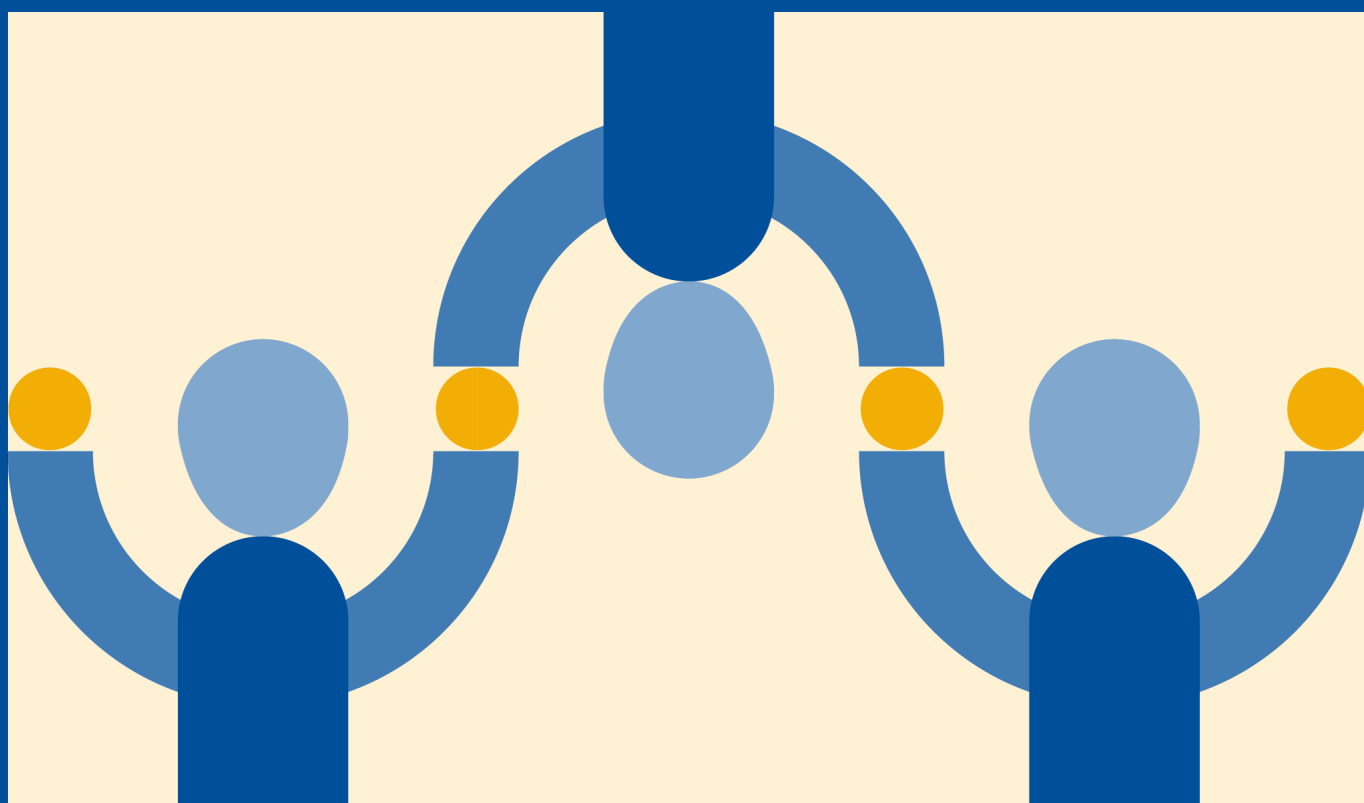


# FAMKO-Odense

Analyser af børnenes socio-emotionelle udvikling, når de er 2 år gamle



*FAMKO-Odense*

*– Analyser af børnenes socio-emotionelle udvikling, når de er 2 år gamle*

© VIVE og forfatterne, 2024

e-ISBN: 978-87-7582-351-2

Projekt: 100750-751

Finansiering: Odense Kommune, Region Syd og den A.P. Møllerske Støttefond

## **VIVE**

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

[www.vive.dk](http://www.vive.dk)

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



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



## Forord

FAMKO-projektet er et tværsektorielt samarbejde mellem Familieambulatoriet, Odense Universitetshospital (OUH) og Odense Kommune om gravide, småbørn og familier, der har behov for ekstra omsorg og støtte gennem graviditeten og frem til skolestart.

VIVE har i samarbejde med forskere på OUH og Syddansk Universitet (SDU) evalueret FAMKO-projektet. Resultaterne beskrives i tre rapporter. I denne tredje og sidste rapport beskriver vi resultaterne af børnenes socio-emotionelle udvikling, når de er 2 år gamle.

Vi vil gerne rette en stor tak til familier og professionelle, der har deltaget i evalueringen. Udkast til rapporten er blevet kommenteret af en intern og en ekstern reviewer, og vi takker for konstruktive og indsigtfulde kommentarer.

Rapporten er udarbejdet af seniorforsker Maiken Pontopidan (projektleder), seniorforsker Jonas Cuzulan Hirani og videnskabelig assistent Amalie Weiss Risbjerg.

FAMKO-projektet og evalueringen er finansieret af Den A.P. Møllerske Støttefond og Odense Kommune.

*Sanne Haase*

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed



# Indholdsfortegnelse

Hovedresultater	5
Afrapportering	8
1 Om FAMKO-projektet	9
1.1 Metode	11
1.2 Hovedresultater fra de første to rapporter	11
1.3 Læsevejledning	13
2 Beskrivelse af FAMKO-projektet	14
2.1 Målgruppe	14
2.2 FAMKO-indsatsen og den sædvanlige indsats	16
3 Effekten af FAMKO	18
3.1 Udfaldsmål	18
3.2 Data og frafald	19
3.3 Balancetest	21
3.4 Statistiske analyser	23
3.5 Barnets socio-emotionelle udvikling	24
Dokumentation	28
Litteratur	29

# Hovedresultater

Graviditeten og tiden efter fødslen bringer store forandringer med sig for både barn og forældre. Det lille barn udvikles igennem omsorgsfulde interaktioner med voksne og er sårbart over for omsorgssvigt, der kan få alvorlige og langsigtede konsekvenser.

Tidlige indsatser har fokus på at støtte familien tidligt i barnets liv for at sikre barnets og forældrenes trivsel og udvikling. FAMKO-projektet er målrettet gravide, der er i en sårbar position. Projektets titel henviser til samarbejdet mellem FAMilieambulatoriet og Odense KOMmune. Med fokus på den enkelte familie skabes et skræddersyet og tværfagligt forløb gennem graviditet, barsel, og frem til barnet starter i skole.

FAMKO-indsatsen består i, at familien tilbydes en FAMKO-person, der skal støtte og rådgive familien fra graviditet, og frem til barnet starter i skole. FAMKO-personen er enten en sundhedsplejerske eller en familiebehandler. Familierne tilbydes desuden et tilknytningsforløb. Den ekstra støtte til familien skal give forældrene mere overskud til at være forældre for deres børn.

Formålet med evalueringen er at undersøge effekten af FAMKO tilbudt til sårbare gravide og deres partner i forhold til mor-barn-relationen, mors trivsel, mors mentale helbred, mors refleksive funktion og forældrestress samt barnets udvikling og trivsel.

Fokus for denne rapport er at formidle resultater om effekten af FAMKO på børnenes socio-emotionelle udvikling, når de er to år gamle. Socio-emotionel udvikling er en fundamental del af små børns overordnede helbred og trivsel og er afgørende for deres udvikling. Gode socio-emotionelle kompetencer hænger fx sammen med senere udvikling fx i form af uddannelse, helbred og livskvalitet.

FAMKO-projektet er et samarbejde mellem Familieambulatoriet på OUH og Odense Kommune målrettet familier, der har behov for ekstra omsorg og støtte. Evalueringen gennemføres af VIVE i samarbejde med forskere ved OUH og SDU. Projektet er blevet til med støtte fra Den A.P. Møllerske Støttefond.

