denne forskningsoversigt en række indsatsom-

råder. Formålet med dette er at skabe overblik over, hvilke tidlige indsatser rettet mod små børn (0-3 år), deres forældre samt gravide der er undersøgte og velafprøvede, samt få overblik over, hvilke af disse der kan danne grundlag for at styrke en evidensbaseret praksis i Danmark.

CENTRALE BEGREBER

Centrale begreber i forskningsoversigten er *tidlig indsats* og *forebyggelse*.

Ved *tidlig indsats* forstår vi, at der gribes ind så hurtigt som muligt (under hensyntagen til den nødvendige undersøgelse af forældres og barnets situation), når barnet lever under risikofyldte opvækstvilkår eller allerede er begyndt at vise symptomer på en ugunstig udvikling. Tidlig indsats refererer således ikke entydigt til barnets unge alder ved indgrebets start, men til hurtige indgreb i situationer, hvor fagpersoner ud fra eksisterende teorier om børns udvikling vurderer, at samspillet med omverdenen kan igangsætte en uhensigtsmæssig udvikling hos barnet.

Ved *forebyggelse* forstår vi i denne forskningsoversigt indsatser over for:

- opvækstvilkår for barnet, der videnskabeligt verificeret indebærer udviklingsrisici for børn (sekundær forebyggelse).
- indgreb over for begyndende symptomer på ugunstig udvikling hos barnet (tertiær forebyggelse).

Eftersom denne forskningsoversigt omhandler allerede sårbare og udsatte befolkningsgrupper, beskæftiger vi os ikke i denne kontekst med alment forebyggende indsatser i børns almindelige opvækst (primær forebyggelse, fx den almene sundhedspleje for spæd- og småbørn, sundhedsundersøgelser hos egen læge, børnetandpleje, børnefamilieydelse m.m.). Se også Durlak (1997) om forebyggelsesniveauer.

I forskningsoversigten forholder vi os analytisk til indsatser på en række *institutionelle indsatsniveauer*:

- Individuel støtte til barnet, moderen og faderen eller kombinationer af familiens medlemmer.

- Indsatser rettet mod familiens bredere livsbetingelser (fx uddannelse/revalidering, boligsocialt arbejde, økonomiske ydelser til barnet og familien samt netværksskabelse mod isolation).
- Indsatser rettet mod de personer eller institutioner, der passer barnet til daglig (fx børnepsykiatrisk konsultation, støttepædagoger, uddannelse, særlige hjælpemidler og supervision).

Vi medtager i forskningsoversigten indsatser på alle niveauer under forudsætning af, at de har den udtrykte målsætning at fremme udviklingschancerne for fostre og børn op til 3 år.

AFGRÆNSNINGER

I det følgende gennemgår vi de indholdsmæssige afgrænsninger, vi har foretaget i forskningsoversigten, og dermed de "inklusionskriterier", som har styret litteratursøgningen. Disse grundlæggende afgrænsninger omhandler begreberne sociale indsatser, målgruppe samt risikofaktorer/sårbarhed. I et efterfølgende afsnit præsenterer vi forskningsoversigtens metodologiske afgrænsninger.

SOCIALE INDSATSER

En første grundlæggende afgrænsning er, at forskningsoversigtens kerne er *sociale indsatser*, hvor sociale succeskriterier er centrale, modsat fx medicinske indsatser, hvor sundhedsmæssige succeskriterier er omdrejningspunktet. Der findes eksempler på sociale indsatser, som ligger i en gråzone i forhold til medicinske indsatser, og her vil vi foretage en konkret bedømmelse af, om indsatsens sociale element er dominerende. Forskningsoversigten afgrænser sig således fra "almindelige" børns forebyggelsesbehov, dvs. indsatser, som indgår som led i den almindelige forebyggelse, fx hjemmebesøg af sundhedsplejersken. Disse afgrænsninger er styrende for, hvordan vi tilrettelægger søgningen.

MÅLGRUPPE

En anden grundlæggende afgrænsning er forskningsoversigtens målgruppe: sårbare og udsatte små børn (0-3 år), deres forældre samt gravide. Oversigtens målgruppe er primært småbørn og børn i fostertilstand,

der er sårbare og udsatte. Men når det omhandler helt små børn, betragtes børnene som sårbare og udsatte i det omfang, forældrene er det. En række faktorer kan skabe en øget sårbarhed hos forældre (og dermed deres børn), fx eneforældreskab, fattigdom eller sygdom, men de behøver ikke at gøre det. Vi vil i forskningsoversigten ikke brede nettet så vidt ud, at vi undersøger enhver potentiel risikofaktor, men fokusere på problembilleder, der ud fra eksisterende forskning anses for specielt alvorlige i små børns udvikling.

UDSATHED

Tematisk tager litteratursøgningen udgangspunkt i de væsentligste risikofaktorer i fostres og småbørns opvækst, som forskningslitteraturen peger på. Den forskningslitteratur, vi her primært bygger på, er Emmy Werners klassiske studier af risikofaktorer (Werner & Smith, 1989); "developmental psycho-pathology"-litteraturen (Rutter & Sroufe, 1984) samt dansk anbringelsesforskning (Egelund, Hestbæk & Andersen, 2004; Knudsen, 2010).

Vi har således udvalgt de risikofaktorer, som Werner peger på som væsentlige, på baggrund af 40 års forløbsundersøgelser og en række metaanalyser af risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer for børn fra fostertilstand og tidlig barndom til voksenalder. I metaanalyser sammenholder man resultaterne fra en lang række studier af de samme fænomener med henblik på at finde fællestræk og forskelle i konklusioner. Vi inddrager desuden risikofaktorer hentet fra "developmental psycho-pathology", som er den del af udviklingspsykologien, som har fokus på faktorer i børns opvækst, som medfører en ugunstig udvikling. Endelig har vi trukket på nyere forskning om anbringelser, hvor der bl.a. er indsamlet viden om, hvilke risikofaktorer der hyppigst er årsag til anbringelser.

De væsentlige risikofaktorer, som vi på denne baggrund har fokus på i forskningsoversigten, er:

- *Mødres misbrug (specielt af alkohol) under graviditeten*, der kan forårsage alkoholsyndrom, hvis uoprettelige skader forfølger barnet gennem livet, samt *forældres misbrug i opvæksten*, der øger risikoen for vanrøgt og mishandling af barnet. Misbrug viser sig i undersøgelser at være hovedårsagen til små børns anbringelse uden for hjemmet i 44-56 pct. af anbringelserne (se også Egelund, Hestbæk & Andersen, 2004; Knudsen, 2010).

- *Vanrøgt*, forstået som fysiske eller psykiske undladelser/forsømmelser i form af manglende pasning (fx mad, bleer, tøj) eller manglende beskyttelse imod farer.
- *Vold i familien,* som generelt anses for en stærk prædiktor for ugunstig udvikling hos børn.
- *Psykisk sygdom hos forældrene*, som øger risikoen for vanrøgt og mishandling.
- *Dårlig begavelse hos forældrene*, som øger risikoen for vanrøgt og mishandling.
- *Meget tidligt forældreskab*, som øger risikoen for fysisk og psykisk omsorgssvigt over for barnet.
- *Kombinerede problembilleder*, som forøger risikoen med mere end summen af de enkelte faktorer. Werner peger bl.a. på, at to risikofaktorer er mere end dobbelt så belastende som én, og at tre risikofaktorer er meget mere end tre gange så belastende som én.

Vi identificerer i forskningsoversigten konkrete succesfulde indsatser og kortlægger både forskelle og fællestræk på tværs af forebyggende indsatser rettet imod forskellige målgrupper og risikofaktorer. Vi er opmærksomme på indsatser, hvor der er mangel på evidens, og hvor man derfor ikke kan sige noget om effekt. Da langt størstedelen af forskningen er amerikansk, er det også en vigtig opgave at tage stilling til, om amerikanske børns problembilleder ligner de danske børns, og om der er elementer i indsatserne, der er velegnede i et amerikansk, men ikke i et dansk, socialpolitisk miljø. Det er desuden ønskværdigt, at effektforskning klarlægger de samfundsøkonomiske omkostninger og gevinster ved en given indsats, idet det i praksis er en forudsætning for omkostningsbevidstheden, at der findes undersøgelser, der – ud over effekterne for forældre og børn – belyser de økonomiske aspekter af effektfulde og alternative indsatser. Det er dog relativt sjældent, at effektforskning også omhandler de samfundsøkonomiske konsekvenser af en given indsats. Indsatsers samfundsøkonomiske konsekvenser er derfor ikke et inklusionskriterium i denne forskningsoversigt, og de bliver belyst i det omfang, de inkluderede studier præsenterer resultater, der vedrører dem.

DE METODOLOGISKE KVALITETSKRAV

Vi anvender også en række metodologiske inklusionskriterier. Da forskningsoversigten som hovedformål har at afdække evidensbaserede effektstudier inden for det aktuelle felt, tager den afsæt i de veldefinerede metodologiske kriterier, der findes for denne type forskning.

EVIDENSBASERET FORSKNING

I denne forskningsoversigt tager vi afsæt i evidensbaseret forskning, der kan dokumentere effekt ved bestemte indsatser. Hvis effekten af en indsats skal dokumenteres, må de mål, man anvender, være præcist definerede og kvantitative. I den sammenhæng bruger man ofte "evidensstigen" som et redskab til at skelne mellem forskellige metodologiske tilgange.[1] Evidensstigen er en hierarkisk inddeling af forskellige metoder til at måle effekt. Metoderne er her rangeret efter, hvor pålidelige de er, dvs. i hvor høj grad de er sårbare over for bias (dvs. metodiske skævvridninger af datamaterialet). Øverst på stigen er systematiske forskningsoversigter som den form for evidensbaseret forskning, hvor man mest systematisk arbejder med at reducere mulige fejlkilder, som kan skabe usikkerhed om de konklusioner, man drager på baggrund af oversigtens gennemgang af alle tilgængelige studier.

Den hierarkiske opdeling af forskellige metoder rangerer metoderne efter pålidelighed, men der kan samtidig være en række faktorer i de enkelte studier (herunder også lodtrækningsforsøg, der ses som en af de mest robuste metoder), der gør, at resultatet bliver usikkert. Ligeledes kan et solidt udført kvasi-eksperimentelt studie give meget sikre resultater. Vi nævner i det følgende evidensstigens tre øverste og mest robuste metoder i forhold til effektmåling: lodtrækningsforsøg, kvasi-eksperimentelle studier og før- og eftermålinger. Eftermålinger alene betragtes ikke som anvendelige i forhold til effektstudier.

LODTRÆKNINGSFORSØG (RCT)

Et lodtrækningsforsøg er det mest robuste eksperimentelle studie, fordi man gennem lodtrækning sikrer en tilfældig fordeling af deltagere mellem indsats- og kontrolgruppen (hvor indsatsgruppen i denne rapports sam-

1. Se http://www.sfi.dk/Default.aspx?ID=259#564.

menhæng udsættes for en bestemt social indsats, hvis effekt man ønsker at måle). Man kalder også dette studiedesign for et "randomiseret, kontrolleret forsøg" eller RCT (Barnett, 1995; Brooks-Gunn, 1994; Campbell m.fl., 2008). Vi omtaler efterfølgende denne metode som lodtrækningsforsøg eller RCT. Denne undersøgelsesmetode sikrer bedst, at der ikke er ukontrollerede eller uobserverede forskelle mellem indsats- og kontrolgruppen, og at man bedst kan kontrollere for systematiske fejl.

Der er i stigende grad interesse for at finde ud af, om indsatser inden for det sociale felt virker, og derfor også for at anvende lodtrækningsforsøg. I USA har man en lang tradition for at udføre lodtrækningsforsøg inden for det sociale område. I de nordiske lande har man imidlertid først igangsat sådanne forsøg i de senere år, og her findes der kun få færdiggjorte lodtrækningsforsøg inden for området tidlig indsats. Der er mange eksempler på sådanne undersøgelser i denne oversigt, hvor man eksempelvis har undersøgt forældrekompetencer, forældres mentale helbred og selvstændighed blandt mødre i familier, hvor børn er i risiko for vanrøgt. I eksempelvis Canada er projektet Personal Family and Community Help Program (PFCHP) (Ethier m.fl., 2000) gennemført i forhold til sådanne familier.

Man støder ofte på indvendinger mod anvendelse af randomiserede, kontrollerede forsøg begrundet i, at forsøgene skulle være etisk uacceptable, politisk uigennemførlige eller videnskabeligt betænkelige at gennemføre (Oakley m.fl., 2003). Kritikken retter sig især imod sådanne forsøgs tilfældige allokering af den målte indsats til et antal sårbare børn i risikogruppen, mens et antal andre sårbare børn i risikogruppen får tilbudt en standardløsning. Det er dog netop den tilfældige allokering af indsatser, der muliggør, at man kan være sikker på, at de forskelle, man finder mellem indsatsgruppen og kontrolgruppen, alene kan henføres til den særlige (målte) indsats, som børnene i indsatsgruppen modtager. Man må derfor i hvert enkelt tilfælde vurdere, om en gennemførelse af sådanne modelforsøg er etisk forsvarlig – i mange tilfælde vil dette kunne afklares sammen med for eksempel etiske komiteer eller lignende fora. En etisk vurdering kan rumme overvejelser om de eventuelle skader, børn udsættes for, hvis man gennemfører en indsats uden at kende virkningerne.

KVASI-EKSPERIMENTELLE DESIGN

Kvasi-eksperimentelle design af studier har enten en kontrolgruppe eller kontrollerer eksplicit for andre påvirkninger. Man forsøger ved statistiske metoder at isolere effekten af den tidlige indsats ved at sammenligne børn og forældre, der har modtaget en indsats, med andre, der ikke har modtaget en indsats eller måske fået en anden mindre omfattende indsats. Ud fra tidligere forskningserfaringer søger man at få de oplysninger om børnenes baggrundsforhold, som kan have betydning for udfaldet. Det kan fx dreje sig om forældrenes uddannelsesmæssige baggrund, barnets udvikling eller forældrenes evne til at yde omsorg. Man sammenligner i sådanne forskningsdesign indsatsgruppen (børn og forældre, der modtager den tidlige indsats) med børn og forældre i kontrolgruppen, som har samme baggrundsforhold. Studier med kvasi-eksperimentelle design vil i princippet være mindre robuste end lodtrækningsforsøg, fordi man ofte er klar over, at der er en række relevante baggrundsfaktorer, som man ikke har oplysninger på og derfor ikke kan kontrollere for. Ud fra tidligere forskningserfaringer søger man at få de oplysninger om børnenes baggrundsforhold, som kan have betydning for udfaldet.

Der findes i denne forskningsoversigt mange eksempler på studier, der anvender kvasi-eksperimentelle design. I USA gennemførtes projektet Safeport over for familier med misbrugsproblemer, hvor formålet var at få kvinderne ud af misbruget (Metsch m.fl., 2001). Her målte man blandt andet på, om kvinderne blev stoffri, om de var stressede og deres kriminelle aktiviteter.

Metoden i de kvasi-eksperimentelle studier er mangelfuld, fordi der kan være ukendte forhold, som den kvasi-eksperimentelle metode ikke kan kontrollere for, der kan have indflydelse på børnenes udvikling, hvorfor årsagen til de forskelle, man eventuelt finder mellem kontrolgruppen og eksperimentgruppen, er usikker: Om den skyldes indsatsen eller andre bagvedliggende ukendte baggrundsforhold. Den kvasi-eksperimentelle undersøgelsesmetode fordrer, at undersøgelsen omfatter relativt mange deltagere, for at man kan foretage de nødvendige statistiske analyser.

FØR- OG EFTERMÅLINGER

Den tredje metode er undersøgelsesdesign, hvor man måler omfanget af et problem og dets potentielle effekter, eksempelvis sindslidende mødre med småbørn, både før og efter en indsats. Sådanne målinger gennemfø-

res ofte for at bestemme effekten af en indsats ved at sammenligne før- og efterresultaterne. I denne oversigt er der flere eksempler på indsatser, der er evalueret ved før- og eftermålinger. Et eksempel er indsatsen Safe Start, der retter sig mod familier med vold (Blodgett, C. m.fl., 2008). Her undersøgte man blandt andet indsatsens effekt på følelsesmæssig stress, engagement i relevant støttetilbud og eventuel afslutning på et voldeligt forhold.

Svagheden ved disse målinger er, at den effekt, man kan observere, kan være resultatet af mange andre ting end selve indsatsen. For eksempel kan den sindslidende mor have været ude for andre hændelser, der kan have påvirket hende. Ligeledes ved man, at denne type studier systematisk har tendens til at overvurdere effekten af en social indsats. Før- og eftermålinger kan dog blive mere pålidelige, hvis man samtidig eksplicit kontrollerer for andre påvirkninger, som fx køn, alder eller socioøkonomisk baggrund.

METODISK KVALITET

I forskningsoversigten medtager vi udelukkende studier, der anvender én af de tre ovennævnte metoder, lodtrækningsforsøg, kvasi-eksperimentelle forsøg og før- og eftermålinger, som er metoder, der kan måle evidens. Vi foretager ikke en særskilt effektvurdering af de enkelte studier, men vi kategoriserer studierne efter, hvilken metode der er anvendt. Som en metode til sikring af høj kvalitet af studierne anvender vi udelukkende studier, der er publiceret i forskningstidsskrifter og derfor har været igennem en videnskabelig bedømmelse. Det vil sige, at alle studierne har gennemgået et peer-review af anonyme reviewere som del af det at blive publiceret.

KVALITATIVE STUDIER

Der er stigende interesse for, hvordan kvalitative studier kan anvendes i den evidensbaserede tilgang. Der er imidlertid ikke enighed om, hvordan man kan bruge kvalitative studier i den evidensbaserede tilgang, eller hvad gode kvalitative metoder er på samme måde som med de kvantitative studier. I denne oversigt ønskede vi som udgangspunkt at bruge kvalitative studier til nærmere analyse af den effekt, de kvantitative studier påviste i specifikke indsatser. Imidlertid fandt vi i vores søgning ringe overlap mellem indsatser, der både var belyst af kvantitative og kvalitati-

ve studier, hvilket umuliggjorde en sådan analyse. Det skal anføres, at en dækkende søgning på kvalitative data ville have nødvendiggjort en anden søgestrategi baseret på en anden protokol. Der var imidlertid ikke ressourcer til en sådan inden for projektets rammer. Det betød, at den samme søgestrategi blev anvendt for både kvantitative og kvalitative studier, som var udviklet primært med de kvantitative studier for øje. Vi har i bilag C lavet en opgørelse over de kvalitative studier af tidlige indsatser, som blev fundet i søgningen, sammen med et kort abstract af de enkelte studier.

BRUG AF BEGREBER

Denne forskningsoversigt undersøger, hvad videnskabelige studier fortæller os om tidlige sociale indsatser. Med begrebet "indsats" eller "tidlig indsats" henviser vi til den konkrete intervention, der foretages. Med begrebet "studie" henviser vi til det studie, der er foretaget for at undersøge effekten af en indsats. Vi forsøger at bruge begrebet "indsats" i så vidt omfang som muligt, da det er indsatserne, der har vores interesse. Det er dog visse steder relevant at henvise til studiet af indsatsen.

METODER

INTRODUKTION

I dette kapitel gennemgår vi forskningsoversigtens metoder. Vi begynder med at gennemgå de søgeafgrænsninger, søgebaser og søgestrategier, vi har anvendt. Herefter beskriver vi screenings- og kodningsprocessen. Endelig redegør vi for vores tilgang i syntesen og de narrative resuméer.

SØGEAFGRÆNSNINGER

Søgninger af litteratur fungerer som en form for kludetæppearbejde, hvor man sammenstykker en række delsøgninger, som man forestiller sig hver for sig kan dække et udsnit af den eksisterende litteratur inden for et givent område. Det gælder altså om at udvikle en palet af søgestrategier, som man kombinerer. Det er dog stadig sådan, at man aldrig kan være sikker på, at man indfanger alle eksisterende studier – man kan forsøge at væve et kludetæppe, der fungerer som et så finmasket net som muligt. Herudover indgår hensyn til tid og økonomi – med uanede ressourcer til rådighed kunne man finde frem til ethvert studie inden for et felt – fra fjerne egne og på fremmede sprog. Udfordringen er at kombinere de tilgængelige ressourcer med systematiske søgestrategier for at opnå det mest dækkende resultat.

Søgningen til denne forskningsoversigt er en særligt kompleks udfordring, primært fordi det emne, vi skal dække, er meget bredt. Emnet rummer basalt set tre dimensioner: indsatser, målgrupper og risikofaktorer. Vi skal med andre ord finde et antal på forhånd udefinerede indsatser (optimalt set alle – hvilket dog ikke er muligt) over for en relativt veldefineret, men bred målgruppe (sårbare og udsatte forældre og børn fra 0-3-års-alderen samt gravide) i forhold til en række specifikke risikofaktorer.

Søgninger ud fra disse dimensioner bliver i sagens natur meget brede. Vi har derfor foretaget en række søgeafgrænsninger ud fra de valgte begreber og afgrænsninger beskrevet i kapitel 1.

Periode: Søgestrategien er tidsmæssigt afgrænset til en 10-årig periode mellem 2000 og 2009 og er foretaget i april 2010. Denne afgrænsning er foretaget med henblik på at indfange nyere sociale indsatser.

Type litteratur: I søgningen er medtaget videnskabeligt publiceret litteratur, dvs. studier, der har gennemgået forskningsmæssig bedømmelse, eksempelvis i form af peer-review i et forskningstidsskrift. Det er for at sikre en høj standard for studierne. En af måderne, vi sikrer dette på, er, at vi søger efter peer-reviewet litteratur ved at indstille de elektroniske databaser til kun at medtage denne type litteratur. Det betyder, at vi afgrænser os fra fx boganmeldelser, regeringsrapporter, selv-evalueringer m.v. Det er med til at sikre, at vi inddrager relevante studier af god videnskabelig kvalitet, men medvirker også til at undgå irrelevante undersøgelser, som det efterfølgende ville kræve ressourcer at bortsortere. Denne strategi betyder dog, at vi ikke finder såkaldt "grå litteratur", eksempelvis upubliceret materiale som arbejdspapirer af igangværende undersøgelser. Det betyder også, at nyligt igangsatte undersøgelser af sociale indsatser ikke er en del af forskningsoversigten. Udelukkelsen af grå litteratur har potentielt den konsekvens for konklusionerne i forskningsoversigten, at der i de inkluderede studier er overvægt af studier med positiv effekt, idet studier med konklusioner, der viser ingen eller negativ effekt, i mindre grad optages i tidsskrifter med referee-bedømte artikler. Ej heller får vi nyligt igangsatte evalueringer af de programmer, som i dag har stor opmærksomhed i socialpolitikken (fx "forældreprogrammer", som er indsatser bestående af en række forskellige aktiviteter, som alle har til hensigt at styrke forældres kompetencer og ansvar for familiens velfærd).

SØGEBASER

I den elektroniske søgning har vi gennemsøgt en række databaser. Vi har udvalgt følgende internationale og nordiske elektroniske databaser, der dækker bredt inden for det sociale felt:

- EBSCO SocINDEX
- PsychINFO
- DanBib
- BIBSYS
- LIBRIS.

EBSCO SocINDEX består af henvisninger og abstracts for mere end 2 mio. værker, abstracts for mere end 1.300 tidsskrifter samt mere end 890 tidsskrifter og 16.800 konferencepapirer i fuldtekst. *PsychINFO* består af mere end 2,8 mio. henvisninger og abstracts til videnskabelige tidsskriftartikler, bogkapitler og afhandlinger og er den største base inden for det psykologiske felt. 90 pct. af materialet er peer-reviewed. Basen dækker mere end 2.400 tidsskifter på 30 sprog. *DanBib* er fælleskatalog for danske biblioteker samt for den danske nationalbiografi. Basen har henvisninger til ca. 2,6 mio. periodika, dvs. tidsskriftsartikler og årbøger. *BIBSYS* er det norske fælleskatalog for universiteter, uddannelsesinstitutioner og forskningsinstitutioner. Den rummer over 5 mio. unikke henvisninger. *LIBRIS* er det svenske fælleskatalog, der indsamler henvisninger fra svenske forsknings- og uddannelsesbiblioteker og har over 6 mio. henvisninger.

SØGEORD

I søgningen på de internationale og nordiske databaser har vi gjort brug af to søgestrategier:

BRED SØGNING

For at indfange krydsfeltet mellem risikofaktor, målgruppe og indsats har vi udviklet søgeord, der dækker de tre indfaldsvinkler. Herudover har vi brugt databasernes egne emneord, som kan supplere vore egne søgeord. De internationale elektroniske databaser har omfattende emneordslister, der er opdelt i over- og undergrupper. Vi har så udvalgt emneord, der ligger tæt op ad vores søgeord. Disse emneord anvender vi også i søgningen. Vi foretog indledningsvis en pilotsøgning for at afprøve og juste-

re søgeordene og for at sikre, at kombinationen af de tre typer søgeord gav brugbare resultater.

Søgeordene blev udviklet på engelsk og oversat til dansk, svensk og norsk og verificeret af sprogkyndige på det enkelte sprog. Engelsk blev anvendt i de internationale databaser, mens de nordiske sprog anvendes i de nordiske databaser. De søgeord, vi arbejder med, vises i tabel 2.1.

TABEL 2.1

Anvendte databasesøgeord på engelsk, svensk, norsk og dansk.

Engelsk	Svensk	Norsk	Dansk
For målgruppe:			
family	familj	familie	familie
mothers	mammor	mødre	mødre
fathers	pappor	fedre	fædre
parents	föräldrar	foreldre	forældre
pregnant	gravid	gravid	gravid
foetus	foster	foster	foster
toddler	barn	barn småbarn	barn
infant	spädbarn	spebarn	spædbarn
For risikofaktorer:			
substance abuse	missbruk	misbruk	misbrug
alcohol abuse	alkohol missbruk	alkoholmisbruk	alkoholmisbrug
drug abuse	narkotika missbruk	stoffmisbruk	stofmisbrug
mental illness	psykiatrisk sjukdom, psykiatriska problemer	psykisk sykdom	psykisk sygdom
physical abuse	fysiska övergrepp	fysiske overgrep	fysiske overgreb,
violence	våld	vold	mishandling vold
mental deprivation retardation	utvecklingsstörning	utviklingsforstyr- relse	udviklingsforstyr- relse, retardering
maltreatment	vanvård	vanskjøtsel	vanrøgt
neglect	omsorgsbrist	omsorgssvikt	omsorgssvigt
early parenthood	tonårsförälder	tenåringsforeldre	tidligt forældreskab
teen mothers	tonårsmamma	unge mødre under	unge mødre
young mothers up to 25	unga mammor under 25 år	25 år	unge forældre teenage forældre- skab unge mødre op til 25 år

(Fortsættes)

TABEL 2.1 (FORTSAT)

Engelsk	Svensk	Norsk	Dansk
kombinerede problembilleder af flere risikofaktorer	ansamling av riskfaktorer riskansamling	risikoopphopning opphopning av risikofaktorer	kombinerede problembilleder af risikofaktorer kombinerede problembilleder
For indsats:			
child protection	barnavård	barnevern	børneværn børneforvaltning
	social barnavård vård		børn og unge med særligt behov børneforsorg
welfare child welfare social welfare	(tidig) förebyggande insatser tidig insats insats social insats	(tidlig) forebygging	forebyggelse
early prevention	tidig indsats indsats social indsats	tidlig intervensjon intervensjon sosiale intervensjoner behandlingsintervensjon	tidlig indsats indsats social indsats
	behandling tidig behandling	behandling	social indsats indsats tidlig indsats
	välfärd social välfärd socialt bistånd	velferd sosial velferd	velfærd social velfærd
	behandlingsprogram	behandlingsprogram	behandlingsprogram
	behandlingsmodell	behandlingsmodell	behandlingsmodel
intervention method intervention program intervention model social intervention early intervention intervention	behandlingsmetod indsatsmetod	behandlingsmetode	behandlingsmetode
	social träning		
social services	social service, social omsorg	sosiale tjenester	sociale foranstaltninger social service
social support	socialt stöd	sosial støtte	social støtte
social training		sosial trening	social træning

SØGNING PÅ BETEGNELSER FOR INDSATSER

Usikkerheden ved første søgestrategi er, at søgeord og emneord er meget brede, og man finder forholdsvis mange henvisninger, som ikke er relevante, og som må bortsorteres. Vi valgte derfor også at foretage en søg-

ning, hvor vi brugte specifikke betegnelser for indsatser. Her tog vi udgangspunkt i kendte specifikke betegnelser for indsatser over for den valgte målgruppe. For at finde disse betegnelser søgte vi på danske og engelske hjemmesider. Vi søgte på Servicestyrelsens hjemmeside God Social Praksis[2], på udvalgte britiske organisationers hjemmesider, Social Care Institute for Excellence SCIE (www.scie.org.uk), Research in Practise (RiP) og Barnardo's.[3] På disse hjemmesider lavede vi en søgning under begreber og emner, der dækker feltet tidlig indsats, og som er beskrevet som anvendt i forbindelse med målgruppen af 0-3-årige og deres forældre. Disse indsatser var i vidt omfang nogle, vi kendte i forvejen, og svagheden ved denne søgning er derfor, at der umiddelbart ikke fremkommer ukendte og nye indsatser. Betegnelserne for sociale indsatser, der indgår i søgningen, er:

- NLP (Neuro Lingvistisk Programmering)
- Sokratisk model
- Kognitiv adfærdsterapi
- Sure Start
- PIPPIN (Parents in Partnership: Parent Infant Network)
- NEWPIN (New Parent Infant Network)
- Parenting Education Classes
- Home Start
- Community Networking Models
- Volunteer Debriefing Schemes
- PEEP (Peers Early Education Programme)
- Infant Massage
- Non-Directive Counselling
- Non-Directive Play Therapy
- Symbolic Play
- Behavioral Therapy
- Cognitive Therapy
- Social Skills Training
- Play Therapy
- Music/Art Therapy
- Occupational Therapy

---

2. http://www.servicestyrelsen.dk/analyse_og_data/god-social-praksis
3. http://www.barnardos.org.uk/

- Parent-Effectiveness Training (PET)
- The Triple P – Positive Parenting Programme
- Positive Parenting
- Parents Under Pressure (PUP)
- Relational Psychotherapy Mothers' Group (RPMG)
- Every Child Matters
- Sand Play
- Marte Meo
- Leksand model
- PMT (Parent Management Training)
- The Incredible Years
- Webster-Stratton Technique.

I søgningen i de elektroniske databaser kombinerer vi – som i den første søgestrategi – disse betegnelser med egne og søgemaskinens betegnelser for målgruppe og risikofaktor.

ANTAL FUND EFTER SØGNING

Søgningerne i de nævnte databaser gav et omfattende antal henvisninger, idet der i alt blev fundet over 17.000 henvisninger i de forskellige databaser. Tabel 2.2 viser, hvordan de fundne henvisninger fordeler sig på databaser og risikofaktor. De nordiske databaser er slået sammen i én kategori.

TABEL 2.2

Antal fundne henvisninger i databasesøgningerne.

Risikofaktor\database	SocINDEX	PsychINFO	Nordiske baser (bibliotek.dk, BIBSYS, LIBRIS)	I alt
Misbrug	1.371	686	800	2.857
Vanrøgt	1.243	1.687	642	3.572
Vold	672	1.593	1.412	3.677
Psykisk sygdom	574	1.786	470	2.830
Mental retardering	301	1.831	661	2.793
Tidligt forældreskab	343	574	376	1.293
I alt	4.504	8.157	4.361	17.022

SCREENING OG KODNING

De fundne henvisninger blev screenet for at frasortere studier, der falder uden for emnet. Denne screening fandt sted med udgangspunkt i titel og abstract, for så vidt angår studier fundet gennem de internationale databaser, og med udgangspunkt i titel, for så vidt angår de fleste henvisninger fundet i de nordiske databaser. Screeningen fandt sted ud fra en tjekliste bestående af fem spørgsmål, der enten alle skulle besvares positivt eller ikke kunne afkræftes (idet alle oplysninger ikke altid er tilgængelige i titler og abstracts), for at studiet gik videre til kodningsprocessen. Spørgsmålene var:

- Omhandler studiet en relevant forebyggende social indsats?
- Indgår en eller flere af de nævnte risikofaktorer: misbrug, vanrøgt, vold, psykisk sygdom, mental retardering, tidligt forældreskab?
- Indgår 0-3-årige, deres forældre eller gravide som målgruppe eller del af målgruppe?
- Er det en evaluering, analyse, undersøgelse (og ikke fx en boganmeldelse, kronik, politisk tilkendegivelse)?
- Anvendes RCT, kvasi-eksperimentelle design, før- og eftermålinger, eftermålinger eller kvalitativt studie?

Denne screening fandt i praksis sted ved brug af ekspertise fra SFI-Campbell og under løbende rådgivning fra SFI-forskere med ekspertise inden for områderne tidlige indsatser og evidensbaserede studier. Tabel 2.3 viser, hvor mange af de fundne henvisninger der blev bedømt relevante. Det skal bemærkes, at det i nogle tilfælde ikke kunne vurderes, hvorvidt en artikel var relevant på baggrund af titel og/eller abstract. I sådanne tilfælde blev artiklen bedømt relevant og bestilt hjem i fuldtekst. Under kodning blev nogle studier frasorteret, fordi de blev bedømt irrelevante, når der kom adgang til fuldtekst.

Screeningen af materialet reducerede antallet af henvisninger stort. Hvor der i søgning blev fundet 17.022 henvisninger, måtte 16.136 kasseres, fordi de ikke var relevante og faldt uden for de definerede kriterier. I alt gik 886 henvisninger eller omkring 5,2 pct. videre til kodning. Disse henvisninger blev derfor bestilt hjem i fuldtekst, dog nåede enkelte aldrig frem, se bilag D. Cirka 5 pct. af det bestilte materiale kom ikke

inden for 2 måneder, og det er især materiale fra svenske eller norske biblioteker, dvs. udenlandske biblioteker.

TABEL 2.3

Antal henvisninger medtaget efter første screening.

Risikofaktor\database	SocINDEX	PsychINFO	Nordiske baser (bibliotek.dk, BIBSYS, LIBRIS)	I alt
Misbrug	129	54	45	228
Vanrøgt	99	177	35	311
Vold	6	75	28	109
Psykisk sygdom	42	36	13	91
Mental retardering	10	52	26	88
Tidligt forældreskab	24	29	6	59
I alt	310	423	153	886

KODNING

Kodeprocessen havde til formål at kode det fundne materiale, men også at kassere henvisninger, der var tvivl om efter første screening. Målet med kodningen var at få lavet en oversigt over materialet ud fra nogle centrale beskrivende parametre, såsom anvendt metodologi, indsatsens karakter, involverede aktører, tidsperspektiv, hovedresultater, kvalitet samt kulturel oversættelighed. Dette danner baggrund for den kortlægning og syntese af det fundne materiale, vi har foretaget i denne forskningsoversigt.

KODER TIL ANDEN SCREENING

De koder, vi anvender på de fundne studier, er som følger:

- Forfatter
- Publikationens årstal
- Metodologi
- Indsatsens navn
- Beskrivelse af indsatsen
- Risikofaktorer
- Målgruppe
- Børnegruppe/alder
- Indsatsens art: multifacetteret/enkeltfacetteret
- Hovedaktør: offentlig, frivillig organisation

- Personalegrupper
- Indsatsens intensitet
- Indsatsens varighed
- Individuelt/gruppebaserede tiltag
- Indsatsens succeskriterier
- Konklusioner om effekt
- Andre konklusioner
- Metodologiske forbehold
- Evt. samfundsøkonomiske omkostninger
- Etnisk sensitiv
- Sted (land)
- Bemærkninger fra kodeperson.

På baggrund af disse koder er udviklet kodeark i Excel for hver af risikofaktorerne. Der blev foretaget pilotkodning af fem studier af forskerne samt af ekspertise fra SFI-Campbell for at justere kodearket og sikre dets funktion i praksis. Selve kodningen blev foretaget under ledelse af SFI-Campbell og under løbende rådgivning fra forskerne.

I forhold til kategorien "etnisk sensitiv" vurderede vi, hvilke etniske grupper der indgik i undersøgelsen, og det blev nedskrevet, hvis det blev angivet. Mange af undersøgelserne er amerikanske, og i nogle studier indgår for eksempel afro-amerikanere eller hispanics, befolkningsgrupper, som har problembilleder, der ikke nødvendigvis kendes fra en dansk sammenhæng. I kodeprocessen vurderede vi også, hvis det af det enkelte studie fremgik, om en indsats virkede ekskluderende over for marginaliserede grupper, eller om en indsats blev udført af politiske eller religiøse bevægelser, så den givne indsats ikke ville være etisk forsvarlig eller egnet til at iværksætte i en dansk (socialpolitisk) sammenhæng.

Efter kodningen vurderede vi desuden for hvert studie, om dette var umiddelbart oversætteligt til danske socialpolitiske og befolkningsmæssige forhold. Studier udført med befolkningsgrupper, der ikke umiddelbart er sammenlignelige i dansk sammenhæng, blev frasorteret. Hvis mere end halvdelen af deltagerne i et udført studie har minoritetsbaggrund, som vi ikke kender fra Danmark (fx afro-amerikansk eller hispanic), anså vi derfor resultaterne som ikke-oversættelige til de problembilleder, der kendes i dansk socialpolitisk sammenhæng. Ligeledes frasorterede vi studier, hvor den konkrete indsats ikke er velbeskrevet, dvs. studier, hvor hverken intensitet eller varighed af en indsats er beskrevet,

eller hvor hverken hovedaktøren bag indsatsen eller den instans, der udfører indsatsen, er beskrevet. Endelig har vi frasorteret studier, hvor alder på den berørte børnegruppe ikke er beskrevet.

ANTAL FUND EFTER 2. SCREENING OG KODNING

Efter kodningen blev en stor andel af de studier, der var tilbage efter screening, frasorteret, da de ved nærmere granskning i fuldtekst viste sig at falde uden for de definerede kriterier. I alt faldt 81 studier inden for de definerede kriterier, og de er inddraget i kortlægningen i denne oversigt. Det betyder, at 0,49 pct. af de oprindeligt fundne 17.022 studier endte med at falde inden for de definerede kriterier. Tabel 2.4 viser en oversigt over de studier, der indgår i kortlægningen efter kodningen. I tabellen er tilføjet yderligere en risikofaktor, som vi kalder kombinerede problembilleder. Den dækker over de indsatser, som retter sig mod flere typer af risikofaktorer.

TABEL 2.4

Antal studier, der indgår i kortlægningen efter kodningen.

Risikofaktor	Antal
Misbrug	19
Vanrøgt	5
Vold	4
Psykisk sygdom	11
Mental retardering	2
Tidligt forældreskab	11
Kombinerede problembilleder	29
I alt	81

Anm.: Bemærk, at studierne ikke er opgjort efter database, da nogle studier er fundet i flere databaser.

Nogle studier evaluerer en indsats, der ikke har et specifikt navn. Her har vi valgt at finde det mest dækkende navn for indsatsen samt angive i parentes, at den ikke har et specifikt navn.

SYNTESE OG RESUMÉ AF MATERIALET

I analysen af det fundne materiale har vi valgt både at foretage samlet og sammenfattende syntese for hele materialet, syntese af fællestræk inden for den enkelte risikofaktor samt narrative resuméer af udvalgte særligt interessante indsatser.

SAMMENFATTENDE SYNTESE

På baggrund af den omfattende kodning og dermed kortlægning af de relevante studier foretager vi en syntese over de fundne indsatser for både at give et samlet overblik over studierne og for at give en oversigt over studier inden for den enkelte risikofaktor. En syntese kan forstås som en uddybet videretænkning af kortlægningen, hvor der konkluderes på de tværgående resultater, som studierne i kortlægningen viste.[4]

I den sammenfattende syntese (kapitel 3) belyses indsatserne samlet i forhold til de generelle træk, der er kodet for. Syntesen er organiseret i forhold til fire temaer, der er beskrevet i tabel 2.5.

TABEL 2.5

Disposition for syntese af de undersøgte indsatser.

Hovedtema	Undertema
Målgruppe for indsatserne	Hvem målgruppen er, og hvilken børnegruppe indsatsen retter sig mod
Indsatsernes organisering	Enkelt-/multifacetteret, om indsatsen er gruppebaseret/individuelt baseret, hvem der udfører indsatsen, dens varighed og intensitet
Indsatsens kontekst	Geografisk kontekst Institutionel kontekst Deltagernes kontekst
Samfundsøkonomiske omkostninger	Hvad det vurderes at koste at gennemføre eller undlade at gennemføre indsatsen

Det belyses, hvad fællestræk ved indsatserne er og eventuelle vigtige forskelle. I både syntesen og i kapitlerne vedrørende de enkelte risikofaktorer er 'fællestræk/fremherskende tendenser' defineret ved, at halvdelen eller flere studier af en indsats har det givne kendetegn. Hvis der er færre end halvdelen af studierne, hvor en given oplysning ikke findes, afstår vi

4. Se SFI-Campbells hjemmeside, http://www.sfi.dk/De-fault.aspx?ID=8067

fra at sige noget om fællestræk. På baggrund heraf uddrager vi de fælles kendetegn ved tidlige indsatser. Endelig giver vi en oversigt over de anvendte metoder i de fundne evidensbaserede studier.

SYNTESE OG RESUMÉ FOR DE INDIVIDIDUELLE RISIKOFAKTORER

I de efterfølgende kapitler fokuserer vi på de enkelte risikofaktorer (kapitel 4-10). Kapitlerne består af to dele. I den første del giver vi en oversigt over fællestræk ved indsatser rettet mod den enkelte risikofaktor, og vi gennemgår studierne detaljeret ud fra temaerne nævnt i tabel 2.5. Ligeledes beskriver vi studiernes kvalitet i forhold til, hvilke evidensbaserede metoder de anvender.

I gennemgangen af studiernes kvalitet frasorterer vi yderligere studier. Vi frasorterer således studier, hvor vi vurderer, at de er mangelfuldt beskrevet, defineret som studier, hvor der både mangler oplysninger om indsatsens hovedaktør, hvem der udfører indsatsen, og/eller hvor der både mangler oplysninger om indsatsens intensitet og varighed. Vi frasorterer ligeledes studier, som primært er udført med deltagelse af befolkningsgrupper med problembilleder, der ligger langt fra de problembilleder, der kendes i den danske kontekst. Da mange af studierne er udført i USA, er mange studier baseret på deltagelse af afro-amerikanere, hispanics og andre befolkningsgrupper, der har problembilleder, der ikke kendes fra en dansk socialpolitisk kontekst. Der knytter sig særlige kulturelle problemstillinger og problembilleder til disse befolkningsgrupper, som ikke genfindes i Danmark (mens vi i forhold til andre minoritetsgrupper også står med særlige, men andre problemstillinger i forhold til tidlige indsatser). Det betyder, at resultaterne fra disse studier må tages med væsentlige forbehold i forhold til en dansk kontekst. Vi vurderer, at der for disse studiers vedkommende må tages så store forbehold for resultatet af indsatsen, at effektresultaterne ikke er relevante. I bilag B er angivet de studier, vi har valgt at frasortere.

Med afsæt i de tilbageblevne studier (efter ovennævnte frasortering) giver vi en kort oversigt over de vigtigste effektresultater.

I anden del af kapitlerne giver vi et narrativt resumé af de tilbageblevne, endeligt inkluderede indsatser.

NARRATIVT RESUMÉ

Vi foretager narrative resuméer af de studier, vi har inkluderet. Med "narrative" menes, at hvert enkelt studie formidles som en sammenhængende beskrivende tekst. Resuméerne indeholder en række fælles elementer, og de beskrives med nogenlunde samme struktur og med en flydende sproglig og indholdsmæssig formidling som det væsentligste. De narrative resuméer fordeler sig som vist i tabel 2.6.

TABEL 2.6

Studier, der indgår med narrativt resumé. Antal.

Risikofaktor	Antal
Misbrug	7
Vanrøgt	2
Vold	2
Psykisk sygdom	10
Mental retardering	2
Tidligt forældreskab	1
Kombinerede problembilleder	12
I alt	36

TABEL 2.7

Disposition for det narrative resumé.

Studie	Fuld henvisning på den artikel, som beskriver studiet og indsatsen og land i parentes
Formål	Mål med indsatsen
Baggrund	Baggrund for indsatsen, fx i forhold til den pågældende risikofaktor eller målgruppe
Effekt	Hvad viser studiet effekt i forhold til? Hvad har man målt ved indsatsen/målgruppen? Hvilke parametre viser hvilken effekt og hvordan?
Aktiviteter	Hvad består indsatsen konkret af i forhold til aktiviteter, program, intensitet, varighed og involverede aktører/institutioner?
Studiets deltagere	Hvem er indsatsens målgruppe (hvem skal hjælpes)? Hvordan er målgruppen rekrutteret? Har målgruppen visse karakteristika/fællestræk (i forhold til opvækst/baggrund eller tidligere indsatser)?
Studiets design	Hvilket metodisk design anvendes? Type (RCT, kvasi-eksperimentelt m.v.) Hvornår-hvad-hvordan? Hvilke forbehold bør tages for studiet (manglende beskrivelse, metodiske forbehold, som studiet selv påpeger)?

I de enkelte kapitler præsenterer vi de narrative resuméer, så de for de store risikofaktorer er opdelt i indsatstyper, og for kombinerede problembilleder er inddelt i kombinationer af risikofaktorer. De studier, som de narrative resuméer er baseret på, er af meget varierende fremstillingsmæssig kvalitet og grad af information, hvilket skinner igennem i resuméerne, som derfor også kommer til at fremstå med meget varierende informationsniveau.

SYNTESE

INTRODUKTION

I dette kapitel giver vi et tværgående overblik over forskningsoversigtens resultater. Om dette overblik bruger vi betegnelsen "syntese". Formålet med syntesen er at danne overblik over væsentlige træk ved de fundne 81 indsatser på tværs af de syv risikofaktorer. Formålet er ligeledes at fastslå, om indsatser over for den enkelte risikofaktor eventuelt skiller sig ud fra det samlede billede. Endelig vurderer vi studiernes kvalitet som afsæt for evidensbaserede indsatser.

GENERELLE TRÆK VED DE FUNDNE INDSATSER

I det følgende vil vi se nærmere på generelle træk ved de fundne indsatser. Vi begynder med at se på målgruppen for indsatserne, dvs. hvem indsatsernes aktiviteter retter sig direkte imod og evt. involverer mere perifert i forskellige dele. Vi ser også på indsatsens organisering, dvs. i hvilket regi (offentligt, privat, kommune, stat) den tilrettelægges, administreres og udføres, herunder hvilke professioner der er involveret. Vi ser på indsatsens varighed og intensitet, dvs. over hvor lang tid den løber, og hvor tit aktiviteter finder sted. Endelig ser vi på konteksten for indsatsen, herunder især hvilket land den er udført i, og om der er oplysninger om

indsatsens samfundsøkonomiske omkostninger. Alle disse oplysninger kan give et billede af, hvordan man i en dansk kontekst kan udføre samme indsats, hvis det måtte findes ønskeligt.

Vi skal bemærke, at vi, da der kun er to studier, som specifikt retter sig mod risikofaktoren mental retardering, undlader at kommentere tendenser for denne.

MÅLGRUPPE FOR DE FUNDNE INDSATSER

Da den gruppe, som de fundne indsatser skal søge at beskytte og virke forebyggende over for, er helt små børn, er det ikke overraskende, at indsatsernes mere direkte målgruppe i vid udstrækning er deres forældre. Særlig helt små børn er meget afhængige af den omsorg, som forældrene kan give. Tabel 3.1 er en oversigt over, hvem indsatserne retter sig imod. Det ses, at indsatserne ofte er rettet mod begge forældre (33), mod mødre (35) og mod gravide, dvs. kommende mødre (3). Det vil sige, at i alt 71 af de 81 indsatser er rettet mod en eller begge forældre. Kun få af indsatserne (8) er rettet mod børnene selv.

Ser vi på målgruppen for de enkelte indsatser, varierer denne mellem de forskellige risikofaktorer. Indsatser med overvejende forældre som målgruppe er:

- Vold
- Vanrøgt
- Kombinerede problembilleder.

Indsatser med *især mødre* som målgruppe er:

- Misbrug
- Tidligt forældreskab.

Indsatser med *udelukkende mødre* som målgruppe er:

- Psykisk sygdom.

TABEL 3.1

Indsatserne fordelt efter målgruppe og efter risikofaktor. Antal.

Risikofaktor	Forældre	Mødre	Fædre	Gravide	Børn	Ikke tilgængelig	I alt
Misbrug	3	10	-	3	2	1	19
Vanrøgt	5	-	-	-	-	-	5
Vold	2	-	-	-	2	-	4
Psykisk sygdom	-	11	-	-	-	-	11
Mental retardering	1	1	-	-	-	-	2
Tidligt forældre-skab	3	8	-	-	-	-	11
Kombinerede problembilleder	19	5	-	-	4	1	29
I alt	33	35	-	3	8	2	81

TABEL 3.2

Indsatserne fordelt efter børnegruppe og efter risikofaktor. Antal.

Risikofaktor	Ufødte	Børn 0-3 år	Børn 0-5 år	Børn 0-12 år	Børn 0-17 år	Ikke oplyst	I alt
Misbrug	3	6	1	5	4	-	19
Vanrøgt	-	1	1	1	2	-	5
Vold	-	-	2	1	1		4
Psykisk sygdom	-	9	2				11
Mental retardering	-	1	1	-	-	-	2
Tidligt forældreskab	2	9	-	-	-		11
Kombinerede problembilleder	-	16	8	4	1	-	29
I alt	5	42	15	11	8	-	81

Forskningsoversigten har fokus på aldersgruppen 0-3-årige børn. Men mange indsatser over for de udvalgte risikofaktorer har et bredere aldersssigte. Vi belyser derfor også, hvordan børnegruppen i de enkelte udvalgte indsatser er aldersafgrænset.

Som det ses i tabel 3.2, er der 42 af indsatserne, der retter sig mod 0-3-årige børn, mens 5 retter sig mod ufødte. Herudover fordeler resten af indsatserne sig, så de retter sig mod 0-5-årige (15), mod 0-12-årige (11) og mod 0-17-årige (8). Over halvdelen af indsatserne har derfor afgrænset fokus på de mindste børn, mens de øvrige indsatser arbejder med en bredere aldersgruppe.

Indsatser, der retter sig mod forældre med psykisk sygdom, mental retardering og tidligt forældreskab, er næsten udelukkende rettet mod den yngste børnegruppe på 0-3 år. De øvrige indsatser, over for

misbrug, vanrøgt, vold og kombinerede problembilleder, har større aldersspredning.

INDSATSERNES ORGANISERING

Vi har undersøgt, hvordan indsatserne er organiseret, på flere måder. Vi har set på, om den enkelte indsats er enkelt- eller multifacetteret, dvs. om den består af en enkelt eller flere komponenter, om den er individ- eller gruppebaseret, og endelig, hvilket personale der er involveret. Herudover har vi set på indsatsernes tidslige organisering, deres varighed og deres intensitet.

ENKELT- ELLER MULTIFACETTERET?

En måde at undersøge, hvordan en indsats er organiseret, er at skelne mellem, om en indsats er enkelt- eller multifacetteret. En enkeltfacetteret indsats udgøres af en enkelt og afgrænset komponent som eksempelvis en ugentlig samtale, mens en multifacetteret indsats udgøres af flere komponenter som eksempelvis en ugentlig samtale, såvel som fx hjemmebesøg, praktisk hjælp, øvelser eller andet.

I tabel 3.3 ser vi, at over halvdelen af de beskrevne studier består af multifacetterede indsatser, nemlig 48, mens 22 består af en enkelt eller en afgrænset indsats. Inden for alle risikofaktorerne er de fleste indsatser organiseret som multifacetterede indsatser, undtagen for kombinerede problembilleder, hvor en tredjedel er organiseret som enkeltfacetteret indsats.

TABEL 3.3

Indsatserne fordelt på enkeltfacetterede og multifacetterede indsatser og efter risikofaktor. Antal.

Risikofaktor	Enkeltfacetteret /afgrænset indsats	Multifacetteret indsats	Ikke oplyst	I alt
Misbrug	3	14	2	19
Vanrøgt	1	3	1	5
Vold	1	2	1	4
Psykisk sygdom	1	9	1	11
Mental retardering	-	2	-	2
Tidligt forældreskab	3	6	2	11
Kombinerede problembilleder	13	12	4	29
I alt	22	48	11	81

GRUPPEBASERET ELLER INDIVIDBASERET INDSATS?

En indsats kan være organiseret som en gruppeindsats eller som en individuel indsats, dvs. at indsatsen enten er rettet mod det enkelte individ, eller der indgår forskellige former for gruppebaserede aktiviteter, såsom gruppesamtaler og netværk.

Vi ser i tabel 3.4, at der er en forholdsvis stor andel, hvor denne oplysning ikke er tilgængelig, nemlig 22 af de 81 studier. Den største andel af indsatser er organiseret som individuelle tiltag, nemlig 28, mens 16 er organiseret som gruppebaserede tiltag, og 15 er organiseret som både-og.

Indsatser rettet mod de enkelte risikofaktorer følger samme mønster, dog er indsatser rettet mod vanrøgt og tidligt forældreskab mere orienteret mod gruppebaserede og kombinerede tiltag.

TABEL 3.4

Indsatserne fordelt på individuelle og gruppebaserede indsatser og efter risikofaktor. Antal.

Risikofaktor	Individuelt baseret tiltag	Gruppebaseret tiltag	Både individuelt og gruppebaseret tiltag	Ikke oplyst	I alt
Misbrug	8	2	3	6	19
Vanrøgt	-	1	3	1	5
Vold	2	-	-	2	4
Psykisk sygdom	5	2	4	-	11
Mental retardering	2	-	-	-	2
Tidligt forældreskab	1	5	-	5	11
Kombinerede problembilleder	10	6	5	8	29
I alt	28	16	15	22	81

HVEM UDFØRER INDSATSEN?

En anden måde at se, hvordan indsatserne er organiseret, er ved at skelne mellem, hvem der udfører indsatsen, dvs. hvilke personaletyper der udfører den aktuelle indsats i praksis. Dette er vist i tabel 3.5. For en forholdsvis stor andel af studierne gives der ikke oplysninger om personalegruppe, eller personalegruppe er en anden end de angivne koder, nemlig for 41 af de 81 studier. Det er gruppen af terapeutisk/psykologisk personale, der ellers udgør den største gruppe, nemlig 17 indsatser.

TABEL 3.5

Indsatserne fordelt efter, hvem der udfører dem, og efter risikofaktor. Antal.

Risikofaktor	Flere persona-legrupper	Sundheds-personale	Pædagogisk personale	Forvaltning	Frivillige	Terapeutisk/psykologisk personale	Juridisk personale	Andet	Ikke oplyst	I alt
Misbrug	2	4	1	1	1	3	-	3	7	22
Vanrøgt	-	-	1	-	-	-	-	3	1	5
Vold	1	-	-	-	1	2	-	-	0	4
Psykisk sygdom	2	1	-	-	-	5	-	-	3	11
Mental retardering	-	-	-	-	-	1	-	1	-	2
Tidligt forældreskab	4	-	-	-	-	-	-	1	6	11
Kombinerede problembil-leder	3	2	1	-	1	6	-	13	3	29
I alt	12	7	3	1	3	17	-	21	20	84

Anm.: I nogle indsatser er angivet flere personalegrupper, derfor kan antallet af involverede personalegrupper overstige antallet af studier for den enkelte risikofaktor.

INDSATSENS TIDSLIGE ORGANISERING

Et vigtigt aspekt af en indsats er den måde, den er organiseret på i tid, og her ser vi både på, hvad indsatsens varighed er, og hvad dens intensitet er.

Indsatsernes fordeling efter varighed er vist i tabel 3.6. I en del af studierne er indsatsens varighed ikke opgivet, nemlig 17. Ser vi på de tilbageværende, fremgår det, at ingen af indsatserne består af et enkelt møde eller varer mindre end 1 måned. For varighed 1-5 måneder er der 18 studier. Ser vi på relativt lange indsatser, 6-12 måneder og over 1 år, er det henholdsvis 19 og 29. Over halvdelen af studierne (48) beskriver dermed indsatser, der varede 6 måneder eller mere.

For indsatser, der retter sig mod psykisk sygdom, er lidt over halvdelen af indsatserne kortere, dvs. 1-5 måneder. I forhold til det samlede billede er der flere indsatser her, der er korte.

TABEL 3.6

Indsatserne fordelt efter varighed og efter risikofaktor. Antal.

Risikofaktor	Enkelt møde	0-1 måned	1-5 måneder	6-12 måneder	Mere end 1 år	Ikke oplyst	I alt
Misbrug	-	-	2	9	5	3	19
Vanrøgt	-	-	1	1	2	1	5
Vold	-	-	1	1	2	0	4
Psykisk sygdom	-	-	6	-	4	1	11
Mental retardering	-	-	1	1	-	-	2
Tidligt forældreskab	-	-	2	-	3	6	11
Kombinerede problembilleder	-	-	5	6	13	5	29
I alt	-	-	18	19	29	17	81

En anden måde at opgøre tidslighed på er ved at se på indsatsens intensitet, se tabel 3.7. Intensitet er dog ikke oplyst for en forholdsvis stor andel af de beskrevne indsatser, nemlig 31. Herudover fremstår ugentlige møder eller aktiviteter som den helt dominerende intensitet for 29 af de beskrevne indsatser. Indsatser rettet mod misbrug adskiller sig lidt fra dette mønster, da disse indsatser i højere grad varierer i intensitet.

TABEL 3.7

Indsatserne fordelt efter intensitet og efter risikofaktor. Antal.

Risikofaktor	Enkelt møde	Dagligt møde/aktivitet	Flere gange ugentligt møde/aktivitet	Ugentligt møde/aktivitet	Flere gange månedligt møde/aktivitet	Månedligt møde/aktivitet	Mulighed for rådgivning hele døgnet	Ikke oplyst	I alt
Misbrug	-	2	5	3	2	1	1	5	19
Vanrøgt	-	-	-	-	2	-	-	3	5
Vold	-	-	-	2	-	-	1	1	4
Psykisk sygdom			1	7		1		2	11
Mental retardering	-	-	-	1	-	-	-	1	2
Tidligt forældreskab	-	-	-	4	-	-	-	7	11
Kombinerede problembilleder	-	-	2	13	2	-	1	12	29
I alt	-	2	8	29	6	2	3	31	81

Anm.: Her er det kun muligt at anføre én grad af intensitet.

INDSATSENS KONTEKSTER

De enkelte indsatser foregår i bestemte kontekster, som har betydning for udførelsen af den enkelte indsats. Vi har her fokus på den geografiske kontekst – dvs. landet – for indsatsens udførelse, det institutionelle regi, som den udføres i, dvs. hvilken institutionel aktør der organiserer indsatsen, samt hvad de deltagende børns og familiers sociale kontekst er.

GEOGRAFISK STED FOR INDSATSENS UDFØRELSE

Over halvdelen af de fundne studier er gennemført i USA, nemlig 55, som vist i tabel 3.8. Herudover er en stor andel af de resterende studier udført i andre angelsaksiske lande, nemlig Australien med 7 studier, Canada med 6 studier og Storbritannien med 5 studier, dvs. i alt 18 studier er udført i angelsaksiske lande. Der er 11 studier udført i Europa, både Storbritannien og andre europæiske lande. Herunder er ét studie, der er udført i Sverige, som er det eneste nordiske land, der er udført studier i. Der er ét studie udført uden for Europa og i et ikke-angelsaksisk land (Japan). Det svenske studie omhandler en indsats rettet mod mental retardering, mens de øvrige europæiske studier omhandler misbrug, vanrøgt, psykisk sygdom og kombinerede problembilleder. Der er ikke noget mønster i forhold til, hvor indsatser rettet mod bestemte risikofaktorer er udført.

Det er imidlertid en vigtig kontekst, at den største del af indsatser for alle risikofaktorer, undtagen mental retardering, er evalueret i USA. Det er ikke overraskende, at langt de fleste studier og dermed indsatser er udført i USA. Det er velkendt, at USA er foregangsland for udførelsen af evidensbaserede studier. Det betyder imidlertid, at de evaluerede indsatser er gennemført i en kulturel og socialpolitisk kontekst, som på mange måder afviger en del fra den danske. Forskellene mellem en dansk og amerikansk kontekst angår især behandlingsorganisering, som i en amerikansk kontekst ikke i så høj grad foregår i offentligt regi, samt de potentielle målgrupper for tidlige indsatser. I en amerikansk kontekst findes mange udsatte forældre blandt afro-amerikanere og hispanics, som har en helt anden historisk og kulturel baggrund end de udsatte grupper, vi ser i Danmark. Desuden ser man en helt anden form for (nedarvet) fattigdom blandt de mest socialt udsatte grupper i Amerika, som velfærdsstaten Danmark ikke kender til i samme omfang.

TABEL 3.8

Indsatserne fordelt efter sted for indsatsen og efter risikofaktor. Antal.

Risikofaktor	USA	Canada	Australien	Stor-britannien	Danmark	Sverige	Norge	Andet nordisk land	Andet europæisk land	Andet ikke-europæisk land	Ikke oplyst	I alt
Misbrug	14	1	-	2	-	-	-	-	1	-	1	19
Vanrøgt	2	2	-	-	-	-	-	-	1	-	-	5
Vold	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4
Psykisk sygdom	7			2					1	1		11
Mental retardering	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Tidligt forældreskab	9	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11
Kombinerede problembilleder	20	-	6	1	-	-	-	-	2	-	-	29
I alt	55	6	7	5	-	-	-	-	5	1	2	81

INSTITUTIONEL KONTEKST FOR INDSATSEN

Tidlige indsatser foregår i bestemte institutionelle kontekster eller rammer, nemlig inden for stat, region, kommune (navnlig socialforvaltning), frivillig organisation eller "andet" (fx kirkelige organisationer). Vi har derfor set på, hvilken type aktør der er hovedansvarlig i organiseringen af en indsats, og om der evt. er flere aktører, se tabel 3.9. Det har dog vist sig at være vanskeligt at få disse ting oplyst i mange af studierne, og i 33 studier af de 81 er disse oplysninger ikke angivet, eller det er en anden type hovedaktør, end vi havde mulighed for at kategorisere for. De "andre" aktører, som optrådte, var eksempelvis universiteter eller forskningsinstitutter.

Ser vi på de tilfælde, hvor oplysning om hovedaktør var tilgængelig, viser det sig, at det især er kommune (15) eller stat (9), som er hovedaktører, dvs. det er offentlige aktører. Få studier (4 af de 31) angav at have flere aktører som institutionel ramme.

BØRNS OG FAMILIERS SOCIALE KONTEKST

Endelig har vi set på, hvad det er for typer af familier, der indgår i studierne. Det helt dominerende billede er, at de familier, som indsatserne retter sig imod, er socialt udsatte familier, dvs. forældre med lav eller ingen uddannelse, med lavindkomstjob eller i arbejdsløshed, på overførselsindkomster, med svage sociale og familiemæssige netværk, med en svær baggrund bag sig (muligvis med nogle af de samme problemer i opvæksten, som de selv slås med som forældre), med få psykiske ressourcer og i (relativ) fattigdom. Derudover er de udsat for én eller flere af de risikofaktorer, som oversigten omhandler. Eneste undtagelse her er indsatsen "Toddler-Parent Psychotherapy (TPP)", som er undersøgt i to studier (under risikofaktoren psykisk sygdom), hvor man bevidst har rekrutteret middelklassefamilier for at minimere negativ indflydelse på forskningsresultaterne fra negative sociale faktorer.

TABEL 3.9

Indsatser fordelt efter hovedaktører og efter risikofaktor. Antal.

Risikofaktor	Flere aktører	Stat	Kommune (social- forvaltning)	Børneinstitution	Frivillig organisation	Andet	Ikke oplyst	I alt
Misbrug	2	4	3	-	1	8	3	21
Vanrøgt	-	-	3	-	-	1	1	5
Vold	-	2	1	-	-	-	1	4
Psykisk sygdom	-	-	-	-	-	-	11	11
Mental retardering	-	-	-	-	-	-	2	2
Tidligt forældreskab	1	1	-	-	1	-	8	11
Kombinerede problembilleder	1	2	8	-	1	10	7	29
I alt	4	9	15	-	3	19	33	83

Anm.: I nogle indsatser er angivet flere hovedaktører, derfor kan antallet af hovedaktører involveret overstige antallet af studier for den enkelte risikofaktor.

SAMFUNDSØKONOMISKE OMKOSTNINGER

En relevant forudsætning i beslutningstagning om evidensbaseret social praksis er viden om samfundsøkonomiske omkostninger. Vi har derfor i tabel 3.10 opgjort, hvor mange studier der har information om samfundsøkonomiske omkostninger. Som det ses, er det kun meget få studier, der ser på samfundsøkonomiske omkostninger, nemlig 3. Et af studierne har misbrug som risikofaktor, to har kombinerede problembilleder, og ét har vold som risikofaktor.

TABEL 3.10

Studier fordelt efter, om de har oplysninger om samfundsøkonomiske omkostninger og efter risikofaktor. Antal.

Risikofaktor	Oplysninger	Ingen oplysninger	I alt
Misbrug	1	18	19
Vanrøgt	-	5	5
Vold	-	4	4
Psykisk sygdom	-	11	11
Mental retardering	-	2	2
Tidligt forældreskab	-	11	11
Kombinerede problembilleder	2	27	29
I alt	3	78	81

EFFEKTER

Hvor det for overskuelighedens skyld ville være ønskværdigt med en samlet oversigt over opnåede effekter i forskningsoversigtens 81 studier (så man kunne slå op efter en "ønskeeffekt" og så finde den rette indsats), er dette imidlertid ikke muligt at lave på en måde, der er tro mod de enkelte studier. Det skyldes, at hvert studie undersøger effekter på så mange forskellige parametre og på så mange måder, at de umuligt kan samles i dækkende fælleskategorier, som skulle skabe overblikket. Indsatserne og deres tilhørende effekter er i stedet præsenteret én for én i tabeller i kapitel 4-10 om risikofaktorer.

FÆLLESTRÆK VED RAMMER FOR TIDLIG INDSATS

De indsatser, vi belyser i denne forskningsoversigt, berører forskellige problemfelter, nemlig risikofaktorerne:

- Forældrenes misbrug
- Vanrøgt af børnene
- Vold i familien
- Forældrenes psykiske sygdom
- Forældrenes mentale retardering
- Tidligt forældreskab
- Kombination af risikofaktorer – "kombinerede problembilleder".

Indsatserne har imidlertid som tværgående fællestræk, at det er samme målgruppe, som de ønsker at skabe bedre betingelser for, nemlig børn i alderen 0-3 år og deres forældre. Hermed har vi et stort materiale over evidensbaserede studier for denne målgruppe. Baseret på denne kortlægning og syntese af vigtige parametre ved tidlige indsatser rettet mod udvalgte risikofaktorer trækker vi her *tydelige fællestræk* (defineret ved, at over halvdelen af studierne har disse træk) ved indsatserne samlet frem.

Ved at se på fællestræk på tværs af disse indsatser får vi viden om, hvad der er fælles gennemgående rammer for tidlig indsats, som vi med afsæt i den evidensbaserede forskning bør arbejde videre med i den sociale praksis. Disse rammer for indsatser skal ikke læses som forslag til konkrete indsatser, men skal forstås som retningsgivende i den videre diskussion om udvikling af indsatser for denne målgruppe. Hvis man ønsker at tage afsæt i den evidensbaserede viden om tidlige indsatser, kan disse fællestræk således give vigtige fingerpeg om, hvilke retninger man bør tænke og arbejde i, men også hvad man skal undgå. Vi ser således disse fællestræk som evidensbaserede policy-anbefalinger for den gode praksis i tidlige indsatser.

Overordnet er anbefalingerne baseret på, at alle har fundet overvejende positive effekter af de undersøgte indsatser. Eneste undtagelser er to studier med ingen effekter: ét under risikofaktoren misbrug (Substance Abuse Intervention) og ét under risikofaktoren psykisk sygdom (Steps Towards Effective, Enjoyable Parenting, STEEP).

BOKS 3.1

Fællestræk ved tidlige indsatser, på tværs af alle risikofaktorer.

Målgruppe:

- Tidlige indsatser bør være rettet mod forældre og især mod mødre, snarere end mod børnene.

Organisering:

- Tidlige indsatser bør være organiseret som multifacetterede indsatser, dvs. de skal bestå af forskellige aktiviteter, fx både en ugentlig samtale, praktisk hjælp, gruppesessioner og andet.
- Tidlige indsatser bør være organiseret som gruppebaserede tiltag, som individuelle tiltag eller som både-og.

Varighed og intensitet:

- Tidlige indsatser bør være organiseret som forholdsvis langvarige, dvs. forløb over 6 måneder eller mere.
- Tidlige indsatser bør rumme hyppige kontakter, nemlig ugentlige aktiviteter eller kontakter ml. behandlere og brugere.

Anm.: For enkelte af parametrene, *hovedaktør* og *personalegruppe, der udfører indsatsen*, gælder for over halvdelen af studierne, at der ikke er tilgængelige oplysninger, eller at svaret er andet, end det er muligt at kode for. Vi har derfor udeladt at uddrage konklusioner om fælles rammer for disse to parametre.

Vi har desuden i kapitlerne om hver enkelt risikofaktor angivet, hvad fællestrækkene er blandt de evidensbaserede studier over indsatser her. Her kan man således se, hvordan indsatser mod en enkelt risikofaktor adskiller sig fra det samlede billede. I forhold til at udvikle indsatser mod specifikke risikofaktorer kan man derfor også bruge fællestrækkene i forhold til den enkelte risikofaktor som afsæt for, hvordan rammer for indsatser skal være. Her må dog tages forbehold for, at fællestræk er baseret på et noget mindre antal studier i hvert enkelt kapitel.

STUDIERNES KVALITET

I forskningsoversigten har vi indsamlet studier af indsatser, der anvender evidensbaserede metoder, hvilket vi definerer som lodtrækningsforsøg, kvasi-eksperimentelle metoder, før- og eftermålinger samt forskningsoversigter (se kapitel 1). I tabel 3.11 er en oversigt over, hvilke metoder der er anvendt, både samlet set og inden for de forskellige risikofaktorer. Omtrent halvdelen af de fundne studier anvender RCT, nemlig 40 af alle studier, og må derfor samlet vurderes at have en forholdsvis god metodisk robusthed. Herudover anvender 17 studier kvasi-eksperimentelle design, mens 24 anvender før- og eftermålinger. Der er én forskningsoversigt.

TABEL 3.11

Studierne fordelt efter de anvendte metoder og efter risikofaktor. Antal.

Risikofaktor	RCT	Kvasi-eksperimentelle design	Før- og eftermåling	Forskningsoversigt	Evidensbaserede studier i alt
Misbrug	5	5	9	-	19
Vanrøgt	4	1	-	-	5
Vold	1	1	2	-	4
Psykisk sygdom	8	3			11
Mental retardering	1	1	-	-	2
Tidligt forældreskab	4	4	2	1	11
Kombinerede problembilleder	16	2	11	-	29
I alt	39	17	24	1	81

Ser vi på studier inden for de enkelte risikofaktorer, er der en lidt anderledes fordeling. For risikofaktorerne vanrøgt, psykisk sygdom, mental retardering og kombinerede problembilleder gælder, at over halvdelen af studierne anvender lodtrækningsforsøg. Disse områder må være dækket af indsatser med høj evidens. For indsatser rettet mod risikofaktoren misbrug er næsten halvdelen (9 ud af 19) baseret på før- og eftermålinger. Metoderne for evaluering af disse indsatsers evidens er altså mindre robuste.

I de følgende kapitler (kapitel 4-10) præsenterer vi fællestræk for indsatser inden for hver risikofaktor samt narrative resuméer, som giver mere indgående indblik i indsatsernes indhold og organisering. Da studiernes beskrivelser af de indsatser, de måler, er af meget svingende kvalitet og i mange tilfælde decideret mangelfulde, er de narrative resuméer også meget varierende i forhold til, hvor detaljeret indsigt i indsatserne de kan formidle.

RISIKOFAKTOR: MISBRUG

INTRODUKTION

I dette kapitel belyser vi indsatser, der retter sig mod småbørn (børn fra fostertilstand til børn, der er fyldt 3 år) og deres forældre, hvor børnene er udsatte grundet forældrenes misbrug. Der er fundet 19 studier, der undersøger effekten af sådanne sociale indsatser, og som anvender evidensbaserede metoder. Disse studier fordeler sig på 18 forskellige indsatser, mens to studier begge undersøger effekten af The Illinois AODA Waiver Demonstration Project, blot i to forskellige sammenhænge.

ANALYSE AF INDSATSERNES GENERELLE TRÆK

Boks 4.1 viser de fremherskende træk ved indsatser rettet mod risikofaktoren misbrug, mens en nærmere beskrivelse af disse træk følger nedenfor. En fremherskende tendens er defineret ved, at halvdelen eller flere af indsatserne er kendetegnet ved ét bestemt træk. Vi henviser løbende til tabellerne i syntesen i kapitel 3 med henblik på at se tallene i sammenligning med de andre risikofaktorer.

BOKS 4.1

Fællestræk ved tidlige indsatser rettet mod risikofaktoren misbrug.

Målgruppe:

- Det er især mødre, som indsatser er rettet mod.
- Indsatserne har varierende aldersafgrænsning af børnegruppen, og de forskellige indsatser anvender både målgruppen småbørn på 0-3 år og målgrupperne 0-12-årige og 0-17-årige.

Organisering:

- Indsatserne er især multifacetterede.
- Indsatserne er især individuelt baserede.

Varighed og intensitet:

- Indsatserne er oftest langvarige og varer mere end 6 måneder.
- Indsatserne har mange forskellige intensiteter, lige fra adgang til rådgivning døgnet rundt til daglige møder, flere møder ugentligt, ugentlige møder, flere gange om måneden og sjældnere.

Anm.: For enkelte af parametrene, *hovedaktør* og *personalegruppe, der udfører indsatsen*, gælder for over halvdelen af studierne, at der ikke er tilgængelige oplysninger, eller svaret er andet, end det er muligt at kode for. Vi har derfor udeladt at uddrage konklusioner om fælles rammer for disse to parametre.

MÅLGRUPPE

Ser vi på målgruppen for indsatserne (tabel 3.1), ser vi, at indsatserne er karakteriseret ved i overvejende grad at være rettet mod forældre eller mødre, der er misbrugere. 10 ud af de 19 studier har mødre som målgruppe, tre har forældre generelt, og tre har gravide som målgruppe. Kun to har udelukkende børn som målgruppe for indsatsen (i et studie er målgruppen uoplyst). Hvad børnegruppen angår (tabel 3.2), så fordeler studierne sig sådan, at tre studier har fokus på ufødte børn i fokus, seks studier har fokus på 0-3-årige, et studie har fokus på 0-5-årige, fem studier har fokus på 0-12-årige, mens fire studier har fokus på en børnegruppe på 0-17 år.

ORGANISERING

Ser vi på indsatsernes organisering (tabel 3.3), er langt størstedelen af indsatserne multifacetterede (14), og kun tre er enkeltfacetterede. I de resterende (to) fandtes der ingen oplysninger herom. I otte tilfælde var indsatsen et individuelt baseret tiltag (tabel 3.4), kun to benyttede sig af gruppeindsatser, tre anvendte begge dele, og seks havde ingen oplysninger herom. I forhold til personale (tabel 3.5) var det i over en tredjedel af indsatserne (syv) ikke muligt at opnå viden herom. I fire studier deltog sundhedspersonale, i tre var det terapeutisk/psykologisk personale, i to af studierne deltog flere personalegrupper. I tre studier var det andre personalegrupper, der udførte indsatsen, hovedsageligt forskere.

VARIGHED OG INTENSITET

Indsatserne er særligt karakteriserede ved at være længerevarende (tabel 3.6), idet kun to studier varede 0-5 måneder. For de øvrige studier gælder det, at ni havde en varighed på 6-12 måneder, fem varede i over 1 år, mens de sidste tre ikke havde tilgængelige oplysninger om varigheden. I forhold til indsatsernes intensitet (tabel 3.7) havde to indsatser et møde dagligt, fem mødtes flere gange ugentligt, tre havde et enkelt møde ugentligt, to mødtes flere gange månedligt, en mødtes én gang hver måned, en havde mulighed for rådgivning døgnet rundt, og de sidste fem havde ingen oplysninger om intensiteten.

GEOGRAFISK KONTEKST OG AKTØRER

I forhold til geografisk kontekst (tabel 3.8) er de fleste indsatser gennemført i USA (14), to i Storbritannien, en i Canada, og en er fra et andet europæisk land. Ét studie har ingen oplysninger herom. I forhold til indsatsens kontekster (tabel 3.9) var hovedaktørerne i fire af studierne statslige, tre var kommunale, to havde flere aktører involveret, en var en frivillig organisation, og de resterende var enten "andet" eller ikke oplyst.

SAMFUNDSØKONOMISKE OMKOSTNINGER

1 ud af de 19 studier har oplysninger om samfundsøkonomiske omkostninger (tabel 3.10). Dette studie påpeger, at omkostningerne ved den aktuelle indsats, The Pregnant and Postpartum Women Program (PPW), er 113 mio. amerikanske dollars. Indsatsen er 5-årig og landsdækkende. Der peges på, at omkostningerne (i 1992-priser) på hospitaler ved behandling af nyfødte, der har været udsat for stoffer under graviditeten, er

360 mio. dollars, og behandling af personer, der lider af alkoholsyndrom, koster 190 mio. dollars. Det fremgår ikke, hvordan disse tal mere præcist er udregnet (fx om de alle dækker en 5-årig periode).

STUDIERNES KVALITET

Der er fundet 19 evidensbaserede studier om indsatser, der retter sig mod misbrug. I studierne anvendes forskellige metoder (tabel 3.11): Fem studier anvender lodtrækningsforsøg, fem bruger kvasi-eksperimentelle design. Yderligere ni studier benytter før- og eftermålinger. I alt er 12 studier beskrevet for mangelfuldt eller er baseret på grupper med problembilleder, der ikke kendes i en dansk socialpolitisk kontekst. Se bilag B for en oversigt over frasorterede studier, som ikke indgår i de 19 studier.

OVERSIGT OVER EFFEKT

De undersøgte indsatser er evalueret ved forskellige typer af mål/test. I tabel 4.1 præsenteres de væsentligste effektmål for fundne lovende indsatser mod misbrug. Tabellen er tænkt som en oversigt, hvor man med udgangspunkt i, hvilken effekt man ønsker, kan finde de rette indsatser. Tabellen giver ikke detaljerede beskrivelser af de enkelte indsatser; sådanne kan findes under de narrative resuméer nedenfor.

TABEL 4.1

Effekten af tidlige indsatser over for misbrug.

Navn på indsats		Effekt
1.	Substance Abuse Intervention	Indsatsen viser ingen effekt i forhold til målet om genforening ml. misbrugende forældre og tvangsanbragte børn.
2.	Buprenorphine	Mere succesfuld fastholdelse af deltagerne i buprenorfingruppen end metadongruppen, mens der i metadongruppen er et lavere forbrug af andre opioider. Spædbørnene fra metadongruppen får i gennemsnit 12 timer tidligere end spædbørnene fra buprenorfingruppen behov for behandling for deres NAS-symptomer.
3.	Parent-Child Assistance Program (PCAP)	Efter 3 år viser to af de deltagende grupper en længerevarende afholdenhed fra alkohol og stoffer. Antallet af graviditeter i de 3 år, som tilbuddet varer, er mærkbart lavere i en af deltagergrupperne. Antallet af fødsler for de tre deltagende grupper er ved studiets slutning ens.

(Fortsættes)

TABEL 4.1 (FORTSAT)

Navn på indsats		Effekt
4.	Pregnant and Postpartum Women and their Infants (PPWI)	Mødrene i indsatsgruppen viser væsentlig reduktion i mængden af indtaget stof 30 dage efter fødslen. På trods af de umiddelbare lovede resultater bliver de ikke fastholdt ved den opfølgende test 6 måneder efter fødslen. Deltagere i de såkaldte "case management"-programmer er alle præget af et lavere indtag af stoffer end mødrene i de såkaldte "day treatment"-programmer efter de første 30 dage efter fødslen. Det kan eventuelt hænge sammen med de ekstra behandlingsformer, CM-programmerne tilbyder ud over individuel rådgivning og gruppemøder.
5.	SafePort	De mødre, der deltager i behandlingstilbuddet sammen med deres børn, forbliver med større sandsynlighed stoffri, end de mødre, der ikke har deres børn med i behandlingsforløbet. 18 pct. af de mødre, der deltager i SafePort med deres spædbørn, og 79 pct. af de mødre, der deltager alene, rapporterer, at de stadig er ude i et misbrug 6 måneder efter endt behandlingsforløb. Kriminalitet og stressrelaterede problemer forbedres også.
6.	Family-Based Drug Treatment Intervention	Effekten bliver vurderet ud fra, hvor længe misbrugerne deltager/bliver i forløbet – hvis de bliver, er det altså umiddelbart en succes. Længden af opholdet på familiecenteret samt et succesfuldt behandlingsforløb hænger sammen med forældrenes alder. Jo ældre forældrene er, desto længere tid forbliver de i behandlingstilbuddet. Misbrugere af mere end et stof har større risiko for at droppe ud og ikke gennemføre hele forløbet.
7.	New Choices	Væsentlige forbedringer ses 3 måneder efter behandlingens start i forhold til mødrenes indfølingsevne (empati) og mødrenes støtte i forhold til børnenes styrke/evner og selvstændighed. Efter 6 måneder ses en positiv udvikling i børnenes sociale kompetencer.

NARRATIVE RESUMÉER

Her følger i narrative resuméer en gennemgang af hver af de indsatser, der er omtalt i tabel 4.1 i forhold til misbrug, organiseret efter indsatsnavn, studiehenvisning, indsatsens formål, effekt, baggrund, aktiviteter samt studiets deltagere og studiets design.

1. SUBSTANCE ABUSE INTERVENTION

STUDIET

Brook, J. & T.P. McDonald (2007): "Evaluating the Effects of Comprehensive Substance Abuse Intervention on Successful Reunification". *Research on Social Work Practice*, 17(6), s. 664-673.

FORMÅL

Målet med indsatsen er, at anbragte børn fra familier med alkohol- og stofmisbrug (AOD) så hurtigt som muligt skal hjælpes, således at de genforenes med deres familie og kommer nærmere en permanent og stabil hverdag.

BAGGRUND

Det kan være vanskeligt at arbejde med familier med alkohol- og stofmisbrug, og derfor bliver et program udarbejdet for at lette samarbejdet med denne gruppe.

EFFEKT

Undersøgelsen viser, at der ingen effekt er i indsatsgruppen frem for kontrolgruppen. Familiesammenføringen/genforeningen tager længere tid end forventet, og konklusionen er, at det kræver en langsigtet indsats at opnå et succesfuldt resultat.

Det konkrete resultat viser, at ca. 32 pct. fra kontrolgruppen genforenes med deres familier efter 200 dage, mens tallet for indsatsgruppen er ca. 22 pct. Efter 400 dage er tallet 30 pct. for kontrolgruppen og 23 pct. for indsatsgruppen. Der er altså ikke målt nogen effekt af at deltage i indsatsen.

AKTIVITETER

Behandlingstilbuddet tager udgangspunkt i den enkelte families behov. For at indsatsen skal have et langsigtet mål, bliver indsatsen opdelt i tre faser:

- Fase 1: Tilbud til familier, hvor staten udvikler et intensivt behandlingstilbud, der skal hjælpe familier (med misbrug), som har børn i statens varetægt.
- Fase 2: Fokus på institutionerne, der udøver service til familierne.
- Fase 3: Fokus på at udvikle strategier og politikker, der tager højde for de behov, AOD-familier har.

Familierne deltager i månedlige grupperådsmøder, der har en specifik dagsorden i forhold til børneforsorg i AOD-berørte familier, samt månedlige familiekonferencer, hvor alle involverede parter deltager. Et typisk møde inkluderer familien, en konsulent for børneforsorgen, sund-

hedsfagligt personale, personale specialiseret i AOD-behandling, en repræsentant fra rådet og øvrige nøglepersoner.

STUDIETS DELTAGERE

Deltagerne bliver tilknyttet projektet gennem den lokale børneforsorg som følge af en anmeldelse af børnemishandling eller forsømmelse i tilknytning til alkohol- eller stofmisbrug. For at kunne deltage i studiet skal der have fundet en tvangsfjernelse sted på grund af forældrenes misbrug.

STUDIETS DESIGN

I studiet indgik 220 familier, hvoraf 60 familier modtog behandlingstilbuddet, der gennemførtes mellem januar 2000 og oktober 2004. 160 familier indgår som kontrolgruppe. Det intensive behandlingstilbud til familierne i fase 1 er genstand for evalueringen i studiet. Ved studiets start mødes familien med en person tilknyttet tilbuddet, hvor den får beskrevet tilbuddet og frivilligt kan tilslutte sig det. Familierne modtager desuden en beskrivelse af behandlingstilbuddet på skrift.

2. BUPRENORPHINE

STUDIET

Fischer, G., R. Ortner, K. Rohrmeister, R. Jagsch, A. Baewert, M. Langer & H. Aschauer (2006): "Methadone versus Buprenorphine in Pregnant Addicts: a Double-Blind, Double-Dummy Comparison Study". *Addiction*, 101(2), s. 275-281.

FORMÅL

Målet med indsatsen er at benytte buprenorfin frem for metadon i behandlingen af gravide stofmisbrugere for at reducere Neonatal Abstinence Syndrom (NAS) hos den nyfødte, dvs. abstinenssymptomer. Brugen af metadon under en stofmisbrugers graviditet har tidligere vist en øget risiko for, at den nyfødte oplever NAS.

BAGGRUND

Tidligere studier har undersøgt og sammenlignet forskellige former for stoffer, der med fordel kan benyttes af gravide stofmisbrugere under svangerskabet for at hjælpe til en mere stabil graviditet. Resultaterne har

dog ikke vist den store positive effekt i forhold til bivirkninger for mor og barn.

EFFEKT

Der er en mere succesfuld fastholdelse af deltagerne i buprenorfingruppen end i metadongruppen, mens der i metadongruppen er et lavere forbrug af andre opioider. Ud af de 14 nyfødte spædbørn født af de 14 deltagende mødre oplever seks kun en mild grad af NAS (og modtager ikke behandling for det), heraf kommer de tre fra buprenorfingruppen og de tre fra metadongruppen. De øvrige otte spædbørn modtager behandling for NAS, men spædbørnene fra metadongruppen får i gennemsnit 12 timer tidligere end spædbørnene fra buprenorfingruppen behov for behandling for deres NAS-symptomer.

AKTIVITETER

Alle deltagerne, både de, der modtager buprenorfin og metadon, skal som minimum deltage i 3 dages introduktionsforløb for at opnå retten til plejeordningen 24 timer i døgnet. Herefter modtager de to grupper ens og standardiserede doseringer af metadon og buprenorfin. Både før og efter behandlingen ydes standardiseret service til deltagerne i et tæt samarbejde mellem psykiatere, sygeplejersker, socialrådgivere, psykologer, farmaceuter, gynækologer og børnelæger.

STUDIETS DELTAGERE

I løbet af en periode på 3 år fra 2000 til 2002 screenes gravide stofmisbrugende kvinder til studiet på afhængighedsklinikken på Wiens medicinske universitet. I alt bliver 146 kvinder screenet, men idet mange af kvinderne ikke lever op til kravene for deltagelse, ender det samlede antal deltagere på 18. De mest almindelige årsager til eksklusion er:

- Forekomsten af afhængighed af mere end et stof (20 pct.)
- Manglende samtykke til at deltage i de daglige besøg på klinikken (30 pct.)
- De er allerede på metadon (15 pct.)
- De har søgt om behandling efter 29. uge i graviditeten (15 pct.)
- De vælger abort før 12. uge (10 pct.)
- De har graviditetskomplikationer (10 pct.).

Kvinderne var alle i 24. til 29. uge af deres graviditet, da de gav tilsagn om deltagelse i indsatsen.

STUDIETS DESIGN

Studiet er et kontrolleret lodtrækningsforsøg, hvor de gravide stofmisbrugere, der imødekommer kravene for at kunne deltage, desuden modtager gavekort til mad (madkuponer) som kompensation for deres deltagelse (for 20 ugers deltagelse dog maksimalt 1.000 pund eller omkring 10.000 kr.).

Ved lodtrækning opdeles de 18 kvinder i en buprenorfingruppe og en metadongruppe. Begge grupper modtager den samme service og hjælp under graviditeten. Det vil sige, det kun er stoffet, der er forskelligt mellem grupperne. Der er ni kvinder i buprenorfingruppen og ni i metadongruppen, men på grund af frafald ender de to grupper på henholdsvis otte og seks deltagere. Studiet har lille udsagnskraft bl.a. på grund af det lille sample.

3. PARENT-CHILD ASSISTANCE PROGRAM (PCAP)

STUDIET

Grant, T.M., C.C. Ernst, A. Streissguth & K. Stark. (2005): "Preventing Alcohol and Drug Exposed Births in Washington State: Intervention Findings from Three Parent-Child Assistance Program Sites". *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 31(3), s. 471-490.

FORMÅL

Indsatsen Parent-Child Assistance Program (PCAP) har til formål at forebygge graviditet hos kvinder med et alkohol- eller stofmisbrug, der allerede har et udsat barn. Indsatsens fokus er desuden at styrke og støtte de kvinder, der er i behandling for et alkohol- eller stofmisbrug, og støtte dem i kampen for at forbedre forældrekompetencer og etablere et sundt og selvstændigt liv.

BAGGRUND

Alkohol- og stofmisbrug under graviditeten er et alvorligt sundhedsproblem, som kan skade det ufødte barn. Hjemmebesøg viser sig at være et lovende tilbud i forhold til at hjælpe mødrene til at blive bedre og sundere omsorgsgivere.

EFFEKT

For den gruppe af kvinder, der først gennemførte indsatsen ("OD-gruppen"), er der tydelige tegn på, at de klarer sig betydeligt bedre end de to grupper af kvinder, der deltager i indsatsen nogle år senere. I disse to andre grupper af deltagende kvinder ("SR-gruppen" og "TR-gruppen") er opretholdelsen af kvindernes behandlingsforløb dog ligeledes god. En forklaring på, at den første gruppe af kvinder, der deltager i indsatsen, klarer sig bedre end de senere grupper, kan være, at der i den mellemliggende periode er igangsat programmer og initiativer på området.

Efter 3 år viser SR- og TR-gruppen en længerevarende afholdenhed fra alkohol og stoffer. Antallet af graviditeter i de 3 år, som tilbuddet varer, er mærkbart lavere i TR-gruppen end i de øvrige to grupper, om end antallet af fødsler ved studiets slutning er ens. Dette kan eventuelt skyldes, at antallet af aborter i OD- og SR-gruppen har været højere.

AKTIVITETER

Ved hjælp af hjemmebesøg, transport til vigtige aftaler og arbejde med problemer i familien forsøger PCAP-medarbejderne at lette kvindernes hverdag. Medarbejdere støtter desuden kvinderne i at forblive i tilbuddet af hensyn til behandlingen af deres alkohol- eller stofmisbrug. De arbejder individuelt med kvinderne, og de er tilknyttet ca. 15 familier hver. Kvinderne får støtte til at identificere deres mål og hjælp til at opnå dem. Gennem hele processen bliver der ført tilsyn med kvinderne.