## **Børnenes socio-emotionelle udvikling**

Socio-emotionelle kompetencer handler for små børn om at regulere følelser i interaktion med andre og begyndende interaktion med jævnaldrende. Hvad der opfattes som passende adfærd for et barn, afhænger af barnets alder, kultur, familieværdier og kontekst. Små børn har endnu ikke noget sprog, og

signaler for mistrivsel kommer derfor til udtryk igennem gråd eller manglende gråd, lyde, udtryk, fagter og fysisk mistrivsel såsom forstoppelse.

Børnenes socio-emotionelle udvikling er målt med redskabet The Social-Emotional Assessment/Evaluation Measure (SEAM), der indeholder to indeks: empati samt selvregulering og samarbejde. SEAM-data er indsamlet af Odense Kommune af barnets primære pædagog eller dagplejer. SEAM-data er både indhentet hos børn, der modtager FAMKO, og børn, der modtager sædvanlig indsats.

Når vi sammenligner de deltagende børns socio-emotionelle udvikling med normdata, ser vi en tendens til, at de deltagende børn (både FAMKO og kontrol) scorer relativt lavt på empati-indekset i forhold til danske børn generelt. I forhold til selvregulering og samarbejde afviger børnene ikke så meget fra normen. Det er værd at nævne, at vores sample er relativt lille, og at forskelle skal tages med forbehold for usikkerhed.

### **Ingen forskel i børnenes socio-emotionelle udvikling, når de er 2 år gamle**

Når vi sammenligner FAMKO-børnenes udvikling med kontrolbørnenes udvikling, når børnene er 2 år gamle, finder vi ikke nogen forskel imellem de to grupper i forhold til hverken barnets empati eller selvregulering og samarbejde. De to grupper scorer stort set ens på begge områder.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at kontrolgruppen også har fået et tilbud, og at det sædvanlige tilbud er blevet styrket igennem projektperioden på baggrund af et generelt fokus på den tidlige indsats. Desuden er der et stort frafald, da vi kun har data fra omkring halvdelen af børnene.

Vores resultater tyder samlet set på, at FAMKO-interventionen ikke har haft en større indflydelse på børnenes socio-emotionelle udvikling end den sædvanlige indsats.

## Fakta om undersøgelsen

Evalueringen er gennemført som et randomiseret kontrolleret studie, hvor gravide ved lodtrækning blev fordelt i forhold til, om de skulle modtage FAMKO-interventionen eller sædvanlig indsats.

Deltagere i projektet er gravide, bosiddende i Odense Kommune og henvist til Familieambulatoriet på OUH. Familierne er rekrutteret fra september 2018 til august 2021.

Data i projektet består af spørgeskemadata, samspilsoptagelser, undersøgelse af barnets udvikling, journaldata, data om andre indsatser (herunder anbringelser), data om FAMKO-indsatsen og interviewdata.

Odense Kommune har til denne rapport indsamlet data om barnets socio-emotionelle udvikling, når barnet er 2 år gammelt (udført af primær pædagog eller dagplejer).

I alt 331 gravide kvinder (heraf 163 FAMKO og 168 kontrol) deltager i projektet.

For 164 familier har vi data om barnets socio-emotionelle udvikling, når det er 2 år gammelt. Dette gælder for 78 i FAMKO-gruppen og 86 i kontrolgruppen.

# > Afrapportering



# 1 Om FAMKO-projektet

FAMKO-projektet er et tværsektorielt samarbejde mellem Familieambulatoriet på OUH og Odense Kommune om gravide, småbørn og familier, der har behov for ekstra omsorg og støtte gennem graviditeten og barnets første leveår. FAMKO-projektet har fokus på tidlig indsats, der starter allerede i graviditeten. Med fokus på den enkelte familie skabes et skræddersyet forløb gennem graviditet og barsel, og kontakten fortsætter, indtil barnet starter i skole.

Denne rapport fokuserer på barnets socio-emotionelle udvikling, når det er 2 år gammelt. Data omfatter børn, der har modtaget FAMKO, og børn, der har modtaget sædvanlig indsats.

## **Baggrund for projektet**

Ulighed i sundhed kan have væsentlig indflydelse på børns livsmuligheder (Heckman, 2008; Shonkoff et al., 2020). Graviditeten og den første tid som nye forældre er en periode, der er karakteriseret af markante fysiske, psykologiske og sociale ændringer, der kan være udfordrende. Fostret og det nyfødte barns hjerne er meget plastisk og er afhængig af alderssvarende og tilpas stimulerende, men også af beskyttelse mod u hensigtsmæssige situationer for at kunne udvikle sig (Davidson & Mcewen, 2012; Shonkoff et al., 2012). Små børn udvikler sig igennem omsorgsfulde, forudsigelige og beskyttende interaktioner med voksne (Murray, 2014). Hvis små børn udsættes for omsorgssvigt eller misbrug i de tidlige år, kan det få alvorlige konsekvenser senere i livet i form af fx dårligt helbred, tilknytningsproblemer, udviklingsmæssige problemer, mentale helbredsproblemer og udfordringer i forhold til uddannelse (Almond et al., 2018; Doyle, 2020; Holt et al., 2008; Hughes et al., 2017; Kefeli et al., 2018). Kvinder, der selv har oplevet omsorgssvigt, har desuden en højere risiko for at omsorgssvigte deres egne børn (DiLillo & Damashek, 2003; Madigan et al., 2019; Moehler et al., 2007).

Relationen imellem forældre og barn begynder at udvikle sig i graviditeten. Tilknytningen til barnet kan dog blive udfordret, hvis forældrene har mentale helbredsproblemer, som fx ubehandlet depression, angst, personlighedsforstyrrelse eller skizofreni. Mentale helbredsproblemer hos moderen er desuden relateret til udfordringer i forhold til fødsel, som fx for tidlig fødsel og lav fødselsvægt (Alder et al., 2007; Cole-Lewis et al., 2014; Ding et al., 2014).

Der er derfor fokus på at sætte ind med interventioner tidligt i barnets liv ('tidlig indsats') for at støtte barnets og forældrenes trivsel og med henblik på at få mere lighed i sundhed. Studier finder positive effekter af forskellige forældreinterventioner (Asmussen et al., 2016; Barlow et al., 2016; Furlong et al., 2012; Gardner et al., 2016; Rayce et al., 2017; Smith et al., 2020) og finder

desuden, at det er en god investering at sætte ind tidligt (Campbell et al., 2014; Darling-Hammond et al., 2008). Det komplekse forhold imellem graviditet, fødsel og mentale helbredsproblemer kalder på en tværfaglig tilgang (Halbreich, 2005), og det er væsentligt, at indsatsen igangsættes under graviditeten (Ordway et al., 2014; Sadler et al., 2013).

### **Aktører og organisering**

Projektet er blevet til med støtte fra Den A.P. Møllerske Støttefond. Odense Kommune er projektejer.

I indsatsen indgår fagpersoner fra Familieambulatoriet, afd. D og H, fra OUH samt fra Børn- og Ungeforvaltningen, Sundhedsforvaltningen og Beskæftigelses- og Socialforvaltningen i Odense Kommune.

I FAMKO-projektet samarbejdes der desuden med frivillige foreninger og organisationer, der har tilbud, som målgruppen kan få gavn af. I FAMKO-projektet er der fx etableret et samarbejde med Home-Start, Røde Kors, Red Barnet og Mødrehjælpen.

Evalueringen af projektet gennemføres af VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd i samarbejde med Odense Kommune og OUH/SDU. Seniorforsker Maiken Pontoppidan fra VIVE er projektleder og overordnet ansvarlig for den samlede evaluering. Analyserne i denne rapport er gennemført af seniorforsker Jonas Hirani.

Evalueringen følger projektet i de første 6 år fra 2017 frem til slutningen af 2023, hvor alle børn er fyldt 2 år. Denne rapport er den sidste rapport.