Medarbejderne er ikke færdiguddannet personale, men de deler nogle livserfaringer med deres klienter. De opnår succes i forhold til at være troværdige rollemodeller og skabe et tillidsbånd til deres klienter, der ellers ikke har den store grund til at have tillid til andre mennesker. PCAP-medarbejderne modtager selv støtte og ugentlig individuel supervision af en professionel, færdiguddannet PCAP-mester gennem tilbuddet.

STUDIETS DELTAGERE

216 kvinder er tilknyttet indsatsprogrammet og deltager i indsatsen i de 3 år, tilbuddet kører. Kvinderne er fordelt på 3 grupper. *Originale Demonstration* (OD-gruppen) er det oprindelige studie gennemført i 1991-1995, og her deltog 60 kvinder. De to andre grupper er Seattle Replication (SR-gruppen), hvis forløb er gennemført i 1996-2003, og Tocoma Replication

(TR-gruppen), hvis forløb er gennemført i 1996-2003. I disse deltog henholdsvis 76 og 80 kvinder.

For at kunne deltage i tilbuddet skal kvinderne opfylde tre krav:

- De skal være gravide eller lige have født.
- De skal have et stort misbrug af alkohol og/eller ulovlige stoffer.
- De skal indtil nu ikke have opnået resultater med eller have været engageret i offentlige sociale tilbud.

Kvinderne i OD-gruppen er rekrutteret via to hospitaler efter fødslen eller via henvisning fra en sagsbehandler. SR- og TR-grupperne er alene henvist gennem en sagsbehandler. Alle kvinderne i OD-gruppen og 81 pct. af de øvrige to grupper er misbrugere af mere end et stof (alkohol og kokain er den mest normale kombination).

STUDIETS DESIGN

Studiet er gennemført som en før- og eftermåling. Alle kvinderne gennemførte et interview ved studiets start og afslutning.

4. PREGNANT AND POSTPARTUM WOMEN AND THEIR INFANTS (PPWI)

STUDIET

Eisen, M., J.K. Smith., J. Dampeer & S. Sambrano (2000): "Evaluation of Substance Use Outcomes in Demonstration Projects for Pregnant and Postpartum Women and their Infants: Findings from a Quasi-Experiment". *Addictive Behaviors*, 25(1), s. 123-129.

FORMÅL

Målet med indsatsen er at reducere de gravide kvinders stofmisbrug, således at de får sunde børn, der kan udvikle sig på en naturlig måde.

BAGGRUND

Hypotesen er, at gravide kvinder, der gennemfører behandlingstilbuddet Pregnant and Postpartum Women and their Infants (PPWI), vil have større chance for at reducere deres stofmisbrug og derigennem føde sundere børn, der vil opleve en normal udvikling.

EFFEKT

Deltagerne i programmet modtager én af to forskellige slags indsatser, "case management" (CM) eller "day treatment" (DT). Mødrene i indsatsgrupperne sammenlignes med kontrolgrupperne i forhold til stofmisbruget både under graviditeten og efter fødslen.

Mødrene i indsatsgrupperne viser væsentlig reduktion i mængden af indtaget stof fra den første måling (inden fødslen og inden indsatsforløbets start) til den anden måling (30 dage efter fødslen), mens kontrolgrupperne ikke viser nogen form for forbedringer. Fra første måling til tredje måling (6 måneder efter fødslen) ses også en reduktion i indtaget af stoffer, men her er der ikke tale om et så kraftigt fald som ved den tidligere måling.

Mødrene i CM-programmerne er alle præget af et lavere indtag af stoffer end mødrene i DT-programmerne mellem første og anden måling. Det kan eventuelt hænge sammen med de ekstra behandlingstilbud, CM-programmerne tilbyder ud over de individuelle rådgivninger og gruppemøder, og som DT-programmerne ikke tilbyder.

Reduktionen i stofindtaget, som sås under første og anden måling, var dog ikke til stede ved den opfølgende test 6 måneder efter fødslen.

AKTIVITETER

Mødrene i indsatsgrupperne modtager massivt flere behandlingstilbud end mødrene i kontrolgrupperne. Deltagerne i indsatsprogrammet modtager 1 af 2 forskellige indsatser, "case management" (CM) eller "day treatment" (DT). Mødrene i CM-programmerne henvises til individuel rådgivning og gruppemøder, men derudover har de mulighed for at blive tilknyttet andre servicetilbud under forløbet. DT-programmerne kræver, at mødrene tager imod ugentlige individuelle eller gruppebaserede behandlingstilbud og deltager i gruppemøder af en varighed på 10-20 timer. Begge disse aktiviteter foregår på et behandlingssted i tilknytning til projekterne. Fem programmer var især CM, og fire især DT.

STUDIETS DELTAGERE

Studiet består af 658 kvinder, 370 indgår i behandlingstilbuddene, og 288 i kontrolgrupperne. For at kunne deltage må kvinderne opfylde følgende kriterier:

- De skal være gravide ved studiets start.
- De skal have haft et forbrug af alkohol eller stoffer under graviditeten.
- De skal give deres samtykke i forhold til at ønske at deltage.

Den største andel af kvinder var over 25 år, hvide og ugifte. Der var ikke signifikante forskelle på andre parametre (alder, etnicitet, ægteskabsstatus, uddannelsesniveau).

STUDIETS DESIGN

Studiet har et kvasi-eksperimentelt design. Det er støttet af Center for Substance Abuse Prevention (CSAP) i USA, der mellem 1989 og 1992 gav bevillinger til gennemførelse af 147 PPWI-programmer forskellige steder. I 1993 blev en 4-årig national evaluering af programmet gennemført med udgangspunkt i et sample af de gennemførte programmer.

Der måles på ni forskellige PPWI-programmer, der har fokus på voksne kvinders stofmisbrug, uddannelse og behandlingstilbud. Fem af programmerne er hovedsagelig CM-programmer, og fire er hovedsagelig DT-programmer. Hvert projekt skal selv sørge for at rekruttere kontrolgrupper, der skal have stort set den samme socioøkonomiske baggrund og misbrugsforløb.

5. SAFEPORT

STUDIET

Metsch, L.R., H.P. Wolfe, R. Fewell, C.B. McCoy, W.N. Elwood, B. Wohler-Torres, P. Petersen-Baston & H.V. Haskins (2001): "Treating Substance-Using Women and their Children in Public Housing: Preliminary Evaluation Findings". *Child Welfare*, 80(2), s. 199-220.

FORMÅL

Tilbuddet SafePort er et familieorienteret program, der fokuserer på mødre med alkohol- og stofmisbrug (AOD). SafePort er et behandlingstilbud for både mødre med og uden spædbørn (i nogle tilfælde er spædbørnene blevet tvangsfjernet fra hjemmet) og eventuel samlever. Målet med indsatsen er at få mødre ud af deres stof- eller alkoholmisbrug ved hjælp af et behandlingstilbud for hele familien.

BAGGRUND

Tidligere studier viser positiv udvikling for de misbrugende kvinder, der gennemfører et behandlingstilbud. Kvinderne bliver mindre asociale, de begår mindre kriminalitet, og der ses en forbedring i behandlingslængden af senere behandlinger. Det ser ud til, at vigtige komponenter for et succesfuldt forløb er:

- Særlig støtte til de kvinder, der har været udsat for incest, seksuelt misbrug og vold i familien
- Lydhørhed i forhold til de tilbagemeldinger, klienterne og personalet kommer med
- Fokus på at tilbyde serviceydelserne til de kvinder, der med fordel kan modtage behandling
- Styrket tilknytning til sagsbehandling for et mere intensivt forløb.

Desuden viser tidligere studier ligeledes, at en gymnasieuddannelse, en behandling på mere end 1 år og deltagelse i programmets efterfølgende behandlingstilbud medfører større sandsynlighed for at komme i arbejde.

EFFEKT

Relativt flere mødre, der deltager i behandlingstilbuddet sammen med deres børn, forbliver stoffri, end mødre, der ikke har deres børn med i behandlingsforløbet.

72,5 pct. af de mødre, der deltager i SafePort, gennemfører tilbuddet og er i gennemsnit tilknyttet i 381 dage. Det primære resultat er, at 82 pct. af mødrene er ude af deres misbrug 6 måneder efter behandlingsforløbets afslutning, idet kun 18 pct. af de mødre, der deltager i SafePort med deres spædbørn, rapporterer, at de stadig er ude i et misbrug 6 måneder efter endt behandlingsforløb. For kvinder, der deltog uden deres børn, rapporterer 79 pct. om misbrug.

Den kriminelle aktivitet og de stressrelaterede problemer, mødrene kæmper med, forbedres endvidere gennem behandlingen.

AKTIVITETER

SafePort tilbyder et behandlingsforløb, der er opdelt i tre faser.

Fase 1 varer 3 måneder, hvor fokus er at styrke forståelsen for afhængigheden og at lære at tilpasse sig en stoffri livsstil. Færdigheder omkring dette trænes individuelt såvel som i grupper, og der tilbydes

familierådgivning for at styrke og udvikle en stabil hverdag for familien. Alle medlemmer af familien gennemgår en omfattende bio-psykosocial vurdering for at fastsætte præcis, hvor behandlingen skal sættes ind.

Fase 2 varer 3 måneder, og her fortsætter familien med at få rådgivning og opbygge færdigheder samt bliver undervist i forhold til en mulig fremtidig beskæftigelse. Familierne kan deltage i jobtræning eller modtage undervisning. I fase 2 bliver familierne opmuntret til at se nye muligheder og sætte mål med fokus på at udvikle en langsigtet plan i forhold til at komme i arbejde.

Fase 3 varer 6 måneder, og her er fokus på at assistere familierne i forhold til at forblive stoffri og blive selvforsørgende, mens de gør sig klar til det afsluttende behandlingsforløb. Familierne har på dette stadie et arbejde på fuldtid for at styrke den fremtidige karriere og gøre dem parate til at blive 100 pct. selvforsørgende. Der tilbydes tillige rådgivning og forebyggelse i forhold til tilbagefald i denne fase.

Klienter, der gennemfører SafePort-programmet, skal efterfølgende deltage i en efterbehandling, der skal hjælpe dem med at fastholde deres nye livsstil. Gennem hele forløbet tilbydes der børnepasning og behandlingstilbud med fokus på børnenes udvikling.

Under SafePort-programmet anlægges og indhegnes syv lejlighedskomplekser som et tilbud for mødre, der er ude i et misbrug. Formålet er at skabe et sikkert og stoffrit område, hvor mødrene kan gennemføre et omfattende behandlingstilbud. Lejlighedskomplekset kan huse 45 afhængige voksne og 60 børn og består af 1-, 2- og 3-værelseslejligheder. Tilbuddet er specielt, idet der tilbydes lejligheder til familierne, så de kan bo samlet frem for at være tilknyttet sovesale. Det giver en unik mulighed for at skabe et hjem og være en familie under behandlingsforløbet.

STUDIETS DELTAGERE

I studiet indgik samtlige kvinder, der deltog i SafePort i perioden januar 1996 til december 1998, nemlig 40 mødre. De fleste var hvide. De var mellem 22 og 48 år gamle. Lidt over en femtedel var gift. De havde i gennemsnit 11 års skolegang. 25 pct. var i arbejde, og den gennemsnitlige indtægt de seneste 30 dage var 607 dollars.

STUDIETS DESIGN

Studiet er kvasi-eksperimentelt. Kvinderne blev interviewet ved begyndelsen af indsatsen såvel som efter indsatsens afslutning. De mødre, der gennemfører hele behandlingsforløbet inkl. det opfølgende interview 6 måneder efter studiets afslutning, modtager 20 amerikanske dollars eller omkring 110 kr.

6. FAMILY-BASED DRUG TREATMENT INTERVENTION

STUDIET

Keen, J., P. Oliver, G. Rowse & N. Mathers (2000): "Keeping Families of Heroin Addicts Together: Results of 13 Months' Intake for Community Detoxification and Rehabilitation at a Family Centre for Drug Users". *Family Practice*, 17(6), s. 484-489.

FORMÅL

Målet med indsatsen er at få forældrene ud af deres misbrug.

BAGGRUND

Heroinmisbrug er et stort sundhedsproblem, som påvirker misbrugere såvel som børnene i en familie med en eller flere misbrugere. Børnene af en misbruger har ofte dårligere sociale kompetencer, dårligere helbred, mindre uddannelse og har i forhold til jævnaldrende en forøget risiko for selv at blive misbrugere. Tidligere studier har påpeget vigtigheden af at bibeholde misbrugere i behandlingstilbud for et langsigtet succesfuldt udfald. Misbrugere er vanskelige at bibeholde i behandlingstilbud, og det stiller store krav til programmet/tilbuddet.

EFFEKT

Effekten bliver vurderet ud fra, hvor længe misbrugerne deltager/bliver i forløbet – hvis de bliver, er det altså umiddelbart en succes. Længden af opholdet på familiecenteret samt et succesfuldt behandlingsforløb hænger sammen med forældrenes alder. Jo ældre forældrene er, desto længere tid forbliver de i behandlingstilbuddet. Misbrugere af mere end et stof har større risiko for at droppe ud og ikke gennemføre hele forløbet. Gennemsnitslængden for tilknytning til behandlingstilbuddet er 110 dage, og tilknytningen strækker sig fra 13 til 275 dage. Ud af de 26 voksne

deltagere er 9 indskrevet på centeret i 150 dage (eller mere). Det vurderes, at ni voksne gennemfører hele behandlingsforløbet med succes.

AKTIVITETER

Familiecentret henvender sig til misbrugere og deres familier, som kan benytte sig af de forskellige tilbud, behandlingscenteret tilbyder. Behandlingsforløbet finansieres af socialforsorgen, som familierne er tilknyttet.

Standardbehandlingen varer 6 måneder. Forældrene deltager efter optagelse på familiecenteret i en række gruppemøder, hvor der til visse møder er mødepligt, mens andre er valgfrie. På møderne fokuserer man på forældrerollen, på de problemer, der kan være i forbindelse med et misbrug, og på forhold, der har betydning for en succesfuld afvænning.

Forældrene opfordres til at trappe ned til et minimum, inden de indskrives på familiecenteret, som kan huse op til 10 familier. Afvænningen kan også påbegyndes de allerførste dage i behandlingsforløbet, hvor metadonmængden løbende reduceres under supervision af medicinsk personale.

Afvænningen indebærer reduktion af metadondoseringen i flere dage ad gangen.

STUDIETS DELTAGERE

Alle voksne og børn, som tilknyttes familiecenteret mellem juli 1997 og juli 1998, indskrives til at deltage i studiet. 23 familier med 26 voksne og 33 børn ender med at blive tilmeldt studiet. Gennemsnitsalderen er 27 år, fordelt mellem 20 og 41 år. Der er fire mænd og 22 kvinder. Der er tre par, der inkluderer tre af mændene, resten er enlige. De 26 forældre medbringer 33 børn, mens de har i alt 21 børn, som ikke er med. Ingen af de 26 var i job ved indsatsens begyndelse, men 20 havde haft arbejde på et tidspunkt. Tre beskrev sig selv som hjemløse. Ni havde forladt skolen uden eksamen, 12 havde afgangseksamen, mens to havde videregående uddannelse.

STUDIETS DESIGN

Der foretages før- og eftermåling af samtlige deltagere. Der anvendes data fra familiecenterets database med de rutinemæssigt indsamlede oplysninger. Der bliver målt ved påbegyndelse af behandling og ved afslutning. Der bliver ikke indsamlet data, efter at deltagerne har forladt cente-

ret. Behandlingsforløbet varer 6 måneder, men det er muligt at forlade behandlingen før tid, hvis det ønskes.

7. NEW CHOICES

STUDIET

Niccols, A. & W. Sword (2005): "New Choices for Substance-Using Mothers and Their Children: Preliminary Evaluation." *Journal of Substance Use*, 10(4), s. 239-251.

FORMÅL

Målet med indsatsen New Choices er at forbedre helbredet og trivslen for misbrugende mødre og deres børn ved at tilbyde et fleksibelt behandlingstilbud, der tilbyder information, støtte og behandling i et trygt og sikkert miljø.

BAGGRUND

Brug af alkohol og stoffer under graviditeten har stor betydning for barnets udvikling, og mødre, der efter fødslen fortsætter deres misbrug, udsætter deres børn for yderligere risiko for fejludvikling grundet vanrøgt. Mødre, der er ude i et misbrug, har svært ved at tage imod de traditionelle behandlingstilbud af mange forskellige grunde, bl.a. frygt for at miste deres børn, frygt for at blive tvunget ud i et behandlingsforløb, frygt for at blive retsforfulgt på baggrund af deres kriminelle handlinger, følelse af skyld og manglende tro på, at systemet vil være lydhørt over for deres problematikker i et behandlingstilbud. Behovet for støttende behandlere, der ikke dømmer, er således et vigtigt punkt i et succesfuldt behandlingstilbud.

EFFEKT

Væsentlige forbedringer ses i forhold til den moderlige indfølingsevne (empati) ved målingerne 3 måneder efter studiets start. Ligeledes ses en positiv udvikling i den moderlige støtte i forhold til børnenes styrke/evner og selvstændighed. 6 måneder efter studiets start ses forbedringer i børnenes sociale kompetencer, men et fald i den moderlige støtte. De bedste resultater af behandlingstilbuddet ses generelt efter 6 måneder, hvilket tyder på, at et længere behandlingsforløb kan være en afgørende faktor for udfaldet af behandlingen.

AKTIVITETER

Behandlingstilbuddet New Choices tilbydes to gange om ugen, og deltagerne forventes at deltage begge dage. New Choices tilbyder bl.a. individuel og gruppebaseret rådgivning i forhold til misbruget, ernæringsrådgivning og udvikling af færdigheder i forhold til forældrerollen. Herudover henviser medarbejderne fra behandlingstilbuddet til læger og tilbyder hjemmebesøg og udviklingstilbud alt efter den enkelte families behov.

Tilbuddene bliver udbudt ud fra mødrenes individuelle behov og mål, således at de så at sige selv designer deres behandlingstilbud. Programmet er således ikke et specifikt struktureret program på en bestemt længde. Den gennemsnitlige tilknytning til programmet er 4 måneder.

STUDIETS DELTAGERE

Der deltager 13 mødre ved indsatsens start. De er mellem 21 og 36 år. 54 pct. er gifte eller samlevende, 85 pct. modtager social bistand, og 25 pct. er involveret i en kriminalsag. Omkring to tredjedele har børn, der ikke bor med dem, 58 pct. er involveret i en forældreretssag, og 67 pct. er i kontakt med børneforsorgen. Alderen på de involverede børn er mellem nyfødt og 6 år.

STUDIETS DESIGN

Studiet benytter før- og eftermåling med spørgeskema. En erfaren forskningsassistent mødes med mødrene ved studiets start og efter 3 og 6 måneder for indsamling af data. Ved studiets start deltager 13 mødre (mellem 21-36 år) og 13 børn (mellem 0-5 år). Efter 3 måneder deltager ni mødre og 11 børn i programmet, mens der efter 6 måneder er tilknyttet syv mødre og 11 børn.

RISIKOFAKTOR: VANRØGT

INTRODUKTION

I dette kapitel belyser vi indsatser, der retter sig mod småbørn (børn fra fostertilstand til børn, der er fyldt 3 år) og deres forældre, hvor børnene er udsatte grundet forældrenes vanrøgt. Der er fundet fem studier, der fordeler sig på fem forskellige indsatser, som anvender evidensbaserede metoder.

ANALYSE AF INDSATSERNES GENERELLE TRÆK

Boks 5.1 viser de fremherskende træk ved indsatser rettet mod risikofaktoren vanrøgt, mens en nærmere beskrivelse af disse træk følger nedenfor. En fremherskende tendens er defineret ved, at halvdelen eller flere af indsatserne er kendetegnet ved ét bestemt træk. Vi henviser løbende til tabellerne i syntesen i kapitel 3 med henblik på at se tallene i sammenligning med de andre risikofaktorer.

BOKS 5.1

Fællestræk ved tidlige indsatser rettet mod vanrøgt.

Målgruppe:

- Indsatserne er rettet mod forældre.
- Aldersinddelingen på den involverede børnegruppe varierer.

Organisering:

- Indsatserne er især multifacetterede.
- De er gruppebaserede eller både individuelle og gruppebaserede.

Varighed og intensitet:

- Indsatsernes varighed er fra 1 måned og opad. De er især længerevarende.
- Intensiteten indebærer flere månedlige møder eller ugentligt møde.

Aktører:

- Det er især offentlige aktører som kommune og stat, der er hovedaktør.

Anm.: Der tages forbehold for, at de skitserede tendenser bygger på relativt få studier, nemlig fem. For parameteret *udførende personale* gælder, at der ikke er tilgængelige oplysninger herom.

MÅLGRUPPE

Indsatserne retter sig udelukkende imod forældrene (tabel 3.1), men fordeler sig jævnt ud over børnegrupperne (tabel 3.2), således at en indsats særligt har fokus på børn i aldersgruppen 0-3 år, en indsats har aldersgruppen 0-5 år, en indsats har børn i alderen 0-12 år, og to indsatser har aldersgruppen 0-17 år.

ORGANISERING

Indsatsernes organisering er karakteriseret således (tabel 3.3), at tre studier er multifacetterede, og et er enkeltfacetteret, mens der i et af studierne ikke kan findes information om dette. Indsatsen var for et studie gruppebaseret (tabel 3.4), tre var både gruppe- og individuelt baserede tiltag, mens et studie ingen oplysninger havde om dette. Det er noget kompliceret at beskrive det involverede personale (tabel 3.5). Én indsats anven-

der pædagogisk personale, fire angiver, at det er en anden form for personale, som eksempelvis sagsbehandlere, facilitatorer eller praktikanter, mens én ingen information har om det pågældende.

VARIGHED OG INTENSITET

For en af de beskrevne indsatser er varigheden (tabel 3.6) imellem 1-5 måneder, en varer 6-12 måneder, yderligere to varer mere end 1 år, og det sidste studie har ingen oplysninger om varigheden. To studier angiver en intensitet på flere månedlige møder/aktiviteter, mens tre ikke har oplysninger om dette (tabel 3.7).

GEOGRAFISK KONTEKST OG AKTØRER

To af studierne har fundet sted i USA, to har fundet sted i Canada, mens det sidste fandt sted i Tyskland (tabel 3.8). I tre af indsatserne er hovedaktøren (tabel 3.9) angivet til at være kommunal (socialforvaltning), ét studie har et universitet som hovedaktør, og det sidste studie er uden oplysninger på dette punkt.

SAMFUNDSØKONOMISKE OMKOSTNINGER

Der er ingen oplysninger om samfundsøkonomiske effekter (tabel 3.10).

STUDIERNES KVALITET

Der er fundet seks evidensbaserede studier af indsatser, der retter sig mod vanrøgt. Fire studier anvender lodtrækningsforsøg (tabel 3.11), mens et studie anvender kvasi-eksperimentelle design. Ingen af de fundne studier beskriver mere end én indsats. Vi fandt, at tre af studierne var for mangelfuldt beskrevet eller baseret på grupper med problembilleder, der ikke kendes i en dansk social-politisk kontekst. Se bilag B for en oversigt over frasorterede studier.

OVERSIGT OVER EFFEKT

De undersøgte indsatser er evalueret ved blandt andet måling af interaktioner mellem forældre og børn, ved forskellige psykologiske test af børnenes udvikling og af forældrekompetencer.

I tabel 5.1 præsenterer vi de væsentligste effektmål for fundne lovende indsatser mod vanrøgt.

TABEL 5.1

Effekten af tidlige indsatser over for vanrøgt.

Navn på indsats		Effekt
1.	Personal Family and Community Help Program (PFCHP)	Viser effekt i forhold til at mindske risikoen for vanrøgt. Væsentlige forbedringer i forhold til at styrke relationen til partneren, styrke og udvide det sociale netværk. Styrkelse af personlige resultater, en væsentlig andel af deltagerne vender tilbage til skole eller arbejde efter endt indsats.
2.	The Webster-Stratton Parent Program	Effekt i forhold til mødrenes involvering i børnene under fri leg og i forhold til selvsikker adfærd i forhold til at støtte deres børn. Ingen effekt på børnenes score.

NARRATIVE RESUMÉER

Her følger i narrative resuméer en gennemgang af hver lovende indsats i forhold til vanrøgt, organiseret efter indsatsnavn, studiehenvisning, indsatsens formål, effekt, baggrund, aktiviteter samt studiets deltagere og studiets design.

1. PERSONAL FAMILY AND COMMUNITY HELP PROGRAM (PFCHP)

STUDIET

Ethier, L.S., G. Couture, C. Lacharite & J.P. Gagnier (2000): "Impact of a Multidimensional Intervention Programme Applied to Families at Risk for Child Neglect". *Child Abuse Review*, 9(1), s. 19-36.

FORMÅL

PFCHP-programmet behandler mange dimensioner i forhold til vanrøgt, og formålet er ikke kun at mindske vanrøgt og forøge kompetencerne som forældre, men også at fremme en positiv forældrerolle ved at mindske social isolation, stress, depression og problemer i forholdet og familien.

BAGGRUND

Tidligere studier påviser en øget positiv effekt ved indsatser på 2 års længde eller derover frem for indsatser af kortere varighed. Det forventes, at forældre, der gennemfører Personal Family and Community Help Program (PFCHP-programmet), vil opleve et fald i anmeldelser omkring

vanrøgt og misbrug, at forældrene vil få styrket deres psykiske tilstand, således at de vil opleve mindre stress og blive mindre deprimerede, udvide deres sociale netværk (i forbindelse med støtte) og forbedre familieforholdet og sociale relationer mere generelt.

EFFEKT

Deltagerne i PFCHP-programmet (Personal Family and Community Help Program) udviser større forbedringer i mødrenes livsbetingelser i forhold til kontrolgruppen, der tilbydes Local Community Service Center-program (LCSC-programmet), som er det typiske sociale servicetilbud. PFCHP-deltagerne viser desuden væsentlige forbedringer i forhold til at styrke relationen til deres partner, styrke og udvide deres sociale netværk (og støtte) samt styrkelse af personlige resultater. En væsentlig andel af PFCHP-deltagerne vender nemlig tilbage til skole eller arbejde efter endt indsats.

AKTIVITETER

Programmet indeholder fire aspekter:

- Assistance til familien gennem hjemmebesøg af en social- eller sundhedsarbejder, der er rekrutteret gennem frivillighed. I alt er 11 sådanne frivillige fundet, og hver har fået op til tre risikofamilier. Den frivillige bliver instrueret i løbende at følge op på risikofamilien gennem telefonopkald og to ugentlige besøg og i at give støtte til daglige problemer, eksempelvis ved at hjælpe med at få adgang til lokale servicetilbud (sundhed, skole mv.). Den frivillige får også mandat til at hjælpe risikofamilien med at finde løsninger inden for områder som måltidsplanlægning, udendørsaktiviteter, børns påklædning, såvel som at være rollemodel for forældreskab i forhold til disciplin og respons i forhold til børnenes behov.
- Gruppemøder for forældrene, der fokuserer på relationelle kompetencer og forældrerollen. Disse møder skal: give større bevidsthed om forældrenes egne psykologiske behov; forbedre forældrenes følsomhed i forhold til deres barn; forbedre forældrekompetencer i forhold til at udvikle problemløsningskompetencer i hverdagen; reducere stress. Der holdes ugentlige møder i 44 uger, og møderne ledes af en erfaren terapeut.

- Undervisning i, hvorledes barnet bliver stimuleret bedst muligt med fokus på sproglige, udviklingsmæssige og sociale færdigheder. Disse sessioner finder sted, når forældrene er til gruppemøder. To overbygningsstuderende med speciale i specialpædagogik leder disse aktiviteter.
- Individuel rådgivning fra socialrådgiveren tilknyttet familien. Denne rådgiver komplementerer andre aspekter af programmet og er tilgængelig hele døgnet hver dag.

Individuelle mål bliver formuleret og koordineret af et klinisk team bestående af en socialarbejder, forældrenes rådgiver og to medlemmer af forskningsholdet. Dette team mødes hver anden uge. Hele programmet varer 18 måneder.

LCSC-programmet, det typiske sociale servicetilbud, er en mere psykosocial indsats, der primært fokuserer på at styrke færdigheder i tilknytning til det at blive forældre, til mor-barn-forholdet samt på henvisninger til øvrige sociale servicetilbud. Hver anden uge mødes familierne med en sagsbehandler, og programmet strækker sig fra 12 til 20 måneder. I krisesituationer kan flere møder finde sted.

STUDIETS DELTAGERE

29 familier rekrutteres til studiet gennem det lokale servicecenter i et område i Quebec i Canada. Inklusionskriterierne for deltagere i PFCHP-programmet var:

- Tilstedeværelse af mindst fire risikofaktorer (både socio-demografiske, relationelle og sundhedsmæssige faktorer)
- Familien har aldrig modtaget hjælp gennem ungeforsorgen
- At der mindst er ét barn under 6 år.

I alt er 15 familier rekrutteret. En kontrolgruppe på 14 familier rekrutteres gennem LCSC-programmet. Gennemsnitsalderen på mødrene er 20,06 år. Antal børn i familien er mellem et og fire, og deres gennemsnitsalder er 32,2 måneder i PFCHP-gruppen og 39,4 måneder i sammenligningsgruppen. Samplet består mest af lav-indtægtsgrupper, hvor 72,4 pct. er arbejdsløse ved indsatsens start. Det gennemsnitlige antal risikofaktorer er 7,6 i begge grupper.

STUDIETS DESIGN

Studiet er baseret på lodtrækning og benytter både kvalitativ og kvantitativ metode til dataindsamlingen. Begge grupper gennemfører en test ved indsatsens start og ved evalueringen efter endt indsats. 15 af de 16 deltagere i PFCHP-programmet gennemfører både testen ved indsatsens opstart og ved evalueringen ca. 6 måneder efter endt indsats.

Kontrolgruppen evalueres i stedet mellem 4 og 12 måneder efter endt indsats, dette for at sikre den samme tidsramme mellem før- og eftermålingerne for begge grupper. To familier fra kontrolgruppen gennemfører ikke evalueringen.

2. THE WEBSTER-STRATTON PARENT PROGRAM

STUDIET

Hughes, J.R & N.L. Gottlieb (2004): "The Effects of the Webster-Stratton Parenting Program on Maltreating Families: Fostering Strengths". *Child Abuse & Neglect*, 28(10), s. 1081-1097.

FORMÅL

Målet er at gøre udsatte mødre mere selvstændige, så de bedre bliver i stand til at tage ansvar for at styrke børnenes udvikling. Hypotesen er, at mødre, der deltager i indsatsprogrammet, vil være mere selvstændige, mere strukturerede og mere involverede i forhold til deres børn end mødrene fra kontrolgruppen, mens deres børn ligeledes vil være mere selvstændige end børnene fra kontrolgruppen.

BAGGRUND

Webster-Stratton-programmet har været succesfuldt i forhold til grupper med højt støttebehov, som er associeret med vanrøgt, dvs. børn med adfærdsforstyrrelse, fattige familier og familier med samlivsproblemer, samtidig med at familien modtager social bistand. For disse grupper har programmet vist succes i forhold til bl.a. reduktion af adfærdsproblemer og bedring af den prosociale adfærd. Dette studie undersøger programmets effekt på familier med vanrøgt.

EFFEKT

Mødrene, der har deltaget i indsatsprogrammet, er mere involverede i deres børn under fri leg end mødrene fra kontrolgruppen. Mødrene ud-

viser ligeledes væsentlig mere selvsikker adfærd i forhold til at støtte deres børn end mødre fra kontrolgruppen. 3 af de 13 mødre, der gennemfører indsatsprogrammet, udviser mindst 30 pct. forbedringer fra indsatsens start til efter endt indsats på mere end ét område omkring forældrerollen og under aktivitet. Der er ingen forskel på børnenes score i de to grupper. Generelt er deltagerne meget tilfredse med programmet.

AKTIVITETER

Webster-Stratton Parent-programmet er et videobaseret indsatsprogram, der er baseret på Social Learning Theory, som er skræddersyet til den enkelte families behov (familier med børn mellem 2-8 år). Medhjælperen på programmet assisterer forældrene i at tage styring som forældre. Igennem leg med børnene, ved at rose børnene, ved at sætte grænser for børnene, der er tilpasset, således at der tages hensyn til børnenes udviklingsstadie, styrkes forældrene i forældrerollen, og uønsket adfærd undgås.

Forældrene er opdelt i små grupper på 4-8 personer, der mødes otte gange a 2 timer. Grupperne behandler forskellige emner relateret til forældrerollen. Der bliver afholdt mindst ét møde i hjemmet i løbet af de 8 uger.

STUDIETS DELTAGERE

Der er 28 deltagere, fordelt på indsatsgruppe og kontrolgruppe med 14 i hver. Én deltager fra hver gruppe frafalder, og deltagerantallet i studiet ender på 26. Alle mødrene er i risikozonen for misbrug, og de har en åben sag kørende med børneforsorgen. Mødrene er alle hvide, i 30'erne, underuddannede, ufaglærte og arbejdsløse. De fleste er enlige mødre og har store sociale og økonomiske udfordringer. Alle lever i socialt boligbyggeri. Størstedelen rapporterer om egen historie med misbrug, højt niveau for depression og højt niveau af kroniske familieproblemer.

STUDIETS DESIGN

Studiet er et lodtrækningsforsøg. Op til 6 måneder før indsatsens begyndelse gennemføres en førmåling. 3 uger efter indsatsens afslutning gennemføres en eftermåling. Hver måling involverer 2 timers hjemmebesøg, som gennemføres af to forskningsassistenter, der ikke kender til gruppefordelingen. Ved hver måling gennemføres en videooptagelse på ca. 10 minutter af mor og barn, der leger.

RISIKOFAKTOR: VOLD

INTRODUKTION

I dette kapitel belyser vi indsatser, der retter sig mod småbørn (børn fra fostertilstand til børn, der er fyldt 3 år) og deres forældre, hvor børnene er udsatte grundet forældrenes vold. Der er fundet fire studier, som anvender evidensbaserede metoder, og de fordeler sig på fire forskellige indsatser.

ANALYSE AF INDSATSERNES GENERELLE TRÆK

Boks 6.1 præsenterer de fremherskende træk ved indsatser rettet mod risikofaktoren vold, mens en nærmere beskrivelse af disse træk følger nedenfor. En fremherskende tendens er defineret ved, at halvdelen eller flere af indsatserne er kendetegnet ved ét bestemt træk. Vi henviser løbende til tabellerne i syntesen i kapitel 3 med henblik på at se tallene i sammenligning med de andre risikofaktorer.

BOKS 6.1

Fællestræk ved tidlige indsatser rettet mod vold.

Målgruppe:

- Indsatser retter sig enten mod forældre eller børn.
- Der arbejdes med bred aldersafgrænsning, dvs. børnene kan have meget forskellig alder (indsatserne er ikke særligt målrettet de 0-3-årige).

Organisering:

- Indsatser er især multifacetterede.
- De er især individuelt baserede tiltag.

Udførende instans:

- Det er forskelligt personale, der er involveret, herunder frivillige og professionelt terapeutisk personale.

Varighed og intensitet:

- Indsatsernes varighed er ofte mere end 1 år.
- Intensiteten er høj, både ugentlige møder/aktiviteter og mulighed for rådgivning hele døgnet.

Hovedaktør:

- Det er især stat og kommune, der er hovedaktører.

Anm.: Der tages forbehold for, at de skitserede tendenser bygger på relativt få studier, nemlig fire.

MÅLGRUPPE

To studier retter sig mod forældre (tabel 3.1), og to studier retter sig mod børn. To studier (tabel 3.2) involverer en børnegruppe på 0-5 år, et studie involverer en børnegruppe på 0-12 år, mens et studie involverer en børnegruppe på 0-17 år.

ORGANISERING

Det fremgår, at et af studierne er enkeltfacetteret (tabel 3.3), to af studierne er multifacetterede, mens ét ikke har oplysninger om dette. To af indsatserne er individuelt baserede, mens to tiltag ikke har oplysninger om dette (tabel 3.4). I to af studierne er personalet (tabel 3.5), der udfører indsatsen, professionelt, lønnet terapeutisk eller psykologisk personale. I ét af studierne udføres indsatsen af frivillige, i ét udføres den af flere personer.

VARIGHED OG INTENSITET

I to af studierne har indsatserne en varighed (tabel 3.6) på mere end 1 år, én indsats har en varighed på 6-12 måneder, mens én har en varighed på 1-5 måneder. To indsatser har en intensitet (tabel 3.7) på et ugentligt besøg, én indsats tilbyder rådgivning hele døgnet rundt, mens intensiteten i ét af studierne ikke er beskrevet.

GEOGRAFISK KONTEKST OG AKTØRER

Tre af studierne har fundet sted i USA, mens sted for indsatsen ikke er oplyst for ét af studierne (tabel 3.8). Hovedaktøren er beskrevet i tre af studierne (tabel 3.9). Det fremgår, at staten er hovedaktøren i to af studierne, mens kommunen er hovedaktøren i ét af studierne. Det sidste studie har ikke beskrevet, hvem der er hovedaktør i indsatsen.

SAMFUNDSØKONOMISKE OMKOSTNINGER

Der er ikke oplysninger om samfundsøkonomiske omkostninger (tabel 3.10).

STUDIERNES KVALITET

Der er fundet fire evidensbaserede studier af indsatser, der retter sig mod vold i nære relationer. Ét anvender lodtrækningsforsøg, ét anvender kvasi-eksperimentelle design, og to bruger før- og eftermålinger (tabel 3.11).

Blandt studierne, der omhandler indsatser rettet mod vold mellem forældre, finder vi to studier, der er baseret på grupper med problembilleder, der ikke kendes i en dansk social-politisk kontekst. Se bilag B for en oversigt over frasorterede studier.

OVERSIGT OVER EFFEKT

De undersøgte indsatser er evalueret ved forskellige succeskriterier, herunder psykologiske test, familietrivsel og indrapportering til de sociale myndigheder.

Nedenfor præsenterer vi de væsentligste effektmål for fundne lovende indsatser mod misbrug.

TABEL 6.1

Effekten af tidlige indsatser over for vold.

Navn på indsats	Effekt
1. Child-Parent Psychotherapy (CPP)	Forbedring af symptomer på posttraumatisk stress og adfærdsmæssige problemer hos førskolebørn (0-6 år). Væsentlige forbedringer i mødres symptomer på posttraumatisk stress.
2. Safe Start	Forbedring for barn og voksen-relation, reduceret følelsesmæssig stress, aktivt engagement i relevant støttetilbud og afslutning på voldeligt forhold. Effekten er relateret til støttens længde.

NARRATIVE RESUMÉER

Her følger i narrative resuméer en gennemgang af hver lovende indsats i forhold til vold, organiseret efter indsatsnavn og studiehenvisning, indsatsens formål, effekt, baggrund og aktiviteter samt studiets deltagere og studiets design.

1. CHILD-PARENT PSYCHOTHERAPY (CPP)

STUDIET

Cohen, J.A., A.P. Mannarino, L.K. Murray & R. Igelman (2006): "Psychosocial Interventions for Maltreated and Violence-Exposed Children". *Journal of Social Issues*, 62(4), s. 737-766.

FORMÅL

Målet med indsatsen Child-Parent Psychoteraphy (CPP) er at reducere mors og barns adfærdsmæssige problemer og posttraumatisk stress i forbindelse med mishandling og vold.

BAGGRUND

Vold og mishandling i barndommen er risikofaktor for forskellige psykopatologier. Forskellige typer af vanrøgt i barndommen er associeret med forekomst af symptomer på posttraumatisk stress, depression, selvmord, misbrug og andre former for risikoadfærd. Der er derfor behov for at identificere, sprede og implementere effektive psykosociale behandlingsformer for vanrøgtede børn og deres familier.

EFFEKT

CPP-behandlingen viser bedre resultater end sagsbehandlingen i forhold til at forbedre det samlede antal af symptomer på posttraumatisk stress og de samlede adfærdsmæssige problemer hos førskolebørn (0-6 år). Mødrene, der modtager CPP-behandlingen, oplever ligeledes væsentlige forbedringer i deres samlede symptomer på posttraumatisk stress i forhold til mødrene, der modtager sagsbehandling, dette på trods af, at mødrene i denne gruppe også modtager individuel psykoterapi under studiet.

6 måneder efter studiets afslutning viser børnene fra CPP-behandlingen større forbedringer i forhold til adfærdsmæssige problemer, og mødrene fra CPP-behandlingen viser tegn på langt mindre stress.

Grundet begrænsninger i støtten til studiet bliver børnenes symptomer på posttraumatisk stress efter 6 måneder ikke vurderet.

AKTIVITETER

CPP er en dyadisk mor-barn-model, som er designet til at behandle posttraumatisk stress (PTSD Posttraumatic Stress Disorder) og adfærdsvanskeligheder for børn mellem 0 og 6 år, der har været udsat for oplevelser med vold i hjemmet. CPP er en relationsbaseret behandling for traumer, som indeholder psykodynamiske og kognitive komponenter.

CPP fokuserer på forældre-barn-forholdet i forhold til leg, handlinger og sprog for at korrigere specifikke områder, som er dysfunktionelle på grund af børnenes oplevelser med vold. CPP-behandlingen arbejder bl.a. med følgende: sensomotoriske afvigelser og forstyrrelser af den biologiske rytme, barnets negative adfærd, som fx hensynsløshed og selvdestruktiv adfærd, aggression mod forældrene, jævnaldrende og søskende, forældrenes brug af fysisk afstraffelse og brug af nedsættende betegnelser, trusler eller kritik af barnet. CPP-behandlingen omfatter

endvidere en fælles narrativ traumefortælling af barn og forælder omkring volden i hjemmet.

CPP består af ugentlige møder for mor og barn (styrkelse af dyaden), der varer ca. 60 minutter. Sundhedsklinikkerne assisterer i forhold til at hjælpe bl.a. ved at følge op på, hvordan mor og barn har det, spørge til ændringer i den nuværende situation og gribe ind i krisesituationer. Samtalerne varer ca. 30 minutter. Møder ansigt til ansigt bliver planlagt mellem parterne.

73 pct. af mødrene og 55 pct. af børnene modtager individuelle psykoterapeutiske behandlinger. Mødrene modtager et sted mellem 2-50 behandlinger, mens børnene modtager 6-50. Halvdelen af mødrene og 65 pct. af børnene modtager mere end 20 individuelle behandlinger.

STUDIETS DELTAGERE

65 førskolebørn, der har oplevet eller oplever vold i familien, og deres mødre deltager. Børnene er traumatiserede på mange måder. Eksempelvis har 46 pct. oplevet vold i lokalområdet, 18 pct. har oplevet fysisk vold, mens 14 pct. har oplevet seksuelt misbrug.

STUDIETS DESIGN

Studiet er et lodtrækningsforsøg. Deltagerne bliver ved hjælp af lodtrækning delt i to grupper, der modtager enten CPP-behandling eller sagsbehandling samt (for begge grupper) individuel psykoterapi. Begge grupper modtager behandling i 50 uger. Mødrene, der modtager sagsbehandling, får information om sundhedsklinikkerne, og de bliver tilknyttet én efter eget ønske. De modtager mindst ét telefonopkald om måneden fra deres sagsbehandler, og de kan selv kontakte sagsbehandleren efter behov.

2. SAFE START

STUDIET

Blodgett, C., K. Behan, M. Erp, R. Harrington & K. Souers (2008): "Crisis Intervention for Children and Caregivers Exposed to Intimate Partner Violence." *Best Practices in Mental Health: An International Journal*, 4(1), s. 74-91.

FORMÅL

Formålet med indsatsen Safe Start er, over for børn og forældre, der udsættes for partnervold, følgende:

- at etablere øjeblikkelig og vedvarende sikkerhed
- at identificere problematiske situationer og handle hensigtsmæssigt med henblik på at øge den psykiske og følelsesmæssige tryghed
- at reducere følelsesmæssig stress
- at identificere både langsigtede og kortsigtede behov for støtte og service
- at styrke den enkelte i egne allerede eksisterende kundskaber/færdigheder
- at knytte vedkommende til professionel støtte baseret på klinisk vurdering og familiens interesse.

BAGGRUND

Igennem de seneste 40 år har traumer relateret til vold været et stort socialt og helbredsmæssigt samfundsanliggende. Kun en meget lille andel (25 pct.) af voksne, der oplever vold, søger hjælp, støtte og behandling på trods af talrige kampagner. Frygten for gerningsmandens straf eller reaktion og de sociale konsekvenser er nogle af grundene til, at der ikke søges hjælp.

EFFEKT

Der er væsentlig bedring for barn og familie af indsatsen i forhold til barn og voksen-funktion, reduceret følelsesmæssig stress, aktivt engagement i relevant støttetilbud og afslutning på voldeligt forhold. Effekten er relateret til længde af støtten. Eksempelvis er der en større andel af børn, der oplever forbedring, blandt dem, der får kortvarig støtte, modsat dem, der blot får krisehjælp.

AKTIVITETER

Servicetilbuddene strækker sig fra en kort tidsbegrænset indsats til en langvarig kontakt.

Et team bestående af fire specialklinikker står til rådighed for henvendelser fra familierne 24 timer i døgnet i 7 dage om ugen. Der bliver enten responderet på henvendelserne øjeblikkeligt eller kort efter (maksimalt 24 timer), ud fra familiens ønsker. Der er tre måder at mod-

tage hjælp på: kriseindsats, servicetilbud om kort støtte og servicetilbud om omfattende støtte.

Kriseindsatsen er et tilbud på 1-3 møder, der skal løse problemer som stress eller traumer. Kriseindsatsen tager udgangspunkt i to beslægtede, men alligevel ret forskellige formål:

- at rette sig mod håndtering af øjeblikkelig stress og forebyggelse af vidtstrakte konsekvenser heraf
- at fungere som en "bro" for/til servicetilbuddet og/eller mere udstrakt service alt efter behov.

Kriseindsatsen er baseret på mundtlig eller skriftlig information ud fra 1-3 telefonsamtaler eller møder ansigt til ansigt.

Servicetilbud om kort støtte er baseret på familiens interesse og engagement i forhold til støtten efter familiens egen anmodning om hjælp. 3-4 møder gennemføres ansigt til ansigt med pårørende og barn for væsentlig støtte og oplæring.

Servicetilbud om omfattende støtte er karakteriseret ved fem eller flere møder, hvor der gives hjælp til problemløsning og oplæring i forhold til at tackle traumer og de konsekvenser, der medfølger. I vedvarende servicetilbud fokuseres på at styrke parforholdet.

STUDIETS DELTAGERE

Studiet omhandler 270 børn og 144 familier, hvor børnene er udsat for vold i familien. 83 pct. af de voksne rapporterer om vold i det nuværende samlivsforhold, og 85 pct. rapporterer om vold i foregående forhold. 53 pct. af de voksne rapporterer om oplevet vold i familien som barn. 23 pct. rapporterer om misbrugserfaringer. 33 pct. af familierne får støtte fra det sociale system, da de får tildelt indsatsen.

STUDIETS DESIGN

Før- og eftermåling. Data til dette studie er indhentet fra kliniske opgørelser fra de fire specialklinikker. Information omfatter demografiske data, udsathed for vold, sundhed, resumé af risikofaktorer, tildelt støtte m.v. Børnene er studiets måleenhed, men servicetilbuddene udbydes til og omfatter hele familien.

RISIKOFAKTOR: PSYKISK SYGDOM

INTRODUKTION

I dette kapitel belyses indsatser, der retter sig mod småbørn, der er i risiko på grund af deres forældres psykiske sygdom, og det vil her sige deres mødres psykiske sygdom. Der er fundet 11 studier, som undersøger effekten af sådanne sociale indsatser, og som anvender evidensbaserede metoder. Effektstudierne fordeler sig på forskellige indsatser, hvor nogle studier ser på flere indsatser. Der er tre indsatser, som optræder i to studier, nemlig TPP (Toddler-Parent Psychotherapy), M-ITG (Mother-Infant Theraphy Group) og CBT (Cognitive Behavorial Therapy).

ANALYSE AF INDSATSERNES GENERELLE TRÆK

Boks 7.1 viser de fremherskende træk ved indsatser rettet mod risikofaktoren psykisk sygdom, mens en nærmere beskrivelse af disse træk følger nedenfor. En fremherskende tendens er defineret ved, at halvdelen eller flere af indsatserne er kendetegnet ved ét bestemt træk. Vi henviser løbende til tabellerne i syntesen i kapitel 3 med henblik på at se tallene i sammenligning med de andre risikofaktorer.

BOKS 7.1

Fællestræk ved tidlige indsatser rettet mod forældres psykiske sygdom.

Målgruppe:

- Indsatserne er udelukkende rettet mod mødre.
- De har næsten udelukkende fokus på de helt små børn, de 0-3-årige.

Organisering:

- De er næsten udelukkende organiseret som multifacetterede indsatser.
- Indsatser kan være organiseret som både gruppebaserede tiltag, som individuelle tiltag og som både-og.

Udførende instans:

- Det er især professionelt terapeutisk personale, der udfører indsatsen.

Varighed og intensitet:

- Indsatser varer ofte 1-5 måneder.
- Oftest med ugentlige møder.

Anm.: For et enkelt af parametrene, *hovedaktør, der udfører indsatsen*, gælder for over halvdelen af studierne, at der ikke er tilgængelige oplysninger, eller svaret er et andet, end det er muligt at kode for. Vi har derfor udeladt at uddrage konklusioner om fælles rammer for denne parameter.

MÅLGRUPPE

Indsatserne retter sig udelukkende mod mødrene (tabel 3.1). Langt de fleste indsatser involverer en børnegruppe (tabel 3.2), der er mellem 0-3 år (9 af de 11), mens to af studierne retter sig mod de 0-5-årige børn. Det er ikke overraskende, da den risikofaktor, som indsatserne retter sig mod, oftest er depression, herunder fødselsdepression, og indsatsen derfor oftest sigter mod at etablere og styrke tilknytning mellem det lille barn og moderen.

ORGANISERING

Indsatserne er karakteriseret ved at være multifacetterede (9) (tabel 3.3), mens kun ét er enkeltfacetteret (oplysninger mangler i det sidste studie).

Indsatsen er for 5 ud af de 11 studier et individuelt baseret tiltag og for 2 et gruppetiltag (tabel 3.4). Gruppetiltagene er især karakteriseret ved at være terapigrupper. Fire indsatser anvender både individuelle og gruppebaserede tiltag. Ikke overraskende er det i 5 ud af 9 tilfælde terapeutisk/psykologisk personale, der udfører indsatsen. I et af studierne er det sundhedspersonale. I to af indsatserne er flere personalegrupper (tabel 3.5) involveret, mens tre studier ikke har oplysninger herom.

VARIGHED OG INTENSITET

For cirka halvdelen af de beskrevne indsatser (6) gælder, at de varer 1-5 måneder (tabel 3.6), mens fire af de beskrevne studier varer mere end 1 år. Den typiske intensitet involverer ét ugentligt møde (7 af 11) (tabel 3.7).

GEOGRAFISK KONTEKST OG AKTØRER

Langt de fleste indsatser finder sted i USA, nemlig syv, og to finder sted i England (tabel 3.8). Det er svært at definere hovedaktørerne (tabel 3.9), idet de involverede hovedaktører ikke er tydeligt beskrevet i nogen af studierne.

SAMFUNDSØKONOMISKE OMKOSTNINGER

Der findes ingen oplysninger om samfundsøkonomiske konsekvenser (tabel 3.10).

STUDIERNES KVALITET

Der er fundet 11 evidensbaserede studier om indsatser, der retter sig mod psykisk sygdom, otte anvender lodtrækningsforsøg, mens tre anvender kvasi-eksperimentelle design (tabel 3.11). Der er desuden fundet to studier kun med eftermålinger, som derfor ikke er medtaget i forskningsoversigten.

Blandt studierne, der omhandler indsatser rettet mod psykisk sygdom, finder vi ét studie, der beskriver den undersøgte indsats særligt mangelfuldt. Se bilag B for en oversigt over frasorterede studier.

OVERSIGT OVER EFFEKT

De undersøgte indsatser er stort set alle evalueret ved brug af flere psykologiske test af enten mor eller barn eller både mor og barn. En lang

række af indsatserne ser lovende ud, men der er også et enkelt, der viser, at indsatsen *ingen* signifikante effekter har. Den viste effekt behøver ikke at være entydig i alle de anvendte måleinstrumenter. I tabel 7.1 præsenteres de væsentligste effektmål for fundne lovende indsatser mod psykisk sygdom.

TABEL 7.1

Effekten af tidlige indsatser over for forældres psykiske sygdom.

Navn på indsats		Effekt
1.	Mother-Infant Therapy Group (M-ITG) (Clark, R., A. Tluczek & A. Wensel, 2003)	Markant reduktion i mødres depressionsniveau. Reduktion i stress hos mødrene. Forbedring i mor-barn-relationen.
2.	Home-Visiting	Forbedring i mor-barn-relationen. Langsigtet forebyggende virkning. Øget moderlig omsorg over for barnet.
3.	Early Home-Based Intervention	Forbedret mor-barn-relation. Øget moderlig omsorg for barnet. Ingen synlige ændringer i barnets adfærd eller adfærdsforstyrrelser.
4.	TPP (Toddler-Parent Psychotherapy) (Cichetti, D., F.A. Rogosh & S.L. Toth, 2000)	Ingen markant forskel på pigers og drenges forbedring i kognitiv udvikling. Væsentlig forbedring i den kognitive udvikling ved børnenes tredje leveår, specielt i forhold til den verbale intelligens.
5.	Cognitive Behavioral Therapy (CBT) (Peden, A.R., M.K. Rayers, L.A. Hall & E. Grant, 2005)	Fald i depressive symptomer, negativ tankegang og kronisk stress hos mødre. Positive effekter vedvarer over 6 måneders studie.
6.	M-ITG (Mother-Infant Therapy Group) (Clark, R., A. Tluczek & R. Brown, 2008)	Færre depressionstegn hos mødre. Mødre tillægger deres børn en øget værdifuldhed. Væsentligt forstærket tilknytning til og involvering hos mødre i børnene.
7.	Infant Massage	Styrket holdning hos moderen til barnet. Styrkede reaktioner hos barnet. Styrket mor-barn-relation. Væsentlige forbedringer i forhold til mødrenes fødselsdepression.
8.	Cognitive Behavioral Therapy (CBT) (Murray, L., P.J. Cooper, A. Wilson & H. Romauik, 2003)	Forbedringer i forhold til at styrke relationen mellem mor og barn. Spædbørnene har bedre adfærd, den moderlige omsorg er væsentligt forbedret, og der er positiv effekt på spædbørnenes adfærdsmæssige problemer.
9.	Toddler-Parent Psychotherapy (TPP) (Toth, S.L., F.A. Rogosch, J.T. Manly & D. Cicchetti, 2006)	Viser effekt på gruppen, der modtager indsatsen TPP, hvor mødrene i denne gruppe ændrer deres holdning og adfærd over for deres børn, således at en mere stærk og sikker tilknytning efterfølgende observeres.
10.	STEEP (Steps Towards Effective, Enjoyable Parenting)	Ingen forbedringer i forhold til depressive symptomer, hverken hos mødrene eller børnene.

NARRATIVE RESUMÉER

Her følger i narrative resuméer en gennemgang af hver af de indsatser, der er beskrevet i tabel 7.1, i forhold til psykisk sygdom, organiseret efter indsatsnavn, studiehenvisning, indsatsens formål, effekt, baggrund, aktiviteter samt studiets deltagere og studiets design.

1. MOTHER-INFANT THERAPY GROUP (M-ITG)

STUDIET

Clark, R., A. Tluczek & A. Wensel (2003): "Psychotherapy for Postpartum Depression: A Preliminary Report". *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(4), s. 441-454.

FORMÅL

Målet med indsatsen er at reducere depression hos nybagte mødre med særligt svær depression gennem individuel terapi og gruppeterapi samt at styrke relationen mellem mor og barn.

BAGGRUND

Svær grad af fødselsdepression anslås til at ramme 8-15 pct. af nybagte mødre. 30-70 pct. af disse mødre vil opleve en depression, der strækker sig 1 år eller længere. Tidligere studier peger på, at fødselsdepression medfører adskillige negative adfærds- og følelsesmæssige problemer både for mor og barn. Mødre med en depression har vanskeligere ved at udvise omsorg og tage sig af deres børn, og de får ofte skyldfølelse og føler sig usikre i forhold til at passe børnene.

EFFEKT

Indsatsen effektevalueres gennem forskellige målinger, der efter endt behandling viser en markant reduktion i depressionsniveauet hos de kvinder, der er i mor-barn-terapigruppen, reduktion i stress hos mødrene fra både mor-barn-terapigruppen og den individuelle terapigruppe sammenlignet med mødrene fra ventelistekontrolgruppen. Desuden ses forbedring i relationen mellem mor og barn i mor-barn-terapigruppen. Ved studiets slutning viser både mor-barn-terapigruppen og mødrene i den individuelle terapigruppe tydelige tegn på forbedringer i forhold til deres depression sammenlignet med mødrene i ventelistegruppen. Mødrene fra

mor-barn-terapigruppen, der gennemfører programmet, viser desuden den største forbedring både i forhold til deres depression, men også med hensyn til relationen til deres spædbarn.

AKTIVITETER

Mor-barn-terapigruppens forløb, M-ITG-programmet, begynder med halvanden times vurdering og strækker sig efterfølgende over 12 uger med sessioner af ligeledes halvanden times varighed. Programmets tre behandlinger har forskelligt fokus, men de bidrager alle til at støtte mødrene i forhold til omsorgen for deres børn. Den første behandling foregår i en mødregruppe, hvor der udøves terapeutisk støtte, mens deltagerne sideløbende er tilknyttet en terapigruppe omkring børnenes udvikling. Efterfølgende gennemgår de en behandling i en mor-barn-gruppe, hvor fokus er at styrke moderens følsomhed og omsorg over for barnet. Fædre deltager i to af gruppesessionerne – den ene handler om at afmystificere depression og den anden om, hvordan man gensidigt kan støtte hinanden ved hjælp af kommunikation og øvrige metoder til at løse fælles problemer. Den individuelle terapigruppe (IPT) begynder ligeledes med halvanden times vurdering, hvor der de efterfølgende 12 uger afholdes individuelle sessioner af en times varighed. Ventelistekontrolgruppen (WLC) modtager ingen behandling i samme periode.

STUDIETS DELTAGERE

I alt 39 mødre deltager. Mødrenes grad af depression måles på BDI (Beck Depression Inventory), og kvinder, der scorer højt (16 eller over), defineres ved depression af særligt svær grad. 13 mødre i mor-barn-terapigruppen, 15 i den individuelle terapigruppe og 11 i ventelistegruppen har en score på 16 eller derover. Børnene er i alderen fra 1 til 24 måneder, med en gennemsnitlig alder på 8,9 måneder. Mødrenes alder er mellem 19 og 44 år, med en gennemsnitlig alder på 31,4 år. 84,6 pct. af kvinderne var i samliv. Den gennemsnitlige familieindkomst er 33.353 dollars om året.

STUDIETS DESIGN

Studiet anvender et kvasi-eksperimentelt design. Indsatsen effektevalueres gennem forskellige målinger:

- CES-D-skala, som indeholder 20 punkter og er designet til at vurdere symptomer på depression i den generelle befolkning
- PSI-indeks, som indeholder 120 punkter, der måler specifikke stressfaktorer, som ofte tilskrives en ikke-velfungerende forældrerolle, fx stress omkring børn, forældrene og øvrige forhold (skilsmisse, ændringer i økonomiske forhold, graviditet m.v.)
- PCERA, som måler kvaliteten af relationen mellem mor og barn.

Mor-barn-terapigruppen og gruppen med individuel terapi vurderes før og efter et 12 ugers forløb. Mødrene i mor-barn-terapigruppen er mere deprimerede end mødrene fra de øvrige to grupper og udviser en større forstyrrelse i relationen til deres børn vurderet ud fra henholdsvis CES-D og PCERA ved studiets start.

Potentielle deltagere i undersøgelsen bliver rekrutteret gennem avisannoncer og henvisninger fra de offentlige sundhedscentre, hvilket giver en højere deltagelse af mødre med særlig svær depression end i andre studier. Deltagerne i studiet modtager 35 dollars i godtgørelse. Deltagerne bliver screenet over telefonen ved hjælp af et spørgeskema (DSM-IV), og kvinder, der opfylder kriterierne for en svær grad af depression, bliver efterfølgende ved lodtrækning opdelt i enten mor-barn-terapigruppen (M-ITG) eller ventelistekontrolgruppen (WLC). Der bliver oprettet endnu en gruppe, individuel-terapigruppen (IPT), hvor der udøves individuel terapi. IPT fokuserer på depressionen og ikke mor-barn-forholdet som udgangspunkt, men dette forhold bliver udviklet i en positiv retning. Deltagerne fra ventelistegruppen bliver tilbudt muligheden for at deltage i mor-barn-terapigruppen på et senere tidspunkt.

2. HOME-VISITING

STUDIET:

van Doesum, K.T., J.M. Riksen-Walraven, C.M. Hosman & C. Hoefnagels (2008): "A Randomized Controlled Trial of a Home-Visiting Intervention Aimed at Preventing Relationship Problems in Depressed Mothers and their Infants". *Child Development*, 79(3), s. 547-561.

FORMÅL

Indsatsen retter sig mod deprimerede mødre med et spædbarn på 1-12 måneder. Målet med hjemmebesøgene er at styrke tilknytningen mellem

mor og barn, som anses for at være af afgørende betydning for barnets udvikling. Endvidere er der fokus på barnets socio-motoriske udvikling, der søges styrket gennem gruppeindsats.

BAGGRUND

Tidligere studier påviser den negative effekt, en mors fødselsdepression kan have på et spædbarn, idet moderens depression kan øge risikoen for, at spædbarnet udvikler mentale og adfærdsmæssige problemer, og for, at barnet selv udvikler en depression senere i livet. Allerede kort efter fødslen kan de første tegn på adfærdsmæssige, psykologiske og biokemiske problemer spores. Mødre, som er deprimerede, viser generelt færre følelser, er mindre involverede i deres barn og er mere forvirrede. De taler mindre med deres spædbørn end ikke-deprimerede mødre, hvilket påvirker barnets kognitive udvikling negativt.

EFFEKT

Efter et forholdsvis kort indsatsforløb viser der sig afgørende ændringer i relationen mellem mor og barn. Indsatsen viser tillige at have en langsigtet forebyggende virkning på deltagerne fra indsatsgruppen. Mødrene fra indsatsgruppen viser øget moderlig følsomhed over for barnet i forhold til mødrene i kontrolgruppen.

AKTIVITETER

Indsatsen består af hjemmebesøg hver anden uge i 3-4 måneder. Hjemmebesøgene varer ca. 60-90 minutter, og de udføres af uddannet personale (med en kandidatgrad i psykologi, socialpsykiatri eller forebyggelse og sundhedsundervisning). Personalet trænes i at benytte en standardiseret protokol under hjemmebesøgene. Træningen varetages af en børneterapeut.

Et gennemgående redskab i indsatsen er videooptagelse af moderen, der mader eller bader barnet. Mor og personale ser sammen optagelserne og definerer specifikke mål i forhold til at styrke den moderlige følsomhed. Brugen af videofeedback gør det muligt at skræddersy metoden til den enkelte mor og hendes barn. Fire teknikker benyttes til at udvikle og styrke forholdet mellem mor og barn på baggrund af optagelserne, som indøves gennem praktiske øvelser:

- "Modellering", hvor moderen imiterer barnets lyde og ansigtsudtryk

- Kognitiv omstrukturering, hvor man søger at ændre moderens negative tanker ved hjælp af kognitiv adfærdsterapi
- Praktisk pædagogisk støtte, hvor moderen får konkrete informationer om, hvordan hun bedre kan håndtere barnets gråd, søvn og spisevaner
- Babymassage for at styrke den fysiske (og følelsesmæssige) kontakt mellem mor og barn.

Indsatsen er skræddersyet til det enkelte mor-barn-par med bl.a. individuel coaching som et centralt værktøj. Indsatsen adskiller sig fra lignende indsatser, bl.a. i forhold til intensitet og timing, idet indsatsen har en relativt begrænset længde og implementeres allerede efter barnets første uger.

Kontrolgruppen modtager tre telefonsamtaler med en børneterapeut i løbet af de 3-4 måneder. Telefonsamtalerne er på maksimalt 15 minutter, og støtten bliver begrænset til generelle oplysninger om børneopdragelse og færdigheder.

STUDIETS DELTAGERE

Studiet omfatter 60 mødre af hollandsk oprindelse (hvide), 11 mødre er immigranter eller efterkommere af immigranter (tyrkiske, portugisiske, marokkanske eller australske). 60 pct. af spædbørnene i studiet er førstefødte med en gennemsnitsalder på 5,5 måneder. De mødre, som deltager i studiet, modtager alle psykologisk eller psykiatrisk ambulant behandling for deres depression. Mødre med psykotiske lidelser, manisk depression og/eller stofafhængighed er undtaget fra undersøgelsen.

STUDIETS DESIGN

Studiet er gennemført som lodtrækningsforsøg. Mødrene er enten henvist til studiet af deres terapeut eller har selv responderet på et opslag i aviser, familie- og børnemagasiner eller via websites. Spædbørnene er imellem 1-12 måneder, og deltagerne bliver ved studiets start vilkårligt udvalgt til en indsatsgruppe (35 mor-barn-par) eller kontrolgruppe (36 mor-barn-par) via kontrolleret lodtrækning.

To test gennemføres ved studiets start. Ved sidste hjemmebesøg bliver der lavet en plan indeholdende instruktioner, der skal hjælpe familien med at fastholde det nye positive samspil. 3 måneder efter det sidste hjemmebesøg får familien endnu et besøg for at observere, om der er

sket yderligere fremskridt. Eventuelle problemer eller spørgsmål, familien har behov for at drøfte, vil også her kunne blive løst og besvaret, og yderligere rådgivning kan tilbydes i de tilfælde, det anses som nødvendigt.

Der udføres yderligere to test efter forløbets afslutning. Den første test gennemføres 2 uger efter afslutningen (dvs. 3-4 måneder efter studiets start), hvor familierne modtager et spørgeskema med posten, og mor og barn bliver videooptaget i 15 minutter for at kortlægge interaktionen ved fri leg. Den anden test gennemføres ligeledes i hjemmet 6 måneder (opfølgningstesten) efter den sidste test. Også her bliver der tilsendt et spørgeskema samt lavet en videooptagelse på 15 minutter af mor og barns leg. Mødrene besvarer også et mundtligt spørgeskema omkring barnets socio-emotionelle adfærd. Efter at en forsker har observeret barnet i 2 timer, afsluttes forløbet ved at afdække barnets nuværende tryghed i hjemmet ud fra AQS (Child Attachment Security).

3. EARLY HOME-BASED INTERVENTION

STUDIET

Cheng, S., N. Kondo, Y. Aoki, Y. Kitamura, Y. Takeda & Z. Yamagata (2007): "The Effectiveness of Early Intervention and the Factors Related to Child Behavioral Problems at Age 2: A Randomized Controlled Trial". *Early Human Development,* 83(10), s. 683-691.

FORMÅL

Målet med indsatsen er at vurdere, om det ved hjælp af tidlige hjemmebesøg er muligt at forbedre den moderlige følsomhed hos mødre, dvs. mødres evne til at respondere på barnets signaler, følelser, behov samt afhjælpe adfærdsmæssige problemer i mor-barn-relationen. Indsatsen retter sig mod faktorer som fødselsdepression, forholdet mellem mor og barn og øvrige adfærdsmæssige problemer i barnets andet leveår.

BAGGRUND

Tidligere studier peger på, at omsorg i de første år af et spædbarns liv har stor betydning for barnets videre udvikling. Dette studie henvender sig til kvinder, der har et kompliceret forhold til deres nyfødte barn og/eller har en fødselsdepression, som har vist sig at være en risikofaktor i forhold til barnets videre udvikling.

EFFEKT

Indsatsen viser væsentlige forbedringer i indsatsgruppen i forhold til kontrolgruppen med hensyn til at optimere mor-barn-relationen og moderens omsorg for barnet. I forhold til ændringer i barnets adfærd eller adfærdsforstyrrelser er der ingen umiddelbar forskel og forbedring mellem undersøgelsesgrupperne.

AKTIVITETER

Indsatsen omfatter månedlige hjemmebesøg af en sundhedsplejerske i en periode på 5 måneder. Hjemmebesøgene har en varighed på minimum 1 time og bliver gennemført, mens spædbarnet er mellem 5 og 9 måneder gammelt. Hjemmebesøgene er et forsøg på at styrke forholdet mellem mor og barn og moderens omsorg over for barnet. Hvert besøg tager udgangspunkt i det enkelte mor-barn-forhold med fokus på at yde støtte i de individuelle situationer, hvor mor og spædbarn har brug for det. Før hvert hjemmebesøg afholdes der møder med psykiatere og en klinisk psykolog for at kortlægge det videre forløb. Den moderlige følsomhed styrkes ved, at der gives positiv feedback til moderen, når hun udviser omsorg for barnet og reagerer positivt på dets signaler og behov. Sundhedsplejersken hjælper yderligere moderen ved konkret at vise omsorgsfuld adfærd over for barnet, som moderen efterfølgende kan efterligne og indoptage i sin adfærd over for barnet.

STUDIETS DELTAGERE

Deltagerne er udtaget til studiet i tre omgange og indeholder samlet 95 par (af mødre og spædbørn), som er vilkårligt udvalgt til henholdsvis indsatsgruppen (48) eller kontrolgruppen (47). Ved studiets start er der ikke væsentlige variationer i gruppernes socioøkonomiske variabler (fx mødrenes uddannelsesmæssige baggrund, alder ved barnets fødsel, indkomst m.v.). Mens kontrolgruppen i studiet modtager standardservice fra sundhedscentrene, dvs. hjælp til forældrerollen, hjælp til spørgsmål om barnets ernæring, barnets udvikling og lignende sideløbende med børnenes medicinske undersøgelser samt mulighed for psykologisk rådgivning, modtager indsatsgruppen desuden hjemmebesøg.

STUDIETS DESIGN

Ved studiets start besvarer alle mødre et spørgeskema ud fra Center for Epidemiologis Studies Depression Scale (CES-D). Efter 4 måneder fore-

tages der en medicinsk undersøgelse af barnet, og der laves en videooptagelse af mor og barn under fri leg. Optagelserne vurderes ud fra Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale (PIRGAS), som danner grundlaget for det første hjemmebesøg. PIRGAS bestemmer morbarn-relationens samlede kvalitet ud fra en skala fra 90 (godt tilpasset) til 10 (utroligt hæmmet). En PIRGAS-score under 80 indikerer, at relationen ikke er optimal. Der gives bl.a. point for grin eller øjenkontakt.

Efter 10 måneder gennemføres endnu en medicinsk undersøgelse, der udfyldes et spørgeskema, optages en ny videooptagelse af mor og barns frie leg og gennemføres en undersøgelse af moderens fødselsdepression. Når barnet fylder 2 år, gennemfører alle mødre Child Behavioural Checklist (CBCL) med henblik på at vurdere barnets adfærdsforstyrrelse på det pågældende tidspunkt. CBCL er en tjekliste, der måler det samlede omfang af adfærdsforstyrrelser hos barnet. Listen omfatter 100 udsagn om barnets adfærd, som besvares med svarkategorierne 0: ikke sandt, 1: delvist sandt, 2: sandt. En børnepsykolog, der ikke kender til gruppefordelingen, betragter videooptagelserne og vurderer ved hjælp af PIRGAS, om der er sket en positiv udvikling i forholdet mellem mor og barn.

4. TPP (TODDLER-PARENT PSYCHOTHERAPY)

STUDIET

Cichetti, D., F.A. Rogosh & S.L. Toth (2000): "The Efficacy of Toddler-Parent Psychotherapy for Fostering Cognitive Development in Offspring". *Child and Adolescent Psychopathology*, 28(2), s. 135-148.

FORMÅL

Målet med indsatsen er at styrke den kognitive udvikling hos børn af deprimerede mødre, at styrke forholdet mere generelt mellem mor og barn samt at forbedre kommunikationen mellem de to parter.

BAGGRUND

Tidligere studier peger på, at børn i alderen 1-5 år med deprimerede mødre har øget risiko for en begrænset kognitiv udvikling i forhold til børn uden depressive mødre.

EFFEKT

Ved studiets start er der ingen nævneværdige forskelle på børnenes kognitive udvikling vurderet ud fra BSID (Bayley Scales of Infant Development) og MDI (Mental Development Index), men ved børnenes tredje leveår scorer både børnene i indsatsgruppen og børnene fra kontrolgruppen (uden depressive mødre) langt højere på en intelligens-skala ("WPPSI-R" for Wechsler Preshool and Primary Scales of Intelligence – Revised), specielt i forhold til den verbale intelligens, end børnene fra kontrolgruppen med depressive mødre.

AKTIVITETER

TPP søger at skabe stærkere og mere positiv tilknytning mellem depressive mødre og deres børn. Gennem et terapeutisk forløb, hvor mødrene bistås i forhold til at korrigere følelsesmæssige oplevelser og ændre usikker adfærd (ved bl.a. at forbedre kommunikationen og interaktionen med barnet), udvides deres forståelse for barnets adfærd, og der opstår en mere positiv kommunikation mellem mor og barn. Mødrene i indsatsgruppen modtager ugentlige individuelle hjemmebesøg (supervision), hvor de bliver opfordret til at lege med deres børn samt ser og diskuterer videooptagelser af samvær med barnet. En gang om måneden vurderes videooptagelser af hver deltager af en sagkyndig uden kendskab til indsatsens deltagere.

STUDIETS DELTAGERE

Studiets deltagere hentes fra ressourcestærke familier for at minimere risikoen for sammenfald af andre risikofaktorer, som kan være tilknyttet en fødselsdepression. 158 mødre med spædbørn deltager i studiet, heraf er 81 drenge og 77 piger. 79 af deltagerne har depression i særlig høj grad. Mødrenes alder ligger mellem 22 og 41 år.

STUDIETS DESIGN

Dette studie er et kontrolleret lodtrækningsforsøg. Deltagerne bliver ved hjælp af lodtrækning opdelt i en indsatsgruppe (DI) bestående af 43 par (22 drenge og 21 piger) og en kontrolgruppe (DC) bestående af 54 par (27 drenge og 27 piger). Desuden bliver der udvalgt en kontrolgruppe af mødre uden tegn på depression, udvalgt fra samme områder som mødrene fra de to øvrige grupper (NC), bestående af 61 par (32 drenge og 29 piger).

Mødrene gennemfører DIS-III-R (et struktureret interview, hvor spørgsmål besvares med ja eller nej for at vurdere symptomerne for psykiske lidelser) ved de indledende hjemmebesøg og måles på Beck Depression Inventory (BDI). Børnene bliver vurderet af en ekspert uden kendskab til studiet for at fastsætte deres kognitive udvikling. Der bliver ved studiets start målt på deltagerne ved hjælp af skalaen BSID, og efter 3 år (opfølgning) måles der ved hjælp af WPPSI-R.

5. COGNITIVE-BEHAVORIAL THERAPY (CBT)

STUDIET

Peden, A.R., M.K. Rayers, L.A. Hall & E. Grant (2005): "Testing an Intervention to Reduce Negative Thinking, Depressive Symptoms, and Chronic Stressors in Low-Income Single Mothers". *Journal of Nursing Scholarship*, 37(3), s. 268-274.

FORMÅL

Målet med indsatsen er at reducere depressive symptomer, negativ tankegang og kronisk stress hos enlige mødre med lav indkomst ved hjælp af kognitiv adfærdsterapi.

BAGGRUND

Negativ tankegang og kronisk stress er begge væsentlige risikofaktorer i forhold til at udvikle en depression. Depression er den mest udbredte mentale lidelse, og den har store konsekvenser på både det sociale, personlige og økonomiske plan. Deprimerede mennesker er ofte dårligere forældre, bl.a. på grund af det manglende overskud, og deres helbredstilstand påvirkes ligeledes negativt.

EFFEKT

Mødrene i indsatsgruppen udviser et større fald i depressive symptomer, negativ tankegang og kronisk stress end mødrene fra kontrolgruppen. De positive effekter, der måles på, bliver bibeholdt over de 6 måneder, studiet forløber. Der er altså klare tegn på effekten af gruppebehandling baseret på kognitiv adfærdsterapi. De depressive symptomer testes ud fra CES-D (Depression Scale) og BDI (Beck Depression Inventory), som identificerer følelsesmæssige, adfærdsmæssige, kognitive, motiverende og vegetative aspekter af depression. Allerede efter 1 måned ses der forbed-

ringer på CES-D-målingerne for indsatsgruppen, og efter 6 måneder er der sket yderligere forbedringer. BDI-målingerne viser dog ingen væsentlige forbedringer eller forskelle mellem de to grupper. De negative tanker bliver målt ud fra CCI (Crandell Cognitions Inventory), hvor indsatsgruppen har færre negative tanker end kontrolgruppen, og dette fortsætter efter 6 måneder med at falde. Det kroniske stressniveau bliver vurderet ud fra ESI (Everyday Stressors Index), og indsatsgruppen udviser også her tegn på markante forbedringer i stressniveauet gennem forløbet.

AKTIVITETER

Mødrene i indsatsgruppen deltager i 6 timers kognitiv adfærdsterapi i 4-6 uger, hvor sessionerne har henholdsvis en varighed på 1,5 time ved 4 ugers terapi og 1 times varighed ved 6 ugers terapi. Deltagerne er inddelt i grupper, der varierer i størrelsen fra fire til otte deltagere. Formålet med gruppeterapien er at identificere den negative tankegang og afhjælpe den. Gennem brug af lydbånd undervises deltagerne i færdigheder, som fx at forstyrre og bremse den negative tankegang og afløse den med mere positive tanker ved hjælp af STOP-metoden. Når den negative tanke er stoppet, afløses den af en mere positiv og bekræftende tanke. Deltagerne skal mellem sessionerne øve sig på teknikkerne derhjemme, da det er af stor betydning for et positivt forløb. Hver deltager modtager en mappe med skriftligt materiale om temaerne på de forskellige gruppemøder, tidspunkterne for møderne og hjemmeopgaver.

STUDIETS DELTAGERE

Indsatsen udføres for enlige mødre med lavindkomst. Mødrene skal have mindst ét barn mellem 2 og 6 år og have en indkomst på eller under 185 pct. af fattigdomsgrænsen. Andre kriterier er, at de ikke for øjeblikket modtager psykiatrisk hjælp, at de ikke tager antidepressionsmedicin, at de ikke har selvmordstanker eller er gravide, samt at de ikke har et barn under 1 år.

STUDIETS DESIGN

Studiet er et kontrolleret lodtrækningsforsøg på 136 enlige mødre med lavindkomst (dvs. at de har en indkomst på under 185 pct. af fattigdomsgrænsen) med børn i alderen 2 til 6 år. Mødre, der modtager psykiatrisk behandling og/eller rådgivning, tager antidepressiv medicin, har selvmordstanker, er gravide eller har et barn under 1 år, medtages ikke i

dette studie. Hver deltager bliver screenet før deltagelsen i studiet, og det bliver fastslået, at alle er i risikozonen for at udvikle en depression.

Mødrene i studiet bliver tilfældigt udvalgt til enten indsatsgruppen (62 mødre) eller kontrolgruppen (74 mødre). Alle kvinder modtager 20 dollars for at deltage. Data fra begge grupper, omhandlende depressive symptomer, negativ tankegang og kronisk stress, indsamles ud fra besvarede spørgeskemaer ved studiets start og ligeledes igen efter 1 og 6 måneder for at vurdere effekten af indsatsen.

6. M-ITG (MOTHER-INFANT THERAPY GROUP), INTERPERSONAL PSYCHOTHERAPY

STUDIET

Clark, R., A. Tluczek & R. Brown (2008): "A Mother-Infant Therapy Group Model for Postpartum Depression". *Infant Mental Health Journal*, 29(5), s. 514-536.

FORMÅL

Målet med indsatsen er at udvikle og forbedre relationen mellem mor og barn, men også relationen til familien mere generelt. Mother-Infant Therapy Group (M-ITG) er designet til mødre, der har haft en fødselsdepression. Der fokuseres bl.a. på at øge mødrenes erkendelse af betydningen af egne ansigtsudtryk og følelsesmæssig tilstedeværelse i forhold til at kunne påvirke deres spædbørn. M-ITG-modellen omfatter:

- Forbedring af moderens depressive symptomer
- Behandling af moderens konflikter i forhold til sin nye rolle som forælder
- Reduktion af moderens sociale isolation
- Støtte til udvikling af et følelsesmæssigt trygt miljø for barnet med henblik på dets positive udvikling
- Støtte til en positiv interaktion mellem mor og barn
- Forbedring af kvaliteten i moderens forhold til sin partner, herunder at have fokus på problemløsning via dialog
- Styrkelse af moderens rolle i og uden for familien.

BAGGRUND

Talrige studier dokumenterer den negative sammenhæng mellem moderens fødselsdepression og barnets udvikling. Denne pilotundersøgelse undersøger muligheden og effektiviteten ved et 12-ugers M-ITG-forløb for kvinder med moderat til svær grad af depression.

EFFEKT

Mødrene i terapigruppen (M-ITG) oplever færre tegn på depression efter 12 ugers forløb end kontrolgruppen (WLCG) vurderet ud fra MDI (Maternal Depressive Symptoms). Mødrene i terapigruppen tillægger deres børn en øget værdi, og tilknytningen til og involveringen i børnene er væsentligt forstærket i gruppen.

AKTIVITETER

M-ITG er et familieterapeutisk forløb på 12 uger, hvor familierne bliver opdelt i grupper på 6-8. Traditionelle behandlinger med familieterapeutiske forløb omfatter ofte både medicin og psykoterapi. Medicinsk behandling er dog ikke i denne forbindelse hensigtsmæssig, idet medicinen kan transporteres fra modermælken til barnet.

Ved studiets start mødes mødrene i en mor-terapigruppe, mens spædbørnene samles i en udviklingsorienteret terapigruppe for spædbørnene. Efterfølgende mødes parterne i 30 minutter, hvor fokus er at styrke mor-barn-relationen.

Mor-terapigruppen hjælper mødrene med at udtrykke deres følelser og afhjælpe deres negative tankegang, således at de lærer at udvikle andre måder at opleve sig selv og verden på. Gruppen fokuserer på at hjælpe mødrene, så de lærer:

- at genkende kognitive mønstre, der bidrager til de nuværende depressive symptomer
- at udvikle strategier til at reducere depressive symptomer
- at deltage i gruppemøder, der skal mindske den sociale isolation
- at øge bevidstheden om egne behov (fx afhængighed, behov for sikkerhed)
- at øge egen evne til at opfylde egne og spædbørnenes behov
- at udvide opfattelsen af sig selv i forældrerollen

- at øge empatien over for deres børn, herunder evnen til at fokusere på deres spædbarns umiddelbare fysiske og social-emotionelle behov.

Tegninger, refleksion og rollespil giver ved at skabe indsigt og nye færdigheder mødrene mulighed for at udtrykke deres følelser og beskrive deres konflikter.

Den udviklingsorienterede terapigruppe for spædbørnene fokuserer på at hjælpe spædbørnene til:

- at øge deres rækkevidde og regulering af affekt
- at vise en større interesse i at være lydhøre over for andre
- at mærke velvære og opbygge selvværd
- at udbygge udviklingsmæssige færdigheder.

Gruppen arbejder en til en, dvs. hvert spædbarn har en tilknyttet terapeut, der reagerer på spædbarnets signaler og behov for at styrke og udbygge barnets interesse og opmærksomhed i forhold til andre mennesker, herunder også kontakten til moderen.

"Dyade-gruppen" arbejder på at fremme:

- En tryg atmosfære hos moderen, så hun tør udforske alternative måder at interagere med sit barn på og dermed også støtte barnets vækst og udvikling
- En fornøjelig relation mellem mor og barn
- Gensidighed mellem mor og barn
- Moderens følelser i forhold til forældrerollen.

Hvert mor-barn-par får i denne gruppe tildelt en terapeut, hvis rolle varierer afhængigt af mor-barn-forholdet. Moderen støttes af terapeuten og udvikler derigennem en stærkere og mere følsom kontakt til spædbarnet. Dyadiske strategier forudsætter, at terapeuten "taler" for spædbarnet i processen.

I "forholdsgruppen" fokuseres der på at styrke forholdet i familien. Hvis kvinden ikke føler, at manden opfylder hendes nuværende behov, kan hun udvikle følelser som frustration, skuffelse og endda vrede. Fædrene og/eller familien inviteres derfor til at deltage i to terapifor-

løb ud af de 12 i forholdsgruppen for at hjælpe parret med at opfylde følgende mål:

- at afmystificere lidelsen depression for partner og familiemedlemmer
- at identificere og imødekomme partnerens eller familiens behov
- at fremme partnerskabet ved at øge følelsen af at være forbundet; dette sker gennem empati og kommunikation
- at fremme strategien for en fælles problemløsning.

Fædrene mødes i en separat gruppe og slutter sig efterfølgende til mødrene for at drøfte deres følelser og behov. Ved hjælp af rollespil oplever de konstruktiv problemløsning, som de kan gøre brug af derhjemme. Fædrene deltager også i aktiviteter, der kan styrke triaden, hvor de gennem empati kan støtte og udvise forståelse for partner og spædbarn.

STUDIETS DELTAGERE

Deltagerne i studiet bliver henvist af en psykiatrisk klinik på det medicinske universitetscenter for fødselsdepression. 32 mødre med depressive symptomer deltager i studiet, hvoraf 18 familier deltager i terapigruppen og modtager M-ITG, og 14 familier deltager i kontrolgruppen (WLCG). Indledende test viser, at der ikke er væsentlige socioøkonomiske forskelle på mødrene fra de to grupper. Kun mødrenes gennemsnitsalder er forskellig. Mødrene bliver vurderet ud fra BDI og PSI, der begge er spørgeskemaer, mødrene selv udfylder.

STUDIETS DESIGN

Studiet benytter før- og eftermåling. Kontrolgruppen (WLCG) bliver senere tilbudt at deltage i terapigruppen M-ITG. Kontrolgruppen bliver udvalgt på baggrund af deres socioøkonomiske vilkår, der vurderes at være tilsvarende mødrene i terapigruppen.

Alle deltagere modtager 35 dollars for deres deltagelse og bliver tilbudt en kopi af videooptagelsen af mor og barns relation.

7. INFANT MASSAGE

STUDIET

Onozawa, K., V. Glover, D. Adams, R. Moodi & C. Kumar (2001): "Infant Massage Improves Mother-Infant Interaction for Mothers with Postnatal Depression". *Journal of Affective Disorders*, 63(1-3), s. 201-207.

FORMÅL

Målet med indsatsen er at styrke relationen mellem mor og barn gennem babymassage, som forbedrer moderens tolkning af barnets signaler.

BAGGRUND

En fødselsdepression kan have en stor betydning for forholdet mellem mor og barn. Indsatser, der fokuserer på at forbedre moderens depression, har vist sig ikke at have den store betydning for relationen, og dette studie undersøger i stedet, om det er muligt ved hjælp af babymassage at styrke forholdet mellem mor og barn samt afhjælpe moderens fødselsdepression.

EFFEKT

Gennem indsatsen styrkes moderens relation til barnet, barnets egne reaktioner og den overordnede relation mellem mor og barn tydeligt hos mødrene i massagegruppen sammenlignet med i kontrolgruppen, hvor der ikke registreres nogen ændringer. Efter 5 ugers undervisningsforløb i babymassage udviser mødrene i massagegruppen væsentlige forbedringer i forhold til fødselsdepression. De har en lavere score end kontrolgruppen på EPDS-skalaen (Edinburgh Postnatal Depression Scale) ved studiets afslutning. Massagegruppen viser ligeledes markante forbedringer ud fra "Murrays skala" i forhold til kontrolgruppen.

AKTIVITETER

Mødrene i massagegruppen deltager i ugentlige massagehold i en periode på 5 uger. Holdene varer 1 time og begynder kl. 10 om formiddagen. Personale uddannet i babymassage underviser mødrene i at observere deres spædbørns kropssignaler og sindsstemning og derefter justere deres egen berøring/håndtering ud fra dette. Underviserne demonstrerer metoden på en dukke, mens moderen selv masserer sit barn. Timen starter med en kort afspænding, som hjælper mødrene med at koble fra og

slappe helt af. Herefter lægger mødrene en hånd på deres spædbarn, og for visse særligt små eller sensitive spædbørn vil dette være tilstrækkeligt til at begynde med. Hvis spædbarnet imidlertid virker parat, begynder massagen, som består af langsomme rytmiske bevægelser/strøg, der bliver bestemt af spædbarnets signaler. Hver kropsdel bliver behandlet forskelligt, fx bliver benene strøget fra hofte til fod, mens der forsigtigt presses let, og fødderne masseres ved et let pres på sålerne og strøg fra tå til ankel.

Mødrene fra henholdsvis massagegruppen og kontrolgruppen deltager i hver deres supportgruppe i løbet af de 5 uger. Timerne består af en halv times snak om dagligdags problematikker, hvor man diskuterer praktiske problemer og strategier. Der laves en videooptagelse på 5 minutter af relationen mellem mor og barn med fokus på ansigtsudtryk. Optagelsen bliver vurderet ud fra:

- Moderens bidrag til interaktionen
- Barnets bidrag
- Samspillet i sig selv.

STUDIETS DELTAGERE

Førstegangsfødende mellem 18 og 45 år, som føder på Queen Charlotte's eller Chelsea Hospital, er udvalgt til studiet.

STUDIETS DESIGN

Studiet er et lodtrækningsdesign. Mødrene bliver vurderet på sygehuset to gange, hvor de udfylder EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) ved det første og det sidste møde i massage- eller supportgruppen. 830 kvinder modtager spørgeskema med Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), der kan afsløre tegn på fødselsdepression. Ud af de 830 kvinder måles 581. 91 bliver målt til at have en svær grad af depression, og ud af disse 91 fortsætter 59 forløbet. Deltagerne bliver ved lodtrækning opdelt i en gruppe, der foretager babymassage (massagegruppen), og en supportgruppe (kontrolgruppen).

Der er ved studiets start ingen forskel i depressionsscoren i de to grupper. Studiet er en meget lille stikprøveundersøgelse med et temmelig højt frafald, og der kan med fordel laves en større empirisk undersøgelse på området.

8. COGNITIVE BEHAVORIAL THERAPY (CBT)

STUDIET

Murray, L., P.J. Cooper, A. Wilson & H. Romauik (2003): "Controlled Trial of the Short- and Long-Term Effect of Psychological Treatment of Post-Partum Depression. 2. Impact on the Mother-Child Relationship and Child Outcome". *British Journal of Psychiatry*, 182(5), s. 420-427.

FORMÅL

Målet med indsatsen er at afhjælpe fødselsdepression ved at styrke relationen mellem mor og barn samt at styrke barnets kognitive udvikling under tre korte behandlingstilbud i eget hjem.

BAGGRUND

Fødselsdepression er forbundet med en negativ kognitiv udvikling hos et barn. Studier viser desuden, at spædbørns udvikling og egen evne til tilknytning gennem livet præges stærkt af tilknytningen til moderen. Moderens evne til at knytte sig til barnet hænger således også sammen med, hvordan hun selv har oplevet tilknytning til sin mor tidligt i livet, og dårlig tilknytning vil være afgørende for, hvilke mønstre hun selv overfører til sit eget barn.