### **Evalueringsens formål**

Det samlede formål med FAMKO-projektet er "at mindske ulighed i sundhed og social ulighed ved at give gravide i sårbare positioner, småbørn og familier den bedst mulige start gennem udvidet, tværfaglig støtte på tværs af kommune, region og frivillige organisationer" (Projektbeskrivelsen).

Der er publiceret en protokolartikel om projektet (Pontoppidan et al., 2022) samt to rapporter (Pontoppidan et al., 2021, 2023).

Fokus for denne rapport er at formidle resultater om effekten af FAMKO på børnenes socio-emotionelle udvikling.

## 1.1 Metode

Evalueringen er gennemført som et randomiseret kontrolleret studie, hvor gravide ved lodtrækning blev fordelt til, om de skulle modtage FAMKO-interventionen eller sædvanlig indsats.

Deltagere i projektet er gravide, bosiddende i Odense Kommune og henvist til Familieambulatoriet på OUH. Familierne er rekrutteret fra september 2018 til august 2021.

Data i projektet består af spørgeskemadata, samspilsoptagelser, undersøgelse af barnets udvikling, journaldata, data om andre indsatser (herunder anbringelser), data om FAMKO-indsatsen og interviewdata.

Odense Kommune har til denne rapport indsamlet data om barnets socio-emotionelle udvikling, når barnet er 2 år gammelt. Det er barnets primære pædagog, der har besvaret spørgeskemaet.

I alt 331 gravide kvinder (heraf 163 FAMKO og 168 kontrol) deltager i projektet. For 164 familier har vi data om barnets socio-emotionelle udvikling, når det er 2 år gammelt. Dette gælder for 78 i FAMKO-gruppen og 86 i kontrolgruppen.

Effekter estimeres som forskellen mellem kontrol- og FAMKO-gruppen på analysens udfaldsmål. Forskellene estimeres i separate regressionsligninger for hvert udfaldsmål med robuste standardfejl til af afgøre signifikans. For at håndtere frafald inkluderer regressionerne kontrolvariable for ubalancer mellem grupperne.

Studiet er registreret ved ClinicalTrials.gov (NCT3659721).

## 1.2 Hovedresultater fra de første to rapporter

Den første rapport var en beskrivelse af deltagerne i projektet ved opstart.

Her fandt vi, at deltagerne i studiet i gennemsnit er 30 år gamle, og at lidt mere end halvdelen venter deres første barn. Hovedparten bor med en partner, og omkring hver femte taler et andet sprog end dansk i hjemmet. Lidt over halvdelen af de gravide er i arbejde eller under uddannelse, mens resten står uden for arbejdsmarkedet af forskellige årsager.

Hver tredje deltager tager dagligt medicin. De gravide har i gennemsnit oplevet 2,5 traumer i deres barndom, og 20 % vurderes til at opfylde kravene for en PTSD-diagnose. Stort set alle gravide ønsker at amme det barn, de venter.

Den anden rapport havde fokus på at beskrive, hvordan FAMKO-forløbene så ud fra graviditet, og frem til at barnet fylder 1 år, at præsentere resultater fra interviews med deltagere og fagpersoner samt at evaluere effekten af FAMKO på udfaldsmål fra spørgeskemaer, test og videomateriale, når barnet var 4-6 måneder samt 12-14 måneder gammelt.

FAMKO-indsatsen består ud over FAMKO-personen også af et tilknytningsforløb. Når tilknytningsforløbet indregnes, har FAMKO-familierne samlet set modtaget 15 kontakter i gennemsnit, når barnet fylder 1 år. Familier, hvor fagpersonerne har et højere bekymringsniveau for familien, har i gennemsnit modtaget 23 kontakter. De fleste deltagere er tilfredse med antallet af kontakter, de har haft med fagpersonale igennem graviditet og barnets første leveår.

I forhold til effekt fandt vi, at FAMKO-indsatsen har få og små effekter, når vi ser på de to grupper, i forhold til mor-barn-relationen, mors trivsel, mors mentale helbred, mors refleksive funktion og forældrestress samt barnets udvikling og trivsel, når barnet er 3-6 måneder og 12-13,5 måneder gammelt.

Samlet set finder vi, når barnet er 12-13,5 måneder gammelt, at FAMKO-familier bekymrer sig oftere om deres boligsituation, at FAMKO-familier har mindre forvrænget mentalisering, samt at motorik forbedres hos FAMKO-børnene.

Desuden er der lidt flere børn, der er blevet anbragt uden for hjemmet i kontrolgruppen i forhold til FAMKO-gruppen. Denne forskel er dog ikke signifikant.

Interviews med deltagere og fagpersoner viser, at både deltagere og fagpersoner overvejende er positive i forhold til FAMKO-indsatsen. Nogle deltagere oplevede for eksempel, at tilknytningen af en fast FAMKO-person medvirkede til, at de i større grad søgte råd og vejledning, når de havde behov.

For nogle familier har FAMKO-forløbet været svært at overskue, da det forløber over mange år. FAMKO-personerne giver udtryk for, at det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde er blevet styrket, og at det har givet god energi.

I løbet af projektet har både familier og personale givet udtryk for, at en stor del af de familier, der har haft en sundhedsplejerske som FAMKO-person, ikke har haft så stort et behov for ekstra støtte. Disse familier kan ifølge sundhedsplejerskerne i langt de fleste tilfælde rummes inden for det almindelige system. FAMKO-indsatsen er efterfølgende blevet målrettet familier med større behov, hvor der tilknyttes en familiebehandler.

Vi påpeger, at det er vigtigt at være opmærksom på, at familier, der har modtaget den sædvanlige indsats, har modtaget støtte efter behov. Vores resultater kan dermed tolkes således, at for hovedparten af de udfald, vi har undersøgt, fungerer den sædvanlige indsats lige så godt som FAMKO-indsatsen, da kontrolgruppen klarer sig lige så godt/dårligt som FAMKO-gruppen.

## 1.3 Læsevejledning



Rapportens struktur og indhold er som følger:

- I kapitel 2 beskriver vi målgruppen for FAMKO-projektet og FAMKO-indsatsen.
- Kapitel 3 er rapportens hovedkapitel, hvor vi først præsenterer hvordan barnets socio-emotionelle udvikling er målt, derefter sammenligner vi data fra projektet med normdata for til sidst at analysere effekten af FAMKO på de 2-årige børns socio-emotionelle udvikling.

## 2 Beskrivelse af FAMKO-projektet

I FAMKO-projektet tilbydes familier løbende kontakt gennem hele småbarnsperioden med en gennemgående FAMKO-person. FAMKO-personen er enten familiens sundhedsplejerske eller en familiebehandler afhængigt af familiens behov. FAMKO-personen følger familien fra graviditeten og til skolestart og opbygger en god og tillidsfuld relation til familien. Den løbende kontakt skal både hjælpe med konkrete udfordringer og afsøge behovet for yderligere hjælp samt støtte og motivere familien i at søge og modtage relevante tilbud på tværs af sektorer og frivillige organisationer. FAMKO-personens opgave er at hjælpe borgeren (gerne ved ledsagelse) til at opsøge og modtage den nødvendige hjælp og støtte. Dette kan være i eksisterende regionale eller kommunale tilbud eller relevante tilbud i frivillige organisationer.

### 2.1 Målgruppe

Målgruppen for projektet er sårbare gravide, der er tilknyttet Familieambulatoriet på OUH og visiteret til svangreomsorgens niveau 3 eller 4. Dette omfatter fx gravide med alvorlig social belastning, svære psykiatriske diagnoser, nedsatte mentale ressourcer, forbrug af medicin, alkohol og/eller andre rusmidler. Udover at have en eller flere diagnoser har en stor del af de gravide oplevet udfordringer og/eller traumer i barndommen eller ungdommen, som øger kompleksiteten.

Læs mere om svangreomsorgens niveauer her (Sundhedsstyrelsen, 2013, 2021). Kendetegn for målgruppen for projektet er desuden beskrevet mere detaljeret i den første rapport (Pontoppidan et al., 2021).