EFFEKT

Alle tre deltagende indsatsgrupper viser forbedringer i forhold til at styrke relationen mellem mor og barn, men det er målinger ved 4-5-måneders-opfølgningen (ved en tjekliste) og ved 18-måneders-opfølgningen (med BSQ, et screeningsspørgeskema for adfærd), der viser de bedste resultater. Ved disse målinger scorer spædbørn af mødre fra indsatsgrupperne højest på BSQ. Den moderlige omsorg er her væsentligt forbedret, og der vises også positiv effekt på spædbørnenes adfærdsmæssige problemer.

AKTIVITETER

Kognitiv adfærdsterapi (CBT) er en terapiform, der rettes mod mødres fødselsdepression.

Behandlingen retter sig ikke mod moderens depression i sig selv, men mod problemer, som moderen kan have i forhold til sit spædbarn (som fx at made barnet eller få det til at sove), samt mod at konstatere

eventuelle problemer i mor-barn-forholdet. I forbindelse med den terapeutiske behandling modtager moderen rådgivning i at håndtere sit spædbarn. Moderen bliver hjulpet til at løse problemerne på en systematisk måde, og hun opfordres til at undersøge egne tankemønstre om sit spædbarn og sig selv som mor. Desuden får moderen hjælp til at ændre sin adfærd ved at have en rollemodel. Behandlingen bliver gennemført i mødrenes egne hjem en gang om ugen fra 8-18 uger efter fødslen.

STUDIETS DELTAGERE

193 mødre med depression deltager i indsatsen.

STUDIETS DESIGN

Studiet er et kontrolleret lodtrækningsforsøg, hvor mødrene har en svær grad af depression. De bliver tilfældigt tildelt enten det almindelige tilbud om sundhedspleje eller indgår i en af de tre indsatsgrupper med henholdsvis:

- Støttende rådgivning
- Kognitiv adfærdsterapi (CBT)
- Kortvarig dynamisk psykoterapi.

Der bliver foretaget vurderinger af moderfølelsen og relationen mellem mor og barn med en tjekliste inden indsatsens start og umiddelbart efter indsatsens afslutning, dvs. 4-5 måneder efter fødslen. Der bliver udarbejdet en særlig tjekliste, der dækker over moderens evne til at klare forskellige adfærdsmæssige problemer i forhold til barnet (sove, made, trøste ved gråd) og problemer i relationen mellem mor og barn mere generelt. Tjeklisten rummer en 4-punktskala, som strækker sig fra "overhovedet ikke" til "i høj grad".

Ved 8. og 18. uge gennemføres en videooptagelse i hjemmet med 5 minutters fri leg. Den frie leg vurderes ved hjælp af Murray-skalaen (en skala, der benyttes til at vurdere kvaliteten af relationen mellem den depressive mor og barnet), hvor det bl.a. vurderes, hvorledes moderen reagerer over for barnets signaler.

Efter 18 måneder bliver alle mødrene interviewet ved hjælp af spørgeskemaet BSQ (Behavioural Screening Questionnaire), der omhandler barnets søvnrytme og eventuelle problemer med at spise. Barnets tilknytning til moderen måles (med Ainsworth Strange Situation

Procedure), og dets kognitive udvikling bliver vurderet ved brug af Mental Development Index ud fra Bayley Scales of Infant Development.

5 år efter fødslen besvarer mødrene et spørgeskema på egen hånd (Rutter A-Scale), der afslører barnets eventuelle adfærdsmæssige problemer. Endvidere udfylder barnets lærer en førskole-tjekliste om adfærd, den såkaldte PBCL (Pree-school Behaviour Checklist), for at kortlægge barnets adfærdsmæssige problemer i forhold til at starte i skole og modtageklasse. McCarthy Scales of Children's Abilities gennemføres ligeledes for at måle barnets kognitive udvikling.

9. TODDLER-PARENT PSYCHOTHERATY (TPP)

STUDIET

Toth, S.L., F. Rogosch, J. Todd Manley & D. Cicchetti (2006): "The Efficacy of Toddler-Parent Psychotherapy to Reorganize Attachment in the Young Offspring of Mothers with Major Depressive Disorder: A Randomized Preventive Trial". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), s. 1006-1016.

FORMÅL

Målet med indsatsen er at styrke forholdet mellem mor og barn gennem indsatsen TPP (Toddler-Parent Psychotherapy).

BAGGRUND

Når en mor bliver deprimeret, er hun ikke i stand til at give sit barn den kærlige og konsekvente pleje, det har brug for. Ved depression bliver moderen ofte irritabel og træt, og hun er derfor ikke så lydhør over for at imødekomme og tolke barnets signaler. En konsekvens af dette kan blive, at barnet ikke kan udvikle en sikker tilknytning til sin mor. Dette kan betyde, at barnet selv får svært ved at etablere relationer på forskellige planer.

EFFEKT

Indsatsen viser en effekt på gruppen, der modtager indsatsen TPP, hvor mødrene i denne gruppe ændrer holdning og adfærd over for deres børn, og man efterfølgende observerer en stærkere og mere sikker tilknytning.

AKTIVITETER

Ved studiets start oplever mødrene fra både psykoterapigruppen og kontrolgruppen en mere usikker tilknytning til deres børn end mødrene fra den ikke-depressive kontrolgruppe. Efter 36 måneder præger denne usikre tilknytning stadig mødrene fra kontrolgruppen, mens mødrenes tilknytning fra psykoterapigruppen er blevet markant forstærket; også i forhold til den ikke-depressive kontrolgruppe. Mødrene deltager i 45 sessioner i løbet af 1 år.

STUDIETS DELTAGERE

Interventionsgruppen består af 130 mødre, der har oplevet en svær fødselsdepression. Familierne tilknyttet studiet er alle sammen ressourcestærke familier for at minimere øvrige risikofaktorer, der kan påvirke resultatet, og mødre med en bipolar lidelse bliver ikke tilknyttet undersøgelsen. Mødrenes alder ligger mellem 21 og 41 år, og børnene er omkring 20 måneder ved studiets start.

STUDIETS DESIGN

Studiet er et lodtrækningsforsøg. Deltagerne bliver tilfældigt opdelt i tre grupper: en mor-barn-psykoterapigruppe (med 66 deltagere, hvor mødrene har oplevet depression og modtager psykoterapi), en kontrolgruppe (med 64 deltagere, hvor mødrene har oplevet depression og *ikke* modtager psykoterapi) og en ikke-depressionsgruppe (med 68 deltagere, hvor mødrene ikke har oplevet en depression). Alle tre grupper bor i nærheden af hinanden af hensyn til at skabe det bedste sammenligningsgrundlag. TPP-indsatsen er unik i forhold til, at mor og barn deltager sammen i terapigruppen, og det dermed bliver muligt at observere deres forhold.

Grupperne deltager i en række målinger både i og uden for hjemmet. I hjemmet besvarer mødrene DIS-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), der er et interview baseret på ja-nej-spørgsmål, BDI (Beck Depression Inventory), som er et 21-punkts selvbesvarende måleinstrument for depression samt et interview baseret på socioøkonomiske vilkår. Mødrene deltager desuden i undersøgelsen "Strange Situation", hvor børnenes tilknytning til mødrene bliver vurderet. Efter 36 måneder gennemfører mødrene igen i hjemmet DIS-III-R, BDI og et interview baseret på socioøkonomiske vilkår samt den laboratoriebaserede undersøgelse Strange Situation for at kunne evaluere effekten fra studiets start.

10. STEEP (STEPS TOWARDS EFFECTIVE, ENJOYABLE PARENTING)

STUDIET

Bosquet, M. & B. Egeland (2001): "Associations Among Maternal Depressive Symptomatology, State of Mind and Parent and Child Behaviors: Implications for Attachment-Based Intervention". *Attachment & Human Development*, 3(2), s. 173-199.

FORMÅL

Indsatsens primære mål er at støtte den moderlige følsomhed og udvikle et stabilt og trygt mor-barn-forhold.

BAGGRUND

Undersøgelser har vist, at deprimerede mødres ringe interaktionelle kompetencer øger deres børns risiko for dårligere udvikling.

EFFEKT

Der bliver ikke målt forbedringer på mødrene i indsatsgruppen ud fra AAI (Adult Attachment Interview) i forhold til kontrolgruppen på nogen af punkterne i interviewet, og der bliver heller ikke fundet væsentlige forbedringer mellem de to grupper ved gennemførelse af CES-D (der måler forbedringer af symptomer på depression) hverken hos mødrene eller børnene.

AKTIVITETER

Mødrene i indsatsgruppen får i et helt år hver anden uge hjemmebesøg (fra 2. trimester af graviditeten) samt deltager i gruppemøder. I eventuelle krisesituationer er der dog mulighed for flere hjemmebesøg. Indsatsen spænder bredt, men er fleksibel i forhold til de individuelle behov, deltagerne har.

STUDIETS DELTAGERE

154 kvinder deltager i undersøgelsen, og alle mødre er mindst 17 år, har ingen ungdomsuddannelse og har lav indkomst. Den gennemsnitlige skoleuddannelseslængde er 10,99 år. 92 pct. af deltagerne er ugifte, men 173 er samlevende. Den gennemsnitlige årsindkomst er mellem 7.500 og 99.999 dollars.

STUDIETS DESIGN

Studiets mål er at undersøge forbindelsen mellem fødselsdepression, den mentale tilstand og mor-barn-forholdet. Indflydelsen af indsatsen STEEP vil blive undersøgt i forhold til mor-barn-forholdet.

Mødrene bliver delt op i en indsatsgruppe på 74 deltagere, der modtager indsatsen STEEP (Steps Towards Effective, Enjoyable Parenting), hvis formål er at fremme et sundt mor-barn-forhold og forebygge udviklingen af sociale og emotionelle problemer. Kontrolgruppen består af 80 deltagere.

Når barnet er 19 måneder, gennemfører mødrene AAI-interviewet. Mor og barn videooptages i 6 minutter ved en oprydnings- og en redskabsopgave, når barnet er 24 måneder, hvor mødrene også måles på en CES-D-skala (The Center for Epidemiological Studies Depression Scale).

RISIKOFAKTOR: MENTAL RETARDERING

INTRODUKTION

I dette kapitel belyser vi indsatser, der retter sig mod småbørn (børn fra fostertilstand til børn, der er fyldt 3 år) og deres forældre, hvor børnene er udsatte grundet forældrenes mentale retardering. Der er fundet to studier, der fordeler sig på to indsatser, som undersøger effekten af sådanne sociale indsatser, og som anvender evidensbaserede metoder.

ANALYSE AF INDSATSERNES GENERELLE TRÆK

Boks 8.1 præsenterer de fremherskende træk ved indsatser rettet mod risikofaktoren mental retardering, mens en nærmere beskrivelse af disse træk følger nedenfor. En fremherskende tendens er defineret som, at halvdelen eller flere af indsatserne er kendetegnet ved ét bestemt træk. Vi henviser løbende til tabellerne i syntesen i kapitel 3 med henblik på at se tallene i sammenligning med de andre risikofaktorer.

BOKS 8.1

Fællestræk ved tidlige indsatser rettet mod mental retardering.

Målgruppe:

- Indsatserne retter sig mod forældre eller mødre.
- Den involverede børnegruppe er førskolebørn.

Organisering:

- Indsatserne er multifacetterede.
- Indsatserne er individuelt baserede.

Udførende instans:

- Indsatserne udføres bl.a. af terapeutisk/psykologisk personale.

Varighed og intensitet:

- Hver indsats varer mellem 1 måned og 1 år.
- Hver indsats rummer ugentlige aktiviteter/møder.

Anm.: Der tages forbehold for, at de skitserede tendenser bygger på meget få studier, nemlig to. For parameteret hovedaktør gælder, at der ikke er tilgængelige oplysninger herom.

MÅLGRUPPE

Indsatserne retter sig mod forældrene i ét af de to studier, mens det andet studie er rettet mod mødrene (tabel 3.1). I forhold til hvilken børnegruppe (tabel 3.2) indsatserne er rettet mod, har ét studie de 0-3-årige som målgruppe, og ét har 0-5-årige.

ORGANISERING

Begge studier er multifacetterede (tabel 3.3). Indsatserne er karakteriserede ved at være individuelle indsatser (tabel 3.4). Med hensyn til det anvendte personale er der i den ene indsats anvendt terapeutisk/psykologisk personale (tabel 3.5). Den anden anvender en form for "parent educators".

VARIGHED OG INTENSITET

Indsatsernes varighed varierer (tabel 3.6): Én indsats varer 1-5 måneder, mens den anden indsats varer 6-12 måneder. Én af indsatserne har ingen information om intensiteten (tabel 3.7), hvorimod den anden har en intensitet på ét ugentligt møde.

GEOGRAFISK KONTEKST OG AKTØRER

Indsatserne gennemføres i hhv. Australien og Canada (tabel 3.8). Etnicitet nævnes ikke i nogen af studierne. Der er ingen oplysninger om indsatsernes hovedaktører (tabel 3.9).

SAMFUNDSØKONOMISKE OMKOSTNINGER

Der er ingen oplysninger om indsatsens samfundsøkonomiske konsekvenser (tabel 3.10).

STUDIERNES KVALITET

Begge fundne studier af indsatser mod mental retardering er evidensbaserede: Ét anvender lodtrækningsforsøg, det andet har et kvasi-eksperimentelt design (tabel 3.11). Ingen af de to studier var mangelfuldt beskrevet eller blev vurderet uoversættelige til en dansk kulturel kontekst.

OVERSIGT OVER EFFEKT

De undersøgte indsatser er evalueret ved brug af bl.a. psykologiske test og trivselstest af både børn og forældre. Begge indsatserne viser lovende resultater. Den viste effekt behøver ikke at være entydig i alle de anvendte måleinstrumenter.

I tabel 8.1 præsenterer vi de væsentligste effektmål for fundne lovende indsatser mod mental retardering.

TABEL 8.1

Effekten af tidlige indsatser over for mental retardering.

Navn på indsats		Effekt
1.	Home Learning Program (HLP)	Deltagere i programmet viser forbedring i forhold til at kunne identificere farer i hjemmet, at kunne identificere forholdsregler i forbindelse med at sikre hjemmet ud fra afbildede illustrationer og at implementere forholdsregler, der sikrer hjemmet. Deltagerne får også større viden omkring sundhedsfaglige ord og kropsdele og viser flere færdigheder i forbindelse med at genkende sygdom og symptomer samt i forhold til at reagere hensigtsmæssigt i livstruende situationer. I forbindelse med at besøge lægen samt ved håndtering af medicin er der væsentlige forbedringer.
2.	Home Based Parenting Training Program	Væsentlig forbedring i børnenes verbale udvikling og i mødrenes relation til børnene (at rose og tale til deres børn, imitere børnenes lyde og vise fysisk omsorg over for børnene).

NARRATIVE RESUMÉER

Her følger i narrative resuméer en gennemgang af hver lovende indsats i forhold til mental retardering, organiseret efter indsatsnavn, studiehenvisning, indsatsens formål, effekt, baggrund, aktiviteter samt studiets deltagere og studiets design.

1. HOME LEARNING PROGRAM (HLP)

STUDIET

Honey, D.A., R. Mayes & D. Russo (2003): "Promoting Health and Home Safety for Children of Parents with Intellectual Disability: A Randomized Controlled Trial". *Research in Developmental Disabilities*, 24(6), s. 405-431.

FORMÅL

Målet med indsatsen Home Learning Programme (HLP) er at styrke mentalt retarderede forældre i deres rolle som forældre med fokus på sundhed og sikkerhed i hjemmet for børn i førskolealderen.

BAGGRUND

Mentalt retarderede forældre er en af de mest sårbare grupper i samfundet i forhold til at få tvangsfjernet deres børn. 40-60 pct. får deres børn tvangsfjernet.

EFFEKT

Et større antal forældre, der deltager i HLP-programmet, identificerer farer i hjemmet i forhold til forældre fra de to kontrolgrupper. Der findes væsentlige forbedringer i HLP-gruppen (i forhold til de øvrige grupper) mht. at kunne *identificere* forholdsregler for at sikre hjemmet ud fra afbildede illustrationer. Der ses desuden: væsentlige forbedringer i forhold til at *implementere* forholdsregler for at sikre hjemmet; større viden omkring sundhedsfaglige ord og kropsdele, forbedringer ift. viden og færdigheder i forbindelse med at genkende sygdom og symptomer; forbedringer ift. at reagere hensigtsmæssigt i livstruende situationer samt i forbindelse med at besøge lægen og ved håndtering af medicin.

AKTIVITETER

HLP består af 10 ugentlige undervisningstimer med forskelligt fokus/tema. Der undervises en til en i hjemmet i en periode på 10-12 uger, hvor hvert besøg varer et sted mellem 60-90 minutter.

- 1. lektion har fokus på sygdom og sundhed, hvor forældrene skal trænes i at se, hvornår barnet er sygt eller har helbredsproblemer.
- 2. lektion omhandler lægehjælp, dvs. hvornår skal der ringes til lægen og det at forstå henvisninger/anvisninger fra lægen samt brug af medicin.
- 3. lektion behandler emnerne temperatur og vejrtrækning og hjælper forældrene til at tage og vurdere barnets temperatur og se og lytte efter unormal vejrtrækning.
- 4. lektion behandler livstruende situationer, hvor forældrene gennemgår seks almindelige livstruende situationer, og hvorledes de kan forebygges.
- 5. lektion er en introduktion til sikkerheden i hjemmet, hvor man gennemgår 12 farlige situationer i hjemmet.
- 6. lektion omhandler brand i forbindelse med ulykker omkring elektricitet eller madlavning. Her undervises forældrene i de farer, der er, og hvilke forholdsregler de kan tage.
- 7. lektion har fokus på gift, uhensigtsmæssige fødevarer og kvælning. Forholdsregler og farer ved giftstoffer og kvælning gennemgås, og uhensigtsmæssige fødevarer behandles.
- 8. lektion fokuserer på tunge, skarpe objekter og våben.

- 9. lektion omhandler farligt legetøj, dyr og farer generelt, og man gennemgår generelle forholdsregler i denne forbindelse.
- 10. og sidste lektion fokuserer på at udarbejde en overordnet plan for sikkerheden i hjemmet.

STUDIETS DELTAGERE

63 forældre fra 57 familier deltager i studiet. Forældre med et intellektuelt handicap, hvis hovedsprog er engelsk, og som er forældre til et barn under 5 år, kan deltage i indsatsen.

STUDIETS DESIGN

Studiet er et lodtrækningsforsøg. 45 forældre (ud af 40 familier) gennemfører HLP. Gruppefordelingen sker ved lodtrækning:

- Gruppe 1: "HLP-gruppen" (modtager kun indsatsen HLP)
- Gruppe 2: "besøgsgruppen" (modtager besøg ud over HLP)
- Gruppe 3: "brochuregruppen" (modtager skriftligt materiale ud over HLP)
- Gruppe 4: "servicegruppen" (modtager det sædvanlige tilbud).

Forældrene deles ved lodtrækning op i fire grupper: "HLP-gruppen", "servicegruppen", "brochuregruppen" og "besøgsgruppen", hvor alle grupper på forskelligt tidspunkt i studiet gennemgår HLP-programmet. I "servicegruppen" modtager forældre kun det sædvanlige tilbud. "Brochuregruppen" modtager en undervisningsbrochure pr. e-mail en gang om ugen i de 10 uger, projektet kører. Materialet, der mailes til forældrene, består af kopier af billeder, tekst og regneark, der også anvendes i HLP-programmet. Der holdes ugentlig telefonkontakt med forældrene for at kontrollere deres fremskridt med hensyn til at læse brochurerne og få udbytte af oplysningerne. Der tilbydes ingen besøg eller møder ansigt til ansigt. "Besøgsgruppen" modtager besøg en gang om ugen i de 10 uger. Der er tale om uformelle besøg, hvor der tales om erfaringer fra hverdagen i forhold til børneopdragelse, men der ydes ingen direkte undervisning i forhold til forældrerollen. Der oprettes endvidere en femte gruppe i løbet af studiet, da fire forældre bliver henvist til programmet efter studiets start. For at være sikker på, at forældrene når at gennemføre HLP-programmet inden for studiets tidsramme, bliver de tilknyttet en selvstændig gruppe.

2. HOME BASED PARENTING TRAINING PROGRAM

STUDIET

Feldman, M.A., B. Sparks & L. Case (2004): "Effectiveness of Home-Based Intervention on the Language Development of Children of Mothers with Mental Retardation". I: Feldman, M.A (red.): *Early Intervention: The Essential Readings*. Oxford: Blackwell Publishers, s. 186-211.

FORMÅL

Målet med indsatsen er at styrke samspillet mellem mentalt retarderede mødre og deres børn med henblik på, at børnenes sproglige kundskaber bliver forbedret.

BAGGRUND

Børn med mentalt retarderede mødre er særligt udsatte i forhold til en senere udvikling af navnlig sproglige færdigheder. Mentalt retarderede mødre er mindre sensitive og lydhøre over for deres børn.

EFFEKT

Der måles en væsentlig forbedring i børnenes verbale udvikling efter gennemførelsen af indsatsen. Ligeledes ses en klar forbedring i mødrenes relation med børnene, hvor mødrene efter indsatsen er bedre til at rose og tale til deres børn samt bedre til at imitere børnenes lyde og vise fysisk ømhed over for børnene. Ved de opfølgende målinger efter endt indsats ser man forbedringer på alle punkter på nær fysisk nærhed og det at tale med barnet. Kontrolgruppens resultater ved den opfølgende måling viser alene forbedringer af børnenes verbale udvikling.

AKTIVITETER

Indsatsen er baseret på hjemmebesøg, hvor mødrene bliver observeret og vejledt i relation til børnene. Mødrene bliver trænet i at imitere, rose og vise ømhed over for børnene (i den nævnte prioriterede rækkefølge). Terapeutisk psykologisk personale gennemfører indsatsen.

STUDIETS DELTAGERE

28 mentalt retarderede mødre, hvis begrænsede mentale udvikling ikke kan forbindes med et umiddelbart biologisk problem, deltager i studiet.

STUDIETS DESIGN

Studiet har et kvasi-eksperimentelt design. De 28 mødre bliver opdelt i træningsgruppen eller kontrolgruppen (træning i sikkerhed og krisesituationer).

Studiet varer 6-12 måneder. Ved 13.-82. uge efter endt indsats gennemføres opfølgende målinger. En kontrolgruppe på 38 mødre, der ikke er mentalt retarderede, bliver anvendt til sammenligning af før- og eftermålingerne på indsatsgruppens resultater. Kontrolgruppen opdeles desuden ved lodtrækning i to mindre grupper: en førmålings-gruppe, hvor børnenes alder er 4-28 måneder, og en eftermålings-gruppe, hvor alderen er 14-44 måneder.

RISIKOFAKTOR: TIDLIGT FORÆLDRESKAB

INTRODUKTION

I dette kapitel belyser vi indsatser for småbørn 0-3 år og deres forældre, som er i risiko grundet tidligt forældreskab. Der er fundet 11 studier, som undersøger effekten af sådanne sociale indsatser, og som anvender evidensbaserede metoder. Effektstudierne fordeler sig på forskellige indsatser, og nogle studier ser på flere indsatser. Der er fire studier, hvor indsatserne ikke har noget specifikt navn, det ene omhandler forældre-programmer for teenagere, to omhandler hjemmebesøg, og et beskriver forældreundervisning.

ANALYSE AF INDSATSERNES GENERELLE KARAKTER

Boks 9.1 præsenterer fremherskende træk ved indsatser rettet mod risikofaktoren tidligt forældreskab, mens en nærmere beskrivelse af disse træk følger nedenfor. En fremherskende tendens er defineret ved, at halvdelen eller flere af indsatserne er kendetegnet ved ét bestemt træk. Vi henviser løbende til tabellerne i syntesen i kapitel 3 med henblik på at se tallene i komparation med de andre risikofaktorer.

BOKS 9.1

Fællestræk ved tidlige indsatser rettet mod risikofaktoren tidligt forældreskab.

Målgruppe:

- Indsatserne retter sig især mod mødre, men også forældre.
- Den involverede børnegruppe er småbørn 0-3 år.

Organisering:

- Indsatserne er især multifacetterede.
- Der er overvejende tale om gruppebaserede tiltag.

Udførende instans:

- Der kan være flere personalegrupper involveret.

Anm.: For parameteret *udførende personale, hovedaktør, varighed og intensitet* gælder, at der ikke er tilstrækkelige oplysninger herom.

MÅLGRUPPE

Indsatserne retter sig næsten udelukkende mod mødre (8 ud af de 11 studier), der er dog tre studier, der retter sig mod forældre (tabel 3.1). Langt de fleste studier involverer en børnegruppe på 0-3 år, mens to af studierne retter sig mod ufødte (tabel 3.2).

ORGANISERING

Indsatserne er karakteriseret ved især at være multifacetterede (6 ud af 11), tre er kun enkeltfacetterede, og to er uden tilgængelige oplysninger (tabel 3.3). Indsatserne er for 5 ud af de 11 studier gruppebaserede tiltag (tabel 3.4), hvor yderligere 5 ikke er beskrevet. Det sidste studie har et individuelt tiltag. I 6 ud af de 11 studier er oplysninger om det udførende personale ikke tilgængelige (tabel 3.5). I fire studier er flere personalegrupper involveret, og i ét studie anvendes som personale kvinder, der har erfaring med at opdrage børn.

VARIGHED OG INTENSITET

For 6 ud af 11 studier er det ikke muligt at sige noget om indsatsens varighed, da denne information ikke er tilgængelig (tabel 3.6). Indsatser i

tre af studierne varer mere end 1 år, og i to af studierne 1-5 måneder. I 4 ud af 11 indsatser er intensiteten (tabel 3.7) ét ugentligt møde, mens de resterende 7 studier ikke har oplysninger herom.

GEOGRAFISK KONTEKST OG AKTØRER

Indsatserne finder især sted i USA (9), og to af studierne finder sted i Canada (tabel 3.8). Det er svært at definere hovedaktørerne (tabel 3.9), idet de involverede hovedaktører i 8 ud af de 11 studier ikke er beskrevet. For de resterende tre studier gælder det, at der i en indsats er flere hovedaktører, mens staten er hovedaktøren i et andet, og en frivillig organisation hovedaktør i et tredje.

SAMFUNDSØKONOMISKE OMKOSTNINGER

Der er ingen oplysninger om samfundsøkonomiske omkostninger (tabel 3.10).

STUDIERNES KVALITET

Der er fundet 11 evidensbaserede studier af indsatser, der retter sig mod tidligt forældreskab. Fire anvender lodtrækningsforsøg, mens fire anvender kvasi-eksperimentelle design, to bruger før- og eftermåling, og ét er et forskningsreview (tabel 3.11). De fundne studier har derfor i udgangspunktet en høj grad af evidens.

Blandt studierne, der omhandler indsatser rettet mod tidligt forældreskab, finder vi hele 10 studier, der enten er beskrevet mangelfuldt, eller som ikke uden videre kan oversættes til dansk kontekst. Se bilag B for en oversigt over frasorterede studier.

OVERSIGT OVER EFFEKT

De undersøgte indsatser er evalueret gennem en række forskellige typer test og måleinstrumenter. Den viste effekt behøver ikke at være entydig i alle de anvendte måleinstrumenter.

I tabel 9.1 præsenteres de væsentligste effektmål for fundne lovende indsatser mod tidligt forældreskab.

TABEL 9.1

Effekten af tidlige indsatser over for tidligt forældreskab.

Navn på indsats	Effekt
1. Multi-Family Group (MFG) – Family and School together (FAST) Babies	Væsentlige forbedringer: Teenagemødre oplever større selvtillid, stærkere relation til barnet/børnene, fald i stress i tilknytning til forældrerollen. Forbedrede familierelationer.

NARRATIVT RESUMÉ

Her følger i narrativt resumé en gennemgang af den lovende indsats i forhold til tidligt forældreskab, organiseret efter indsatsnavn, studiehenvisning, indsatsens formål, effekt, baggrund, aktiviteter samt studiets deltagere og studiets design.

1. MULTI-FAMILY GROUP (MFG) INDSATS – FAMILY AND SCHOOL TOGETHER (FAST) BABIES

STUDIET

McDonald, L., T. Conrad, A. Fairtlough, J. Fletcher, L. Green, L. Moore & B. Lepps (2009): "An Evaluation of a Group Work Intervention for Teenage Mothers and Their Families". *Child & Family Social Work*, 14(1), s. 45-57.

FORMÅL

Målet med indsatsen er at engagere teenagemødre i et socialt netværk, der modarbejder den misbilligelse fra samfundet, der ofte følger med rollen som ung mor. Desuden er der fokus på at styrke mor-barn-forholdet og derigennem også styrke den unge mors selvtillid og forældrefølelse. Den unge mors stress, sociale isolation og konflikter i familien (mellem de forskellige generationer) ønskes ligeledes reduceret.

BAGGRUND

Teenagemødre og deres børn har længe været et omdiskuteret område, der vækker bekymring i forhold til både mor og barn. Tidligere studier peger på, at specielt unge mødre under 18 år har en tendens til at udvise mindre omsorg og være mere sårbare end kvinder, der bliver mødre i en ældre alder.

EFFEKT

Teenageforældrene beretter om flere væsentlige forbedringer efter deltagelse i gruppemøderne. De oplever en langt større selvtillid og stærkere relation til deres børn, og stress i tilknytning til forældrerollen er mindsket. Bedstemødrene beretter ligeledes om forbedringer efter deltagelse i gruppemøderne: Antallet af konflikter i familierne er faldet, og forholdet imellem familiemedlemmerne er langt bedre end tidligere. Desuden er stress-symptomerne i forhold til det at opdrage en teenager også faldet.

AKTIVITETER

Der afholdes ugentlige gruppemøder på op til 2,5 time gennem en periode på 8 uger. På møderne arbejder gruppemedlemmerne på øvelser, der skal fremme den positive forældrerolle, og de taler om frustrationer i hverdagen og problemløsning i tilknytning hertil. Aktiviteterne i gruppen er struktureret for at øge samhørigheden og mindske risikoen for konflikter mellem de tre generationer. For at fremme teenagemødrenes selvstændighed er møderne struktureret med fokus på en erfaringsbaseret læring, hvor de unge mødre løbende bliver præsenteret for (mindre betydningsfulde) valg, der skal styrke og opmuntre dem i forhold til at se sig selv som ansvarlige forældre.

De otte familie-gruppemøder indeholder hver gang disse syv elementer:

- Tid med familien til at dygtiggøre sig og synge
- Baby-massage
- Diskussioner i de mindre grupper på tværs af generationerne omkring en case
- Støttegrupper for bedstemødrene og fædrene
- Et spil banko, hvor familierne hver vinder en gang (gevinsten er en kurv med fødevarer)
- Et fællesmåltid, dvs. at den pågældende familie, der vinder en kurv med fødevarer, står for fællesspisningen på det næstkommende møde, hvilket er en måde at give noget tilbage til gruppen
- Afslutning/afrunding.

Møderne skifter herefter fra ugentlige gruppemøder til møder en gang om måneden i løbet af det næste år. Herefter gennemføres igen otte gruppemøder i løbet af 8 uger med fokus på de problematikker/om-

råder, der svarer til det alderstrin, børnene nu er på. Herefter samles grupperne en gang om måneden i løbet af det næste år.

Familiegrupperne fokuserer på gruppearbejdet. Grupperne består af mindst seks personer: tre deltagere i indsatsen (teenagemor, bedstemor og far til barnet) samt tre professionelle medarbejdere (en socialrådgiver, som har erfaring med gruppearbejde, en sundhedsplejerske og en specialist i babymassage).

STUDIETS DELTAGERE

115 unge mødre deltager i studiet. Mødrene er fra 15-28 år.

STUDIETS DESIGN

Studiet arbejder med før- og eftermålinger samt kvalitativ metode ved evalueringen af effekten af deltagelse i gruppemøderne.

RISIKOFAKTOR: KOMBINEREDE PROBLEMBILLEDER

INTRODUKTION

I dette kapitel belyser vi indsatser, der retter sig mod småbørn (børn fra fostertilstand til børn, der er fyldt 3 år) og deres forældre, hvor børnene er udsatte grundet kombinerede problembilleder. Det er altså indsatser, der retter sig mod flere risikofaktorer. Der er fundet 29 studier, som undersøger effekten af sådanne sociale indsatser, og som anvender evidensbaserede metoder. Effektstudierne fordeler sig på forskellige indsatser, hvor nogle studier ser på flere indsatser. I et af studierne beskrives der to forskellige indsatser, henholdsvis Infant-Parent Psychotherapy (IPP) og Psycho-educational Parenting Indsats (PPI), som nedenfor dog præsenteres hver for sig. Der er to studier, hvor indsatserne ikke har noget specifikt navn, hvorfor disse benævnes "No specific name". Der er én indsats, hvis evaluering er beskrevet i 20 studier. Den beskrives i et narrativt resumé, men er talt med to gange i den fælles beskrivelse.

ANALYSE AF INDSATSERNES GENERELLE TRÆK

Til forskel fra indsatser behandlet i de tidligere kapitler retter indsatserne i dette kapitel sig mod flere af de behandlede risikofaktorer, dvs. kombi-

nerede problembilleder. Dette afsnit begynder derfor med at give en oversigt over, hvordan indsatserne fordeler sig på risikofaktorer.

TABEL 10.1

Oversigt over fordelingen på risikofaktorer i og antallet af studier af indsatser mod kombinerede problembilleder.

Kombinerede problembilleder	Antal studier
Misbrug og vold	2
Misbrug, vold og psykisk sygdom	2
Misbrug, psykisk sygdom og tidligt forældreskab	2
Misbrug, vanrøgt og vold	4
Misbrug, vanrøgt, vold og psykisk sygdom	2
Vanrøgt og vold	15
Vanrøgt, vold og tidligt forældreskab	1
Psykisk sygdom og tidligt forældreskab	1

BOKS 10.1

Fællestræk ved tidlige indsatser rettet mod kombinerede problembilleder.

Målgruppe:

- Indsatserne er især rettet mod forældre.
- Indsatserne er især rettet mod småbørn 0-3 år og førskolebørn 0-5 år.

Organisering:

- Indsatserne kan både være enkelt- eller multifacetterede.
- Indsatserne kan både være individuelt baserede, gruppebaserede og både-og.

Varighed og intensitet:

- Indsatserne varer oftest mere end 6 måneder og ofte mere end 1 år.
- Indsatserne kan omfatte ugentlige møder/aktiviteter eller aktiviteter/møder flere gange om måneden.

Anm.: For parametrene *udførende personale* og *hovedaktør* gælder, at der ikke er tilstrækkelige tilgængelige oplysninger herom.

Boks 10.1 præsenterer de fremherskende træk ved indsatser rettet mod risikofaktoren kombinerede problembilleder, mens en nærmere beskrivelse af disse træk følger nedenfor. En fremherskende tendens er defineret ved, at halvdelen eller flere af indsatserne er kendetegnet ved ét bestemt træk. Vi henviser løbende til tabellerne i syntesen i kapitel 3 med henblik på at se tallene i sammenligning med de andre risikofaktorer.

MÅLGRUPPE

Indsatserne retter sig primært mod forældre (tabel 3.1) generelt (19 ud af de 29 indsatser), fem retter sig mod mødre, fire mod børn, mens der i et af studierne ikke er oplysninger om målgruppen. Størstedelen af studierne involverer en børnegruppe på 0-3 år (16 ud af 28) (tabel 3.2). Dernæst er der otte studier, der involverer en børnegruppe på 0-5 år, fire studier, der involverer børn i 0-12-års-alderen, mens et studie involverer børn fra 0-17 år.

ORGANISERING

Indsatserne er i 12 tilfælde karakteriseret ved at være multifacetterede (tabel 3.3), 13 er enkeltfacetterede, og fire er ikke beskrevet. Størstedelen af indsatserne er individuelle tiltag (10 ud af 29), seks er gruppebaserede tiltag, fem er kombineret gruppe- og individuelle tiltag, mens otte ikke har oplysninger om dette (tabel 3.4). I forhold til personalet (tabel 3.5), der udfører indsatsen, er der i seks tilfælde tale om terapeutisk/psykologisk personale, to indsatser, hvor det er sundhedspersonale, én med pædagogisk personale samt én med frivilligt personale. I tre af indsatserne er der mere end én person, der udfører indsatsen, tre, hvor oplysninger om personale ikke fremgår, mens 13 indsatser udføres af andet personale som eksempelvis (benævnt på engelsk, da studierne er beskrevet på engelsk og i 27 ud af 29 tilfælde er gennemført i engelsktalende lande) "home visitors", "clinicans from the disciplines of medicin, nursing, and social work", "social workers", "university instructors", "trainers", "substance abuse and mental health specialists", "lawyers", "community residents", "community organizations", "city and state agencies" samt "pediatric teams".

VARIGHED OG INTENSITET

Knap halvdelen af indsatserne har en varighed (tabel 3.6) på over 1 år (13 ud af 28). I seks af studierne varer indsatsen 6-12 måneder, i fem er va-

righeden på 1-5 måneder, mens varigheden ikke er oplyst i fem af studierne. I størstedelen af studierne er indsatsernes intensitet (tabel 3.7) ikke oplyst (12 ud af 29). I 12 af indsatserne er intensiteten på ét ugentligt møde, to indsatser har en intensitet på flere ugentlige møder, der er tale om flere månedlige møder i to af indsatserne, mens kun en indsats tilbyder mulighed for rådgivning hele døgnet rundt.

GEOGRAFISK KONTEKST OG AKTØRER

Størstedelen af indsatserne finder sted i USA (20 ud af de 29), seks i Australien, én i England samt to i et andet europæisk land (tabel 3.8).

Kommunen er hovedaktør (tabel 3.9) i otte af studierne, staten er i to, i ét af studierne er hovedaktøren en frivillig organisation, mens der i ét af studierne er flere involverede aktører. Det fremgår yderligere, at 10 af studierne har andre hovedaktører som eksempelvis pædiatrisk afdeling ved University of Maryland, *The Henry Kempe National Centre for the Prevention and Treatment of Child Abuse and Neglect*, *resident continuity clinics*, *music therapists* og økonomiske fonde. Hovedaktøren er ikke oplyst i de resterende syv af studierne.

SAMFUNDSØKONOMISKE OMKOSTNINGER

Samfundsøkonomiske omkostninger nævnes i to af studierne (tabel 3.10). Om indsatsen *Homevisitation* (Reading, 2007) fremgår det, at indsatsen i gennemsnit koster 3.246 britiske pund pr. barn at gennemføre. Om indsatsen Healthy Families in New York fremgår det, at indsatsen i 2005 havde et budget på 17,6 mio. amerikanske dollars, samt at de årlige omkostninger for indsatsen pr. familie er 3.000-3.500 amerikanske dollars.

STUDIERNES KVALITET

Af de 29 evidensbaserede studier af indsatser rettet mod flere forskellige risikofaktorer anvender 16 studier lodtrækningsforsøg, to studier kvasieksperimentelle design, mens 11 studier bruger før- og eftermålinger (3.11). Hoveddelen af de fundne studier har altså en høj grad af evidens.

Blandt de studier, der omhandler indsatser rettet mod kombinerede problembilleder, finder vi dog også 16 studier, der enten beskriver indsatsernes organisering mangelfuldt, så det ikke er muligt at efterligne dem, eller som ikke uden videre kan oversættes til en dansk kontekst, og som derfor alle er frasorterede. Se bilag B for en oversigt over frasorterede studier.

OVERSIGT OVER EFFEKT

De undersøgte indsatser er evalueret i forhold til en lang række forskellige mål, herunder mål for barnets sundhed, måling af interaktioner mellem forældre og børn, måling af stress og traume, adfærdsproblemer, barnets sprogudvikling, moderens brug af stoffer, måling af vold i familien, måling af omsorgsevner m.v. Den viste effekt behøver ikke at være entydig i alle de anvendte måleinstrumenter.

I tabel 10.2 præsenterer vi de væsentligste effektmål for de fundne lovende indsatser mod kombinerede problembilleder. Evalueringen af én indsats, Sing and Grow, er beskrevet i to studier. I de narrative resuméer anvendes kun ét af studierne.

TABEL 10.2

Effekten af tidlige indsatser over for kombinerede problembilleder.

Navn på indsats		Effekt
1.	Home Visiting 1 (No specific name)	Under indsatsen ses en væsentlig effekt i forhold til mødrene, familien og i hjemmemiljøet: Mødrenes humør er bedre, deres kompetencer som forældre er styrket, det generelle stressniveau i forhold til forældrerollen er faldet, relationen mellem mor og barn er styrket, og der er en forbedring af den samlede positive udvikling hos barnet. Efter 12 og 18 måneder er der ingen forskel på effekt mellem indsats- og kontrolgruppe.
2.	Home Visiting 2 (No specific name)	Positive effekter i forhold til den moderlige følsomhed og relationen til spædbarnet.
3.	Early Home-Based Intervention	Effekter i forhold til færre skader og skrammer på børnene, nedsat rygning i hjemmet, større moder-respons i forhold til spædbørnene, større accept og forståelse af spædbørnenes opførsel, bedre sikring af hjemmet, mødrene mere positivt involverede i deres børn.
4.	The Kempe Community Caring Program (KCCP)	Efter endt indsats ses væsentlige forbedringer i forhold til social støtte, selvtillid, fortrolighed med forældrerollen og et kærligt (følelsesfyldt) forhold til barnet.
5.	Apoyo Personal y Familiar (APF)	Viser effekt ved tre forhold: forældrenes generelle indstilling, opfattelsen af egen handlekraft og af børneopdragelsen. Mødrenes uhensigtsmæssige opdragelsesformer og midler falder. Handlekraft, indre kontrol, ægteskabelig enighed, rollefordeling og anvendelsen af empatiske og forklarende metoder forøges.
6.	Project SafeCare	Væsentlig effekt i forhold til at styrke forældres rolle i forhold til sundhed, forældrerollen og sikkerhed med fokus på at undgå vanrøgt og mishandling.
7.	Healthy Start Program (HSP)	Ingen effekt i forhold til risikoen for børnemishandling, børnenes dårlige helbredstilstand, niveauet af fødselsdepression og stress. Der ses en mindre forbedring over tid i forhold til mødrenes mentale helbred og volden i hjemmet. Familier, som modtager en bred vifte af servicetilbud, opnår en væsentlig begrænsning i mødrenes alkoholmisbrug.

(Fortsættes)

TABEL 10.2 (FORTSAT)

Navn på indsats		Effekt
8.	Healthy Families Alaska (HFAK)	Positiv effekt for mødre med dårligt mentalt helbred, stofmisbrug og svag gennemslagskraft som mødre i forhold til at skabe et godt hjemmemiljø og i forhold til at benytte sig af andre servicetilbud. Ingen væsentlig effekt i forhold til børnenes sundhed og i forhold til børnenes udviklings- og adfærdsmæssige resultater.
9.	Sing and Grow (Nicholson, J. m.fl.)	Effekt over tid for forældre-barn-adfærd, forældreirritabilitet, læringsaktiviteter i hjemmet, forældres psykiske sundhed og barnets kommunikative og sociale kompetencer.
10.	Gipuzkoa Treatment Program	Succes for over halvdelen af alle familier og manglende succes for resten. Succesraten varierende efter typer af problemer. Deltagelse i forældregrupper havde positiv effekt. Jo kortere visiteringstid til programmet, jo bedre prognose for behandling. Signifikante forbedringer i forhold til forældrenes depressive symptomer og ensomhed.
11.	STEP	Signifikante forbedringer for forældrestress, specielt det, der stammer fra forældre-barn-interaktionen, bl.a. pga. ændret selvopfattelse som forældre. Mindre forbedringer i kvaliteten af familiemiljø og i forældre-barn-interaktion.
12.	Spilstead Model (SM)	Effekt for både forældre og børn: signifikante forbedringer i forældre-barn-interaktion, reduceret forældrestress, forbedret forældretilfredshed, -selvtillid og -kapacitet, forbedrede familie-interaktioner og forbedret børnetrivsel. Hvor 71 pct. af børnene havde udviklingsmæssige forsinkelser før indsatsen, var de efter indsatsen inden for normalområdet. 41 pct. af børn, der var under gennemsnittet for sprogudvikling før indsatsen, var inden for normalområdet efter indsatsen.

NARRATIVE RESUMÉER

Her følger i narrative resuméer en gennemgang af hver lovende indsats i forhold til kombinerede problembilleder, organiseret efter indsatsnavn, studiehenvisning, indsatsens formål, effekt, baggrund, aktiviteter samt studiets deltagere og studiets design.

1. HOME VISITING 1 (NO SPECIFIC NAME)

STUDIET

Fraser, J.A., K.L. Armstrong, J.P. Morris & M.R. Dadds (2000): "Home Visiting Intervention for Vulnerable Families with Newborns: Follow-Up Results of a Randomized Controlled Trial." *Child Abuse & Neglect*, 24(11), s. 1399-1429.

FORMÅL

Det overordnede formål er ved hjælp af hjemmebesøg at forebygge mishandling og vanrøgt af børn i udsatte familier og styrke mødrene i rollen som forældre.

BAGGRUND

Baggrunden for indsatsen er forventninger omkring en positiv effekt på flere forskellige områder ved et indsatstilbud bestående af hjemmebesøg til udsatte familier.

EFFEKT

Efter 6 uger viser programmet en væsentlig effekt i forhold til en positiv indflydelse på både mødrene, familien og i hjemmet mere generelt. Mødrenes humør er bedre, deres kompetencer som forældre er styrket, og det generelle stressniveau i forhold til forældrerollen er faldet. Relationen mellem mor og barn styrkes ligeledes af positive forbedringer i hjemmet, der er med til at forbedre den samlede positive udvikling af barnet. Indsatsgruppen er generelt meget tilfreds med den støtte, sundhedsvæsenet/samfundet tilbyder.

Efter 12 og 18 måneder er der ingen forskel mellem indsatsgruppen og kontrolgruppen.

AKTIVITETER

Indsatsprogrammet er designet for:

- at etablere et tillidsbånd mellem de professionelle (sundhedsplejerske og sagsbehandler) tilknyttet familierne
- at fremme mor-barn-forholdet
- at forbedre forældrenes bevidsthed omkring sundhedsfremmende adfærd
- at fremme den positive forældrerolle
- at mindske forældrenes stress og forbedre mødrenes humør
- at mindske risikoen for mishandling
- at opfordre forældrene til at modtage øvrige (støtte)tilbud fra samfund og nærmiljø.

Indsatsgruppen modtager ugentlige besøg af sundhedsplejersken, indtil barnet er 6 uger. De regelmæssige ugentlige hjemmebesøg har til formål

at fremme samtale, refleksion og udveksling af oplysninger. Tværfaglige vurderinger, fremadrettet planlægning og evaluering af programmets strategier bliver desuden behandlet på de ugentlige møder.

Efter de første 6 uger gennemføres hjemmebesøgene hver 14. dag, indtil barnet er 3 måneder, hvorefter der afholdes månedlige hjemmebesøg, til barnet er 1 år. Hvert besøg tager 20-60 minutter afhængigt af familiens behov.

Sagsbehandleren tilbyder rådgivning i forlængelse af sundhedsplejerskens tilbud. Sagsbehandleren har en familieterapeutisk tilgang og tilbyder rådgivning omkring konflikter mellem forældrene, problemstillinger i forhold til moderrollen og eventuel rådgivning i forbindelse med forældrenes egne oplevelser af mishandling som børn.

Et kerneområde i indsatsen er at optimere familiernes lyst til at tage imod øvrige (støtte)tilbud fra samfund og nærmiljø. Både sundhedsplejersken og socialrådgiveren tilknyttet familierne skal opfordre familierne til at søge yderlige støtte/servicetilbud og forbedre familiens kvalifikationer i forhold til at få adgang til disse tilbud.

Kontrolgruppen modtager information om sundhedspleje, og de tilbydes et hjemmebesøg i henhold til standardtilbuddet. Yderligere hjemmebesøg kan tilbydes i specielle situationer med fx lav fødselsvægt, adfærdsmæssige problemer m.v.

STUDIETS DELTAGERE

181 mødre, der er i risikozonen for at misbruge eller vanrøgte deres børn, deltager i studiet fra 11. januar 1996 til 9. september 1996, og mødrene skal opfylde følgende kriterier for at deltage: De skal have mindst ét levendefødt barn, de skal kunne læse og skrive engelsk (evt. med assistance) for at kunne udfylde spørgeskemaet, og de skal have fast bopæl i Brisbanes nordlige forstæder.

STUDIETS DESIGN

Studiet er et lodtrækningsforsøg. Mødrene opdeles ved lodtrækning i henholdsvis indsatsgruppen (90) eller kontrolgruppen (91). Der måles ved studiets start og afslutning samt efter 12 og 18 måneder efter endt behandlingstilbud.

2. HOME VISITING 2 (NO SPECIFIC NAME)

STUDIET

Reading, R. (2007): "Role of Home Visiting in Improving Parenting and Health in Families at Risk of Abuse and Neglect: Results of a Multicentre Randomized Controlled Trial and Economic Evaluation". *Child Care, Health & Development*, 33(4), s. 505.

FORMÅL

Målet er at styrke forældrerollen gennem mor-barn-forholdet, den moderlige følsomhed, spædbarnets udvikling og ved generelt at mindske omsorgssvigt og misbrug i familien.

EFFEKT

Ved 12 måneder klarer indsatsgruppen sig væsentligt bedre end kontrolgruppen i forhold til den moderlige følsomhed og relationen til spædbarnet.

AKTIVITETER

Kvinderne i indsatsgruppen modtager ugentlige hjemmebesøg i 18 måneder (6 måneder før fødslen til 12 måneder efter fødslen).

STUDIETS DELTAGERE

131 gravide kvinder deltager i studiet.

STUDIETS DESIGN

Studiet er et lodtrækningsforsøg. 67 bliver tilknyttet indsatsgruppen og 64 kontrolgruppen.

3. EARLY HOME-BASED INTERVENTION

STUDIET

Armstrong, K.L., J.A. Fraser, M.A. Dadds & J. Morris (2000): "Promoting Secure Attachment, Maternal Mood and Child Health in a Vulnerable Population: A Randomized Controlled Trial". *Journal of Pediatrics & Child Health,* 36(6), s. 555-562.

FORMÅL

Målet er at styrke mor-barn-forholdet og fremme sundhed og trivsel med fokus på barnet.

BAGGRUND

Udsatte familier har vanskeligere ved at passe et spædbarn og skabe de rette rammer for barnets positive udvikling.

EFFEKT

Efter 4 måneder rapporterer indsatsgruppen om færre skader og skrammer på børnene end kontrolgruppen. Færre forældre i indsatsgruppen ryger desuden i hjemmet end forældrene fra kontrolgruppen. Mødrene fra indsatsgruppen udviser større respons i forhold til deres spædbørn, og de accepterer og forstår bedre spædbørnenes opførsel. Endvidere er indsatsgruppens hjem langt bedre sikret i forhold til barnets sikkerhed og udvikling. Mødrene fra indsatsgruppen er generelt mere positivt engagerede i deres børn end mødrene fra kontrolgruppen.

AKTIVITETER

Indsatsgruppen modtager i de første 6 uger ugentlige hjemmebesøg, som gennemføres af en hjemmesygeplejerske/hjemmeplejer. Herefter afvikles hjemmebesøgene hver 14. dag i 3 måneder, og til slut gennemføres månedlige hjemmebesøg til og med 6 måneder, efter barnet er født. Hvert besøg er struktureret og har et bestemt fokuspunkt. Programmet fokuserer på:

- Etablering af tillid mellem familien og hjemmesygeplejersken
- Forøgelse af selvværdet i forhold til forældrerollen og styrkelse af den generelle selvtillid gennem fokusering på succesoplevelser
- Foregribelse af normale udviklingsmæssige udfordringer i tilknytning til barnet, som fx håndtering af barnet ved gråd, barnets søvnmønster og adfærdsmæssige problemer
- Sikring af barnets sundhed
- Passende offentlige servicetilbud, der er attraktive i forhold til familiens behov.

Der bliver afholdt et ugentligt stormøde mellem hjemmesygeplejersken, sagsbehandlerne og en offentlig børnelæge for at vurdere familiernes behov og planen for fremtiden.

De familier i indsatsgruppen, der oplever problemer i forholdet, eller som har brug for hjælp i forbindelse med sorg i tilknytning til familieforøgelsen, bliver endvidere tilbudt et kort indsatsforløb med en sagsbehandler.

Deltagerne fra både indsatsgruppen og kontrolgruppen opfordres til at benytte sig af de eksisterende servicetilbud, hvor hjemmesygeplejersken giver deltagerne oplysninger om de forskellige tilbud, og om hvorledes familierne kan henvende sig til det nærmeste sundhedscenter og benytte de serviceydelser, der tilbydes.

STUDIETS DELTAGERE

181 udsatte familier (udsatte i forhold til at have oplevet fysisk vold fra partner, have været udsat for misbrug som børn (forældrene selv), at være aleneforældre, eller at forældrene er ambivalente i forbindelse med graviditeten) deltager i indsatsen.

STUDIETS DESIGN:

Studiet er et lodtrækningsforsøg. 90 tilknyttes indsatsgruppen via lodtrækning, og 91 tilknyttes kontrolgruppen. Ved 4-måneders-opfølgning er der 160 familier tilbage i studiet (80 fra indsatsgruppen og 80 fra kontrolgruppen).

4. THE KEMPE COMMUNITY CARING PROGRAM (KCCP)

STUDIET

Gray, J., P. Spurway & M. McClatchey (2001): "Lay Therapy Intervention with Families at Risk for Parenting Difficulties: The Kempe Community Caring Program". *Child Abuse & Neglect*, 25(5), s. 641-655.

FORMÅL

Målet er at styrke udsatte mødres rolle som forældre for at forhindre misbrug og vanrøgt gennem brug af lokale lægpersoner.

BAGGRUND

Hjemmebesøg skaber en unik mulighed for at udbygge sundhedspleje i samfundet og støtte udsatte familier på en måde, som sjældent kan udbydes på klinikker (hverken i privat eller offentligt regi). At have en rollemodel i forhold til forældrerollen er vigtig, idet udsatte mødre ofte ikke selv har erfaring med hensigtsmæssig opdragelse.

EFFEKT

Efter endt indsats ses væsentlige forbedringer på 4 ud af 8 områder: social støtte, selvtillid, fortrolighed med forældrerollen og et kærligt (følelsesfyldt) forhold til barnet.

AKTIVITETER

Lægpersoner hjælper familierne på flere punkter under indsatsen. De besøger familierne hjemme og hjælper specielt moderen med rollen som forælder.

Styrkelse af den sociale støtte bliver udbygget, ved at lægpersonen hjælper moderen med at etablere kontakt til øvrige offentlige servicetilbud, fx sundhedsvæsenet.

Fædrene bliver også tilbudt støtte. Fædrene har specielt brug for støtte lige efter fødslen eller i de tilfælde, hvor mødrene udvikler en depression. Nogle fædre møder kun lægpersonen i begyndelsen og afslutter deres medvirken i indsatsen, når de er trygge ved mødrenes deltagelse i projektet. Fædrene bliver tilbudt at deltage periodevis i gruppemøder, hvis de ikke ønsker individuel hjælp. Gruppemøderne fokuserer på fædrenes følelser i tilknytning til deres nye rolle som forælder, men også i forhold til mødrene og børnene.

Mødrenes selvtillid bliver styrket metorrelationen med en lægperson. Mentoren lærer mødrene generel pleje af børnene, diskuterer spørgsmål omkring børnenes sikkerhed, arbejder med mødrenes genkendelse af børnenes signaler, samt med at respondere hensigtsmæssigt på dem.

Mødrenes fortrolighed med rollen som forældre bliver automatisk styrket, når selvtilliden stiger. Specielt unge mødres selvtillid bliver styrket gennem, at de modnes som mødre. Styrkelse af forholdet mellem mor og barn styrkes ved, at lægpersonen modellerer samspillet med barnet og opfordrer moderen til at deltage. Mødrene begynder at nyde sam-

været med barnet, i takt med at de lærer teknikker mht. at frembringe positiv respons fra barnet.

STUDIETS DELTAGERE

Indsatsen løber over 9 år, hvor der evalueres 1.317 familier med risiko for problemer i forhold til at kunne varetage forældrerollen. Det drejer sig om forældre, der eventuelt selv har været udsat for en problematisk opvækst, er ude i stofmisbrug, er i et voldeligt forhold eller er plagede af depression og/eller selvmordstanker.

Ud af disse 1.317 familier vurderes 1.095 at være i en lavrisikogruppe, mens 220 vurderes til at være i en højrisikogruppe (to bliver ikke vurderet).

STUDIETS DESIGN

I dette studie benyttes før- og eftermåling. Ud af de 220 familier i højrisikogruppen bliver 108 familier rekrutteret til studiet. Gennemsnitslængden af indsatsen er 10 måneder for de familier, der gennemfører før- og eftermålinger.

Lægpersonerne, der er tilknyttet familierne, bliver assisteret af KCCP-tilsynsførende personale for at skræddersy behandlingstilbuddet til den enkelte familie. Hver uge afholdes gruppemøder a 3 timer under supervision af KCCP-personalet. Under supervisionen vurderes hver familie gennem rådgivning fra professionelle børnelæger, sygeplejersker, socialrådgivere og psykologer/psykiatere.

5. APOYO PERSONAL Y FAMILIAR (APF)

STUDIET

Rodrigo, M.J., M.L. Máiquez, A.D. Correac, J.C. Martín & G. Rodríguez (2006): "Outcome Evaluation of a Community Center-Based Program for Mothers at High Psychosocial Risk". *Child Abuse & Neglect*, 30(9), s. 1049-1064.

FORMÅL

Målet er at styrke forholdet til barnet hos udsatte forældre med lav eller ingen uddannelse ved at ændre nuværende handlemønstre til mere hensigtsmæssige mønstre samt ved at styrke forældrene i deres opfattelse af egne kompetencer samt styrke deres selvkontrol.

Behovet for at hjælpe udsatte familier, hvor mødrene har ingen eller en begrænset uddannelse, er stort. Det er veldokumenteret, at forældre med lav indkomst ikke mener, at børn kræver en særlig opdragelse for at udvikle sig hensigtsmæssigt, hvilket med stor risiko kan føre til omsorgssvigt og fejludvikling.

Tidligere forskning peger på, at forældrerollen har stor betydning for børnenes udvikling. Oplevelsen af, hvad det vil sige at være forældre, kan groft opdeles i 4 grupper af teorier:

- "Nurturisme", hvor fysisk vækst er den eneste drivkraft for barnets udvikling
- "Naivisme", hvor barnets udvikling er et resultat af arvelig og miljømæssig påvirkning
- "Environmentalisme", hvor barnets udviklingsmæssige miljø (bestemt af forældrene) er af afgørende betydning for udviklingen
- "Konstruktivisme", hvor barnets udvikling er et resultat af både arvelige/biologiske og miljømæssige påvirkninger formidlet gennem familien og sociale samspil.

Familiernes baggrund er ofte bestemmende for, hvilke teorier de støtter. Familier fra landet eller familier, der er dårligt uddannet, støtter normalt teorierne "nurturisme" og "naivisme", mens forældre fra byen, og som er højtuddannede, normalt støtter "environmentalisme" og "konstruktivisme".

Forældre, der støtter synspunkterne "environmentalisme" og "konstruktivisme", er positive i forhold til børns udvikling, idet de tror på, at de som forældre har en stor indflydelse på barnets udvikling og stor forståelse af barnets udviklings- og følelsesmæssige behov. "Nurturisme" og "naivisme" er begge synspunkter med en negativ tilgang, idet forældrene her mener, de ikke har stor indflydelse på barnets udvikling, og de har en begrænset forståelse for barnets psykologiske behov. Desuden støtter "nurturisme" og "naivisme" i højere grad brugen af negligerende og tvangsmæssige opdragelsesmidler, fx fysisk afstraffelse, verbale trusler, manglende kontrol og tilsyn. "Environmentalisme" og "konstruktivisme" fokuserer på "restriktiv kontrol" (det at sætte grænser, lave regler, brug af forbud) eller "induktiv kontrol" (lytte til og følge andres synspunkter, give forklaringer, fremme forhandlinger). APF-programmet

har til formål at begrænse synspunkterne i "nurturisme" og "naivisme" og fremme synspunkterne i "environmentalisme" og "konstruktivisme".

EFFEKT

APF-programmet viser effekt ved tre forhold: forældrenes generelle holdninger, deres opfattelse af egen handlekraft og børneopdragelsen.

Mødrenes støtte til opdragelsesformerne "nurturisme" og "naivisme" og brugen af negligerende og tvangsmæssige opdragelsesmidler falder efter endt indsats. Fænomenerne handlekraft, indre kontrol, ægteskabelig enighed, rollefordeling og anvendelsen af induktive (erfaringsbaserede) metoder forøges efter endt indsats i forhold til kontrolgruppen.

Om end der bliver observeret flere statistiske ændringer i før- og eftermålingerne end i eftermålingerne mellem kontrolgruppen og indsatsgruppen, er ændringerne generelt de samme i begge tilfælde.

I forhold til børneopdragelse benytter mødrene efter indsatsen i højere grad forklaring i forhold til opstillede regler og begrundelser for disse, og de udviser større selvtillid i forholdet til børnene.

APF-programmet viser sig derfor særligt effektivt i forhold til at ændre mødrenes opfattelse af egne kompetencer i henhold til rollen som forældre, og det viser moderat effekt i forhold til at ændre opfattelsen af børns udvikling og børneopdragelse mere generelt.

AKTIVITETER

Indsatsgruppen deltager i to opstartsmøder for at etablere gruppen og skabe tillid mellem parterne. Det andet opstartsmøde bliver desuden brugt til at udfylde det påbegyndte spørgeskema, som hver deltager skal have udfyldt inden studiets start.

Der afholdes ugentlige gruppemøder. Indholdet i APF-programmet er opdelt i fem moduler, der igen er opdelt i et bestemt antal møder afhængigt af modulets karakter:

- 1. modul (fem møder) omhandler organiseringen af familielivet (familiens måltider, tv, lektier, leg, tidsplan for dagligdags aktiviteter).
- 2. modul (fire møder) fokuserer på, hvorledes forældrene kan håndtere børn med problemer (at være hæmmet/generт, aggressiv adfærd, søvnproblemer og urolig adfærd).
- 3. modul (fire møder) beskæftiger sig med at håndtere forældrerollen i forbindelse med en ændret familiesituation (at blive alenemor, ar-

bejdsløshed, familiemedlemmers afhængighed af alkohol og/eller stoffer, børn med særlige behov).

- 4. modul (fire møder) arbejder med kommunikation og problemløsning (mellem forældrepar, forælder og barn, søskende og venner).
- 5. modul (fire møder) omhandler håndtering af vanskelige situationer (forældre, der er under stress, forældre med psykiske problemer, forældre uden uddannelse, forældre med manglende social støtte).

Til hvert modul udleveres skriftligt materiale om det emne, der behandles på de efterfølgende møder. Brugen af skriftligt materiale er minimeret, da uddannelsesniveauet for mødrene generelt er lavt.

Der benyttes i større grad billedmateriale til bl.a. at skildre hverdagssituationer i familien og repræsentere forskellige synspunkter om modulets emne, der så diskuteres under møderne. Forældrene skal simulere hvert synspunkt og reflektere over konsekvenserne af børnenes adfærd. Derefter opfordres de til at reflektere over deres egne synspunkter i forhold til emnet. Hvert møde afsluttes med en personlig (frivillig) opgave til den kommende uge. Under møderne er det utroligt vigtigt at verbalisere idéer og udveksle erfaringer i gruppen. Disse udvekslinger vil kunne øge forældrenes kompetencer og styrke tilliden til egne evner.

STUDIETS DELTAGERE

340 mødre henvises til studiet af de sociale myndigheder, hvis de har udvist utilstrækkelige forældrekompetencer og lever under psykosociale risikobetingelser. Selvom fædre er velkomne, deltager stort set kun mødre. Der bliver dannet 26 grupper, én i hver kommune. Grupperne har et gennemsnitligt antal på 7,2 og rangerer mellem 5,1 til 9,4. Fælles for deltagerne i indsats og i kontrolgruppe er, at mødrene er midt i 30'erne, er dårligt uddannede, gennemsnitligt har tre børn, og at omkring en tredjedel er enlige, samt at de især bor i landområder.

STUDIETS DESIGN

Studiet benytter et kvasi-eksperimentelt design med før- og eftermåling. Lodtrækning i forhold til gruppefordelingen er ikke mulig, da indsatsgruppen og kontrolgruppen ikke bliver valgt på samme tidspunkt (der er 8 måneders interval). 185 mødre deltager i APF-programmet i mindst 8 måneder. 155 mødre bliver tilknyttet kontrolgruppen. 144 af de 185 mødre fra indsatsgruppen gennemfører indsatsen.

6. PROJECT SAFECARE

STUDIET

Gershater-Molko, R.M., J.R. Lutzker & D. Wesch (2003): "Project SafeCare: Improving Health, Safety, and Parenting Skills in Families Reported for and At-Risk for Child Maltreatment". *Journal of Family Violence*, 18(6), s. 377-386.

FORMÅL

Målet er at styrke forældres rolle i forhold til sundhed, forældrerollen og sikkerhed med fokus på at undgå vanrøgt og mishandling.

BAGGRUND

Antallet af børn, der mishandles eller bliver forsømt, er stigende, og behovet for at hjælpe udsatte forældre er stort. Tidligere studier viser, at en mængde forskellige faktorer er skyld i mishandling og forsømmelse, og der er derfor brug for indsatser, hvor forældrene lærer, hvad det vil sige at være ansvarsbevidste forældre.

EFFEKT

Der ses væsentlige forbedringer på alle tre af de ovenstående områder efter endt indsats.

AKTIVITETER

Project SafeCare er designet som et kort indsatsforløb på ca. 24 uger. De tre færdighedsområder, der undervises i på Project SafeCare, bliver hver indøvet på fem møder. Forældrene trænes på alle områder ved hjælp af instruktion, rollespil, modellering og efterfølgende feedback.

Sundhedstræningen er designet således, at forældrene kan lære at identificere symptomer på sygdom og efterfølgende reagere hensigtsmæssigt på dem ved fx at ringe til lægen eller søge behandling på et hospital. Forældrene lærer teknikker til at undgå sygdom og opretholde et godt helbred. Rollespillene omhandler både hjemmesituationer, opkald til lægen og besøg på hospitalets venteværelse.

Efter at have læst en case opfordres forældrene til at identificere eventuelle symptomer på sygdom og handle efter dem. Forældrene får en tjekliste, der skal hjælpe dem med at få større viden om børns generelle

sundhed. Tjeklisten skal hjælpe og støtte forældrene i at handle og i at behandle barnet korrekt ved sygdom.

Sikkerhedstræningen er udformet med henblik på at lære forældrene at opdage fare i hjemmet og efterfølgende sikre børnenes sikkerhed. Forældrene skal her vurdere de farer, der kan være i forskellige rum i deres hjem. Forældrene udstyres desuden med låse til skabe og skuffer og overtræk til elektriske kontakter, således at de kan sikre mod eventuelle farlige situationer. Familierne ser også videooptagelser af forskellige rum, hvor der i videoen identificeres farer og sikres imod dem med fokus på, at forældrene skal kunne gøre det samme hjemme hos sig selv.

Træningen af en god og positiv relation mellem forældre og barn foregår på to måder, afhængigt af barnets alder. Hvis barnet er 9 måneder eller yngre, modtager forældrene én form for forældre-barn-relationstræning (PII), mens forældre med børn fra 9 måneder til og med 5 år modtager en anden form for forældre-barn-relationstræning (PCI). Begge træningsprogrammer er udformet med henblik på at styrke relationen mellem forældre og barn, men de er tilpasset barnets alderstrin. Forældrene bliver trænet i at være sammen med deres barn på en passende måde ved at lære at benytte et positivt toneleje, berøre følsomt og holde øjenkontakt.

Forældrene ser illustrationer af forskellige aktiviteter, der kan inspirere til, hvordan de kan beskæftige sig med deres barn. Ydermere pålægges forældrene ved hver træningssession opgaver, der skal være med til at styrke den positive relation.

STUDIETS DELTAGERE

266 familier, der er i risiko for at mishandle deres børn, eller familier, der allerede har en historik i forhold til at mishandle, bliver henvist til studiet, hvoraf mange ikke gennemfører hele indsatsen. Familierne bliver henvist både fra socialforvaltning og et hospital.

STUDIETS DESIGN

Studiet anvender før- og eftermåling. 80 familier gennemfører sundhedstræningen, 52 af de 80 familier gennemfører sikkerhedstræningen, 41 af disse 52 familier gennemfører træningen af en god og positiv relation mellem forældre og barn.

7. HEALTHY START PROGRAM (HSP)

STUDIET

Duggan, A., L. Fuddy, L. Burrell, S.M. Higman, E. McFarlane, A. Windham & C. Sia (2003): "Randomized Trial of a Statewide Home Visiting Program to Prevent Child Abuse: Impact in Reducing Parental Risk Factors". *Child Abuse & Neglect*, 28(6), s. 623-643.

FORMÅL

Målet er at forbedre familiens relationer og dagligdag for herigennem at styrke barnets sundhed og udvikling og forebygge vanrøgt.

BAGGRUND

Større undersøgelser har empirisk påvist en sammenhæng mellem et belastende miljø (fx fattigdom), uhåndterlig stress og mishandling af børn. Indsatsen, der søger at støtte forældrene i hjemmet, kan mindske risikoen for børnemishandling.

EFFEKT

Overordnet set mindsker indsatsen ikke risikoen for børnemishandling. Den dårlige helbredstilstand reduceres over tid i både indsatsgruppen og kontrolgruppen. Der ses ingen væsentlige forbedringer i niveauet af fødselsdepression eller stress. Der ses en mindre forbedring over tid i forhold til mødrenes mentale helbred og volden i hjemmet. Ved kun at fokusere på de HSP-familier, som modtager en bred vifte af servicetilbud, findes en væsentlig begrænsning i mødrenes alkoholmisbrug i forhold til kontrolgruppen.

AKTIVITETER

HSP-programmet består af to dele:

- En populationsbaseret screening og vurdering af familierne for at undersøge risikoen for børnemishandling
- En langsigtet intensiv hjemmebesøgsordning til de udsatte familier i de første 3-5 år af barnets liv.

HSP-programmet kræver, at den medarbejder, der foretager hjemmebesøgene, præsenterer en bred vifte af servicetilbud. Overordnet set skal

der skabes et tillidsfuldt forhold til forældrene ved bl.a. at hjælpe familierne med at magte/overkomme eksisterende krisesituationer. Medarbejderen skal modellere, hvorledes der kan problemløses, og hjælpe familierne med at komme i kontakt med offentlige tilbud, herunder tilbud rettet mod vold i familien, stofmisbrug og dårligt helbred.

Hjemmebesøgene skal gennemføres i forbindelse med en støtteplan (IFSP), hvori man nedskriver mål for familien, samt hvad familierne skal gøre for at opnå disse. Støtteplanen udarbejdes i samarbejde med familien inden for de første 45 dage i indsatsen. Medarbejderen, der udfører hjemmebesøgene, og familien skal hver sjette måned lave en opfølgning på støtteplanen.

STUDIETS DELTAGERE

643 familier deltager i studiet. Dårligt mentalt helbred blandt mødre, misbrug og vold i familien er almindeligt blandt deltagerne. De fleste mødre er på arbejdsmarkedet.

STUDIETS DESIGN

Studiet er et lodtrækningsforsøg, og familierne bliver ved lodtrækning opdelt i en HSP-gruppe og en kontrolgruppe. Mødrene fra både indsatsgruppen og kontrolgruppen bliver interviewet en gang om året for at måle graden af den mentale sundhed, stofmisbruget og volden fra en eventuel partner.

8. HEALTHY FAMILIES ALASKA (HFAK)

STUDIET

Caldera, D., L. Burell, K. Rodriguez, S.S. Crowne, C. Rohde & A. Duggan (2007): "Impact of a Statewide Home Visiting Program on Parenting and on Child Health and Development". *Child Abuse & Neglect*, 31(8), s. 829-852.

FORMÅL

Målet er at fremme børns sundhed og udvikling samt øge viden om, kendskab til og opførsel i forhold til egne børn hos mødre (eller deres partnere) med fx ringe mentalt helbred eller stofmisbrug.

BAGGRUND

Hjemmebesøg er en udbredt strategi i forhold til at undgå misbrug og vanrøgt, og tidligere studier påviser stor effekt ved brug af hjemmebesøg til udsatte familier.

EFFEKT

Mødrene fra indsatsgruppen præsterer bedre som selvstændige gennemslagskraftige mødre, er bedre til at skabe et godt hjemmemiljø som fundament for børnenes læring og benytter sig desuden mere af øvrige centerbaserede servicetilbud end mødrene fra kontrolgruppen.

Overordnet findes ingen væsentlig effekt i forhold til børnenes sundhed, men børnene fra indsatsgruppen har bedre udviklings- og adfærdsmæssige resultater.

Efter 2 år benytter mødrene fra indsatsgruppen i mindre grad fysisk disciplinering i forhold til børneopdragelse end mødrene i kontrolgruppen.

AKTIVITETER

Indsatsgruppen modtager HFAK-programmet, der er udformet som udviklingsvejledning, træning og teknisk hjælp.

På baggrund af dette bliver familiernes journaler hver sjette måned ajourført ud fra familiens egne rapporteringer eller observationer lavet af medarbejderen tilknyttet hjemmebesøgene. Der er fokus på stofmisbrug, vold i hjemmet, dårligt mentalt helbred og social isolation.

STUDIETS DELTAGERE

325 familier deltager i studiet. Deltagerne er repræsentative for deltagere i indsatsen HFAK generelt. Dårligt mentalt helbred blandt mødre, misbrug og vold i familien er almindeligt blandt familierne.

STUDIETS DESIGN

Studiet gennemføres som lodtrækningsforsøg. Familierne bliver ved lodtrækning opdelt i en indsatsgruppe (HFAK-programmet) og en kontrolgruppe. Der gennemføres opfølgende målinger på indsatsen, når barnet er 2 år. Omkring halvdelen af indsatsfamilierne er stadig tilknyttet forløbet, når barnet bliver 12 måneder, og omkring en tredjedel er stadig tilknyttet, når barnet bliver 24 måneder.

9. SING AND GROW (SG)

STUDIET

Nicholson, J.M., D. Berthelsen, V. Abad, K. Williams & J. Bradley (2008): "Impact of Music Therapy to Promote Positive Parenting and Child Development". *Journal of Health Psychology*, 13(2), s. 226-238.

FORMÅL

Sing and Grow (SG) er en kortvarig tidlig indsats struktureret omkring musikalske aktiviteter, der anvendes til at fremme positive forældre-barn-relationer og børns adfærdsmæssige, kommunikative og sociale udvikling.

BAGGRUND

Musikterapeutiske indsatser har den fordel, at de sikrer et miljø, hvor muligheden for at træne den positive forældrerolle stilles til rådighed på en fornøjelig og uhøjtidelig måde. Ved gruppemøderne øges muligheden for både at kæde familierne sammen og bruge hinanden på tværs og knytte familierne til øvrige servicetilbud.

EFFEKT

Baseret på terapeutens observationer findes der over tid signifikante forbedringer for forældre-barn-adfærd. Baseret på forældrenes egne vurderinger sker der over tid forbedringer i forhold til forældreirritabilitet, læringsaktiviteter i hjemmet, forældres psykiske sundhed og barnets kommunikative og sociale kompetencer.

AKTIVITETER

I programmet Sing and Grow (SG) planlægger terapeuten musikalske aktiviteter, der understøtter bestemt forældreadfærd, forældrekompetencer og selvtillid gennem brug af ikke-didaktiske adfærdsstrategier som fx demonstration, træning, tilbagemelding og ros. Den type af forældreadfærd, som der er fokus på, er associeret med børns udviklingskompetencer og forældre-barn-tilknytning, herunder forældres udtryk i form af kærtegn, fysiske berøringer, ros, tilstrækkelig instruktion og udvikling af alderssvarende forventninger, forbedring af forældres følelsesmæssige respons over for deres børn og styrkelse af forældrenes selvtillid i forhold til egne forældrekompetencer.

SG er et 10-ugers gruppeforløb, der afholdes af registrerede musikterapeuter for 8-10 forældre-barn-par. Programmet søger at understøtte børns udviklingskompetencer ved at styrke forældrerespons og -kompetencer. Ved at bruge musikalske aktiviteter søger det desuden at styrke børns adfærdsmæssige, sociale og kommunikative kompetencer, som understøtter forældre-barn-kvalitetstid.

Sessioner følger fastlagte planer med faste læringsmål. En session har typisk følgende elementer, som retter sig mod et eller flere udviklingsmål:

- Goddag- og farvelsange, der anerkender det enkelte barn og opfordrer til social respons
- Handle- og bevægelsessange, der giver fin- og grovmotorisk træning
- Instrumentalspil, der giver mere motorisk træning og også fokuserer på at lære at følge simple instruktioner,fx at skifte tur og dele
- Stille musik, der opfordrer til fysisk berøring, tæthed og intimitet mellem forældre og barn.

Gruppeprogrammerne udføres af 17 musikterapeuter, der er uddannede og registrerede musikterapeuter. Musikterapeuterne har fået træning i den terapeutiske metodologi, der anvendes. Herudover kommer fem seniorterapeuter på besøg mindst én gang i hver gruppe for at give supervision, støtte og sikre sammenhæng.

STUDIETS DELTAGERE

Deltagerne henvises af lokale og offentlige socialkontorer, der tilbyder hjælp til familier med små børn. Programmet udføres typisk på det henvisende kontor. Programmet har tre målgrupper: fattige familier (45,9 pct.), unge forældre (typisk under 25 år, 24,3 pct.) samt forældre til et handicappet barn (29,7 pct.). I alt deltog 358 forældre og børn i 37 grupper. Herudover er deltagerne kendetegnet ved, at der er mange enlige (25,3 pct.), en høj andel har ikke gjort ungdomsuddannelse færdig (51,2 pct.), mange er på bistandshjælp (42,8 pct.), mange har oplevet depression (42,8 pct.), og en del har et andet hovedsprog end engelsk (16,4 pct.).

STUDIETS DESIGN

Der anvendes før- og eftermålinger. Data indsamles på de to første og de to sidste sessioner. Herudover indsamles der demografiske data.

10. GIPUZKOA TREATMENT PROGRAM

STUDIET

de Paúl, J. & I. Arruabarrena (2003): "Evaluation of a Treatment Program for Abusive and High-Risk Families in Spain". *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program*, 82(4), s. 413-441.

FORMÅL

Gipuzkoa-behandlingsprogrammet er et multifacetteret behandlingsprogram målrettet familier, der er voldelige og vanrøgter børn. Hovedformålet med behandlingsprogrammet er:

- at sikre børnenes sikkerhed
- at stoppe voldelig og vanrøgtende adfærd
- at imødekomme de basale behov hos børn i familien og deres nærmeste omgivelser
- at opretholde familieenheden intakt
- at gøre familiemiljøet mere velegnet til den rette forældreadfærd ved at mindske vanskelige betingelser som fx social isolation og depression.

EFFEKT

I programmet er der samlet set en høj succesrate for 53,6 pct. af alle familier, mens der ikke er succes for 46,4 pct. af familierne. Der er forskel mellem forskellige typer af familier. I familier med voldelige overgreb er der en rehabiliteringsrate på 75 pct. Samme resultat er der for familier med følelsesmæssige overgreb, dog er der blot otte af disse familier. Højrisikofamilier opnår en rehabiliteringsrate på 85,7 pct. Der er lavere succesrater for familier med vanrøgt og for familier med vanrøgt og vold (38,9 pct. og 26,6 pct.). Deltagelse i forældregrupper giver bedre udfald. Det hænger muligvis sammen med forældrenes evne til at *gøre brug af* indsatsen snarere end selve indsatsens effekt. Deltagelse i forældregruppen er baseret på, at forældrene har motivationen og de basale kompetencer hertil (evne til at lære, deltage regelmæssigt, basale sociale kompetencer). Længden af tidsrummet mellem, at en familie bliver identificeret af de sociale myndigheder, og til den bliver henvist, viser sig afgørende. Jo kortere tid, jo bedre er prognosen for behandling.

Forældre viser signifikante forbedringer i forhold til depressive symptomer og ensomhed. Samtidig er ikke alle disse familier i stand til at give børn tilstrækkelig omsorg.

AKTIVITETER

Hovedtrækkene ved Gipuzkoa-programmet er, at det er familiefokuseret behandling, der finder sted i hjemmet, behandlingslængden er maks. 24 måneder, det er tilgængeligt 24 timer i døgnet, 7 dage om ugen, der er fleksibilitet i, hvilke tilbud der gives, og aktiviteterne koordineres af en specialiseret enhed. Programmet består af vurdering, planlægning, behandling og henvisning til andre tilbud.

Koordinatorernes rolle er at styre og koordinere behandling af hver familie samt at rådgive og give teknisk støtte til hjemmebesøgspersoner, håndtere information om hver enkelt familie og skrive rapporter til CPS – Child Protection Services. Koordinatoren afholder også regelmæssige samtaler med familierne.

Hjemmebesøgspersonen giver støtte og undervisning, virker som rollemodel for forældre og børn og arbejder for bedre integration af familien i lokalsamfundet. Under behandlingen har hjemmebesøgspersonen to ugentlige besøg hos familien, begge omkring 90 minutter. Om nødvendigt kan der være flere besøg. Ved afslutningen af programmet udfases hjemmebesøg langsomt. Hjemmebesøgspersonerne udvælges og trænes, og gruppen omfatter socialarbejdere, psykologer og lærere, der skal have personlighedstræk som ansvarlighed, selvtillid, stabilitet, fleksibilitet og tålmodighed. Koordinatorerne matcher familier med hjemmebesøgspersoner baseret på begges karakteristika. Hjemmebesøgspersoner arbejder ikke mere end 30 timer pr. uge.

Der anvendes både individuel terapi, parterapi og familieterapi. Med de mindste børn anvendes metoden "psicomotricidad". Det er en metode, der arbejder med bl.a. nonverbal kommunikation og udtryk af følelser. I forhold til forældrene bruges ofte ustruktureret understøttende, kompetenceopbyggende, problemfokuseret psykoterapi. Terapien varer ofte mellem 12 og 30 måneder. I nogle tilfælde fortsætter terapien efter afslutning af behandlingsprogrammet.

Der anvendes forældregrupper. Disse grupper giver oplysning om børns udvikling, opdragelse og vredeshåndtering. Hjemmebesøgspersonen understøtter arbejdet i disse grupper. Programmet tilbyder deltagelse i to grupper: Én for forældre med børn yngre end 12 år, der

afholder 15-17 sessioner, og den anden for forældre med teenagebørn med 8-10 sessioner.

STUDIETS DELTAGERE

Familier bliver henvist til programmet ud fra følgende kriterier: vold mod børn, fysisk vanrøgt, psykisk vold, følelsesmæssig vanrøgt, mangel på kontrol af barnets adfærd. Forældre skal acceptere at deltage. Nogle børn er anbragt, og her bliver forældre tilbudt at deltage i behandling som en måde at få børnene hjem på.

I alt deltager 133 familier med 289 børn i perioden 1991-1997. Alderen på de børn, der deltager i programmet, svinger fra nyfødt til 18 år. Omkring 41 pct. af forældrene er enlige, 48,2 pct. er helt eller delvist afhængige af bistandshjælp, langt størstedelen har kun folkeskoleeksamen (81,3 pct. af mødre og 82,4 pct. af fædre). Størstedelen af mødrene er uden arbejde, 63,7 pct., mens 37 pct. af fædrene er uden arbejde, 10,9 pct. står helt uden for arbejdsmarkedet. Store andele rapporterer om ægteskabelige problemer (57,9 pct.), konflikter med familien (70,7 pct.) og om social isolation (60,2 pct.). Der er relativt høje andele med vold i barndommen (mødre 43,1 pct. og fædre 26,7 pct.). En høj andel har været anbragt (mødre 25,2 pct. og fædre 17,6 pct.). Der er høj andel af forældre med alkoholmisbrug (mødre 18,5 pct. og fædre 34,8 pct.).

STUDIETS DESIGN

Der anvendes før- og eftermåling.

11. STEP

STUDIET

Huebner, C.E. (2002): "Evaluation of a Clinic-Based Parent Education Program to Reduce the Risk of Infant and Toddler Maltreatment". *Public Health Nursing,* 19(5), s. 377-389.

FORMÅL

Forældreprogrammet er en sundhedsklinik-baseret indsats for højrisikoforældre til børn fra fødsel til 3 år. Risikofaktorer er fattigdom, mangel på social støtte, mangel på uddannelse, misbrug og vold og vanrøgt i flere generationer. Formålet er at mindske ufølsom og inkonsistent for-

ældreskab ved at give forebyggende rådgivning, støtte og kompetencetræning til forældre, før deres barn lider skade.

EFFEKT

Deltagerne bliver opdelt i tre grupper, en sundhedsafdelingsgruppe, en børneklinikgruppe og en misbrugsbehandlingsgruppe. Navnet refererer til de tre forskellige institutionelle rammer, som programmet udføres i. Den sidste gruppe udgøres af en gruppe kvinder, der også deltager i et misbrugsbehandlingsprogram.

For alle tre grupper gælder, at forældres selvrapporteringer viser, at der er signifikante forbedringer af forældrestress, specielt stress, der stammer fra forældre-barn-interaktionen. Der er mindre forbedringer i kvaliteten af familiemiljø og i forældre-barn-interaktion. Der er forskelle de tre undergrupper imellem. Misbrugsbehandlingsgruppen har en meget lille forbedring af kvalitet af familiemiljø og forældre-barn-interaktion. Det peger på, at miljøet ikke er optimalt for små børns sociale og kognitive udvikling, og måske, at forældre har ringe mulighed for at ændre dette miljø. Der skal derfor rettes særlig opmærksomhed imod behovet hos børn, der er i voksen-orienterede behandlingsprogrammer. I sundhedsafdelingsgruppen og børneklinikgruppen rapporteres om signifikante forbedringer på grund af mindsket stress i forældre-barn-relationen. Mødre i misbrugsbehandlingsgruppen rapporterer om signifikant fald i forældrestress på grund af deres ændrede selvopfattelse som forældre.

AKTIVITETER

Målet er at arbejde med forældre-barn-interaktionsprocesser. Emnerne omfatter den daglige forældrerolle sammen med kompetencer i problemløsning, vredeshåndtering, kommunikation og relation mellem voksne (samlever, familie, venner), samt hvor man kan henvende sig for at få ekstra støtte. Der gives oplysning om børnevækst og udvikling, individuelle forskelle og temperament og om adfærd og adfærdsproblemer. Endelig er der to sessioner med fokus på strukturering af barnets miljø, konsekvenser af forskellige former for disciplin, hvornår time-out kan bruges, og med en debat om fordele og ulemper ved at slå børn. Endelig oplyses der om tilstrækkelig sundhed, sundhedsrettigheder og tilstrækkelig ernæring.

I undervisningen bruges kompetenceopbyggende øvelser, gruppediskussioner, materialer til at tage med hjem og video-illustrationer af succesfuld forældreadfærd.

Forældre, der færdiggør programmet, har omkring 16 timers intensiv interaktion med et interdisciplinært pædiatrisk hold, bestående af en sundhedsplejerske eller pædagog, en socialarbejder og en registreret ernæringsterapeut. Lærerpersonalet har stor erfaring med forældreklasser. Pensummet er baseret på "Systematic Training for Effective Parenting" (STEEP).

STUDIETS DELTAGERE

Der deltager tre "inner-city"-børneklinikker i programmet. Klinikkerne ligger tæt på hinanden og i den fattigste bydel. Der deltager i alt 199 primære omsorgspersoner. Inklusionskriteriet er, at forældre har et barn mellem 1 og 36 måneder. Kendetegnende for deltagerne er, at de er fattige, idet 68,9 pct. er afhængige af bistandshjælp. De har et lavt uddannelsesniveau, gennemsnittet har lavere end gymnasial uddannelse. Endelig er langt de fleste ugifte (88,7 pct.). Forholdsvis få teenageforældre deltager i programmet, og omkring halvdelen har ældre børn. Gennemsnitsalderen for børnene, hvis forældre deltager, er mindre end 1 år, og aldersspændet er fra nyfødt til 36 måneder. Selvom få er gift, melder de fleste (81,5 pct.), at barnet ser sin anden forælder mindst én gang ugentligt. Størstedelen (95 pct.) af deltagerne er kvinder.

Omkring to tredjedele af forældrene melder om barndomserfaringer med vold, psykisk og følelsesmæssigt omsorgssvigt og vanrøgt, mens 60 pct. fortæller om to eller flere typer af vold og vanrøgt. Mange forældre rapporterer stress i deres rolle som forældre, bl.a. ser 14 pct. af forældrene deres barns humør og aktivitetsniveau som en markant stresskilde.

STUDIETS DESIGN

Der anvendes et kvasi-eksperimentelt design. Der er valgt et ikke-randomiseret design, da de deltagende klinikker ikke vil acceptere en evalueringsplan, som forsinker eller tilbageholder støtte til forældre, der har behov. Der er ikke tilgængelige alternative programmer, der kan give en randomiseret kontrolgruppe.

12. SPILSTEAD MODEL (SM)

STUDIET

Gwynne, K., B.A. Blick & G.M. Duffy (2008): "Pilot Evaluation of an Early Intervention Programme for Children at Risk". *Journal of Pediatrics and Child Health*, 45(3), s. 118-124.

FORMÅL

Indsatsen SM er målrettet familier med komplekse forældrerelaterede problemer (psykisk sygdom, misbrug, vold i nære relationer, social isolation) samt til førskolebørn, der har sociale, følelsesmæssige og udviklingsmæssige forstyrrelser. Det er en integreret indsats, der både har til formål at forbedre børnenes sundhed, uddannelse og trivsel.

BAGGRUND

Børn fra sårbare familier, hvor der er flere risikofaktorer til stede, er i risiko for at udvikle opmærksomhedsforstyrrelser samt sprog-, lærings- og adfærdsproblemer på grund af dårlig tilknytning og stimulering i de første 5 år.

EFFEKT

Resultaterne viser, at indsatsen er effektfuld for både forældre og børn. Der er signifikante forbedringer i forældre-barn-interaktion, reduceret forældrestress, forbedret forældretilfredshed, -selvtillid og -kapacitet, og der er forbedrede familieinteraktioner og forbedret børnetrivsel. Herudover viser undersøgelsen, at 71 pct. af børnene har udviklingsmæssige forsinkelser før indsatsen, men efter indsatsen er inden for normalområdet. Endelig viser undersøgelsen, at 41 pct. af de børn, der er under gennemsnittet for sprogudvikling før indsatsen, er inden for normalområdet efter indsatsen.

AKTIVITETER

Indsatsen er integreret og kombinerer et fokus på både barnets udvikling og indlæring med et fokus på forældre-barn-interaktioner og relationer i familien. Hovedelementerne i indsatsen er:

- Familiestøtte, der tildeles af en familierådgiver, der koordinerer indsatsen for familien

- Tildeling af børnespecialist, der kan vurdere det enkelte barns behov
- Hjemmebesøg
- Indsats i forhold til forældre-barn-interaktion
- Centerbaseret tidlig indsats.

Forældre modtager individuel rådgivning og deltager i et særligt far-program, der søger at optimere fædrenes involvering. De mest sårbare familier får tilbudt ugentligt besøg af en uddannet støtteperson.