#### Bekymringsniveau

Det er forskelligt, hvor stor en bekymring der er om familien ved visitationstidspunktet. Jordmoderen har derfor ved den første jordmoderkonsultation vurderet, hvilken af de følgende fire grupper den enkelte familie falder indenfor:

1. Højt bekymringsniveau – der foreligger mindst én underretning på familien.
2. Mellem bekymringsniveau – der kommer sandsynligvis en underretning i løbet af graviditeten.

3. Lavt bekymringsniveau – familien kan have gavn af et tilknytningsforløb.
4. Få bekymringer om familien.

Grupperingen blev anvendt i randomiseringen af deltagerne for at sikre en ligelig fordeling af familier med både højt og lavt bekymringsniveau i de to grupper. Bekymringsniveauet kan ændre sig markant over tid, men vurderes alene ved det første jordemoderbesøg.

Forventningen var, at omkring halvdelen af de deltagende familier ville have et højere bekymringsniveau (1 eller 2), men gruppen er endt med kun at udgøre 27 % af deltagerne. Det er særligt blandt denne gruppe, at vi forventer, at FAMKO-indsatsen kan gøre en forskel. At denne gruppe er blevet relativt lille betyder, at styrken for effektanalyserne er reduceret, og det er dermed sværere at påvise en eventuel effekt af indsatsen for denne gruppe.

### **Deltagerne i projektet**

De 331 deltagere udfyldte spørgeskemaer under graviditeten.

På baggrund af besvarelserne (som er beskrevet i detaljer i den første rapport om projektet) ved vi, at de gravide i projektet er kendetegnet ved følgende karakteristika:

- Er omkring 30 år gamle.
- Bor sammen med ægtefælle/partner (82 %).
- For 60 % er det deres første graviditet.
- I 18 % af de gravides hjem bliver der talt et andet sprog end dansk.
- 41 % af de gravide har højst gennemført en gymnasial uddannelse.
- 38 % har gennemført en mellemlang eller lang uddannelse.
- 36 % af de gravide er i arbejde.
- 19 % er under uddannelse.
- 17 % er sygemeldt.
- 6 % er arbejdsløse med understøttelse.
- 17 % er på kontanthjælp eller i et ressourceforløb.
- Hovedparten vurderer selv at have en nogenlunde eller god økonomi, men hver fjerde bekymrer sig ofte eller meget ofte om økonomien.
- De gravide angiver at have et meget lavt ugentligt alkoholforbrug både før (0,9 genstande om ugen) og under graviditeten (tæt på 0 genstande om ugen).
- 25 % angiver at have drukket fem eller flere genstande en eller flere gange under graviditeten.
- 12 % af de gravide ryger, og hos 10 % bliver der røget i hjemmet.
- En mindre andel af de gravide angiver enten at have eller have haft et forbrug af hash (omkring 13 %) eller hårdere stoffer (6 %).
- 61 % af de gravide tager medicin (oftest smertestillende).

- Hver tredje tager medicin dagligt.
- 16 % angiver at tage medicin mod depression.
- De gravide har i gennemsnit været udsat for 2,5 forskellige former for traumer i deres barndom.
- 20 % vurderes til at opfylde kravene for en PTSD-diagnose.

Da vi undersøgte, om der er forskel på, hvordan de gravide scorer, i forhold til hvor højt bekymringsniveauet er for familien, fandt vi, at Gruppe 1 (højere niveau af bekymring) som forventet er i en mere sårbar position i forhold til gruppe 2 (lavere niveau af bekymring) ved fx at være yngre, have kortere uddannelse, i højere grad at stå uden for arbejdsmarkedet, at ryge mere og i højere grad have PTSD-symptomer, ligesom de har oplevet flere traumer.

## 2.2 FAMKO-indsatsen og den sædvanlige indsats

FAMKO-indsatsen består i, at familien tilbydes en FAMKO-person, der skal støtte og rådgive familien fra graviditet, og frem til barnet starter i skole. FAMKO-personen er enten en sundhedsplejerske eller en familiebehandler, der alt efter familiens behov og eksisterende indsatser fra kommunen tilbyder støtte.

Familier, hvor der er et højere bekymringsniveau, tilbydes en familiebehandler som FAMKO-person, mens familier, hvor der er et lavere bekymringsniveau, tilbydes en sundhedsplejerske. I FAMKO-indsatsen indgår desuden et forløb omkring tilknytning, der enten er individuelle samtaler (Tidlig Tilknytning) eller et gruppebaseret tilbud (Tryghedscirklen).

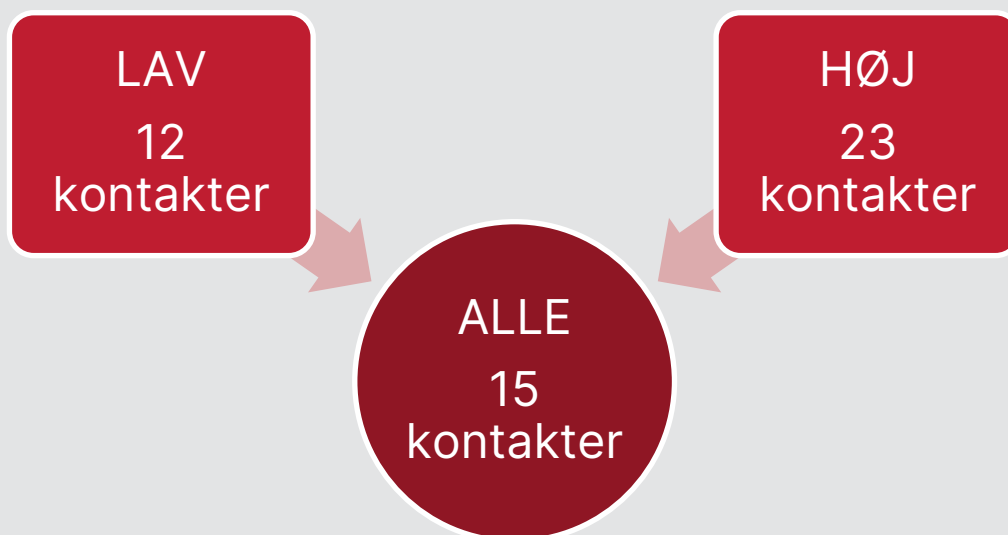
FAMKO-indsatsen er en fleksibel indsats, der tilpasses den enkelte kvinde og familiens behov. Der er ikke udviklet en manual for FAMKO-personens arbejde, men der er guidelines, der specificerer forskellige opgaver eller områder, som FAMKO-personen kan arbejde ud fra. For tilknytningsforløbet er der en manual for Tryghedscirklen samt interviewguide og guidelines for Tidlig Tilknytning-forløbet.

Det gennemsnitlige antal kontakter fordelt på bekymringsniveau fremgår af Figur 2.1.



### Figur 2.1 Samlet antal FAMKO-kontakter

Det gennemsnitlige antal kontakter for alle samt for familier, hvor der er høj og lav bekymringsgrad omkring familien.



Anm.: Lavt bekymringsniveau er gruppe 3+4, og højt er gruppe 1+2.

FAMKO-indsatsen er beskrevet detaljeret i de tidligere rapporter (Pontoppidan et al., 2021, 2023).

#### Hvad kendetegner den sædvanlige indsats?

Familierne, der har modtaget den sædvanlige indsats, har modtaget forskellige tilbud alt efter deres behov.

Nogle af de tilbud, der indgår i den sædvanlige indsats, er fra sundhedsplejen, Tværfaglig Sundhed og Forebyggelse, som tilbyder tidlige forebyggende indsatser, Center for Indsatser til Børn og Unge, der tilbyder foranstaltninger fra et omfattende ydelseskatalog, eller indsatser leveret af eksterne leverandører. Den sædvanlige indsats er beskrevet nærmere i anden rapport (Pontoppidan et al., 2023).