Børn under 2 år modtager ugentligt besøg af en børnespecialist samt ugentligt besøg i støttet legegruppe. Børn mellem 2 og 6 år er indskrevet i en særlig børnehave 2 dage ugentligt med fem børn pr. pædagog/lærer. Børnehaven har et pædagogisk program med fokus på at understøtte positiv tilknytning samt et fagligt program med fokus på læsning. Herudover er der mulighed for konsultation hos børnepsykiater.

STUDIETS DELTAGERE

I alt 23 familier deltager i indsatsen 2005-2006, og de bliver henvist på grund af forhold hos forældre og på grund af udviklingsforstyrrelser hos børnene af børnespecialister inden for sundhedsområdet og børneområdet. Der gives tilsagn om deltagelse fra familier, der alle udelukkende deltager i alle 12 måneder. Der deltager 42 børn, hvoraf 39 er yngre end 5 år, og 23 er yngre end 3 år. Der deltager seks familier med CALD-baggrund (Culturally and Linguistically Diverse), og to familier har aboriginer-baggrund eller en baggrund fra Torres Strait Islands.

STUDIETS DESIGN

Der anvendes før- og eftermåling med en række psykologiske måleinstrumenter af, hvordan forældre, børn og familien som helhed fungerer.

BILAG A: STUDIER MEDTAGET I FORSKNINGSOVERSIGTEN

MISBRUG

Altshuler, S.J. (2005): "Drug-Endangered Children Need a Collaborative Community Response". *Child Welfare*, 84(2), s. 171-190.

Best, D., J. Segal & E. Day (2009): "Changing Patterns of Heroin and Crack Use during Pregnancy and Beyond". *Journal of Substance Use*, 14(2), s. 124-132.

Bono, K.E. (2005): "Early Intervention with Children Prenatally Exposed to Cocaine: Expansion with Multiple Cohorts". *Journal of Early Intervention*, 27(4), s. 268-284.

Brook, J. & T.P. McDonald (2007): "Evaluating the Effects of Comprehensive Substance Abuse Intervention on Successful Reunification". *Research on Social Work Practice*, 17(6), s. 664-673.

Caldwell, K., S. Homan & L. Flick (2004): "Developmental Outcomes of Children of Homeless Substance-Abusing Mothers". *Journal of Social Distress & the Homeless*, 12(3), s. 153-172.

Clark, H.W. (2001): "Residential Substance Abuse Treatment for Pregnant and Postpartum Women and their Children: Treatment and Policy Implications". *Child Welfare*, 80(2), s. 179-198.

Conners, N.A., R.H. Bradley, L. Whiteside-Mansell & C.C. Crone (2001): "A Comprehensive Substance Abuse Treatment Program for Women and their Children: An Initial Evaluation". *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21(2), s. 67-75.

Eisen, M., J.K. Smith, J. Dampeer & S. Sambrano (2000): ”Evaluation of Substance Use Outcomes in Demonstration Projects for Pregnant and Postpartum Women and their Infants: Findings from a Quasi-Experiment”. *Addictive Behaviors*, 25(1), s. 123-129.

Fischer, G., R. Ortner, K. Rohrmeister, R. Jagsch, A. Baewert, M. Langer & H. Aschauer (2006): ”Methadone versus Buprenorphine in Pregnant Addicts: a Double-Blind, Double-Dummy Comparison Study”. *Addiction*, 101(2), s. 275-281.

Grant, T.M., C.C. Ernst, A. Streissguth & K. Stark (2005): ”Preventing Alcohol and Drug Exposed Births in Washington State: Intervention Findings from Three Parent-Child Assistance Program Sites”. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 31(3), s. 471-490.

Keen, J., P. Oliver, G. Rowse & N. Mathers (2000): ”Keeping Families of Heroin Addicts together: Results of 13 Months’ Intake for Community Detoxification and Rehabilitation at a Family Centre for Drug Users”. *Family Practice*, 17(6), s. 484-489.

Kilbride, H.W., C.A. Castor & K.L. Fuger (2006): ”School-Age Outcome of Children with Prenatal Cocaine Exposure Following Early Case Management”. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 27(3), s. 181-187.

Luthar, S.S. (2007): ”Relational Psychotherapy Mothers’ Group: A Randomized Clinical Trial for Substance Abusing Mothers”. *Development and Psychopathology*, 19(1), s. 243-261.

Metsch, L.R., H.P. Wolfe, R. Fewell, C.B. McCoy, W.N. Elwood, B. Wohler-Torres, P. Petersen-Baston & H.V. Haskins (2001): ”Treating Substance-Using Women and their Children in Public Housing: Preliminary Evaluation Findings”. *Child Welfare*, 80(2), s. 199-220.

Niccols, A. & W. Sword (2005): ”New Choices for Substance-Using Mothers and Their Children: Preliminary Evaluation.” *Journal of Substance Use*, 10(4), s. 239-251.

Ryan, J.P., S. Choi, J.S. Hong, P. Hernandez & C.R. Larrison (2008): ”Recovery Coaches and Substance Exposed Births: An Experiment in Child Welfare”. *Child Abuse & Neglect*, 32(11), s. 1072-1079.

Schuler, M.E., P. Nair & M.M. Black (2002): ”Ongoing Maternal Drug Use, Parenting Attitudes, and a Home Intervention: Effects on

Mother-Child Interaction at 18 Months". *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 23(2), s. 87-94.

Schuler, M.E., P. Nair, M.M. Black & L. Kettinger (2000): "Mother-Infant Interaction: Effects of a Home Intervention and Ongoing Maternal Drug Use". *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(3), s. 424-431.

Simons, L. (2008): "Characteristics of Drug-Abusing Women with Children in Residential Treatment: A Preliminary Evaluation of Program Retention and Treatment Completion". *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 7(2), s. 165-187.

VANRØGT

Ethier, L.S., G. Couture, C. Lacharite & J.P. Gagnier (2000): "Impact of a Multidimensional Intervention Programme Applied to Families at Risk for Child Neglect". *Child Abuse Review*, 9(1), s. 19-36.

Farber, M.L.Z. (2009): "Parent Mentoring and Child Anticipatory Guidance with Latino and African American Families". *Health & Social Work*, 34(3), s. 179-189.

Girvin, H., D. DePanfilis & C. Daining (2007): "Predicting Program Completion Among Families Enrolled in a Child Neglect Preventive Intervention". *Research on Social Work Practice*, 17(6), s. 674-685.

Heinrichs, N. (2006): "The Effects of Two Different Incentives on Recruitment Rates of Families into a Prevention Program". *The Journal of Primary Prevention*, 27(4), s. 345-365.

Hughes, J.R & N.L. Gottlieb (2004): "The Effects of the Webster-Stratton Parenting Program on Maltreating Families: Fostering Strengths". *Child Abuse & Neglect*, 28(10), s. 1081-1097.

VOLD

Blodgett, C., K. Behan, M. Erp, R. Harrington & K. Souers (2008): "Crisis Intervention for Children and Caregivers Exposed to Intimate Partner Violence." *Best Practices in Mental Health: An International Journal*, 4(1), s. 74-91.

Cohen, J.A., A.P. Mannarino, L.K. Murray & R. Igelman (2006): "Psychosocial Interventions for Maltreated and Violence-Exposed Children". *Journal of Social Issues*, 62(4), s. 737-766.

Crusto, C.A., D.I. Lowell, B. Paulicin, J. Reynolds, R. Feinn, S.R. Friedman & J.S. Kaufman (2008): "Evaluation of a Wraparound Process for Children Exposed to Family Violence". *Best Practices in Mental Health: An International Journal*, 4(1), s. 1-18.

Harder, J. (2005): "Prevention of Child Abuse and Neglect: An Evaluation of a Home Visitation Parent Aide Program Using Recidivism Data". *Research on Social Work Practice*, 15(4), s. 246-256.

PSYKISK SYGDOM

Bosquet, M. & B. Egeland (2001): "Associations Among Maternal Depressive Symptomatology, State of Mind and Parent and Child Behaviors: Implications for Attachment-Based Intervention". *Attachment & Human Development*, 3(2), s. 173-199.

Cheng, S., N. Kondo, Y. Aoki, Y. Kitamura, Y. Takeda & Z. Yamagata (2007): "The Effectiveness of Early Intervention and the Factors Related to Child Behavioral Problems at Age 2: A Randomized Controlled Trial". *Early Human Development*, 83(10), s. 683-691.

Cichetti, D., F.A. Rogosh & S.L. Toth (2000): "The Efficacy of Toddler-Parent Psychotherapy for Fostering Cognitive Development in Offspring". *Child and Adolescent Psychopathology*, 28(2), s. 135-148.

Clark, R., A. Tluczek & R. Brown (2008): "A Mother-Infant Therapy Group Model for Postpartum Depression". *Infant Mental Health Journal*, 29(5), s. 514-536.

Clark, R., A. Tluczek & A. Wensel (2003): "Psychotherapy for Postpartum Depression: A Preliminary Report". *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(4), s. 441-454.

van Doesum, K.T., J.M. Riksen-Walraven, C.M. Hosman & C. Hoefnagels (2008): "A Randomized Controlled Trial of a Home-Visiting Intervention Aimed at Preventing Relationship Problems in Depressed Mothers and their Infants". *Child Development*, 79(3), s. 547-561.

Murray, L., P.J. Cooper, A. Wilson & H. Romauik (2003): "Controlled Trial of the Short- and Long-Term Effect of Psychological Treatment of Post-Partum Depression. 2. Impact on the Mother-Child Relationship and Child Outcome". *British Journal of Psychiatry*, 182(5), s. 420-427.

Onozawa, K., V. Glover, D. Adams, R. Moodi & C. Kumar (2001): "Infant Massage Improves Mother-Infant Interaction for Mothers

with Postnatal Depression". *Journal of Affective Disorders*, 63(1-3), s. 201-207.

Peden, A.R., M.K. Rayers, L.A. Hall & E. Grant (2005): "Testing an Intervention to Reduce Negative Thinking, Depressive Symptoms, and Chronic Stressors in Low-Income Single Mothers". *Journal of Nursing Scholarship*, 37(3), s. 268-274.

Robinson, J.L. & R.N. Emde (2004): "Mental Health Moderators of Early Head Start on Parenting and Child Development: Maternal Depression and Relationship Attitudes". *Parenting: Science and Practice*, 4(1), s. 73-97.

Toth, S.L., F. Rogosch, J. Todd Manley & D. Cicchetti (2006): "The Efficacy of Toddler-Parent Psychotherapy to Reorganize Attachment in the Young Offspring of Mothers with Major Depressive Disorder: A Randomized Preventive Trial". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), s. 1006-1016.

MENTAL RETARDERING

Feldman, M.A., B. Sparks & L. Case (2004): "Effectiveness of Home-Based Intervention on the Language Development of Children of Mothers with Mental Retardation". I: Feldman, M.A (red.): *Early Intervention: The Essential Readings*. Oxford: Blackwell Publishers, s. 186-211.

Llewellyn, G., D. McConnell, A. Honey, R. Mayes & D. Russo (2003): "Promoting Health and Home Safety for Children of Parents with Intellectual Disability: A Randomized Controlled Trial". *Research in Developmental Disabilities*, 24(6), s. 405-431.

TIDLIGT FORÆLDRESKAB

Amin, R., D.C. Browne, J. Ahmed & T. Sato (2006): "A Study of an Alternative School for Pregnant and/or Parenting Teens: Quantitative and Qualitative Evidence". *Child & Adolescent Social Work Journal*, 23(2), s. 172-195.

Corcoran, J. & V.K. Pillai (2007): "Effectiveness of Secondary Pregnancy Prevention Programs: A Meta-Analysis". *Research on Social Work Practice,* 17(1), s. 5-18.

Edwards, A. & C. Allen (2008): "Values Clarification Used as Intervention for Urban, Delinquent, Pregnant Adolescents and Young

Mothers". *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 18(1), s. 1-14.

Fagan, J. (2008): "Randomized Study of a Pre-Birth Co-Parenting Intervention with Adolescent and Young Fathers". *Family Relations*, 57(3), s. 309-322.

Key, J.D., M.G. Gebregziabher, L.D. Marsh & K.M. O'Rourke (2008): "Family Intervention Effects on Co-Occurring Early Childhood Behavioral and Emotional Problems: A Latent Transition Analysis Approach". *Journal of Abnormal Child Psychology: An Official Publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology*, 36(8), s. 1211-1225.

Mayers, H.A., M. Hager-Budny & E.B. Buckner (2008): "The Chances for Children Teen Parent-Infant Project: Results of a Pilot Intervention for Teen Mothers and their Infants in Inner City High Schools". *Infant Mental Health Journal*, 29(4), s. 320-342.

McDonald, L., T. Conrad, A. Fairtlough, J. Fletcher, L. Green, L. Moore & B. Lepps (2009): "An Evaluation of a Group Work Intervention for Teenage Mothers and Their Families". *Child & Family Social Work*, 14(1), s. 45-57.

McGowan, M.W., L.E. Smith, C.W. Noria, C. Culpepper, J. Langhinrichsen-Rohling, J.G. Borkowski & L.A. Turner (2008): "Intervening with At-Risk Mothers: Supporting Infant Language Development". *Child & Adolescent Social Work Journal*, 25(4), s. 245-254.

Moran, G., D.R. Pederson & A. Krupka (2005): "Maternal Unresolved Attachment Status Impedes the Effectiveness of Intervention With Adolescent Mothers". *Infant Mental Health Journal*, 26(3), s. 231-249.

Rosman, E.A. & H. Yoshikawa (2001): "Effects of Welfare Reform on Children of Adolescent Mothers: Moderation by Maternal Depression, Father Involvement, and Grandmother Involvement". *Women & Health*, 32(3), s. 253-290.

Stevens-Simon, C.D. Nelligan & L. Kelly (2001): "Adolescents at Risk for Mistreating their Children Part II: A Home- and Clinic-Based Prevention Program". *Child Abuse & Neglect*, 25(6), s. 753-769.

Abad, V. & K.E. Williams (2007): "Early Intervention Music Therapy: Reporting on a 3-Year Project to Address Needs with At-Risk Families." *Music Therapy Perspectives*, 25(1), s. 52-58.

Armstrong, K.L., J.A. Fraser, M.A. Dadds & J. Morris (2000): "Promoting Secure Attachment, Maternal Mood and Child Health in a Vulnerable Population: A Randomized Controlled Trial". *Journal of Pediatrics & Child Health*, 36(6), s. 555-562.

Caldera, D., L. Burell, K. Rodriguez, S.S. Crowne, C. Rohde & A. Duggan (2007): "Impact of a Statewide Home Visiting Program on Parenting and on Child Health and Development". *Child Abuse & Neglect*, 31(8), s. 829-852.

Cicchetti, D., F.A. Rogosch & S.L. Toth (2006): "Fostering Secure Attachment in Infants in Maltreating Families through Preventive Interventions". *Development and Psychopathology*, 18(3), s. 623-649.

Claussen, A.H., K.G. Scott, P.C. Mundy & L. Katz (2004): "Effects of Three Levels of Early Interventions Services on Children Prenatally Exposed to Cocaine". *Journal of Early Intervention*, 26(3), s. 204-220.

Connell, A., B.M. Bullock, T.J. Dishion, D. Shaw & M. Wilson (2008): "Family Interventions Effects on Co-Occurring Early Childhood Behavioral and Emotional Problems: A Latent Transition Analysis Approach". *Journal of Abnormal Child Psychology: An Official Publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology*, 36(8), s. 1211-1225.

Constantino, J.N., N. Hashemi, E. Solis, T. Alon, S. Haley, S. McClure, N. Nordlicht, M.A. Constantino, J. Elmen & V.K. Carlson (2001): "Supplementation of Urban Home Visitation with a Series of Group Meetings for Parents and Infants: Results of a "Real-World" Randomized, Controlled Trial". *Child Abuse & Neglect*, 25(12), s. 1571-1581.

Dubowitz, H., S. Feigelman, W. Lane & J. Kim (2009): "Pediatric Primary Care to Help Prevent Child Maltreatment: The Safe Environment for Every Kid (SEEK) Model". *Child Care, Health & Development*, 35(4), s. 588-589.

Duggan, A., D. Caldera, K. Rodriguez, K. Burrell, C. Rohde & S.S. Crowne (2007): "Impact of a Statewide Home Visiting Program

to Prevent Child Abuse". *Child Abuse & Neglect*, 31(8), s. 801-827.

Duggan, A., L. Fuddy, L. Burrell, S.M. Higman, E. McFarlane, A. Windham & C. Sia (2003): "Randomized Trial of a Statewide Home Visiting Program to Prevent Child Abuse: Impact in Reducing Parental Risk Factors". *Child Abuse & Neglect*, 28(6), s. 623-643.

Duggan, A, E. McFarlane, L. Fuddy, L. Burrell, S.M. Higman, A. Windham & C. Sia (2004): "Randomized Trial of a Statewide Home Visiting Program: Impact in Preventing Child Abuse and Neglect". *Child Abuse & Neglect*, 28(6), s. 597-622.

DuMont, K., S. Mitchell-Herzfeld, R. Greene, E. Lee, A. Lowenfelds, M. Rodriguez & V. Dorabawila (2008): "Healthy Families New York (HFNY) Randomized Trial: Effects on Early Child Abuse and Neglect". *Child Abuse & Neglect*, 32(3), s. 295-315.

Fraser, J.A., K.L. Armstrong, J.P. Morris & M.R. Dadds (2000): "Home Visiting Intervention for Vulnerable Families with Newborns: Follow-Up Results of a Randomized Controlled Trial." *Child Abuse & Neglect*, 24(11), s. 1399-1429.

Garg, A., A.M. Butz, P.H. Dworkin, R.A. Lewis & R.E. Thompson (2007): "Improving the Management of Family Psychosocial Problems at Low-Income Children's Well-Child Care Visits: The WE CARE Project". *Pediatrics*, 120(3), s. 547-558.

Gershater-Molko, R.M., J.R. Lutzker & D. Wesch (2003): "Project SafeCare: Improving Health, Safety, and Parenting Skills in Families Reported for and At-Risk for Child Maltreatment". *Journal of Family Violence*, 18(6), s. 377-386.

Gray, J., P. Spurway & M. McClatchey (2001): "Lay Therapy Intervention with Families at Risk for Parenting Difficulties: The Kempe Community Caring Program". *Child Abuse & Neglect*, 25(5), s. 641-655.

Gwynne, K., B.A. Blick & G.M. Duffy (2008): "Pilot Evaluation of an Early Intervention Programme for Children at Risk". *Journal of Pediatrics and Child Health*, 45(3), s. 118-124.

Harnett, P.H. & S. Dawe (2008): "Reducing Child Abuse Potential in Families Identified by Social Services: Implications for Assessment and Treatment". *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 8(3), s. 226-235.

Huebner, C.E. (2002): ”Evaluation of a Clinic-Based Parent Education Program to Reduce the Risk of Infant and Toddler Maltreatment”. *Public Health Nursing*, 19(5), s. 377-389.

Krysik, J. & C.W. Lecroy (2007): ”The Evaluation of Healthy Families Arizona: A Multisite Home Visitation Program”. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 34(1-2), s. 109-127.

Lunkenheimer, E.S., D.S. Shaw, F. Gardner, T.J. Dishion, A.M. Connel & M.N. Wilson (2008): ”Mother-Infant Group Psychotherapy as an Intensive Treatment in Early Interaction Among Mothers with Substance Abuse Problems”. *Journal of Child Psychotherapy*, 33(2), s. 202-220.

Nair, P., M.E. Schuler, M.M. Black, L. Kettinger & D. Harrington (2003): ”Cumulative Environmental Risk in Substance Abusing Women: Early Intervention, Parenting Stress, Child Abuse Potential and Child Development”. *Child Abuse &* Neglect, 27(9), s. 997-1017.

Nicholson, B., M. Anderson, R. Fox. & V. Brenner (2002): ”One Family at a Time: A Prevention Program for At-Risk Parents”. *Journal of Counseling & Development*, 80(3), s. 362-371.

Nicholson, J.M., D. Berthelsen, V. Abad, K. Williams & J. Bradley (2008): ”Impact of Music Therapy to Promote Positive Parenting and Child Development”. *Journal of Health Psychology*, 13(2), s. 226-238.

Osofsky, J.D., M. Kronenberg, J.H. Hammer, J.C. Lederman, L. Katz, S. Adams, M. Graham & A. Hogan (2007): ”The Development and Evaluation of the Intervention Model for the Florida Infant Mental Health Pilot Program”. *Infant Mental Health Journal*, 28(3), s. 259-280.

de Paúl, J. & I. Arruabarrena (2003): ”Evaluation of a Treatment Program for Abusive and High-Risk Families in Spain”. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program*, 82(4), s. 413-441.

Reading, R. (2007): ”Role of Home Visiting in Improving Parenting and Health in Families at Risk of Abuse and Neglect: Results of a Multicentre Randomized Controlled Trial and Economic Evaluation”. *Child Care, Health & Development*, 33(4), s. 505.

Rodrigo, M.J., M.L. Máiquez, A.D. Correac, J.C. Martín & G. Rodríguez (2006): ”Outcome Evaluation of a Community Center-Based

Program for Mothers at High Psychosocial Risk". *Child Abuse & Neglect*, 30(9), s. 1049-1064.

Schewe, P.A. (2008): "Direct Service Recommendations for Children and Caregivers Exposed to Community and Domestic Violence". *Best Practices in Mental Health: An International Journal*, 4(1), s. 31-47.

BILAG B: STUDIER, DER IKKE ER LAVET NARRATIVT RESUMÉ AF

I dette bilag er en oversigt over studier, der ikke er lavet narrativt resumé over, fordi studiet er udført med befolkningsgrupper, som eksempelvis afro-amerikanere eller hispanics, der har problembilleder, der ligger langt fra de problembilleder, der kendes i Danmark, eller fordi den konkrete indsats er mangelfuldt beskrevet i studiet.

MISBRUG

Altshuler, S.J. (2005): "Drug-Endangered Children Need a Collaborative Community Response". *Child Welfare*, 84(2), s. 171-190.

Best, D., J. Segal & E. Day (2009): "Changing Patterns of Heroin and Crack Use during Pregnancy and Beyond". *Journal of Substance Use*, 14(2), s. 124-132.

Bono, K.E. (2005): "Early Intervention with Children Prenatally Exposed to Cocaine: Expansion with Multiple Cohorts". *Journal of Early Intervention*, 27(4), s. 268-284.

Caldwell, K., S. Homan & L. Flick (2004): "Developmental Outcomes of Children of Homeless Substance-Abusing Mothers". *Journal of Social Distress & the Homeless*, 12(3), s. 153-172.

Clark, H.W. (2001): "Residential Substance Abuse Treatment for Pregnant and Postpartum Women and their Children: Treatment and Policy Implications". *Child Welfare*, 80(2), s. 179-198.

Conners, N.A., R.H. Bradley, L. Whiteside-Mansell & C.C. Crone (2001): "A Comprehensive Substance Abuse Treatment Program for Women and their Children: An Initial Evaluation". *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21(2), s. 67-75.

Kilbride H.W., C.A. Castor & K.L. Fuger (2006): "School-Age Outcome of Children with Prenatal Cocaine Exposure Following Early Case Management". *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 27(3), s. 181-187.

Luthar, S.S. (2007): "Relational Psychotherapy Mothers' Group: A Randomized Clinical Trial for Substance Abusing Mothers". *Development and Psychopathology*, 19(1), s. 243-261.

Ryan, J.P., S. Choi, J.S. Hong, P. Hernandez & C.R. Larrison (2008): "Recovery Coaches and Substance Exposed Births: An Experiment in Child Welfare". *Child Abuse & Neglect*, 32(11), s. 1072-1079.

Schuler, M.E., P. Nair & M.M. Black (2002): "Ongoing Maternal Drug Use, Parenting Attitudes, and a Home Intervention: Effects on Mother-Child Interaction at 18 Months". *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 23(2), s. 87-94.

Schuler, M.E., P. Nair, M.M. Black & L. Kettinger (2000): "Mother-Infant Interaction: Effects of a Home Intervention and Ongoing Maternal Drug Use". *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(3), s. 424-431.

Simons, L. (2008): "Characteristics of Drug-Abusing Women with Children in Residential Treatment: A Preliminary Evaluation of Program Retention and Treatment Completion". *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 7(2), s. 165-187.

VANRØGT

Farber, M.L.Z. (2009): "Parent Mentoring and Child Anticipatory Guidance with Latino and African American Families". *Health & Social Work*, 34(3), s. 179-189.

Girvin, H., D. DePanfilis & C. Daining (2007): "Predicting Program Completion Among Families Enrolled in a Child Neglect Preventive Intervention". *Research on Social Work Practice*, 17(6), s. 674-685.

Heinrichs, N. (2006): "The Effects of Two Different Incentives on Recruitment Rates of Families into a Prevention Program". *The Journal of Primary Prevention*, 27(4), s. 345-365.

VOLD

Crusto, C.A., D.I. Lowell, B. Paulicin, J. Reynolds, R. Feinn, S.R. Friedman & J.S. Kaufman (2008): "Evaluation of a Wraparound Process for Children Exposed to Family Violence". *Best Practices in Mental Health: An International Journal*, 4(1), s. 1-18.

Harder, J. (2005): "Prevention of Child Abuse and Neglect: An Evaluation of a Home Visitation Parent Aide Program Using Recidivism Data". *Research on Social Work Practice*, 15(4), s. 246-256.

PSYKISK SYGDOM

Robinson, J.L. & R.N. Emde (2004): "Mental Health Moderators of Early Head Start on Parenting and Child Development: Maternal Depression and Relationship Attitudes". *Parenting: Science and Practice*, 4(1), s. 73-97.

TIDLIGT FORÆLDRESKAB

Amin, R., D.C. Browne, J. Ahmed & T. Sato (2006): "A Study of an Alternative School for Pregnant and/or Parenting Teens: Quantitative and Qualitative Evidence". *Child & Adolescent Social Work Journal*, 23(2), s. 172-195.

Corcoran, J. & V.K. Pillai (2007): "Effectiveness of Secondary Pregnancy Prevention Programs: A Meta-Analysis". *Research on Social Work Practice*, 17(1), s. 5-18.

Edwards, A. & C. Allen (2008): "Values Clarification Used as Intervention for Urban, Delinquent, Pregnant Adolescents and Young Mothers". *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 18(1), s. 1-14.

Fagan, J. (2008): "Randomized Study of a Pre-Birth Co-Parenting Intervention with Adolescent and Young Fathers". *Family Relations*, 57(3), s. 309-322.

Key, J.D., M.G. Gebregziabher, L.D. Marsh & K.M. O'Rourke (2008): "Family Intervention Effects on Co-Occurring Early Childhood

Behavioral and Emotional Problems: A Latent Transition Analysis Approach". *Journal of Abnormal Child Psychology: An Official Publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology*, 36(8), s. 1211-1225.

Mayers, H.A., M. Hager-Budny & E.B. Buckner (2008): "The Chances for Children Teen Parent-Infant Project: Results of a Pilot Intervention for Teen Mothers and their Infants in Inner City High Schools". *Infant Mental Health Journal*, 29(4), s. 320-342.

McGowan, M.W., L.E. Smith, C.W. Noria, C. Culpepper, J. Langhinrichsen-Rohling, J.G. Borkowski & L.A. Turner (2008): "Intervening with At-Risk Mothers: Supporting Infant Language Development". *Child & Adolescent Social Work Journal*, 25(4), s. 245-254.

Moran, G., D.R. Pederson & A. Krupka (2005): "Maternal Unresolved Attachment Status Impedes the Effectiveness of Intervention With Adolescent Mothers". *Infant Mental Health Journal*, 26(3), s. 231-249.

Rosman, E.A. & H. Yoshikawa (2001): "Effects of Welfare Reform on Children of Adolescent Mothers: Moderation by Maternal Depression, Father Involvement, and Grandmother Involvement". *Women & Health*, 32(3), s. 253-290.

Stevens-Simon, C.D. Nelligan & L. Kelly (2001): "Adolescents at Risk for Mistreating their Children Part II: A Home- and Clinic-Based Prevention Program". *Child Abuse & Neglect*, 25(6), s. 753-769.

KOMBINEREDE PROBLEMBILLEDER

Cicchetti, D., F.A. Rogosch & S.L. Toth (2006): "Fostering Secure Attachment in Infants in Maltreating Families through Preventive Interventions". *Development and Psychopathology*, 18(3), s. 623-649.

Claussen, A.H., K.G. Scott, P.C. Mundy & L. Katz (2004): "Effects of Three Levels of Early Interventions Services on Children Prenatally Exposed to Cocaine". *Journal of Early Intervention*, 26(3), s. 204-220.

Connell, A., B.M. Bullock, T.J. Dishion, D. Shaw & M. Wilson (2008): "Family Interventions Effects on Co-Occurring Early Childhood Behavioral and Emotional Problems: A Latent Transition Analysis Approach". *Journal of Abnormal Child Psychology: An Offi-*

cial Publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology, 36(8), s. 1211-1225.

Constantino, J.N., N. Hashemi, E. Solis, T. Alon, S. Haley, S. McClure, N. Nordlicht, M.A. Constantino, J. Elmen & V.K. Carlson (2001): "Supplementation of Urban Home Visitation with a Series of Group Meetings for Parents and Infants: Results of a "Real-World" Randomized, Controlled Trial". *Child Abuse & Neglect*, 25(12), s. 1571-1581.

Dubowitz, H., S. Feigelman, W. Lane & J. Kim (2009): "Pediatric Primary Care to Help Prevent Child Maltreatment: The Safe Environment for Every Kid (SEEK) Model". *Child Care, Health & Development*, 35(4), s. 588-589.

Duggan, A., D. Caldera, K. Rodriguez, K. Burrell, C. Rohde & S.S. Crowne (2007): "Impact of a Statewide Home Visiting Program to Prevent Child Abuse". *Child Abuse & Neglect*, 31(8), s. 801-827.

Duggan, A, E. McFarlane, L. Fuddy, L. Burrell, S.M. Higman, A. Windham & C. Sia (2004): "Randomized Trial of a Statewide Home Visiting Program: Impact in Preventing Child Abuse and Neglect". *Child Abuse & Neglect*, 28(6), s. 597-622.

DuMont, K., S. Mitchell-Herzfeld, R. Greene, E. Lee, A. Lowenfelds, M. Rodriguez & V. Dorabawila (2008): "Healthy Families New York (HFNY) Randomized Trial: Effects on Early Child Abuse and Neglect". *Child Abuse & Neglect*, 32(3), s. 295-315.

Garg, A., A.M. Butz, P.H. Dworkin, R.A. Lewis & R.E. Thompson (2007): "Improving the Management of Family Psychosocial Problems at Low-Income Children's Well-Child Care Visits: The WE CARE Project". *Pediatrics*, 120(3), s. 547-558.

Harnett, P.H. & S. Dawe (2008): "Reducing Child Abuse Potential in Families Identified by Social Services: Implications for Assessment and Treatment". *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 8(3), s. 226-235.

Krysik, J. & C.W. Lecroy (2007): "The Evaluation of Healthy Families Arizona: A Multisite Home Visitation Program". *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 34(1-2), s. 109-127.

Lunkenheimer, E.S., D.S. Shaw, F. Gardner, T.J. Dishion, A.M. Connel & M.N. Wilson (2008): "Mother-Infant Group Psychotherapy as an Intensive Treatment in Early Interaction Among Mothers

with Substance Abuse Problems". *Journal of Child Psychotherapy*, 33(2), s. 202-220.

Nair, P., M.E. Schuler, M.M. Black, L. Kettinger & D. Harrington (2003): "Cumulative Environmental Risk in Substance Abusing Women: Early Intervention, Parenting Stress, Child Abuse Potential and Child Development". *Child Abuse &* Neglect, 27(9), s. 997-1017.

Nicholson, B., M. Anderson, R. Fox. & V. Brenner (2002): "One Family at a Time: A Prevention Program for At-Risk Parents". *Journal of Counseling & Development*, 80(3), s. 362-371.

Osofsky, J.D., M. Kronenberg, J.H. Hammer, J.C. Lederman, L. Katz, S. Adams, M. Graham & A. Hogan (2007): "The Development and Evaluation of the Intervention Model for the Florida Infant Mental Health Pilot Program". *Infant Mental Health Journal*, 28(3), s. 259-280.

Schewe, P.A. (2008): "Direct Service Recommendations for Children and Caregivers Exposed to Community and Domestic Violence". *Best Practices in Mental Health: An International Journal*, 4(1), s. 31-47.

BILAG C: FUNDNE KVALITATIVE STUDIER MED ABSTRACT

MISBRUG

Belt, R. & R-L. Punamäki (2007): "Mother-Infant Group Psychotherapy as an Intensive Treatment in Early Interaction among Mothers with Substance Abuse Problems". *Journal of Child Psychotherapy*, 33(2), s. 202-220.

Best, D., J. Segal & E. Day (2009): "Changing Patterns of Heroin and Crack Use during Pregnancy and beyond". *Journal of Substance Use*, 14(2), s. 124-132.

Conners, N. A., R.H. Bradley, L. Whiteside-Mansell & C.C. Crone (2001): "A Comprehensive Substance Abuse Treatment Program for Women and their Children: An Initial Evaluation". *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21(2), s. 67-75.

Morelli, P.T., R. Fong & J. Oliveira (2001): "Culturally Competent Substance Abuse Treatment for Asian/Pacific Islander Women". *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 3(3+4), s. 263-280.

Polansky, M., W. Lauterbach, C. Litzke, B. Coulter & L. Sommers (2006): "A Qualitative Study of an Attachment-Based Parenting Group for Mothers with Drug Addictions: On Being and Having a Mother". *Journal of Social Work Practice*, 20(2), s. 115-131.

Simons, L. (2008): "Characteristics of Drug-Abusing Women with Children in Residential Treatment: A Preliminary Evaluation of Pro-

gram Retention and Treatment Completion". *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 7(2), s. 165-187.

ABSTRACTS

Forfattere: Belt, A. & R.-L. Punamäki.

Titel: Mother-Infant Group Psychotherapy as an Intensive Treatment in Early Interaction among Mothers with Substance Abuse Problems.

Abstract: In this article we present a novel method of outpatient care: brief, dynamic mother–infant group psychotherapy with mothers who have substance use problems. In this therapy, substance abuse treatment is part of mental health and parenting intervention. The focus is on preventing disturbance in the mother–infant relationship in this high-risk group. The clinical material is taken from 16 mother–infant dyads from six psychotherapy groups, which met weekly over six months from pregnancy to postpartum. The therapy process consists of 20–24 three-hour sessions. The basis of the therapy is to offer mothers experience of care, which they, in turn, can give to their infants. In this paper we analyse the core therapeutic elements that may contribute to better mothering and child development. They involve: the group providing a symbolic maternal lap, and the meeting of the mothers' and the infants' needs. It is hoped that this may offer the mothers a new experience within which to reappraise their early memories. This may help prevent them from projecting traumatic past experiences onto their infants. Our analyses show that in the therapy, mothers, feeling safe within the group, gradually experienced pleasure with their infants and their peers. These effects, according to the mothers, were the most noticeable. Brief dynamic mother–infant group psychotherapy seems to be a promising form of treatment for those substance-abusing women able to commit to outpatient care and examine the causes of their drug dependence. The groups may also be used as a diagnostic tool to detect problems in early mother-baby interaction.

Forfattere: Best, D., J. Segal & E. Day.

Titel: Changing Patterns of Heroin and Crack Use during Pregnancy and beyond.

Abstract: The publication of Hidden Harm [Advisory Council on the Misuse of Drugs (ACMD), 2003] was an attempt to increase awareness of the risks to children of parental drug use, and the need for a coherent response across services to this issue, both during pregnancy and after the child has been born. The current study examined a cohort of drug-using mothers who had accessed a specialist "mother and baby" drug treatment service at some point during their pregnancy or in the period immediately after the birth of the child, assessing both their experiences of drug treatment and maternity services and the changes in their drug use. Using a lifetime history instrument (the Lifetime Drug Use History), the study showed reductions in quantity and frequency of heroin use over the course of pregnancy (particularly after month six of pregnancy and in the month after the birth). Although crack use is reduced, there was a less consistent pattern of change. Stigma was reported by some participants with greater dissatisfaction with maternity (and to a lesser extent drug services) linked to higher levels of heroin and crack use. Nonetheless, the study shows that pregnancy is a period of change in the lives of drug using mothers and an opportunity for lasting transitions in the trajectory of the heroin using career.

Forfattere: Conners, N. A., R.H. Bradley, L. Whiteside-Mansell & C.C. Crone.

Titel: A Comprehensive Substance Abuse Treatment Program for Women and their Children: An Initial Evaluation.

Abstract: This article examines a comprehensive, residential substance abuse treatment program for women and their children. A majority of the 72 participants studied were African American single mothers, for whom crack/cocaine was the drug of choice. The women and their children were assessed repeatedly during treatment, and at 3, 6, and 12 months postdischarge. Program impact was estimated by comparing the outcomes of three groups that differed in the amount of treatment they received: early dropouts, late dropouts, and treatment graduates. Program graduates showed more positive outcomes than the non-

graduate comparison groups in the areas of drug use and negative consequences of use, employment and self-sufficiency, and family interaction skills. Young children enrolled in treatment with their mothers were assessed using a developmental screening test, and older children with a measure of drug refusal skills. Results from both child measures suggest substantial improvement.

Forfattere: Morelli, P.T., R. Fong & J. Oliveira.

Titel: Culturally Competent Substance Abuse Treatment for Asian/Pacific Islander Women.

Abstract: In response to the urgent need for substance abuse treatment among pregnant and postpartum Asian/Pacific Islander (A/PI) women, health care and social service providers in a rural community of Hawaii established a culturally based, women-centered residential treatment program. The program was designed to address barriers that often prevent A/PI women from engaging and completing treatment. Treatment included Hawaiian healing practices or deep cultural therapy, provision for newborns to live with their mothers, infant health-care services, parent education, and infant-mother bonding guided by *kupuna* (elders) of the community. Analysis of twenty-one in-depth interviews revealed factors that A/PI women participants found vital to their treatment process: having their children with them in a non-punitive, mutually respectful treatment milieu; working with consistent, competent residential staff and culturally-sensitive interdisciplinary professionals; and involvement in a range of substance abuse intervention, including cultural healing practices. Findings underscore the importance of learning about and affirming women's lived-experiences and cultural contexts in the development of culturally competent practice models, intervention, research procedures, and policies that focus on the complex needs of chemically dependent pregnant and parenting women.

Forfattere: Polansky, M., W. Lauterbach, C. Litzke, B. Coulter & L. Sommers.

Titel: A Qualitative Study of an Attachment-Based Parenting Group for Mothers with Drug Addictions: On Being and Having a Mother.

Abstract: Mothers in a public residential treatment program for drug addiction participated in a parenting group to increase maternal sensitivity. Seven mothers participated in the parenting group which met once a week for six weeks. The women were encouraged to reflect on how their mothers' childrearing practices impacted on their feeling loved and secure, and encouraged them to use their self-empathy to guide them in caring for their own children. During post-group semi-structured individual interviews, all of the mothers reported becoming aware that they had been repeating their mothers' parenting practices. The mothers also reported that they were now considering their children's feelings. The mothers reported more positive feelings about being a mother and about their children. The positive responses of this small group of mothers suggest that parenting groups based on attachment theory may provide a supportive function for mothers with addictions and may increase their maternal sensitivity.

Forfatter: Simons, L.

Titel: Characteristics of Drug-Abusing Women With Children in Residential Treatment: A Preliminary Evaluation of Program Retention and Treatment Completion.

Abstract: An ex post facto study was conducted to investigate treatment outcomes for 80 women and 168 children admitted into a residential substance-abuse treatment program. The results indicated childhood emotional neglect is a barrier for remaining in and completing treatment for African-American women with comorbid psychological disorders but not for those with crack cocaine dependent disorders. African-American women with comorbid psychological disorders were also three times more likely to drop out of treatment. In addition, there were relatively few differences for between drug exposed and none posed children. However, the results indicated that children of substance-abusing women who completed treatment were more likely to have behavioral problems, to receive early intervention services,

and to have mothers as legal guardians by the end of treatment. Implications for gender-specific intervention for African-American women and their children in residential treatment are discussed.

VANRØGT

Abad, V. & K.E. Williams (2007): "Early Intervention Music Therapy: Reporting on a 3-Year Project to Address Needs with At-Risk Families." *Music Therapy Perspectives*, 25(1), s. 52-58.

Ethier, L.S., G. Couture, C. Lacharite & J.P. Gagnier (2000): "Impact of a Multidimensional Intervention Programme Applied to Families at Risk for Child Neglect". *Child Abuse Review*, 9(1), s. 19-36.

Farber, M.L.Z. (2009): "Parent Mentoring and Child Anticipatory Guidance with Latino and African American Families". *Health & Social Work*, 34(3), s. 179-189.

Hiatt, S.W, P. Michalek, P. Younge, T. Miyoshi & E. Fryer (2000): "Characteristics of Volunteers and Families in a Neonatal Home Visitation Project: The Kempe Community Caring Program". *Child Abuse & Neglect*, 24(1), s. 85-97.

McDaniel, B. & K. Dillenburger (2007): "Can Childhood Neglect be Assessed and Prevented Through Childcare Skills Training?" *Child Abuse Review*, 16, s. 120-129.

Sieppert, J.D., J. Hudson & Y. Unrau (2000): "Family Group Conferencing in Child Welfare: Lessons from a Demonstration Project". *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 81(4), s. 382-391.

ABSTRACTS

Forfattere: Abad, V. & K.E. Williams.

Titel: Early Intervention Music Therapy: Reporting on a 3-Year Project to Address Needs with At-Risk Families.

Abstract: Sing & Grow began in July 2001 as a Playgroup Queensland initiative with the initial 2-year funding period extended by 12 months. Funding is provided by the Australian Government Department of Family, Community Services & Indigenous Affairs. This paper provides a description of the project develop-

ment, the intervention used, and a summary of achievements during this initial 3-year period.

Forfattere: Ethier, L.S., G. Couture, C. Lacharite & J.P. Gagnier.

Titel: Impact of a Multidimensional Intervention Programme Applied to Families at Risk for Child Neglect.

Abstract: The purpose of this study is to evaluate the effects of an intervention programme applied to families at risk for child neglect. Twenty-nine families were recruited through a Local Community Services Centre (LCSC) and were assigned to two groups: (1) the first group participated in a multidimensional eco-systemic intervention program called the Personal, Family and Community Help Program (PFCHP); and (2) the second group underwent psychosocial intervention that was provided as part of regular LCSC services and focused mainly on the social worker-family relationship. Pre-test measures were obtained at the beginning of intervention for both groups and a follow-up was held 24 months later. Quantitative and qualitative analyses indicated that both forms of intervention were associated with improved parent-child relationship and the reduction of parental stress, depression and the potential for child abuse and neglect. However, PFCHP participants showed multiple indications of improvement in their social and marital relationships, which was not the case for LCSC participants. The conclusion outlines the need for a long-term intervention process for families at high risk for child neglect and the necessity of addressing multiple dimensions of family life if lasting changes are to be expected.

Forfatter: Farber, M.L.Z.

Titel: Parent Mentoring and Child Anticipatory Guidance with Latino and African American Families.

Abstract: Poor health and developmental outcomes for children are linked to scarcity of economic resources, various barriers in the delivery of health services, and inadequate parenting. To mitigate such adverse effects and address the needs of 50 high-risk, low-income Latino and African American families receiving well-baby care at an urban primary care health center, a collaborative team from the social work, nursing, and education fields piloted

a preventive two year parent mentoring project. The intervention was theoretically anchored in the transactional model of child development. The mentoring practices used an activity-based approach for strengthening child anticipatory guidance and meeting family needs. Thirty-five intervention families completed the project. Compared with a matched community sample, intervention families showed positive statistically significant changes in parent and child outcomes. The discussion addresses the practical benefits of the intervention, limitations of the evaluation design, and implications for collaborative multidisciplinary practice.

Forfattere: Hiatt, S.W., P. Michalek, P. Younge, T. Miyoshi & E. Fryer.

Titel: Characteristics of Volunteers and Families in a Neonatal Home Visitation Project: The Kempe Community Caring Program.

Abstract: Objective: The purpose of this paper is to review literature related to home visitation support for new families using volunteer visitors and to describe characteristics of volunteers of the Kempe Community Caring Program, a home visitor support program for first time parents. Suggestions for effectively utilizing volunteers in family support programs are made. Method: Program data was collected and reviewed on 592 volunteer home visitors and the 1,144 families they served. Several evaluations and assessments were performed in order to attempt to measure the success of the intervention. Motivation for volunteering, longevity with program, and the extent of socio-demographic match between visitor and client were reviewed and discussed. Results: Information on matched volunteer-client pairs was limited; however, speculations were made that neither motivation to participate nor socio-demographic match were critical factors in determining success of the intervention. Duration of volunteer participation was influenced by marital status, but not by age. Married volunteers stayed with the program significantly longer than unmarried volunteers. Low risk families demonstrated slightly improved confidence in parental function after receiving home visitation by a volunteer. Conclusion: This program suggests that new mothers may benefit from receiving the services of a volunteer home visitor; specifically, their confi-

dence as parents and ability to establish positive relationships show slight improvement. Likewise, volunteers and families felt satisfied with the supportive relationships generated. In addition, a volunteer profile emerged which may be beneficial to similar programs' recruiting efforts.

Forfattere: McDaniel, B. & K. Dillenburger.

Titel: Can Childhood Neglect be Assessed and Prevented Through Childcare Skills Training?