## 3 Effekten af FAMKO

I dette kapitel beskriver vi først de udfaldsmål, der indgår i analysen, samt undersøgelsesfrafald, og hvordan dette påvirker sammenligneligheden mellem kontrol- og FAMKO-gruppen.

Derefter præsenterer vi resultaterne af effektmålingen, der sammenligner deltagerne i FAMKO-gruppen med deltagerne i kontrolgruppen. Effektmålingen har til formål at undersøge, hvorvidt den indsats, som FAMKO-gruppen har modtaget, har betydning for børnenes socio-emotionelle udvikling.

### 3.1 Udfaldsmål

I denne rapport undersøger vi, om FAMKO har nogen effekt på børnenes socio-emotionelle udvikling, når barnet er 2 år gammelt.

For små børn centrerer socio-emotionelle kompetencer sig omkring at regulere følelser i interaktion med andre og begyndende interaktion med jævnaldrende (Denham & Brown, 2010). Socio-emotionel udvikling er et barns fremspirende evne til:

- at opleve, håndtere og udtrykke det fulde spektrum af positive og negative følelser
- at udvikle tætte, tilfredsstillende relationer til andre børn og voksne
- aktivt at udforske omgivelser og tilegne sig viden (Kiil et al., 2017).

Socio-emotionel udvikling er en fundamental del af små børns overordnede helbred og trivsel og kommer generelt til udtryk igennem adfærd. Det er svært at måle små børns udvikling, da deres udvikling går meget stærkt, og da de ikke udvikler sig i samme tempo eller rækkefølge. Deres signaler kræver desuden mere tolkning end ekspressivt sprog.

Desuden afhænger acceptabel adfærd i høj grad af barnets alder, kultur, familieværdier og kontekst. Små børn har endnu ikke noget sprog, og signaler for mistrivsel kommer derfor til udtryk igennem gråd eller manglende gråd, lyde, udtryk, fagter og fysisk mistrivsel, såsom forstoppelse (Carter et al., 2004).

Socio-emotionelle kompetencer hænger sammen med barnets senere udvikling fx i form af uddannelse, helbred og livskvalitet (Danner et al., 2021; Slot et al., 2020).

Barnets socio-emotionelle udvikling er målt med spørgeskemaet The Social-Emotional Assessment/Evaluation Measure (SEAM) (Sjoe et al., 2019; Squires et al., 2017). SEAM består af 35 spørgsmål, der scores i forhold til to indeks:

- Empati (22 items)
- Selvregulering og samarbejde (13 items).

Hvert udsagn kan få 0-3 point. For empati-indekset er score range 0-66, og for selvregulering og samarbejde er score range 0-39. I vores sample er range henholdsvis 12-66 og 0-39. En høj score er positivt.

SEAM er blevet udfyldt af barnets primære pædagog i daginstitutionen eller dagplejemor, når barnet er 2 år gammelt. Pædagogen/dagplejemoren har ikke deltaget i selve interventionen og ved ikke, om det enkelte barn er i FAMKO- eller kontrolgruppe.

Cronbachs Alpha er et mål for skalapålidelighed og refererer til graden af indbyrdes sammenhæng mellem items. Tabel 3.1 viser Cronbachs Alpha for de to indeks. Det ses, at intern konsistens er god for selvregulering og samarbejde og rigtig god for empati.

**Tabel 3.1 Cronbachs Alpha**

Subskala	Cronbachs Alpha
Empati	0,92
Selvregulering og samarbejde	0,78

Anm.: Beregnede Cronbachs Alphaer på skalaer og subskalaer anvendt i analysen.

Kilde: SEAM-data indsamlet af pædagoger, når barnet er 2 år gammelt, og som består af data fra 78 FAMKO-familier og 86 kontrolfamilier.

## 3.2 Data og frafald

I dette afsnit ser vi på, hvordan frafaldet for SEAM-data ser ud, og hvordan dette påvirker sammenligneligheden mellem kontrol- og FAMKO-gruppen.

Deltagerne kan frafalde af mange forskellige årsager. De betragtes som frafaldet, hvis de vælger at trække sig fra studiet, hvis de udgår som følge af fx abort eller anbringelse af barnet, eller hvis pædagogen/dagplejeren ikke har besvaret spørgeskemaet om barnets udvikling. Familier, der er fraflyttet Odense Kommune i løbet af projektet, er ophørt med intervention, men vi har

fortsat indsamlet data, medmindre de har bedt om at blive trukket ud af projektet.

Tabel 3.2 viser antal besvarelser og besvarelsesprocenter for kontrol- og FAMKO-gruppe for alle indsamlede data i projektet.

**Tabel 3.2 Frafald og antal observationer**

	Baseline	3 mdr.- spørge- skema	12 mdr.- spørge- skema	Video 4-6 mdr.	Video 12 mdr.	SEAM- data 2 år
<b>Samlet</b>						
Antal observationer	331	284	248	189	194	167
Procent relativ til baseline	-	85,8	74,9	57,1	58,6	50,4
<b>Kontrolgruppe</b>						
Antal observationer	168	140	122	81	91	82
Procent relativ til baseline	-	83,3	72,6	48,2	54,2	48,8
<b>FAMKO-gruppe</b>						
Antal observationer	163	144	126	108	103	85
Procent relativ til baseline	-	88,3	77,3	66,4	63,2	52,1

Anm.: VIVEs egne beregninger.

Kilde: VIVEs spørgeskemaundersøgelser blandt familierne, videodata indsamlet af VIVE og SEAM-data indsamlet af pædagoger, når barnet er 2 år gammelt.

Det ses af tabellen, at frafaldet stiger, jo længere tid der går imellem studiets begyndelse og dataindsamlingen. Dette er ikke overraskende. Vi ser ligeledes, at der er højere deltagelse ved spørgeskemadata i forhold til de andre typer dataindsamling.

Sammenlignet med data indsamlet, når barnet er 3-13,5 måneder gammelt, er der større frafald for SEAM-data, hvor vi har data fra halvdelen af børnene. I modsætning til tidligere dataindsamlinger er frafaldet dog relativt ens for FAMKO- og kontrolgruppen, hvilket er positivt.

Frafald er et problem i sig selv, da vi mister styrke i forhold til at gennemføre analyserne, hvilket forringer muligheden for at kunne påvise eventuelle effekter af indsatsen. Et andet problem med frafald er, at hvis frafaldet er uens på tværs af grupperne, så er grupperne ikke længere sammenlignelige. Dette undersøger vi i det næste afsnit.

**Tabel 3.3 Sammenhæng mellem frafald, allokering og bekymringsniveau**

	Antal besvarelser			Frafald kontrol		Frafald FAMKO	
	Total	Lavt	Højt	Bekymringsniveau			
				Lavt	Højt	Lavt	Højt
Baseline	331	240	91	122	46	118	45
	Andel tilbage						
SEAM-data	167	130	37	52 %	39 %	55 %	40 %

Anm.: VIVEs egne beregninger.

Kilde: VIVEs spørgeskemaundersøgelser blandt familierne og SEAM-data indsamlet af pædagoger, når barnet er 2 år gammelt.

I Tabel 3.3 viser vi frafaldet i FAMKO-gruppen og kontrolgruppen opdelt på bekymringsniveau omkring familien. På baseline var kontrol og FAMKO-gruppen lige store og med en ligelig fordeling på tværs af bekymringsniveau (ca. 73 % med lavt og 28 % med højt).

Frafaldet er generelt lidt højere blandt familier med højt bekymringsniveau, men niveauet er det samme i FAMKO- og kontrolgruppen. Blandt familierne med højere bekymringsniveau har vi besvarelser for 39-40 % af deltagerne, mens vi har besvarelser for 52-55 % blandt familierne, hvor der er et lavt bekymringsniveau. Fra-faldet i forhold til bekymringsniveau er relativt ensartet på tværs af FAMKO- og kontrolgruppen.

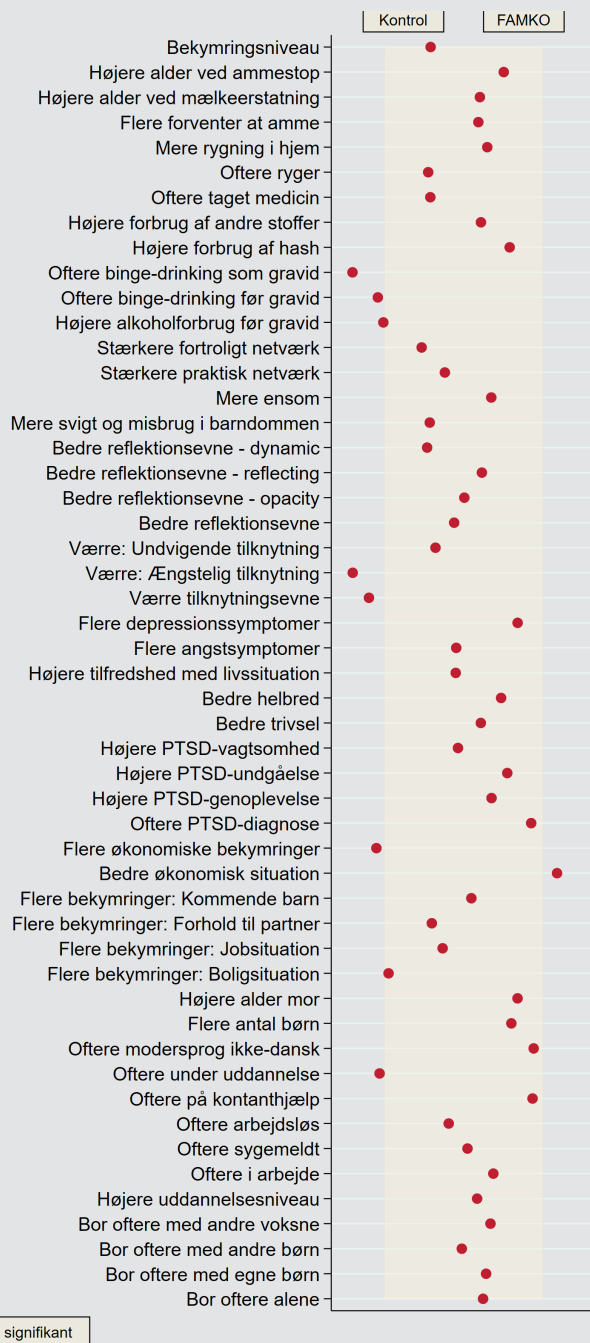
### 3.3 Balancetest

For at undersøge om, der er noget systematik i frafaldet ved 2-årsopfølgningen, undersøger vi, om FAMKO- og kontrolgruppen stadig er sammenlignelige og balancerede ved denne opfølgning.

Resultaterne af balancetesten er vist grafisk i Figur 3.1. Figuren viser t-test for forskellen mellem kontrolgruppen og FAMKO-gruppen på en række baseline-karakteristika, og hvordan denne forskel er signifikant forskellig fra 0. Hvis markeringen ligger inden for det beige område, er der ikke signifikant forskel, men hvis markeringen ligger ude i det grå område, på den ene eller anden side af det beige område, er forskellen signifikant og indikerer, at de familier, vi har SEAM-data fra, adskiller sig fra de familier, vi ikke har SEAM-data fra.

**Figur 3.1 Balance mellem kontrol- og FAMKO-gruppe efter frafald**

Figuren viser den standardiserede forskel mellem FAMKO- og kontrolgruppe med tilhørende bånd for, om forskellen er signifikant på 5-%s niveau baseret på t-test.



Anm.: N=167.

Kilde: VIVEs spørgeskemaundersøgelser blandt familierne og SEAM-data, som er indsamlet af pædagoger, når barnet er 2 år gammelt, og som består af data fra 78 FAMKO-familier og 86 kontrolfamilier.

Når vi sammenligner, hvordan disse FAMKO- og kontrolgruppefamilier så ud på baseline, så finder vi signifikante forskelle for 7 ud af 50 baggrundskarakteristika. På grund af frafaldet er der altså opstået nogle forskelle mellem grupperne, men de fleste forskelle ses ved enkelte items (i forhold til større skalaer), og forskellene peger ikke entydigt i nogen retning: FAMKO-gruppen har umiddelbart mindre alkoholforbrug, mindre ængstelig tilknytning til partner samt færre bekymringer om økonomi, men kontrolgruppen er bedre stillet i forhold til økonomisk situation.

Samlet set har vi SEAM-data fra omkring halvdelen af de oprindelige deltagere, og frafaldet er relativt ligeligt fordelt både blandt FAMKO- og kontrolgruppen. Fradaldet giver nogle mindre forskelle i de to grupper, som vi kontrollerer for i analyserne.

### 3.4 Statistiske analyser

I effektmålingen undersøger vi, hvilke forskelle der er mellem mødrene i FAMKO-gruppen relativt til mødrene i kontrolgruppen på forskellige udfaldsmål. Vi udnytter, at mødrene er randomiseret til at modtage indsatsen eller til alternativt at modtage sædvanlig indsats i kommunen.

De to grupper var i udgangspunktet ens på baseline, men som vist i ovenstående afsnit er der grundet frafald opstået nogle signifikante forskelle mellem de to grupper. Dette håndterer vi ved at kontrollere for de variable, hvor vi finder signifikante ubalancer (5-%'s signifikansniveau). Dette løser ikke nødvendigvis problemet, da der kan være forskelle mellem grupperne på karakteristika, som vi ikke kan måle.

Analysen bliver estimeret i en regressionsmodel. I modellen inkluderes en binær indikator for at være allokert til indsatsen samt kontrolvariable for ubalancer mellem grupperne på opfølgningstidspunktet. Koefficienten på indikatoren for at have adgang til indsatsen er den estimerede effekt af FAMKO. Konfidensintervallet samt p-værdien for denne koefficient anvendes til at vurdere den statistiske signifikans. Følgende ligning er den, som estimeres:

$$Udfaldsmål_i = \alpha + \beta FAMKO_i + \delta X_i + \varepsilon_i$$

Koefficienten foran indikatoren for allokering til FAMKO,  $\beta$ , er vores estimat for indsatsens effekt på udfaldsmålet. Vi anvender desuden Cohens  $d$  til at vurdere størrelsen af effektestimatet. Regressionen indeholder følgende baseline-kontrolvariable: binge-drinking før og i starten af graviditeten, økonomisk situation, bekymringer i forhold til økonomi, under uddannelse, ængstelig tilknytning og tilknytningsevne.

Vi har ved tidligere analyser af effekten imputeret manglende besvarelser. Dette undlader vi her (i lighed med analyserne baseret på video og Bayley data), da frafaldet er for stort.

## 3.5 Barnets socio-emotionelle udvikling

I dette afsnit viser vi først, hvordan de deltagende børn scorer i forhold til normdata, og derefter præsenterer vi resultaterne af effektmålingen, der sammenligner deltagerne i FAMKO-gruppen med deltagerne i kontrolgruppen.

### 3.5.1 Normdata

De danske normer for SEAM-pædagog er baseret på 9.827 børn i alderen 6-78 måneder fra 14 kommuner (Squires et al., 2017).

For at kunne beregne normdata skal råscores først omregnes til indeksscores, som derefter omregnes til percentiler.