Abstract: Child neglect continues to be the most prevalent form of child maltreatment, yet it has received less specific research attention than other forms of maltreatment (Zuravin, 1999). It is only in recent years that neglect has been seen as a phenomenon that needs to be conceptualised separately to other forms of abuse (Gershater-Molko *et al.*, 2002). Although the term "neglect" is used generally when children do not receive minimal physical and/or emotional care, there is no single agreed definition; one possible reason for this is the lack of consensus about minimally adequate standards of childcare either within professional groups or existing research (Rose and Meezan, 1996; Stone, 1998). Children who are brought up by a very young parent with no partner or family support or by a parent who has learning difficulties are seen to be at increased risk of neglect. Concerns about the physical and emotional welfare of children rise if, in addition to poverty, social isolation, unemployment and housing problems, parents lack basic childcare skills. Literature regarding parents with learning difficulties suggests that these parents can be taught to care for their children adequately. Feldman and colleagues, for example, have developed skills based parent education methods for parents with learning difficulties (Feldman *et al.*, 1992, 1997, 1999; Feldman and Case, 1997, 2007). In this paper we adapted Feldman's methods to young, typically developing parents who are socially isolated and materially disadvantaged, to explore if child neglect can be assessed and prevented through parental childcare skills training with this target group. The objectives of the study were:

- to carry out a task analysis of basic childcare skills (feeding and bathing);
- to conduct thorough behavioral assessments of young, vulnerable, single parents;
- to use modeling, feedback and reinforcement procedures to increase basic childcare skills; and
- to assess the effect of childcare skill training on the child's welfare.

Forfattere: Sieppert, J.D., J. Hudson & Y. Unrau.

Titel: Family Group Conferencing in Child Welfare: Lessons from a Demonstration Project.

Abstract: A child-welfare family group conferencing (FGC) project that served families who were referred for child abuse, neglect, and/or abandonment issues is reported. The stages and mechanisms used to implement the family group conferences are described, and the conferencing processes and outcomes are presented. Findings indicate that FGC is inherently a resource-intensive process, but one that successfully achieves broad participation in child-welfare decisions. The resource demands of FGC, however, also raise questions regarding the use of highly educated professionals to coordinate many aspects of a family group conference. A service-team approach to FGC is offered as one way of making it a viable model for child-welfare service delivery on a larger scale.

VOLD

Crusto, C.A., D.I. Lowell, B. Paulicin, J. Reynolds, R. Feinn, S.R. Friedman & J.S. Kaufman (2008): "Evaluation of a Wraparound Process for Children Exposed to Family Violence". *Best Practices in Mental Health: An International Journal*, 4(1), s. 1-18.

ABSTRACT

Forfattere: Crusto, C.A., D.I. Lowell, B. Paulicin, J. Reynolds, R. Feinn, S.R. Friedman & J.S. Kaufman.

Titel: Evaluation of a Wraparound Process for Children Exposed to Family Violence.

Abstract: Numerous programs have been established to help children who have experienced or are experiencing family violence, but few of these programs have been systematically evaluated. To contribute to the field's understanding of intervention for young children exposed to family violence and their families, we evaluated an intervention that offers comprehensive assessment, targeted caregiver-child intervention, individualized service planning, and care coordination. Baseline-to-discharge results revealed (1) a significant decrease over time in the number of potentially traumatic events that children experienced, including family and nonfamily violence events, (2) significant decreases over time in children's post-traumatic stress-intrusive thoughts and post-traumatic stress-avoidance behaviors, (3) significant decreases in self-reported stress associated with the parenting role among caregivers, (4) favorable ratings of services by caregivers, and (5) high levels of service receipt.

PSYKISK SYGDOM

Toth, S.L., F. Rogosch, J. Todd Manley & D. Cicchetti (2006): "The Efficacy of Toddler-Parent Psychotherapy to Reorganize Attachment in the Young Offspring of Mothers with Major Depressive Disorder: A Randomized Preventive Trial". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), s. 1006-1016.

ABSTRACT

Forfattere: Toth, S.L., F. Rogosch, J. Todd Manley & D. Cicchetti.

Titel: The Efficacy of Toddler-Parent Psychotherapy to Reorganize Attachment in the Young Offspring of Mothers With Major Depressive Disorder: A Randomized Preventive Trial.

Abstract: The development of insecure attachment relationships in the offspring of mothers with major depressive disorder (MDD) may initiate a negative trajectory leading to future psychopathology. Therefore, the provision of theoretically guided intervention designed to promote secure attachment is of paramount importance. Mothers who had experienced MDD since their child's birth were recruited (n = 130) and randomized to toddler-parent psychotherapy (DI) or to a control group (DC). Nondepressed mothers with no current or history of major mental

disorder and their toddlers also were recruited for a non-depressed comparison group (NC; n = 68). Children averaged 20.34 months of age at the initial assessment. Higher rates of insecure attachment were present in both the DI and the DC groups at baseline, relative to the NC group. At post intervention, at age 36 months, insecure attachment continued to predominate in the DC group. In contrast, the rate of secure attachment had increased substantially in the DI group and was higher than that for the DC and the NC groups. These results demonstrate the efficacy of toddler-parent psychotherapy in fostering secure attachment relationships in young children of depressed mothers.

TIDLIGT FORÆLDRESKAB

Amin, R., D.C. Browne, J. Ahmed & T. Sato (2006): "A Study of an Alternative School for Pregnant and/or Parenting Teens: Quantitative and Qualitative Evidence". *Child & Adolescent Social Work Journal*, 23(2), s. 172-195.

McDonald, L., T. Conrad, A. Fairtlough, J. Fletcher, L. Green, L. Moore & B. Lepps (2009): "An Evaluation of a Group Work Intervention for Teenage Mothers and Their Families". *Child & Family Social Work*, 14(1), s. 45-57.

Rosman, E.A. & H. Yoshikawa (2001): "Effects of Welfare Reform on Children of Adolescent Mothers: Moderation by Maternal Depression, Father Involvement, and Grandmother Involvement". *Women & Health*, 32(3), s. 253-290.

ABSTRACTS

Forfattere: Amin, R., D.C. Browne, J. Ahmed & T. Sato.

Titel: A Study of an Alternative School for Pregnant and/or Parenting Teens: Quantitative and Qualitative Evidence.

Abstract: In response to multiple problems faced by pregnant and parenting teens, many alternative school-based comprehensive programs have been established throughout the United States. By collecting data from a sample of enrollees of such a school-based comprehensive program and comparing them with data collected from a sample of non-enrollees, the present study systematically evaluates the program. The results of the study seem

to suggest that the program participants were more likely to have higher educational aspiration, better reproductive health outcomes, higher contraceptive use, and more breast-feeding practice and intention than those of their non-participating counterparts. The implications of the study findings for comprehensive school-based program for pregnant and/or parenting teens are discussed.

Forfattere: McDonald, L., T. Conrad, A. Fairtlough, J. Fletcher, L. Green, L. Moore & B. Lepps.

Titel: An Evaluation of a Group Work Intervention for Teenage Mothers and Their Families.

Abstract: This paper describes the implementation of a specific, community based, multi-family group (MFG) intervention strategy (Families and Schools Together [FAST] babies) aimed at improving the outcomes for infants of teenage mothers in 11 Canadian communities. The aims of this social work group intervention were (1) to engage the teenage mothers into a socially inclusive experience that might challenge the social disapproval they often experience, (2) to enhance the mother-infant bond, while increasing feelings of parental efficacy, and (3) to enhance the social context of the teenage mother by reducing stress, social isolation and intergenerational family conflict. Groups were co-led by teams of service users (a young mother, a grandmother of the baby of a teenage mother and a father of the baby of a teenage mother) collaborating with multi-agency professionals (health visitors and social workers). Teams that reflected the ethnic diversity of the participating family members were trained to facilitate eight weekly group meetings. They showed respect for the young women's "voice", and supported her "choice" to prioritize motherhood as her defining identity. The meetings comprised a range of activities, including crafts and singing, discussion of "conflict scenarios" in cross-familial, cross generational groups, infant massage delivered to babies by the young mothers, grandmother support groups, and a shared community meal. Where necessary, teams made referrals for specialist help. One hundred twenty-eight young mothers came once to 17 groups, and 90 pct. graduated having attended a minimum of six

sessions. Evaluation data from mothers and grandmothers showed positive change when comparing pre and post, based on standardized questionnaires. One-tailed, paired *t*-tests showed statistically significant increases in parental self-efficacy for the teenage mothers, improved parent-child bonds, reductions in stress and family conflict, and increases in social support. Given that rates of teenage pregnancy in the UK are among the highest in Europe, this paper concludes with a discussion of the feasibility and possible merits of introducing FAST babies to England.

Forfattere: Rosman, E.A. & H. Yoshikawa.

Titel: Effects of Welfare Reform on Children of Adolescent Mothers: Moderation by Maternal Depression, Father Involvement, and Grandmother Involvement.

Abstract: There are few data available on how effects of welfare reform on children may differ for different kinds of families. This study examined the constructs of maternal depression, father involvement, and grandmother involvement as moderators of the effects of a welfare reform program on children. The sample included 1,602 children between the ages of 3 and 6 1/2 whose mothers had participated in New Chance, a multi-site welfare-to-work program with an emphasis on human capital development (i.e., education, job training). Father and grandmother coresidence were investigated, in addiction to perceived support from these family members, in predicting cognitive and behavioral child outcomes. The mediating roles of parenting stress and emotional support in parenting were also explored. Although main effects were found for the intervention and for maternal depression, no main effects were found for family ecology variables. However, interactions suggested complex relationships among New Chance and the family characteristics for both the full sample and for Latina families. Results are discussed in terms of policy implications and possible future research.

KOMBINEREDE PROBLEMBILLEDER

Caldera, D., L. Burell, K. Rodriguez, S.S. Crowne, C. Rohde & A. Duggan (2007): "Impact of a Statewide Home Visiting Program on

Parenting and on Child Health and Development". *Child Abuse & Neglect*, 31(8), s. 829-852.

Cicchetti, D., F.A. Rogosch & S.L. Toth (2006): "Fostering Secure Attachment in Infants in Maltreating Families through Preventive Interventions". *Development and Psychopathology*, 18(3), s. 623-649.

Duggan, A., D. Caldera, K. Rodriguez, K. Burrell, C. Rohde & S.S. Crowne (2007): "Impact of a Statewide Home Visiting Program to Prevent Child Abuse". *Child Abuse & Neglect*, 31(8), s. 801-827.

Harnett, P.H. & S. Dawe (2008): "Reducing Child Abuse Potential in Families Identified by Social Services: Implications for Assessment and Treatment". *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 8(3), s. 226-235.

Nair, P., M.E. Schuler, M.M. Black, L. Kettinger & D. Harrington (2003): "Cumulative Environmental Risk in Substance Abusing Women: Early Intervention, Parenting Stress, Child Abuse Potential and Child Development". *Child Abuse &* Neglect, 27(9), s. 997-1017.

ABSTRACTS

Forfattere: Caldera, D., L. Burell, K. Rodriguez, S.S. Crowne, C. Rohde & A. Duggan.

Titel: Impact of a Statewide Home Visiting Program on Parenting and on Child Health and Development.

Abstract: Objectives: To assess the impact of a voluntary, paraprofessional home visiting program on promoting child health and development and maternal parenting knowledge, attitudes, and behaviors. Methods: This collaborative, experimental study of 6 Healthy Families Alaska (HFAK) programs enrolled 325 families from 1/00 to 7/01, randomly assigned them to HFAK and control groups, interviewed mothers at baseline, and followed families until children were 2 years old (85 pct. follow-up). Child outcomes included health care use, development and behavior. Parent outcomes included knowledge of infant development, parenting attitudes, quality of the home environment, and parent-child interaction. HFAK records were reviewed to measure home visiting services. Home visitors were surveyed to measure knowledge, perceived effectiveness and perceived training ade-

quacy. Results: There was no overall impact on child health, but HFAK group children had more favorable developmental and behavioral outcomes. HFAK and control mothers had similar parenting outcomes except that HFAK mothers had greater parenting self-efficacy (35.1 vs. 34.6 based on the Teti Self-Efficacy Scale, $p < .05$). Fewer HFAK families had a poor home environment for learning (20 pct. vs. 31 pct., $p < .001$). HFAK families were more likely to use center-based parenting services (48 pct. vs. 39 pct., $p < .05$). The impact was greater for families with lower baseline risk (Family Stress Checklist scores < 45). There was little evidence of efficacy for families with a higher dose of service.

Forfattere: Cicchetti, D., F.A. Rogosch & S.L. Toth.

Titel: Fostering Secure Attachment in Infants in Maltreating Families through Preventive Interventions.

Abstract: The malleability of insecure and disorganized attachment among infants from maltreating families was investigated through a randomized preventive intervention trial. Findings from research on the effects of maltreatment on infant attachment were incorporated into the design and evaluation of the intervention. One-year-old infants from maltreating families (N = 137) and their mothers were randomly assigned to one of three intervention conditions: (a) infant-parent psychotherapy (IPP), (b) psycho-educational parenting intervention (PPI), and (c) community standard (CS) controls. A fourth group of infants from non-maltreating families (N = 52) and their mothers served as an additional low-income normative comparison (NC) group. At baseline, mothers in the maltreatment group, relative to the non-maltreatment group mothers, reported greater abuse and neglect in their own childhoods, more insecure relationships with their own mothers, more maladaptive attitudes, more parenting stress, and lower family support, and they were observed to evince lower maternal sensitivity. Infants in the maltreatment groups had significantly higher rates of disorganized attachment than infants in the NC group. At post-intervention follow-up at age 26 months, children in the IPP and PPI groups demonstrated substantial increases in secure attachment, whereas increases

in secure attachment were not found for the CS and NC groups. Moreover, disorganized attachment continued to predominate in the CS group. These results were maintained when intent to treat analyses were conducted. The findings are discussed in terms of the utility of translating basic research into the design and evaluation of clinical trials, as well as the importance of preventive intervention for altering attachment organization and promoting an adaptive developmental course for infants in maltreating families.

Forfattere: Duggan, A., D. Caldera, K. Rodriguez, K. Burrell, C. Rohde & S.S. Crowne.

Titel: Impact of a Statewide Home Visiting Program to Prevent Child Abuse.

Abstract: Objectives: To assess the impact of a voluntary, paraprofessional home visiting program in preventing child maltreatment and reducing the multiple, malleable psychosocial risks for maltreatment for which families had been targeted. Methods: This collaborative, experimental study focused on 6 Healthy Families Alaska (HFAK) programs; 325 families were enrolled in 2000-2001, randomized to intervention and control groups, and interviewed to measure baseline attributes. Follow-up data were collected when children were 2 years old (85 pct. follow-up rate). Outcomes included maltreatment reports, measures of potential maltreatment and parental risks, for example, poor mental health, substance use, and partner violence. HFAK records were reviewed to measure home visiting services. Home visitors were surveyed to measure perceived effectiveness and training adequacy. Results: Parental risks were common at baseline, and one-sixth of families had a substantiated child protective services report in the child's first 2 years of life. There was no overall program effect on maltreatment reports, and most measures of potential maltreatment. Home visited mothers reported using mild forms of physical discipline less often than control mothers. The groups were similar in their use of more severe forms of physical discipline. There was no program impact on parental risks. There was no impact on outcomes for families with a "high dose" of home visiting. Home visitors often failed to address pa-

rental risks and seldom linked families with community resources. Contradictions in the model compromised effectiveness.

Forfattere: Harnett, P.H. & S. Dawe.

Titel: Reducing Child Abuse Potential in Families Identified by Social Services: Implications for Assessment and Treatment.

Abstract: Improving the functioning of families at high risk of child maltreatment poses considerable challenges. One issue is the dilemma of how and when it is appropriate to provide an intervention designed to improve family functioning when the level of risk of the family to the child has not been fully established. A recently reported proposal is to assess the family's capacity to change by assessing the family's response to a brief intervention. This proposed model for assessing capacity to change rests on the assumption that brief intervention can achieve meaningful short-term change in high risk families. The current study evaluated the effectiveness of a home-based intensive treatment program in families referred by child protection services. The program, Parents Under Pressure, was designed for multi-problem families and addresses problems across ecological domains, including problem child behavior, parental stress, family relationships, social isolation, and coping with life demands. Ten families completed the program. Statistically significant improvement was found between the pre- and post-assessment measures on measures of parent functioning, child functioning, parent-child relationships, and social contextual measures. The majority of families showed clinically significant improvement, although a small proportion of the families showed no change or deteriorated. The presenting problems and pattern of change varied between families. The study adds to the increasing body of evidence that intensive, ecologically informed intervention can achieve short-term change in some but not all multi-problem families. Implications of the results for assessing parental capacity to change are discussed.

Forfattere: Nair, P., M.E. Schuler, M.M. Black, L. Kettinger & D. Harrington.

Titel: Cumulative Environmental Risk in Substance Abusing Women: Early Intervention, Parenting Stress, Child Abuse Potential and Child Development.

Abstract: Objective: To assess the relationship between cumulative environmental risks and early intervention, parenting attitudes, potential for child abuse and child development in substance abusing mothers. Method: We studied 161 substance-abusing women, from a randomized longitudinal study of a home based early intervention, who had custody of their children through 18 months. The intervention group received weekly home visits in the first 6 months and biweekly visits from 6 to 18 months. Parenting stress and child abuse potential were assessed at 6 and 18 months postpartum. Children's mental and motor development (Bayley MDI and PDI) and language development (REEL) were assessed at 6, 12, and 18 months postpartum. Ten maternal risk factors were assessed: maternal depression, domestic violence, nondomestic violence, family size, and incarceration, no significant other in home, negative life events, psychiatric problems, homelessness, and severity of drug use. Level of risk was recoded into four categories (2 or less, 3, 4, and 5 or more), which had adequate cell sizes for repeated measures analysis. Data analysis: Repeated measures analyses were run to examine how level of risk and group (intervention or control) were related to parenting stress, child abuse potential, and children's mental, motor and language development over time. Results: Parenting stress and child abuse potential were higher for women with five risks or more compared with women who had four or fewer risks; children's mental, motor, and language development were not related to level of risk. Children in the intervention group had significantly higher scores on the PDI at 6 and 18 months (107.4 vs. 103.6 and 101.1 vs. 97.2) and had marginally better scores on the MDI at 6 and 12 months (107.7 vs. 104.2 and 103.6 vs. 100.1), compared to the control group. Conclusion: Compared to drug-abusing women with fewer than five risks, women with five or more risks found parenting more stressful and indicated greater inclination towards abusive and neglectful behavior, placing their infants at increased risk for poor parenting, abuse and

neglect. Early home-based intervention in high-risk families may be beneficial to infant development.

BILAG D: STUDIER, DER IKKE ER MODTAGET VED KODNINGENS AFSLUTNING

BILAGSTABEL D.1

Studier, der ikke er modtaget ved kodningens afslutning.

Risikofaktor	Studie:
Vanrøgt	Albertslund Kommune, Sundhedsplejen (2001): *Spædbarnsfamilieprojektet i Albertslund 1.8.1998-31.1.2001: Et tværfagligt projekt om tidlig opsporing og forebyggelse af omsorgssvigt – sådan støtter vi gravide og familier med børn op til 1 år.* Albertslund: Albertslund Kommune.
Vanrøgt	Bunkholdt, V. & M. Sandbæk (2008): *Praktisk barnevernarbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
Vanrøgt	Crenshaw, W. & J. Carlson (2010): *Working with Children who have Experienced Neglect or Abuse*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
Vanrøgt	Dueholm, S.H. & G. Østergaard Hansen (2001): *Omsorgssvigt: eksamensopgave i jordemoderfaglig teori og metode*. København: Danmarks Jordemoderskole.
Vanrøgt	Ihle, T.R. & H. Riley (2003): *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006*. Sandnes: Rogaland Høgskole.
Vanrøgt	Jensen, T., C.R. Jensen & H.J. Pedersen (2001): *Omsorgssvigtede børn i daginstitutioner 0-6 år*. Aarhus: Peter Sabroe Seminariet.
Vanrøgt	Jönsson, S. (2003): *Effekter av sociala projektbidrag: utvärdering och diskussion utifrån två exempel*. Karlshamn: Blekinge forsknings- och utvecklingsenhet.
Vanrøgt	Killén, K. (2010): *Barndommen varer i generationer: forebyggelse af omsorgssvigt*. København: Hans Reitzel.
Vanrøgt	Macdonald, G.M. (2001): *Effective Intervention for Child Abuse and Neglect: An Evidence-Based Approach to Planning and Evaluating Intervention*. New York: John Wiley & Sons.
Vanrøgt	Søftestad, S. (2005): *Seksuelle overgrep: fra privat avmakt til tverretatlig handlekraft*. Oslo: Universitetsforlaget.

Vanrøgt	Winton, M.A. & B.A. Mara (2000): *Child Abuse and Neglect: Multidisciplinary Approaches*. UK: Allyn & Bacon.
Misbrug	Eiden, R.D., D.S. Molnar, C. Colder, E.P. Edwards & K.E. Leonard (2009): "A Conceptual Model Predicting Internalizing Problems in Middle Childhood Among Children of Alcoholic and Nonalcoholic Fathers: The Role of Marital Aggression". *Journal of Studies on Alcohol & Drugs*, 70, s. 741-750.
Misbrug	Grant, G.R.D., I. Williams & K. Hunt (2000): "Substance Abusing Women with Children in Treatment: A Virgin Islands Residential Model". *Revista Interamericana de Psicologia*, 34(1), s. 17-28.
Misbrug	Lund, T. & T. Lund (2000): *Mod bedre viden: Evalueringer af misbrugsforebyggende undervisning*. Frederiksborg Amts Misbrugscenter. Forebyggelsesafdelingen.
Misbrug	Stephanie, T., R.M. Chabrolle & J.P. Chabrolle (2009): "Early Management of Children with Foetal Alcohol Syndrome in France". *Journal on Alcoholism and Related Addictions*, 45(1), s. 5-15.
Misbrug	Terplan, M., J. Garrett & K. Hartmann (2009): "Gestational Age at Enrollment and Continued Substance Use Among Pregnant Women in Drug Treatment". *Journal of Addictive Diseases*, 28, s. 103-112.
Vold	Aasen, A.R. (2000): *Hvordan blir spesialkompetansen ivaretatt og videreutviklet i seksuelle overgrepssaker mot barn under 14 år?* Oslo: Politihøgskolen.
Vold	Abad, V. & K.E. Williams (2007): "Early Intervention Music Therapy: Reporting on a 3-Year Project to Address Needs with At-Risk Families". *Music Therapy Perspectives,* 25(1), s. 52-58.
Vold	Hernandez, A., C. Ruble, L. Rockmore, M. McKay, T. Messam, M. Harris & S. Hope (2009): "An Integrated Approach to Treating Non-Offending Parents Affected by Sexual Abuse". *Social Work in Mental Health,* 7(6), s. 533-555.
Vold	Killén, K. (2009): *Sveket 1, Barn i risiko- og omsorgssviktsituasjoner*. Oslo: Kommuneforl.
Vold	Whitaker, D.J. & J.R. Lutzker (2009): *Preventing Partner Violence: Research and Evidence-Based Intervention Strategies*. US: American Psychological Association.

LITTERATUR

Barnett, W.S. (1995): "Long-Term-Effects of Early Childhood Programs on Cognitive and School Outcomes". *Futures of Children*, 5(3), s. 25-50.

Brooks-Gunn, J. (1994): "Early Intervention in Low-Birth-Weight Premature Infants Results through Age 5 Years from the Infant Health and Development Program". *JAMA*, 272(16), s. 1257-1262.

Campbell, F.A., B.H. Wasik, E. Pungello, M. Burchinal, O. Barbarin, K. Kainz, J.J. Sparling & C.T. Ramey (2008): "Young Adult Outcomes of the Abecedarian and CARE Early Childhood Educational Intervention". *Early Childhood Research Quarterly*, 23(4), s. 452-466.

Dixon-Woods, M., R.L. Shaw, S. Agarwal & J.A. Smith (2004): "The Problem of Appraising Qualitative Research". *Quality Safety Health Care,* 13, s. 223-225.

Durlak, J.A. (1997): *Successful Prevention Programs for Children and Adolescents (Issues in Clinical Child Psychology)*. Chicago: Loyola University.

Egelund, T., A.-D. Hestbæk & D. Andersen (2004): *Små børn anbragt uden for hjemmet.* København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 04:17.

Ethier, L.S., G. Couture, C. Lacharite & J.P. Gagnier (2000): "Impact of a Multidimensional Intervention Programme Applied to Families at Risk for Child Neglect". *Child Abuse Review*, 9(1), s. 19-36.

Knudsen, L. (2010): *Børn og unge anbragt i slægten*. København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 09:26.

Metsch, L.R., H.P. Wolfe, R. Fewell, C.B. McCoy, W.N. Elwood, B. Wohler-Torres, P. Petersen-Baston & H.V. Haskins (2001): "Treating Substance-Using Women and their Children in Public Housing: Preliminary Evaluation Findings". *Child Welfare*, 80(2), s. 199-220.

Nielsen, A.A. & M.N. Christoffersen (2009): *Børnehavens betydning for børns udvikling. En forskningsoversigt*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 09:27.

Noyes, J., J. Popay, A. Pearson, K. Hannes & A. Booth (2008): "Qualitative Research and Cochrane Reviews". *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions: Cochrane Book Series*. Chichester: John Wiley & Sons, s. 571-592.

Oakley, A., V. Strange, T. Toroyan, M. Wiggins, I. Roberts & J. Stephenson (2003): "Using Random Allocation to Evaluate Social Intervention: Three Recent UK Examples". *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 589(1), s. 170-189.

Piquero, A., D. Farrington, C.W. Brandon, R. Tremblay & W.G. Jennings (2008): *Effects of Early Family/Parent Training Programs on Antisocial Behavior & Delinquency*. Oslo: SFI-Campbell Systematic Reviews, the SFI-Campbell Collaboration, 2008:11.

Rutter, M. & A. Sroufe (1984): "The Domain of Developmental Psychopathology". *Child Development*, 55, s. 17-29.

SFI-Campbells hjemmeside (august 2011): hTTP://www.sfi.dk/Default.aspx?ID=8067.

Trinder, L. & S. Reynolds (2006): *Evidence-Based Practise. A Critical Appraisal*. Oxford: Blackwell Science.

Werner, E.E. & R.S. Smith (1989): *Vulnerable, but Invincible: A Longitudinal Study of Resilient Children and Youth*. New York: Adams, Bannister & Cox.

SFI-RAPPORTER SIDEN 2010

SFI-rapporter kan købes eller downloades gratis fra www.sfi.dk. Enkelte rapporter er kun udkommet som netpublikationer, hvilket vil fremgå af listen nedenfor.

10:01 Henriksen, A.C.: *Coaching af sygedagpengemodtagere. En pilotundersøgelse med eksperimentelt design.* 69 sider. ISBN: 978-87-7487-961-9. Kr. 70,00.

10:02 Lausten, M., Mølholt, A.-K., Hansen, H. & Jensen, V.M.: *Introduktion til dialogprojektet. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 1.* 97 sider. ISBN: 978-87-7487-962-6. Kr. 100,00.

10:03 Christensen, E.: *Grønlandske børn i Danmark.* 87 sider. ISBN: 978-87-7487-963-3. Kr. 90,00.

10:04 Henriksen, A.C.: *Veje til beskæftigelse. En kvalitativ undersøgelse af indsatser over for ikke-arbejdsmarkedsparate kontanthjælpsmodtagere.* 132 sider. ISBN: 978- 87-7487-964-0. Kr. 130,00.

10:05 Gensby, U. & Thuesen, F.: *På vej mod job efter en arbejdsskade. En evaluering af arbejdsskadestyrelsens Fastholdelsescenter.* 128 sider. ISBN: 978-87-7487-965-7. Kr. 120,00.

10:06 Egelund, T., Jakobsen, T.B., Hammen, I., Olsson, M. & Høst, A.: *Sammenbrud i anbringelser af unge. Erfaringer, forklaringer og årsagerne bag.* 376 sider. ISBN: 978-87-7487-966-4. Kr. 375,00.

10:07 Bach H.B. & Henriksen A.C.: *Gravides sygefravær*. 126 sider. ISBN: 978-87-7487-967-1. Kr. 130,00.

10:08 Bach H.B.: *Gravid og Fængselsbetjent*. 36 sider. ISBN: 978-87-7487-968-8. Netpublikation.

10:09 Madsen, M.B, Holt, H., Jonassen, A.B. & Schademan, H.K.: *Kvinder og mænd i den offentlige sektor. Karrieremønstre, lederønsker og ledermuligheder*. 274 sider. ISBN: 978-87-7487-969-5. Kr. 270,00.

10:10 Larsen, M.: *Lønforskelle mellem kvinder og mænd i 2007. Analyser for lønkommissionen*. 86 sider. ISBN: 978-87-7487-970-1. Kr. 90,00.

10:11 Thuesen, F.: *Ledelsen og motivation i den offentlige sektor. Et litteraturstudium*. 100 sider. ISBN: 978-87-7487-971-8. Kr. 100,00.

10:12 Deding, M. & Holt, H. (red.): *Hvorfor har vi lønforskelle mellem kvinder og mænd? En antologi om ligeløn i Danmark*. 246 sider. ISBN: 978-87-7487-972-5. Kr. 250,00.

10:13 Knudsen, L. & Nielsen, V.L.: *Effekten af kommunernes forebyggende foranstaltninger for unge. Forebyggende foranstaltninger i eget miljø sammenlignet med anbringelse uden for hjemmet*. 152 sider. ISBN: 978-87-7487-973-2. Vejledende pris: 150,00 kr.

10:14 Lausten, M., Hansen, H. & Albæk Nielsen, A.: *Udsatte børnefamilier i Danmark*. 212 sider. ISBN: 978-87-7487-976-3. Netpublikation.

10:15 Christensen, G., Mikkelsen, M.F., Pedersen, K.B. & Amilon, A.: *Boligsociale indsatser og huslejestøtte. Kortlægning og programevaluering af Landsbyggefondens 2006-10-pulje*. 164 sider. ISBN: 978-87-7487-977-0. Vejledende pris 160,00 kr.

10:16 Bengtsson, S., Mateu, N.C. & Høst, A.: *Blinde børn – integration eller isolation? Blinde børns trivsel og vilkår i hjemmet, fritiden og skolen*. 136 sider. ISBN: 978-87-7487-978-7. Vejledende pris 140,00 kr.

10:17 Bengtsson, S., Mateu, N.C. & Høst, A.: *Blinde og stærkt svagsynede. Barrierer for samfundsdeltagelse*. 122 sider. ISBN: 978-87-7487-979-4. Vejledende pris: 120,00 kr.

10:18 Ellerbæk, L.S. & Thuesen, F.: *Projekt arbejdsplads for højtuddannede. Følgeforskning for Region Midtjylland*. 99 sider. ISBN: 978-87-7487-980-0. Vejledende pris: 100,00 kr.

10:19 Jakobsen, V. & Ellerbæk, L.S.: *Løn- og arbejdsforhold for kvinder og mænd i kokkefaget*. 71 sider. ISBN: 978-87-7487-981-7. Netpublikation.

10:20 Ottosen, M.H., Andersen, D., Nielsen, L.P., Lausten, M. & Stage, S.: *Børn og unge i Danmark. Velfærd og Trivsel 2010*. 155 sider. ISBN: 978-87-7487-982-4. Vejledende pris: 260,00 kr.

10:21 Kofod, J.E., Benwell, A.F., Kjær, A.A.: *Hjemvendte soldater. En interviewundersøgelse*. 76 sider. ISBN: 978-87-7487-983-1. Netpublikation.

10:22 Lausten, M., Mølholt, A.-K., Hansen, H., Heiner Schmidt, L. & Aaquist, M.: *Forebyggende foranstaltninger 0-4 år. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 2*. 184 sider. ISBN: 978-87-7487-984-8. Vejledende pris: 195,00 kr.

10:23 Christensen, E., Lindstrøm, M. & Mølholt, A.-K.: *Efterværn for voldsudsatte kvinder. Krisecentrenes støtte og hjælp til kvinder, som flytter fra centrene*. 95 sider. ISBN: 978-87-7487-985-5. Vejledende pris: 100,00 kr.

10:24 Jensen, V.M. & Nielsen, L.P.: *Veje til ungdomsuddannelse 1. Statistiske analyser af folkeskolens betydning for unges påbegyndelse og gennemførelse af en ungdomsuddannelse*. 211 sider. ISBN: 978-87-7487-986-2. Netpublikation.

10:25 Espersen, L.D.: *Bekymrende identiteter. Ph.d.-afhandling*. 260 sider. ISBN: 978-87-7487-987-9. Vejledende pris: 100,00 kr.

10:26 Høgelund, J., Tørslev, M.K. & Weibel, K.: *Sygemeldte og førtidspensionister med handicap. Jobcentermedarbejderes perspektiver på jobcentrenes indsats*. 101 sider. ISBN: 978-87-7487-986-6. Vejledende pris: 100,00 kr.

10:27 Lyk-Jensen, S.V., Jacobsen, J. & Heidemann, J.: *Soldater – før, under og efter udsendelse. Et litteraturstudie*. 92 sider. ISBN: 978-87-7487-989-3. Netpublikation.

10:28 Thuesen, F., Holt, H., Jensen, S. & Brink Thomsen, L.: *Virksomheders sociale engagement*. 172 sider. ISBN: 978-87-7487-990-9. Vejledende pris: 170,00 kr.

10:29 Jakobsen, V. & Liversage, A.: *Køn og etnicitet i uddannelsessystemet. Litteraturstudier og registerdata*. 175 sider. ISBN: 978-87-7487-991-6. Vejledende pris: 176,00 kr.

10:30 Christoffersen, M.N.: *Børnemishandling i hjemmet*. 120 sider. ISBN: 978-87-7487-992-3. Netpublikation.

10:31 Jakobsen, T.B., Hammen, I. & Steen, L.: *Efterværn – støtte til tidligere anbragte unge*. 94 sider. ISBN: 978-87-7487-993-0. Vejledende pris: 90,00 kr.

10:32 Korzen, S., Fisker, L. & Oldrup, H.: *Vold mod børn og unge i Danmark. En spørgeskemaundersøgelse blandt 8.-klasses-elever*. 127 sider. ISBN: 978-87-7487-994-7. Netpublikation.

10:33 Mateu, N.C.: *Hjælpelinjen for spilleafhængige. Kortlægning af telefonsamtaler i Danmark og Norge i perioden 2008-2009*. 50 sider. ISBN: 978-87-7487-995-4. Netpublikation.

10:34 Egelund, T., Böcker Jakobsen, T. & Steen, L.: *"Det er jo min familie!" Beretninger fra børn og unge i slægtspleje*. 126 sider. ISBN: 978-87-7487-996-1. Vejledende pris: 120,00 kr.

10:35 Christensen, E.: *Alkoholdproblemer og partnervold*. 48 sider. ISBN: 978-87-7487-997-8. Vejledende pris: 50,00 kr.

11:01 Liversage, A., Jakobsen, V. & Rode Hansen, I.: *"Det var ikke nemt, men jeg klarede det!" Interviewundersøgelse med etniske minoritetskvinder om uddannelse*. 156 sider. ISBN: 978-87-7119-000-7. Vejledende pris: 150,00 kr.

11:02 Filges, T. & Holt, H.: *AC-arbejdskraft i den vestlige del af Region Midtjylland. Muligheder og barrierer*. 96 sider. ISBN: 978-87-7119-001-4. Vejledende pris: 90,00 kr.

11:03 Lausten, M., Mølholt, A.-K., Hansen, H., Heiner Schmidt, L. & Aaquist, M: *Forebyggende foranstaltninger 5-9 år. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 3*. 184 sider. ISBN: 978-87-7119-002-1. Vejledende pris: 180,00 kr.

11:04 Jacobsen, J. & Lindstrøm, M.: *Lokal integration af førtidspensionister*. 110 sider. ISBN: 978-87-7119-003-8. Vejledende pris: 110 kr.

11:05 Deding, M. (red.): *Forskning om tvang i misbrugsbehandling. En kortlægning foretaget af SFI Campbell*. 110 sider. ISBN: 978-87-7119-004-5. Netpublikation.

11:06 Oldrup, H., Lindstrøm, M. & Korzen, S.: *Vold mod førskolebørn. Praksis og barrierer for opsporing og underretning*. 110 sider. ISBN: 978-87-7119-005-2. Netpublikation.

11:07 Christensen, E.: *Væk fra Grønland. Udsatte grønlændere, der er flyttet til Danmark med deres børn*. 88 sider. ISBN: 978-87-7119-006-9. Vejledende pris: 90,00 kr.

11:08 Brink Thomsen, L. & Høgelund, J.: *Handicap og beskæftigelse. Udviklingen mellem 2002 og 2010*. 140 sider. ISBN: 978-87-7119-007-6. Vejledende pris: 140,00 kr.

11:09 Bengtsson, S., Hansen, H. & Røgeskov, M.: *Børn med en funktionsnedsættelse og deres familier. Den første kortlægning i Norden*. 108 sider. ISBN: 978-87-7119-008-3. Vejledende pris: 110,00 kr.

11:10 Vitus, K. & Kjær, A.A.: *PSP-samarbejdet. En kortlægning af PSP-Frederiksberg, Odense, Amager og Esbjerg*. 201 sider. ISBN: 978-87-7119-009-0. Netpublikation.

11:11 Graversen, B.K.: *Tættere på arbejdsmarkedet? Om effektmåling af beskæftigelsesindsatsen for ikke-arbejdsmarkedsparate ledige*. 78 sider. ISBN: 978-87-7119-010-6. e-ISBN: 978-87-7119-048-9. Vejledende pris: 70,00 kr.

11:12 Andersen, D., Thomsen, R., Langhede, A.P., Albæk Nielsen, A. & Toft Hansen, A.: *Skolernes samarbejde. Kortlægning af skolernes kontakt med kommunale forvaltninger og andre institutioner*. 249 sider. ISBN: 978-87-7119-011-3. Netpublikation.

11:13 Larsen, M., Bach, H.B. & Ellerbæk, L.S.: *55-70-åriges forbliven på arbejdsmarkedet. Adfærd, forventninger, aftaler og kendskab til regler*. 222 sider. ISBN: 978-87-7119-012-0. e-ISBN: 978-87-7119-045-8. Vejledende pris: 220,00 kr.

11:14 Christoffersen, M.N. & Hammen, I.: *ADHD-indsatser. En forskningsoversigt*. 129 sider. ISBN: 978-87-7119-013-7. Vejledende pris: 130,00 kr.

11:15 Oldrup, H., Korzen, S., Lindstrøm, M. & Christoffersen, M.N.: *Vold mod børn og unge. Hovedrapport*. 95 sider. ISBN: 978-87-7119-014-4. Vejledende pris: 90,00 kr.

11:16 Rostgaard, T., Bjerre, L., Sørensen, K. & Rasmussen, N.: *Omsorg og etnicitet. Nye veje til rekruttering og kvalitet i ældreplejen*. 207 sider. ISBN: 978-87-7119-015-1. Vejledende pris: 200,00 kr.

11:17 Bengtsson, S., Alim, W., Holmskov, H. & Lund, A.: *Sociale indsatser til mennesker med ADHD. En kortlægning*. 166 sider. ISBN: 978-87-7119-017-5. e-ISBN: 978-87-7119-040-3. Vejledende pris: 160,00 kr.

11:18 Böcker Jakobsen, T., Langhede, A.P. & Sørensen, K.: *Lige muligheder – støtte til udsatte børn og unge. Evalueringsrapport 1: Beskrivelse af igangsatte forsøgsprojekter*. 87 sider. ISBN: 978-87-7119-016-8. Netpublikation.

11:19 Albæk, K. & Brink Thomsen, L.: *Er kvindefag lavtlønsfag? En analyse af sammenhængen mellem løn og andelen af kvinder i enkelte arbejds-*

funktioner. 97 sider. ISBN: 978-87-7119-018-2. Vejledende pris: 97,00 kr.

11:20 Knudsen, L. & Egelund, T.: *Effekter af slægtspleje. Slægtsanbragte børn og unges udvikling sammenlignet med plejebørn fra traditionelle plejefamilier*. 161 sider. ISBN: 978-87-7119-019-9. Vejledende pris: 160,00 kr.

11:21 Kofod, J., Dyrvig, T.F., Markwardt, K., Lagoni, N., Bille, R., Termansen, T., Christiansen, L., Toldam, E.J. & Vilshammer, M.: *Prostitution i Danmark*. 395 sider. ISBN: 978-87-7119-020-5. Vejledende pris: 390,00 kr.

11:22 Brink Thomsen, L. & Høgelund, J.: *Handicap og beskæftigelse i 2010. Regionale Forskelle*. 68 sider. ISBN: 978-87-7119-021-2. e-ISBN: 978-87-7119-022-9. Vejledende pris: 60,00 kr.

11:23 Amilon, A.: *Supplerende arbejdsmarkedspension. Hvorfor vælger eller fravælger førtidspensionister ordningen?* 92 sider. ISBN: 978-87-7119-023-6. e-ISBN: 978-87-7119-024-3. Vejledende pris: 90,00 kr.

11:24 Christensen, E. & Hansen, H.: *Den sociale indsats for børn og unge i Grønland. Kortlægning af aktiviteterne 2011*. 44 sider. ISBN: 978-87-7119-025-0. e-ISBN: 978-87-7119-026-7. Vejledende pris: 40,00 kr.

11:25 Lyk-Jensen, S.V., Weatherall, C.D., Heidemann, J., Damgaard, M. & Glad, A.: *Soldater før og under udsendelse. En kortlægning*. 190 sider. e-ISBN: 978-87-7119-028-1. Netpublikation.

11:26 Ottosen, M.H. & Stage, S.: *Dom til fælles forældremyndighed. En evaluering af forældreansvarsloven*. 257 sider. ISBN: 978-87-7119-029-8. e-ISBN: 978-87-7119-030-4. Vejledende pris: 250,00 kr.

11:27 Liversage, A. & Leelo Knudsen, L.: *Kvinder i byggefag. En interviewundersøgelse*. 131 sider. ISBN: 978-87-7119-031-1. e-ISBN: 978-87-7119-032-8. Vejledende pris: 130,00 kr.

11:28 Chistensen, E. & Hansen, H.: *Kalaallit nunaanni meeqqanut inuusuttunullu isumaginninnikkut suliniutit*. 46 sider. ISBN: 978-87-7119-033-5. e-ISBN: 978-87-7119-034-2. Vejledende pris: 40,00 kr.

11:29 Lausten, M., Mølholt, A.-K., Hansen, H., Vammen, K.S., Schmidt, L.H. & Legendre, A.-C.: *Forebyggende foranstaltninger 10-13 år. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 4*. 184 sider. ISBN: 978-87-7119-036-6. e-ISBN: 978-87-7119-037-3. Vejledende pris: 180,00 kr.

11:30 Bengtsson, S.: *Danmark venter stadig på sin psykiatrireform. Et rids af udviklingen de seneste årtier*. 78 sider. ISBN: 978-87-7119-038-0. e-ISBN: 978-87-7119-039-7. Vejledende pris: 70,00 kr.

11:32 Oldrup, H.H. & Vitus, K.: *Indsatser over for udsatte 0-3-årige og deres forældre. En systematisk forskningsoversigt*. 213 sider. ISBN: 978-87-7119-041-0. e-ISBN: 978-87-7119-042-7. Vejledende pris: 210,00 kr.

11:33 Bo Larsen, M., Jacobsen, S. & Jensen, S.: *Socialt bedrageri. Et litteraturstudie*. 100 sider. e-ISBN: 978-87-7119-044-1. Netpublikation.

11:34 Christoffersen, M.N., Skov Olsen, P., Vammen, K.S., Sander Nielsen, S. & Lausten, M.: *Tidlig identifikation af kriminalitetstruede børn og unge. Risiko- og beskyttelsesfaktorer*. 207 sider. ISBN: 978-87-7119-046-5. e-ISBN: 978-87-7119-047-2. Vejledende pris: 200,00 kr.

11:36 Brink Thomsen, L. & Høgelund, J.: *Køn, Handicap og beskæftigelse i 2010*. 47 sider. e-ISBN: 978-87-7119-053-3. Netpublikation.

11:38 Ottosen, M.H., Stage, S. & Søndergaard Jensen, H.: *Børn i deleordninger. En kvalitativ undersøgelse*. 209 sider. ISBN: 978-87-7119-056-4. ISBN: 978-87-7119-057-1. Vejledende pris: 200,00 kr.

11:39 Jin Pedersen, M., Rosdahl, A., Winther, S.C., Langhede, A.P. & Lynggaard, M.: *Ledelse af folkeskolerne. Vilkår og former for skoleledelse*. 283 sider. e-ISBN: 978-87-7119-058-8. Netpublikation.

11:40 Dreyer Espersen, L., Eiberg, M. & Andersen, D.: *Veje til ungdomsuddannelse 2. Kvalitative interview med skoleledere, lærere, elever og UU-vejledere*. 169 sider. e-ISBN: 978-87-7119-060-1. Netpublikation.

INDSATSER OVER FOR UDSATTE 0-3-ÅRIGE OG DERES FORÆLDRE

EN SYSTEMATISK FORSKNINGSOVERSIGT

En række sociale indsatser retter sig mod børn fra 0-3 år, der er socialt og udviklingsmæssigt udsatte på grund af risikofaktorer i deres opvækst eller fostertilstand.

Denne rapport kortlægger nordiske og engelsksprogede studier af konkrete indsatser, der har til formål at reducere eller kompensere for kendte risikofaktorer hos denne gruppe af børn: misbrug hos forældrene, vanrøgt, vold i nære relationer, psykisk sygdom hos forældrene, dårlig begavelse hos forældrene, tidligt forældreskab samt kombinerede problembilleder.

Kortlægningen identificerer og beskriver evidensbaserede studier, dvs. studier med en høj grad af pålidelighed. Det overordnede billede af de undersøgte indsatser viser bl.a., at de navnlig er rettet mod mødrene, at der indgår mange typer af aktiviteter og at de er ret langvarige med hyppige kontakter.

Rapporten er bestilt og finansieret af Servicestyrelsen. Den er et led i Servicestyrelsens bestræbelse på at tilvejebringe kvalificeret viden, som man kan basere evidensbaseret praksis på. Beslutninger og socialfagligt arbejde kan dermed bygge på indsatser, som ud fra den bedste og nyeste videnskabelige kundskab har en verificeret sandsynlighed for at give resultat.

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd
11:32
ISSN: 1396-1810