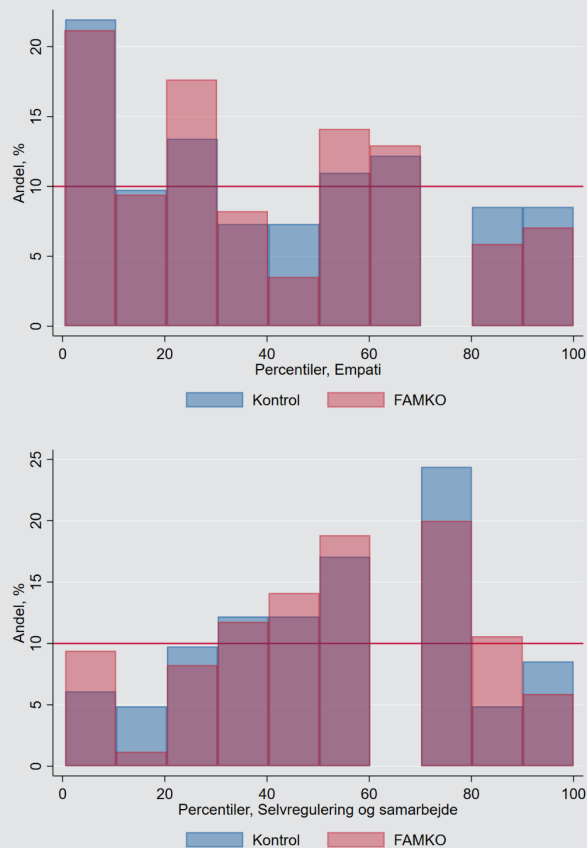
Figur 3.2 viser fordelingen af percentiler for de to indeks empati og selvregulering og samarbejde opdelt på FAMKO- (rød) og kontrolgruppe (blå). Det ses, at der er stort overlap i fordelingerne på tværs af de to grupper. Når vi tester, om der er forskel imellem fordelingerne for FAMKO- og kontrolgruppen, finder vi, at der ikke er forskel. Dette indikerer, at børnenes socio-emotionelle udvikling er stort set ens i de to grupper.

Når vi sammenligner børnenes socio-emotionelle udvikling i forhold til normen (markeret med den røde linje), ser vi, at mange af de deltagende børn scorer relativt lavt på empati-indekset i forhold til normen. En femtedel af deltagerne placerer sig fx i de laveste 10 % i fordelingen, og omkring 60 % er placeret i de laveste 50 % af fordelingen. Til gengæld er andelen, der fordeler sig i de øverste 20 %, stort set svarende til normen.

I forhold til selvregulering og samarbejde afviger børnene ikke så meget fra normen. De placerer sig lidt mindre i både bund og top og ligger i lidt højere grad lidt over midten sammenlignet med normen. Vi har ikke umiddelbart nogen forklaring på, hvorfor børnene placerer sig på denne måde.



**Figur 3.2 Fordeling af SEAM-indekspercentiler for FAMKO- og kontrolgruppe i forhold til normdata**



Anm.: Anm: N=167. Den røde linje er, hvordan fordelingen ville se ud, hvis data følger normdata.

Kilde: Kilde: VIVEs spørgeskemaundersøgelser blandt familierne og SEAM-data, som er indsamlet af pædagoger, når barnet er 2 år gammelt, og som består af data fra 78 FAMKO-familier og 86 kontrolfamilier.

### 3.5.2 Effektanalyse

Effektmålingen har til formål at undersøge, hvorvidt den indsats, som FAMKO-gruppen har modtaget, har betydning for barnets socio-emotionelle udvikling målt med SEAM.

I Tabel 3.4 ses gennemsnit og standardafvigelser for de to SEAM-indeks fordelt på kontrolgruppen og FAMKO-gruppen. Det ses af tabellen, at de to gruppers scorere er stort set ens.

**Tabel 3.4 Gennemsnit og standardafvigelser af SEAM-indeks**

	Kontrol		FAMKO	
	M	SD	M	SD
Empati	57,50	8,43	56,92	9,66
Selvregulering og samarbejde	34,01	3,92	33,89	4,98

Anm.: N=167. M: Mean (gennemsnit); SD: Standardafvigelse. Høj score er positivt.

Kilde: SEAM-data indsamlet af pædagoger, når barnet er 2 år gammelt, og som består af data fra 78 FAMKO-familier og 86 kontrolfamilier.

I Boks 3.1 ses en vejledning til, hvordan resultaterne kan læses.

### Boks 3.1 Sådan læses effektmålingsresultaterne

I Tabel 3.5 præsenterer vi resultaterne af effektmålingen med et effektestimat med tilhørende 95-%'s konfidensintervaller, en p-værdi og en effektstørrelse (målt ved Cohens d).

Effektestimatet er den estimerede effekt af indsatsen. Effektestimatet måler ændringen i udfaldsmålet som følge af indsatsen, når der tages højde for de inkluderede kontrolvariable. Helt konkret er effektestimatet forskellen i udfaldsmålet mellem kontrol- og FAMKO-gruppe.

Konfidensintervallet angiver det interval, som med en forudbestemt sandsynlighed (95 % i dette tilfælde) indeholder den sande værdi af effektestimatet.

Cohens d er et standardiseret mål til at vurdere størrelsen af den estimerede effekt. Som hovedregel kan effektstørrelsens værdi fortolkes på følgende måde:

- $d = (-)0,20$ : svarer til en lille effekt
- $d = (-)0,50$ : svarer til en mellemstor effekt
- $d = (-)0,80$ : svarer til en stor effekt.

I Tabel 3.5. ses den estimerede forskel mellem kontrol- og FAMKO-gruppen med tilhørende konfidensinterval, p-niveau og effektstørrelse.

**Tabel 3.5    Effektestimater**

	Effektestimat	LB 95 % CI	UB 95 % CI	P-værdi	Cohens d
Empati	-0,31	-3,27	2,66	0,84	-0,03
Selvregulering	-0,05	-1,37	1,27	0,94	-0,01

Anm.: N=167

Kilde: VIVEs spørgeskemaundersøgelser blandt familierne og SEAM-data, som er indsamlet af pædagoger, når barnet er 2 år gammelt, og som består af data fra 78 FAMKO-familier og 86 kontrolfamilier.

Analysen viser, at der ikke er nogen signifikant forskel i børnenes socio-emotionelle udvikling, når de er 2 år gamle. De to grupper scorer stort set ens. Der er således ikke nogen tegn på, at de børn, der har modtaget FAMKO-indsatsen, klarer sig anderledes end kontrolgruppen, når vi undersøger barnets socio-emotionelle udvikling, når barnet er 2 år gammelt.

Vi har også foretaget effektanalysen på percentiler i stedet for råscorer. Her finder vi heller ingen signifikante forskelle mellem kontrol og FAMKO. Vi har som robusthedstjek kørt regressionerne uden kontrolvariablene og konklusionerne er uændrede.

### 3.5.3 Heterogenitetsanalyse

De overordnede resultater kan potentielt skjule forskelle i effekten af FAMKO på tværs af forskellige subgrupper. Vi har derfor som i de tidligere analyser foretaget subgruppeanalyser på følgende karakteristika:

- Uddannelsesniveau – deltagere med gymnasial uddannelse som højest fuldførte uddannelse versus deltagere med højere uddannelsesniveau
- Bekymringsniveau omkring familien – deltagere, hvor der er et lavt bekymringsniveau om familien (bekymringsgruppe 3+4) versus deltagere, hvor der er et højere bekymringsniveau om familien (bekymringsgruppe 1+2)
- Traumebelastning – deltagere, som har oplevet moderat eller svær grad af følelsesmæssige, fysiske eller seksuelle overgreb versus deltagere, der ikke har.

Vi finder ingen signifikante forskelle i effekten af FAMKO på tværs af subgruppe. Der er således ikke umiddelbart nogen tegn på, at der er forskellig effekt i forhold til deltagernes uddannelsesniveau, traumebelastning, eller hvor højt bekymringsniveauet for familien er.

Det er dog væsentligt at nævne, at vores sample er relativt småt, hvilket gør det svært at finde eventuelle forskelle imellem grupperne.



# Dokumentation

# Litteratur

- Alder, J., Fink, N., Bitzer, J., Hösli, I., & Holzgreve, W. (2007). Depression and anxiety during pregnancy: A risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, *20*(3), 189–209.
- Almond, D., Currie, J., & Duque, V. (2018). Childhood circumstances and adult outcomes: Act II. *Journal of Economic Literature*, *56*(4), 1360–1446.
- Asmussen, K., Feinstein, L., Martin, J., & Chowdry, H. (2016). *Foundations for Life: What works to support parent-child interaction in the early years?* Early Intervention Foundation.
- Barlow, J., Bennett, C., Midgley, N., Larkin, S. K., & Wei, Y. (2016). Parent–infant psychotherapy: a systematic review of the evidence for improving parental and infant mental health. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *34*(5), 464–482.
- Campbell, F., Conti, G., Heckman, J. J., Moon, S. H., Pinto, R., Pungello, E., & Pan, Y. (2014). Early childhood investments substantially boost adult health. *Science*, *343*(6178), 1478–1485.
- Carter, A. S., Briggs-gowan, M. J., & Davis, N. O. (2004). Assessment of young children's social-emotional development and psychopathology: recent advances and recommendations for practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *45*(1), 109–134.
- Cole-Lewis, H. J., Kershaw, T. S., Earnshaw, V. A., Yonkers, K. A., Lin, H., & Ickovics, J. R. (2014). Pregnancy-specific stress, preterm birth, and gestational age among high-risk young women. *Health Psychology*, *33*(9), 1033–1045.
- Danner, D., Lechner, C. M., & Spengler, M. (2021). Editorial: Do we need socio-emotional skills? *Frontiers in Psychology*, *12*, 1–3.
- Darling-Hammond, L., Grunwald, R., Heckman, J. J., Isaacs, J. B., Kirp, D. L., Rolnick, A. J., & Sawhill, I. V. (Eds.). (2008). *Big Ideas for Children: Investing in Our Nation's Future*. First Focus.
- Davidson, R. J., & McEwen, B. S. (2012). Social influences on neuroplasticity: stress and interventions to promote well-being. *Nature Neuroscience*, *15*(5), 689–696.

- Denham, S. A., & Brown, C. (2010). "Plays nice with others": Social-emotional learning and academic success. *Early Education and Development, 21*(5), 652–680.
- DiLillo, D., & Damashek, A. (2003). Parenting characteristics of women reporting a history of childhood sexual abuse. *Child Maltreatment, 8*(4), 319–333.
- Ding, X.-X., Wu, Y.-L., Xu, S.-J., Zhu, R.-P., Jia, X.-M., Zhang, S.-F., Huang, K., Zhu, P., Hao, J.-H., & Tao, F.-B. (2014). Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Journal of Affective Disorders, 159*(81), 103–110.
- Doyle, O. (2020). The first 2,000 days and child skills. *Journal of Political Economy, 128*(6), 2067–2122.
- Furlong, M., McGilloway, S., Bywater, T., Hutchings, J., Smith, S. M., & Donnelly, M. (2012). Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *Campbell Systematic Reviews, 8*(1), 1–239.
- Gardner, F., Montgomery, P., & Knerr, W. (2016). Transporting evidence-based parenting programs for child problem behavior (age 3–10) between countries: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 45*(6), 749–762.
- Halbreich, U. (2005). The association between pregnancy processes, preterm delivery, low birth weight, and postpartum depressions - The need for interdisciplinary integration. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 193*(4), 1312–1322.
- Heckman, J. J. (2008). The case for investing in disadvantaged young children. In L. Darling-Hammond, R. Grunewald, J. J. Heckman, J. B. Isaacs, D. L. Kirp, A. J. Rolnick, & I. V. Sawhill (Eds.), *Big Ideas for Children: Investing in Our Nation's Future* (pp. 49–58). First Focus.
- Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse & Neglect, 32*(8), 797–810.
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health, 2*(8), 356–366.

- Kefeli, M. C., Turow, R. G., Yildirim, A., & Boysan, M. (2018). Childhood maltreatment is associated with attachment insecurities, dissociation and alexithymia in bipolar disorder. *Psychiatry Research, 260*, 391–399.
- Kiil, A., Sjö, N. M., & Pontoppidan, M. (2017). Måling af børns trivsel i interventionsstudier. *Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift, 54*(3), 54–65.
- Madigan, S., Cyr, C., Eirich, R., Fearon, R. M. P., Ly, A., Rash, C., Poole, J. C., & Alink, L. R. A. (2019). Testing the cycle of maltreatment hypothesis: Meta-analytic evidence of the intergenerational transmission of child maltreatment. *Development and Psychopathology, 31*(1), 23–51.
- Moehler, E., Biringen, Z., & Poustka, L. (2007). Emotional availability in a sample of mothers with a history of abuse. *American Journal of Orthopsychiatry, 77*(4), 624–628.
- Murray, L. (2014). *The Psychology of Babies: How Relationships Support Development from Birth to Two*. Constable & Robinson.
- Ordway, M. R., Sadler, L. S., Dixon, J., Close, N., Mayes, L., & Slade, A. (2014). Lasting effects of an interdisciplinary home visiting program on child behavior: Preliminary follow-up results of a randomized trial. *Journal of Pediatric Nursing, 29*(1), 3–13.
- Pontoppidan, M., Jensen, M. T., Nygaard, L., Friis-Hansen, M., Andersen, S. F., & Nøhr, E. A. (2021). *FAMKO – Beskrivelse af de gravide ved opstart i projektet*. VIVE.
- Pontoppidan, M., Nygaard, L., Thorsager, M., Friis-Hansen, M., Davis, D., & Nøhr, E. A. (2022). The FACAM study: protocol for a randomized controlled study of an early interdisciplinary intervention to support women in vulnerable positions through pregnancy and the first 5 years of motherhood. *Trials, 23*(1), 73.
- Pontoppidan, M., Thorsager, M., Hirani, J. C., Nygaard, L., Friis-Hansen, M., & Nørgaard, E. A. (2023). *FAMKO - Odense: Analyser af tidlig udvikling, trivsel og relationer hos mor og barn*. VIVE.
- Rayce, S. B., Rasmussen, I. S., Klest, S. K., Patras, J., & Pontoppidan, M. (2017). Effects of parenting interventions for at-risk parents with infants: a systematic review and meta-analyses. *BMJ Open, 7*(12), 1–20.

- Sadler, L. S., Slade, A., Close, N., Webb, D. L., Simpson, T., Fennie, K., & Mayes, L. C. (2013). Minding the baby: Enhancing reflectiveness to improve early health and relationship outcomes in an interdisciplinary home-visiting program. *Infant Mental Health Journal, 34*(5), 391–405.
- Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., Garner, A. S., McGuinn, L., Pascoe, J., & Wood, D. L. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics, 129*(1), e232–e246.
- Shonkoff, J. P., Slopen, N., & Williams, D. R. (2020). Early childhood adversity, toxic stress, and the impacts of racism on the foundations of health. *Annual Review of Public Health, 42*, 115–134.
- Sjoe, N. M., Bleses, D., Dybdal, L., Nielsen, H., Sehested, K. K., Kirkeby, H., Kreiner, S., & Jensen, P. (2019). Measurement properties of the SEAM questionnaire using Rasch analysis on data from a representative Danish sample of 0- to 6-year-olds. *Journal of Psychoeducational Assessment, 37*(3), 320–337.
- Slot, P. L., Bleses, D., & Jensen, P. (2020). Infants' and toddlers' language, math and socio-emotional development: Evidence for reciprocal relations and differential gender and age effects. *Frontiers in Psychology, 11*, 1–12.
- Smith, J. D., Cruden, G. H., Rojas, L. M., Van Ryzin, M., Fu, E., Davis, M. M., Landsverk, J., & Brown, C. H. (2020). Parenting interventions in pediatric primary care: A systematic review. *Pediatrics, 146*(1), 1–15.
- Squires, J., Bricker, D., Waddell, M., Funk, K., Clifford, J., & Hoselton, R. (2017). *Social-Emotional Assessment/Evaluation Measure. Dansk udgave med bidrag af Nina Madsen Sjö og Svend Kreiner*. Hogrefe Psykologisk Forlag.
- Sundhedsstyrelsen. (2013). *Anbefalinger for svangreomsorgen*. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2021). *Anbefalinger for svangreomsorgen*. Sundhedsstyrelsen.



**VIVÉ**